

**Aus der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Tübingen**

**Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie
mit Poliklinik**

Ärztlicher Direktor: Professor Dr. A. J. Fallgatter

**Das nationalsozialistische
„Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“
am Beispiel der 1939 an der Psychiatrie Tübingen
durchgeführten Sterilisationsgutachten**

**Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin**

**der Medizinischen Fakultät
der Eberhard Karls Universität
zu Tübingen**

vorgelegt von

Hannelore Maria Schneider, geb. Nägele

aus

Bissingen an der Teck

2014

Dekan:	Professor Dr. I. B. Autenrieth
1. Berichterstatter:	Professor Dr. K. Foerster
2. Berichterstatter:	Professor Dr. R. du Bois

Für meinen Mann Gerhard
und unsere Kinder
Sebastian, Marisa, Fabian,
Lena und Nele

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung.....	1
1.1.	Vorbemerkungen.....	1
1.2.	Aufbau der Arbeit.....	3
1.3.	Historische Rahmenbedingungen.....	3
1.3.1.	Medizin im Dritten Reich	4
1.3.2.	Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses	5
1.3.2.1.	Historische und wissenschaftliche Hintergründe	7
1.3.2.2.	Exakter Wortlaut des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses mit Änderungen und weiteren Gesundheitsgesetzen.....	9
1.3.2.3.	Definition von „Erbkrank“	15
1.3.2.4.	Definition von „Fortpflanzungsgefahr“	26
1.3.2.5.	Amtliche Handhabung von der Anzeige bis zum Gerichtsurteil.....	28
1.3.2.6.	Methoden zur Durchführung der Sterilisation.....	33
1.3.3.	Die Universitäts-Nervenlinik Tübingen im Jahr 1939.....	34
1.3.3.1.	Professor Dr. Hermann F Hoffmann	35
1.3.3.2.	Oberarzt Dr. Konrad Ernst	37
1.3.3.3.	Oberarzt Dr. Wilhelm Ederle	38
1.3.4.	Exkurs	41
1.3.4.1.	Zwangsterilisation in anderen Ländern	41
1.3.4.2.	Euthanasie im Dritten Reich.....	44
1.3.4.3.	Umgang mit den Opfern des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ nach 1945 in Deutschland.....	47
1.3.4.4.	Gesetzliche Regelungen zur Sterilisation heute	49
2.	Methodik.....	51

2.1.	Recherche, Auswahl und Prüfung der Patientenakten	51
2.1.1.	Auswahlkriterien und Recherche der Patientenakten	51
2.1.2.	Überprüfung der Patientenakten	52
2.1.3.	Inhalt der Patientenakten.....	53
2.1.4.	Aufbau und Form der Sterilisationsgutachten	54
2.2.	Statistische Erhebung und Auswertung mittels Codebuch	56
2.2.1.	Erhebungsbogen.....	56
2.2.2.	Codebuch	59
3.	Ergebnisse	60
3.1.	Alterspyramide.....	60
3.2.	Stellungnahme der Gutachter zur Sterilisation	61
3.3.	Einfluss der „Fortpflanzungsgefahr“ auf Sterilisationsgutachten.....	64
3.4.	Häufigkeit der diagnostizierten Erbkrankheiten in den Erbgesundheitsgutachten aus dem Jahr 1939	67
3.5.	Fortpflanzungsgefahr und Diagnose	69
3.6.	Diagnose und Stellungnahme der Gutachter.....	71
3.7.	Schulische Bildung und Sterilisationsgutachten.....	74
3.8.	Soziale Klasse und Stellungnahme der Gutachter	77
3.9.	Familienanamnese und Stellungnahme der Gutachter.....	82
3.10.	Familienstand und Anzahl der Kinder	85
3.11.	Aussicht auf Heilung und Zusammenhang der Gutachten	88
3.12.	Religiöse Zugehörigkeit und Sterilisationsgutachten	89
3.13.	Form der Gutachten	91
3.14.	Grund der Aufnahme	95
3.15.	Art der Aufnahme	98

3.16.	Antragsteller der Gutachten	100
3.17.	Anzeigensteller	101
3.18.	Nachbegutachtungen und Zweitgutachten.....	107
3.19.	Gutachter.....	110
3.20.	Aufnahmen pro Monat im Jahr 1939	112
3.21.	Entlassungen pro Monat im Jahr 1939.....	116
3.22.	Mittlere Verweildauer in Bezug zu der Beurteilung der Gutachten	118
3.22.1.	Mittlere Verweildauer in Bezug zu der Form der Gutachten	119
3.22.2.	Mittelwert der Tage zwischen Entlassung und Gutachtenerstellung bezogen auf die Form des Gutachtens	120
3.22.3.	Datum der Gutachten und Häufigkeit	122
3.23.	Gerichtliche Entscheidungen	122
3.24.	Gerichtliche Entscheidungen und Stellungnahmen der Gutachten.....	124
3.25.	Stellungnahme der Patienten und Angehörigen zu den Urteilen der Erbgesundheitsgerichte	125
3.26.	Prognose in den Gutachten	128
3.27.	Entlassung nach	130
3.28.	Nationalität der begutachteten Patienten	131
4.	Patientenbeispiele	132
4.1.	Patientenbeispiel 1 - Geringe Fortpflanzungsgefahr.....	132
4.2.	Patientenbeispiel 2 – Unsichere (Nach-)Begutachtung	136
4.3.	Patientenbeispiel 3 – Diagnose Schizophrenie	142
4.4.	Patientenbeispiel 4 – Diagnose genuine Epilepsie und angeborener Schwachsinn	145
4.5.	Patientenbeispiel 5 – Beschwerde gegen Sterilisationsbeschluss.....	150
4.6.	Patientenbeispiel 6 – Überwachung und Nachuntersuchung.....	153

4.7.	Patientenbeispiel 7 – Kurzgutachten nach Kriegsbeginn.....	155
4.8.	Patientenbeispiel 8 – Einstellung eines Erbgesundheitsverfahrens	157
4.9.	Patientenbeispiel 9 – Sterilisationsbefürwortung durch Hausarzt	158
4.10.	Patientenbeispiel 10 - Denunziation	160
5.	Diskussion.....	162
5.1.	Die Ergebnisse im kontextuellen Vergleich	163
5.2.	Allgemein gültiger Ablauf und Aufbau der Sterilisationsgutachten im Jahr 1939	168
5.3.	Definition von Entscheidungskriterien	171
5.4.	Übereinstimmung mit dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“	176
5.5.	Schlussfolgerung.....	178
6.	Zusammenfassung.....	180
7.	Quellen und – Literaturverzeichnis.....	184
7.1.	Unveröffentlichte Quellen	184
7.1.1.	Archiv der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen	184
7.1.2.	Universitätsarchiv Tübingen (UAT).....	184
7.1.3.	Landesarchiv Baden-Württemberg, Hauptstaatsarchiv Stuttgart.....	184
7.1.3.1.	Landesarchiv Baden-Württemberg Staatsarchiv Sigmaringen.....	184
7.1.3.2.	Archiv Württembergische Landesbibliothek.....	185
7.2.	Veröffentlichte Literatur	185
8.	Tabellenverzeichnis	190
9.	Abbildungsverzeichnis.....	191
10.	Anhänge	195

Anhang 1: Karte Staatliche Gliederung bis Kriegsende 1945 im Gebiet des heutigen Landes Baden und Württemberg	195
Anhang 2: Auszug aus der Benutzungsordnung für das Universitätsarchiv	196
Anhang 3: Anzeigeformular	197
Anhang 4: Antragsformular auf Unfruchtbarmachung	198
Anhang 5: Vordruck Sterilisationsaufklärung und Merkblatt	199
Anhang 6: Beispiel fachärztliches Gutachten / Individualgutachten.....	200
Anhang 7: Beispiel Formblattgutachten	216
Anhang 8: Codebuch mit Häufigkeiten	220
11. Danksagung	246
12. Curriculum Vitae	248

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
a. D.	an der Donau
AKG	Allgemeines Kriegsfolgendgesetz
a. N.	am Neckar
BDM	Bund deutscher Mädel
Betr.	Betreff
BEG	Bundesentschädigungsgesetz
BG	Berufsgenossenschaft
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
bspw.	beispielsweise
bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
z.B.	zum Beispiel
ca.	circa
desgl.	desgleichen
d.h.	das heißt
DM	Deutsche Mark
Dr.	Doktor
Dr. med.	Doktor medicinae
Dtsch.	Deutsch
ebd.	ebenda
EKG	Erbgesundheitsgericht
EGOG	Erbgesundheitsobergericht
et al.	et alii
etc.	et cetera
evtl.	eventuell
GzVeN	Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses
i.A.	im Auftrag
med.	medizinisch

Napola	Nationalpolitische Erziehungsanstalt
NORC	National Opinion Research Center
NS	nationalsozialistisch
NSDAP	Nationalsozialistische Deutsche Arbeiterpartei
OA	Oberarzt
o.g.	oben genannt
Prof.	Professor
RStGB.	Reichstrafgesetzbuch
SA	Sturmabteilung
Sign.	Signatur
SS	Schutzstaffel
staatl.	staatlich
StGB	Strafgesetzbuch
Tbc	Tuberculose
u.E.	unseres Erachtens
UAT	Universitätsarchiv Tübingen
USA	United States of America
usw.	und so weiter
vgl.	vergleiche
VO	Verordnung

Um eine gute Lesbarkeit zu erhalten, wurde auf die Angabe von weiblichen und männlichen Bezeichnungen teilweise verzichtet. Dies soll keinesfalls eine Diskriminierung darstellen.

1. Einleitung

Neben einer allgemeinen Vorbemerkung sowie Ausführungen zum Aufbau der Arbeit, soll die Einleitung im Folgenden einen thematischen und historischen Überblick über das Thema der Dissertationsarbeit gewähren.

1.1. Vorbemerkungen

„Kein fühlender Mensch erwartet von ihnen, ein Büßerhemd zu tragen, nur weil sie Deutsche sind. Aber die Vorfahren haben ihnen eine schwere Erbschaft hinterlassen. Wir alle, ob schuldig oder nicht, ob alt oder jung, müssen die Vergangenheit annehmen. Wir alle sind von ihren Folgen betroffen und für sie in Haftung genommen. Jüngere und Ältere müssen und können sich gegenseitig helfen, zu verstehen, warum es lebenswichtig ist, die Erinnerung wachzuhalten. Es geht nicht darum, Vergangenheit zu bewältigen. Das kann man gar nicht. Sie lässt sich ja nicht nachträglich ändern oder ungeschehen machen. Wer aber vor der Vergangenheit die Augen verschließt, wird blind für die Gegenwart. Wer sich der Unmenschlichkeit nicht erinnern will, der wird wieder anfällig für neue Ansteckungsgefahren.“¹

Mit seinen Worten zum 40. Jahrestag der Beendigung des Zweiten Weltkrieges und der nationalsozialistischen Gewaltherrschaft, verwies der damalige Bundespräsident Richard von Weizsäcker auf die Wichtigkeit der Erinnerung und Aufarbeitung der Verbrechen im Dritten Reich. Zu diesen Verbrechen gehörten neben der Diskriminierung und Verfolgung verschiedener religiöser sowie ethnischer Gruppen insbesondere auch gesundheitspolitische Maßnahmen, wie beispielsweise die Durchführung von Zwangssterilisationen.

So trat am 1. Januar 1934 das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ (GzVeN) in Kraft. Nach jahrzehntelanger ideologischer Diskussion über Rassenhygiene realisierte und legitimierte das nationalsozialistische Regime ein Gesetz, mit dem Ziel *„der Überwucherung des Volkes mit krankhaften Erbanlagen und der Rassenvermi-*

¹ Weizsäcker von, Richard nach Der Spiegel (Hrsg.) (2005), im Internet.

*schung Einhalt zu gebieten*². Auf welche Art und Weise das Gesetz an der Psychiatrie beziehungsweise (bzw.) Universitäts-Nervenlinik Tübingen umgesetzt wurde, wird in einer breit angelegten Studie zur Aufarbeitung der Umsetzung des GzVeN an der Universitäts-Nervenlinik Tübingen in den Jahren 1934 – 1945 analysiert. Diese Studie wurde bereits in den 90er Jahren unter der Leitung der Forensischen Sektion der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie begonnen und nähert sich mittlerweile ihrem Ende.

Die vorliegende Arbeit ist Teil dieser Studie und konzentriert sich auf die Umsetzung des GzVeN an der Psychiatrie Tübingen im Jahr 1939. So werden in Folgenden Patientenakten männlicher und weiblicher Personen, die im Jahre 1939 an der Universitäts-Nervenlinik Tübingen vor dem Hintergrund des GzVeN begutachtet wurden, untersucht. Hierbei soll den folgenden Forschungsfragen nachgegangen werden:

1. Wie sind die in der vorliegenden Arbeit an der Universitäts-Nervenlinik Tübingen im Jahr 1939 durchgeführten Sterilisationsgutachten im Kontext nationaler und in Tübingen durchgeführter Sterilisationsgutachten im Zeitraum von 1934 bis 1945 einzuordnen?
2. Lässt sich anhand der in den Patientenakten vorliegenden Erbgesundheitsgutachten ein allgemein gültiger Aufbau und Ablauf der Sterilisationsgutachten an der Universitäts-Nervenlinik Tübingen im Jahr 1939 erkennen?
3. Lassen sich Kriterien definieren, die die Entscheidung der Gutachter im Jahr 1939 an der Universitäts-Nervenlinik Tübingen bei Sterilisationsgutachten beeinflussten?
4. Inwiefern haben sich die Gutachter an der Universitäts-Nervenlinik Tübingen in ihren Sterilisationsgutachten aus dem Jahr 1939 an das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ gehalten?

² Gütt, Arthur (1936), S. 173.

1.2. Aufbau der Arbeit

Zu Beginn der Dissertation werden die historischen Rahmenbedingungen in deren Kontext das GzVeN zu sehen ist aufgezeigt. Nach der Beschreibung der Medizin im Dritten Reich sowie Erläuterungen zur historischen und wissenschaftlichen Entwicklung des GzVeN, wird das Gesetz unter Kapitel 1.3.2.2 im Originalwortlaut vorgestellt und durch die mehrfachen Änderungen in den Folgejahren bis 1939 ergänzt. Darüber hinaus sollen weitere unter dem nationalsozialistischen Regime im Rahmen der Rassenideologie erlassene Gesetze, wie das „Ehegesundheitsgesetz“ oder das „Gesetz zum Blutschutz“, behandelt werden. In Kapitel 1.3.2.5 wird ergänzend tiefer auf die praktische Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ eingegangen. Dies beinhaltet den Ablauf des Erbgesundheitsverfahrens, von der Anzeige bis zur Verhandlung. Zudem werden die verschiedenen möglichen Verfahren zur Durchführung des Eingriffs zur Sterilisation vorgestellt.

Nach der Beschreibung der Methodik sowie dem Aufzeigen der Vorgehensweise und der Quellen in Kapitel 2 erfolgt im dritten Kapitel die Vorstellung und Ausarbeitung der Ergebnisse. Diese sollen mit den in Kapitel 4 ausgeführten Patientenbeispielen weiter untermauert und anschließend im Hinblick auf die unter Kapitel 1.1 festgehaltenen Fragestellungen diskutiert werden. Die Diskussion beinhaltet zudem das Fazit.

Abschließend ist eine Zusammenfassung der Dissertationsarbeit vorzufinden, welche einen kurzen Gesamtüberblick über die vorliegende Arbeit gewähren soll.

1.3. Historische Rahmenbedingungen

„Die politische Situation ist nun so kompliziert und von so vielen psychologischen Faktoren beeinflusst, dass es unmöglich ist, irgendeine klare Vorhersage zu machen.“³

Mit der Machtergreifung Adolf Hitlers und somit der Nationalsozialisten im Jahr 1933 fanden die demokratischen Strukturen der Weimarer Republik ein Ende. Der Faschismus veränderte die politische Situation in Deutschland stark und die anfangs von Mes-

³ Messersmith, George nach Strupp, Christoph (2011), im Internet.

sersmith schwer vorhersehbare Entwicklung Deutschlands nahm schnell klare Formen an. Auf die Diskriminierung und Verfolgung bestimmter ethnischer und religiöser Gruppen, folgten die aktive Auslöschung dieser sowie weitere militärische und gesundheitspolitische Maßnahmen. Im Folgenden soll auf die Medizin im Dritten Reich näher eingegangen sowie das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses ausführlich betrachtet werden. Darüber hinaus werden in den historischen Rahmenbedingungen die an der Universitäts-Nervenlinik Tübingen für die Umsetzung des GzVeN verantwortlichen Ärzte vorgestellt.

1.3.1. Medizin im Dritten Reich

Die Medizin im „Dritten Reich“ sollte unter zwei Aspekten betrachtet werden. Ein Aspekt bildete die sogenannte „Krise der Medizin“ in der Weimarer Republik. So sieht Jütte diese zum einen im Vertrauensverlust der Bevölkerung in die Ärzteschaft begründet, welcher sich durch die naturwissenschaftliche Ausrichtung und der „Entseelung“ der Schulmedizin ergab und infolgedessen sich viele Menschen von den Schulmedizinern lossagten und Heilpraktikern zuwandten. Zum anderen steckten die Ärzte in Standes- und Verteilungsproblemen infolge einer durch Spätfolgen des 1. Weltkrieges ausgelösten Finanzkrise im Gesundheitswesen, für die vor allem das Sozialversicherungssystem verantwortlich gemacht wurde.⁴

Die auf den sozialdarwinistischen Ideologien basierende Rassenhygiene, welche in Kapitel 1.3.2.1 näher ausgeführt wird, fand bereits vor der Machtübernahme der Nationalsozialisten im Jahr 1933 unter den Ärzten eine große Anhängerschaft. Mit der Machtübernahme der Nationalsozialisten wurde die „Neue deutsche Heilkunde“ propagiert. Darunter fiel primär die „Synthese der Heilverfahren“ und somit die Synthese der Naturheilkunde und Homöopathie mit der Schulmedizin. Diese sollte das in die Ärzteschaft verlorene Vertrauen wiederherstellen, um die Funktion der Ärzteschaft in der „Gesundheitsführung“ zu sichern. Wie Bothe jedoch weiter ausführt, ging es den Nationalsozialisten, darunter den Reichsärztesführern Gerhard Wagner und nach dessen Tod 1939⁵ seinem Nachfolger Leonardo Conti, neben der Zusammenführung der verschie-

⁴ Vgl. Jütte, Robert (1996), S.42ff.

⁵ Vgl. Klee, Ernst (2011), S.649, S.96.

denen medizinischen Therapien vor allem um eine „ideologische Neuausrichtung der Medizin“.⁶ Diese sollte „gewährleisten, daß der nationalsozialistische Herrschaftsanspruch in und mit der Medizin durchgesetzt werden konnte.“⁷ So sollte das „Volksganze“ das Ziel ärztlichen Handelns vor den Interessen des Individuums, sein – gemäß dem nationalsozialistischen Prinzip „Gemeinnutz geht vor Eigennutz“.⁸

In diesem Zusammenhang ist auf das Kapitel 1.3.2.45 zu verweisen, in dem die tragende Rolle der Ärzteschaft innerhalb der Umsetzung des GzVeN aufgezeigt wird. Kurz erwähnt sei hier die Funktion der Anzeigenden, der Antragsteller, der Begutachtenden sowie der Beisitzer in den Gerichten und letztlich der Funktion der praktisch Ausführenden: die Chirurgen, Gynäkologen und Radiologen. An dieser Stelle sollte zudem betont werden, dass bis zum Jahr 1945 rund 45 Prozent aller Ärzte in Deutschland Mitglied in der NSDAP waren.⁹

1.3.2. Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses

„[Der völkische Staat] hat die Rasse in den Mittelpunkt des allgemeinen Lebens zu setzen. Er hat für Ihre Reinerhaltung zu sorgen. Er hat das Kind zum kostbarsten Gut eines Volkes zu erklären. Er muß dafür Sorge tragen, daß nur, wer gesund ist, Kinder zeugt; daß es nur eine Schande gibt: bei eigener Krankheit und eigenen Mängeln dennoch Kinder in die Welt zu setzen, doch ein höchste Ehre: darauf zu verzichten. Umgekehrt muß es als verwerflich gelten: gesunde Kinder der Nation vorzuenthalten. Der Staat muß dabei als Wahrer einer tausendjährigen Zukunft auftreten[.] [...] Er hat die modernsten ärztlichen Hilfsmittel in den Dienst dieser Erkenntnis zu stellen. Er hat, was irgendwie ersichtlich krank und erblich belastet und damit weiter belastend ist, zeugungsunfähig zu erklären und dies praktisch auch durchzusetzen.“¹⁰

⁶ Vgl. Bothe, Detlef (1991), S.287ff.

⁷ Ebd., S.289.

⁸ Vgl. ebd., S.294f.

⁹ Vgl. Bastian, Till (2001), S.34.

¹⁰ Hitler, Adolf (1940), S.446f.

Ungefähr ein Jahrzehnt bevor die eugenisch¹¹ begründete Zwangssterilisation ihre Legalisierung durch die Verabschiedung des GzVeN durch den Reichstag am 14. Juli 1933 erfuhr, wurden die oben zitierten Zeilen von Adolf Hitler in seinem Buch „Mein Kampf“ verfasst. Mit diesem Gesetz wurde im nationalsozialistischen Deutschland die Vorstellung der Menschheit zur gelenkten Vervollkommnung der eigenen Art die Wege geleitet. Basierend auf der Grundlage der Eugenik, der „Wissenschaft vom guten Erbe“, sollte die im Nationalsozialismus festgesetzte Rassenhygiene eine Verbesserung des Erbgutes (positive Eugenik) oder die Beseitigung schlechten Erbgutes (negative Eugenik) aus dem Genpool des deutschen Volkes und seiner zukünftigen Generationen erreichen. Einerseits indem die Fortpflanzung der Bevölkerungsgruppe mit den erwünschten Eigenschaften gefördert, andererseits indem die Fortpflanzung der Bevölkerungsgruppen mit dem sogenannten „minderwertigen“ Erbgut unterbunden und verhindert werden sollte; unter bestimmten Umständen auch unter Anwendung von Zwangsmaßnahmen. Im Fokus der „positiven Eugenik“ standen „*Werte wie höhere Intelligenz, bessere körperliche Konstitution, Schönheit oder rassische Reinheit*“¹². „Negative Eugenik“ beinhaltete die Beseitigung von schlechtem Erbgut. Beispiele hierfür sind rassenhygienische Sterilisierungen, die die Ausmerzungen von krankhaften Erbanlagen von „Minderwertigen“ sicherstellen sollten, oder im extremen Fall Euthanasie.¹³

Das GzVeN sollte diese von den Nationalsozialisten angestrebte Rassenhygiene sicherstellen. Gütt, Rüdin und Ruttke¹⁴ sahen die Notwendigkeit eines solchen Gesetzes in der

¹¹ Eugenik beschreibt die Erbgesundheitslehre. Nach Galton befasst sie sich „mit allen Einflüssen, welche die angestammten Eigenschaften einer Rasse verbessern und welche diese Eigenschaften zum größtmöglichen Vorteil der Gesamtheit zur Entfaltung bringen“. Siehe: Gütt, Arthur. et al. (1936a), S.351.

¹² Weingart, Peter et al. (1992), S.16.

¹³ Vgl. ebd.

¹⁴ Dr. med, Arthur Gütt (1871-1949) wurde auch der Vater des GzVeN genannt. Er war unter anderem Vorsitzender des Sachverständigenbeirates für Bevölkerungs- und Rassenpolitik des Reichsministeriums des Innern und saß im Reichsausschuss zum Schutze des deutschen Blutes. Der schweizerische Psychiater Dr. med. Ernst Rüdin (1874-1952) war Mitverfasser des Sterilisierungsgesetzes und Mitbegründer der Deutschen Gesellschaft für Rassenhygiene. Neben seiner Tätigkeit als Kommissar des Reichsinnenministeriums für die Deutsche Gesellschaft für Rassenhygiene war er zudem Obmann der Arbeitsgemeinschaft II für Rassenhygiene und Rassenpolitik des Sachverständigenbeirates für Bevölkerungs- und Rassenpolitik beim Reichsinnenministerium. Der Jurist und SS-Sturmabführer Dr. jur. Falk Ruttke (1894-1955) saß im Sachverständigenausschuss für bevölkerungs- und Rassenpolitik des Reichsinnenministeriums, war Geschäftsführer des Reichsausschusses für Volksgesundheitsdienst des Reichsinnenministeriums und lehrte ab 1942 am Lehrstuhl als Direktor des Instituts für Rasse und Recht an der Universität Jena. Vgl. Klee, Ernst (2011), S.210, S.513, S.516.

ungewollten und zahlreichen Fortpflanzung „Minderwertiger“, „deren kranker und asozialer Nachwuchs der Gesamtheit zu Last“¹⁵ fallen und den Nachwuchs der gebildeten und gesunden Schichten zahlenmäßig übersteigen würde. So sahen die Autoren, die in ihrem Buch „Zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ das GzVeN ausführlich kommentierten, in der Fortpflanzung erblich Belasteter nicht nur eine immense finanzielle Belastung und die Gefahr eines Werteverfalls in der deutschen Bevölkerung, sondern fürchteten zudem um die Zukunft des deutschen Volkes im Allgemeinen.¹⁶ So hielten sie fest:

„Da die Sterilisierung das einzig sichere Mittel ist, um die weitere Vererbung von Geisteskranken und schweren Erbleiden zu verhüten, muß sie demnach als eine Tat der Nächstenliebe und Vorsorge für die kommende Generation angesehen werden. Der preußische Landesgesundheitsrat hat bereits auf seiner Tagung am 2. Juli 1932 nach Anhörung von über hundert Sachverständigen die Maßnahme der Sterilisierung zur Förderung der Erbgesundheit gebilligt.“¹⁷

Im Folgenden sollen die historischen und wissenschaftlichen Hintergründe des GzVeN, dessen genauen Wortlaut sowie Auslegung und Umsetzung aufgezeigt werden.

1.3.2.1. Historische und wissenschaftliche Hintergründe

Die historischen Spuren, die den Grundstein für die Entstehung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ legten, lassen sich bis ins 19. Jahrhundert zurückverfolgen. So vertrat der englische Forscher Darwin, der sich primär auf die Tier- und Pflanzenwelt bezog, die These eines Selektionsvorteils der besser angepassten und dadurch überlebensstärkeren Population. Im Zuge der fortschreitenden Industrialisierung mit all ihren sozialen Folgeerscheinungen wurden diese naturgesetzlichen Prinzipien des biologischen Darwinismus mehr und mehr auf den sozialen Bereich übertragen. Der sogenannte Sozialdarwinismus diente damit als ideale Grundlage für die in den Folgejahren entstehende neue Wissenschaft der Rassenhygiene.¹⁸

¹⁵ Gütt, Arthur et al. (1936a), S.77.

¹⁶ Vgl. ebd.

¹⁷ Ebd.

¹⁸ Vgl. Mosse, George L. (2006), S.95ff.

Diese fand mit Francois Galton, einem Cousins Darwins, in England 1893 mit dem Begriff Eugenik ihren Anfang. Während Darwin von den Einflüssen der Umwelt auf die Bildung der Artenvarianten und deren Anpassungsmöglichkeiten ausging, legten Galton und andere Rassenhygieniker wie Alfred Ploetz¹⁹ dagegen den Schwerpunkt auf die Vererbung. So hob Galton drei natürlich ererbte Fähigkeiten hervor, die einen Menschen besonders auszeichneten: Intellekt, Fleiß und Arbeitseifer. Galton beschäftigte sich insbesondere mit der Ehe. Er war der Meinung, dass man die Eheschließungen von „Minderwertigen“ eher kontrollieren sollte. Eheschließungen von „Hochwertigen“ sollten dagegen früh unterstützt werden. Daraus ergab sich die Theorie, „*dass der Wert der Erbgesundheit die Qualität der Rasse bestimme.*“²⁰ Damit zielten diese Diskussionen weniger auf die Herleitung aus der Vergangenheit wie bei Darwin, sondern auf die Zukunft und daraus resultierenden aktiven Maßnahmen mit dem Ziel, die rassische Gesundheit zu stärken.²¹

Die neue Wissenschaft der Rassenhygiene verbreitete sich, von England ausgehend, schnell in ganz Europa sowie Amerika und zog immer mehr Wissenschaftler an. Um die Jahrhundertwende wurden die Mendelschen Regeln wiederentdeckt und in die rassenhygienischen Diskussionen miteingebracht. Mendels Vererbungslehre der physischen Eigenschaften aus dem Pflanzenreich wurde von den Eugenikern auf die menschliche Seele, den menschlichen Geist und Charakter, übertragen. Dabei wurde von einem gegebenen gleichbleibenden Genpool ausgegangen und der Mensch wurde als Teil der Natur gesehen. Folglich wurden die Naturgesetze auf das menschliche Dasein übertragen und angewendet. Dabei war der rezessive Erbgang für die Rassenhygieniker von besonderem Interesse. So konnten äußerlich völlig gesund erscheinende Menschen als erbkrank bezeichnet werden, weil sie ein bestimmtes „negatives“ Charaktermerkmal rezessiv geerbt hatten oder haben könnten.²²

¹⁹ Alfred Ploetz, (1860-1940) war Begründer der deutschen Rassenhygiene und ab 1904 Herausgeber des Archivs für Rassen- und Gesellschaftsbiologie. Ploetz war zudem Mitbegründer der Deutschen Gesellschaft für Rassenhygiene und Mitglied der Münchner Kommission zur Beratung von Fragen der Erhaltung und Vermehrung der Volkskraft. Vgl. Klee, Ernst (2011), S.466.

²⁰ Mosse, George L. (2006), S.97.

²¹ Vgl. ebd., S.95ff.

²² Vgl. Bock, Gisela (1986), S.38.

Im Jahr 1920 erschien die Schrift „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“ verfasst von Karl Binding, Jurist in Leipzig, und Alfred Hoche, Psychiater in Freiburg. Diese Schrift legte den Grundstein für die nationalsozialistische rassenhygienische Ideologie, die auf den Diskussionen und Schriften aus dem vorangegangenen Jahrhundert basierte und vom verlorenen ersten Weltkrieges samt seiner Auswirkungen auf die Bevölkerung, die Wirtschaft und das soziale Leben beeinflusst war. So stellten die beiden Autoren die Frage

„ob in der ökonomisch angespannten Situation nach dem 1. Weltkrieg nicht daran gedacht werden müsse, die geistig Schwerstkranken zu töten. Denn diese seien ohne intellektuelles Vermögen und von daher unfähig einen ‚Anspruch auf Leben‘ zu erheben.“²³

Hoche und Binding bezeichneten die von ihnen als lebensunwert angesehenen Schwerstkranken als „Ballastexistenzen“ und „Defektmenschen“, die „im Interesse der Wohlfahrt des Ganzen“²⁴ aus der Gesellschaft und dem staatlichen Organismus im Sinne der Rassenhygiene ausgestoßen werden sollten.²⁵ Die Wissenschaft der Rassenhygiene, in der auch die nationalsozialistischen Überzeugen und Gesetze wie das GzVeN gründeten, verfolgte hierbei drei wesentliche Ziele:

die „Kontraselektion“ der „unterschiedlichen Fortpflanzung“ zu demonstrieren, die Kriterien menschlichen „Werts“ zu bestimmen und die Kriterien von „Minderwertigkeit“ als erblich zu erweisen.“²⁶

1.3.2.2. Exakter Wortlaut des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses mit Änderungen und weiteren Gesundheitsgesetzen

Am 14. Juli 1933 wurde durch den Reichstag das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ verabschiedet. Mit dem Gesetz, das am 1. Januar 1934 in Kraft trat, wurde die Zwangsterilisation auf eugenischer Basis legalisiert. Damit wurde ein Wandel in der Medizin, von der Heilung von Leiden und der Krankheitsvorsorge zur Verhinderung

²³ Wiesing, Urban (Hrsg.) (2000), S. 29.

²⁴ Binding Karl / Hoche Alfred (1920), im Internet.

²⁵ Vgl. ebd.

²⁶ Bock, Gisela (1986), S.38.

einer Erkrankung durch die Verhinderung der Fortpflanzung von sogenannten „Erbkranken“, eingeläutet. Im nachfolgend aufgeführten GzVeN werden die einzelnen betroffenen Krankheitsbilder aufgezeigt. Dabei handelt sich um fünf psychiatrisch-neurologische Diagnosen, drei Körperbehinderungen und eine Suchtkrankheit. Um die in der vorliegenden Arbeit zu untersuchenden Sterilisationsgutachten in ihrer Gänze begreifen zu können, soll das GzVeN im exakten Wortlaut²⁷ vorgestellt werden.

Reichsgesetzblatt I S.529

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 (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,*

²⁷ Gütt, Arthur et al. (1936a), S.73-76.

8. *schwerer körperlicher Missbildung*

- (3) *Ferner kann unfruchtbar gemacht werden, wer an schwerem Alkoholismus leidet*

§ 2

- (1) *Antragsberechtigt 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.*

§ 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 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 Beidigung der Zeugen und Sachverständigen sowie auf die Ausschließung und Ablehnung der Gerichtspersonen finden die Vorschriften der Zivilprozessordnung sinngemäß 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 abgelehnt 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 Notfrist 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 Erbgesundheitsobergericht. 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 Absatz 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 ausgeführt 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 einen 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 ernsten 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 Absatz 1 Satz 1 und des § 10 Absatz 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.

In ihrem im Jahr 1934 verfassten Buch „Zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ führten Gütt, Rüdin und Ruttke detaillierte Erläuterungen und Begründungen des Gesetzestexts des GzVeN, Ausführungsverordnungen sowie genaue Beschreibungen der Krankheitsbilder mit Angaben zur Durchführung der Diagnostik auf. Die zwei Jahre später erschienene neubearbeitete Auflage enthielt Ergänzungen durch Gesetzesänderungen, weiteren Erläuterungen und Verordnungen sowie Abbildungen, wie beispielsweise der Durchführung chirurgischer Sterilisation. Das Fachwerk diente im Nationalsozialismus praktizierenden Ärzten als Hilfe und Orientierung bei der Umsetzung des GzVeN.

1.3.2.3. Definition von „Erbkrank“

„Erbkrank ist, wer selbst, persönlich, ein Leiden (eine Krankheit, einen Defekt, einen krankhaften Zustand, eine Mißbildung) besitzt oder besessen hat, dessen Anlage

a) nachgewiesenermaßen, sich nach irgendeiner durchschlagenden oder überdeckbaren Form der Mendelschen Regeln vererbt [...], oder

- b) *nach sonstigen systematischen erbprognostischen Untersuchungen an einer großen Zahl von kranken Familien als zweifellos erblich übertragbar erwiesen ist oder*
- c) *In einer einzelnen bestimmten Familie schon einmal bei Verwandten sich sichtbar zu einem abnormen Zustande entwickelt hat ([...] beachte die erblichen Belastungsverhältnisse in den Familien der Unfruchtbarzumachenden selbst).*

*Einer der Nachweise genügt.*²⁸

Dier hier aufgezeigte Definition von Erbkranken bezog sich auf § 1, Absatz 2 des GzVeN, in dem die „Erbkrankheiten“ aufgelistet waren. Dieses Gesetz bildete mit den Anfang der nationalpolitischen Rassenhygiene und Rassenpolitik und wurde in den Folgejahren mehrfach überarbeitet sowie durch weitere sogenannte Erbgesundheitsgesetze ergänzt.

Gütt, Rüdin und Ruttke hielten in ihren Ausführungen der Grundsätze für die Durchführung des Gesetzes fest, dass die Erberkrankung einwandfrei durch ärztliche Untersuchungen festgestellt werden musste. Für diese Untersuchungen sollten zwar Richtlinien durch den Gesetzgeber vorgegeben, aber den Ärzten dabei im Großen und Ganzen freie Hand gelassen werden. Führten die Untersuchungsmethoden zu keinem eindeutigen Ergebnis, musste die „Sippenforschung“ herangezogen werden. Für die Beurteilung einer erblichen Veranlagung reichte eine ärztlich einmalig einwandfrei festgestellte Erbkrankheit, die im „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ aufgeführt war.²⁹

Vor jeder körperlicher oder labormedizinischer sowie weiterer apparativer Diagnostik stand an erster Stelle die Anamnese, also die Erhebung der Vorgeschichte, von der Geburt bis zur Gegenwart mit Beschreibung der Symptome, der Gefühle etc. Hier gehörte auch die Familien- und Sozialanamnese dazu. Die Erhebung der Familienbelastung wurde vor allem bei leichteren Ausprägungen der Erkrankung empfohlen. Dazu sollten

²⁸ Gütt, Arthur et al. (1936a), S.108f.

²⁹ Vgl. ebd., S.57f.

zur Einsicht in Krankenakten zusätzlich auch Untersuchungen von Blutsverwandten herangezogen werden (Familienanamnese). Beim Vergleich der Befunde sollte anschließend zur weiteren Beurteilung die Wahrscheinlichkeit des Erkrankungsrisikos für die gesunde Bevölkerung, die sogenannte empirische Erbprognose³⁰, hinzugezogen werden. Die endgültige Beurteilung blieb schließlich einem Erbgesundheitsgericht überlassen.³⁰

Auch heute ist die Familien- und Sozialanamnese noch wichtiger Bestandteil jedes ärztlichen Aufnahmegesprächs, um Hinweise auf eine mögliche familiäre Belastung der Patienten zu erhalten. Ziel ist dabei nicht die „Ausmerzungen und Ausrottung“ um ein „erbgesundes und hochwertiges Volk“ zu erhalten, sondern um vorsorglich Schaden und Krankheit vom Einzelnen abzuwehren. Das Wohl und die Gesundheit des Einzelnen stehen im Blickpunkt der heutigen Medizin.

Änderungen des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses bis 1939

Das erste Gesetz zur Änderung des GzVeN wurde am 26. Juni 1935 beschlossen.³¹ Unter anderem handelte es sich dabei um die Freigabe der Abtreibung aus medizinischer, eugenischer und ethnischer Indikation bis zum sechsten Schwangerschaftsmonat:

Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses

Vom 26. Juni 1935

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

Das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933 [...] wird wie folgt geändert:

- 1. Im § 9 Satz 1 ist statt „Notfrist von einem Monat“ zu setzen „Notfrist von 14 Tagen“.*
- 2. Nach § 10 des GzVeN wird ein § 10a eingeschaltet:*

³⁰ Vgl. Gütt, Arthur et al. (1936a), S.57f.

³¹ Ebd., S.80.

- (1) *Hat ein Erbgesundheitsgericht rechtskräftig auf Unfruchtbarmachung einer Frau erkannt, die zur Zeit der Durchführung der Unfruchtbarmachung schwanger ist, so kann die Schwangerschaft mit Einwilligung der Schwangeren unterbrochen werden, es sei denn, daß die Frucht schon lebensfähig ist oder die Unterbrechung der Schwangerschaft eine ernste Gefahr für das Leben oder die Gesundheit der Frau mit sich bringen würde.*
- (2) *Als nicht lebensfähig ist die Frucht dann anzusehen, wenn die Unterbrechung vor Ablauf des sechsten Schwangerschaftsmonats erfolgt.*
3. *Im § 11 Abs.1 Satz 1 und 3 und Abs.2 sind nach dem Wort „Unfruchtbarmachung jeweils die Worte „und Schwangerschaftsunterbrechung“ einzusetzen.*
4. *§ 14 erhält folgende Fassung:*
 - (1) *Eine Unfruchtbarmachung oder Schwangerschaftsunterbrechung, 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 Kunst zur Abwendung einer ernsten Gefahr für das Leben oder die Gesundheit desjenigen, an dem er sie vornimmt, und mit dessen Einwilligung vollzieht.*
 - (2) *Eine Entfernung der Keimdrüsen darf beim Manne mit seiner Einwilligung auch dann vorgenommen werden, wenn sie nach amts- oder gerichtsärztlichem Gutachten erforderlich ist, um ihn von einem entarteten Geschlechtstrieb zu befreien, der die Begehung weiterer Verfehlungen im Sinne der §§ 175 bis 178, 183, 223 bis 226 des Strafgesetzbuches befürchten lässt. Die Anordnung der Entmannung im Strafverfahren oder im Sicherungsverfahren bleibt unberührt.*

Bis zu diesem Zeitpunkt war, nach einer Entscheidung des Reichsgerichts aus dem Jahre 1927, nur die Unterbrechung der Schwangerschaft aus medizinischer Indikation „als übergesetzlicher Notstand“ straffrei.³² Das nationalsozialistische Regime durchbrach damit erstmals den § 218 StGB. Voraussetzung für den Schwangerschaftsabbruch war die Zustimmung der betroffenen Frau und dass bei dieser eine Erbkrankheit im Sinne

³² Vgl. Schmuhl, Hans-Walter (1987), S.161.

des GzVeN vorlag. Noch weiter ging eine weitere Ermächtigung Adolf Hitlers im Zeitraum des Jahreswechsels 1939/1940, die an seine Kanzlei und seinen Leibarzt gerichtet war. Damit hatten diese eine

„Generalvollmacht [...] um für eine Schwangerschaftsunterbrechung in allen nationalsozialistisch erwünschten gesetzlich nicht geregelten Fällen Sorge zu tragen, gleichgültig ob es sich um erbbiologische, rassische oder zum Beispiel Notzuchtsfälle handelte.“³³

In der Begründung zum Gesetzestext wurde die Gesetzesänderung zur Freigabe der Abtreibung bis zum sechsten Schwangerschaftsmonat als logische Schlussfolgerung aus dem Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses dargestellt:

„Eine Abweichung von dem Grundsatz, daß die Schwangerschaftsunterbrechung nur aus gesundheitlichen Gründen gerechtfertigt ist, erschien hinsichtlich der Schwangerschaftsunterbrechung in solchen Fällen notwendig, in denen infolge der Erbkrankheit der Mutter mit einer erbkranken Nachkommenschaft zu rechnen ist.“³⁴

Man könnte diese Ausweitung der Abtreibungsindikation so interpretieren, dass damit bereits der Grundstein für die Tötung „lebensunwerten“ Lebens gelegt wurde, indem beschlossen wurde, ein solches Leben bereits vor der Geburt zu beenden. Mit der „Vernichtung lebensunwerten Lebens“ wurde im Herbst 1939 begonnen, wie in Kapitel 1.3.4.2 näher erläutert.

Am 04. Februar 1936 folgte das zweite Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses.³⁵

³³ Braß, Christoph (2004), S.149.

³⁴ Gütt, Arthur et al. (1936a), S.81.

³⁵ Ebd., S.83.

**Zweites Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur Verhütung
erbkranken Nachwuchses**

Vom 4. Februar 1936

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

Das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933 [...] in der Fassung des Gesetzes vom 26. Juni 1935 [...] wird wie folgt geändert:

1. Im § 1 Abs. 1 fallen die Worte „durch chirurgischen Eingriff“ weg.

2. § 11 erhält folgenden neuen Abs. 1:

(1) Die Unfruchtbarmachung hat im Wege des chirurgischen Eingriffes zu erfolgen. Die Reichsminister des Innern und der Justiz bestimmen, unter welchen Voraussetzungen auch andere Verfahren zur Unfruchtbarmachung angewandt werden können.

Der bisherige Abs. 1 wird Abs. 2. Im Satz 1 des nunmehrigen Abs. 2 wird das Wort „chirurgische“ durch ärztliche ersetzt.

Der bisherige Abs. 2 wird Abs. 3.

3. Im § 15 Abs. 1 wird das Wort „chirurgischen“ durch „ärztlichen“ ersetzt.

Der chirurgische Eingriff wurde bis zu diesem Zeitpunkt im GzVeN als einzig erlaubte Methode zur Unfruchtbarmachung aufgeführt. In diesem zweiten Gesetz zur Änderung des GzVeN wurde der Gebrauch anderer Möglichkeiten auf legalen Boden gestellt. So war es nun zum Beispiel zulässig, Frauen, die älter als 38 Jahre waren und bei denen ein chirurgischer Eingriff als zu riskant angesehen wurde, mittels Röntgen- oder Radiumbestrahlung zu sterilisieren. Voraussetzung war die Einwilligung der Patientinnen zu diesem Verfahren, da erhebliche körperliche Nebenwirkungen zu erwarten waren. Durch die Unfruchtbarmachung wurden nicht nur die Keimdrüsen zerstört, sondern gleichzeitig auch jegliche Form der geschlechtlichen Funktion ausgelöscht. Eine genauere Beschreibung der Sterilisationsmethoden findet sich in Kapitel 1.3.2.6.

Gesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Maßregeln der Sicherung und Besserung

Am 24. November 1933 wurde das „Gesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Maßregeln der Sicherung und Besserung“³⁶ verabschiedet. In Kraft getreten ist es gleichzeitig mit dem GzVeN am 1. Januar 1934. Wie in der Einführung bei Gütt, Rüdin und Ruttke beschrieben, besteht ein enger Zusammenhang zwischen beiden Gesetzeswerken, darin,

„daß 1. zahlreiche Gewohnheitsverbrecher gleichzeitig den Bestimmungen des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses unterliegen und 2. Die Entmannung der gefährlichen Sittlichkeitsverbrecher die Maßnahmen der Unfruchtbarmachung auf diesem besonderen Gebiet zu ergänzen hat.“³⁷

Gesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Maßregeln der Sicherung und Besserung

(Gewohnheitsverbrechergesetz)

24. November 1933

§ 42b

Hat jemand eine mit Strafe bedrohte Handlung im Zustand der Zurechnungsunfähigkeit (§51, Abs. 1 [...] oder der verminderten Zurechnungsfähigkeit (51, Abs.2, [...]) begangen, so ordnet das Gericht seine Unterbringung in einer Heil- oder Pflegeanstalt an, wenn die öffentliche Sicherheit es erfordert. Dies gilt nicht bei Übertretungen. Bei vermindert Zurechnungsfähigen tritt die Unterbringung neben die Strafe.

§ 51

Eine strafbare Handlung ist nicht vorhanden, wenn der Täter zur Zeit der Tat wegen Bewusstseinsstörung, wegen krankhafter Störung der Geistestätigkeit oder wegen Geisteschwäche unfähig ist, das Unerlaubte der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht

³⁶ Gütt, Arthur et al. (1936a), S.61.

³⁷ Ebd.

zu handeln. War die Unfähigkeit das Unerlaubte der Tat zu einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln, zur Zeit der Tat aus einem dieser gründe erheblich vermindert, so kann die Strafe nach den Vorschriften über die Bestrafung des Versuchs gemildert werden.

Auf dem Boden dieses Gesetzes wurde die unbegrenzte Sicherungsverwahrung für „gefährliche Gewohnheitsverbrecher“ ermöglicht und häufig erfolgte die Deportation in Konzentrationslager. Gleichzeitig erlaubte es auch die Kastration von „Sittlichkeitsverbrechern“ unter dem Deckmantel des Schutzes der Allgemeinheit; insbesondere des Schutzes von Kindern, Mädchen und Frauen vor Vergewaltigung und ungewollter Schwangerschaft sowie dem Schutz vor Geschlechtskrankheiten. Laut den Verfassern der Gesetzestexte bestand kein Zweifel an der Erbllichkeit der kriminellen Anlagen:

„Nach dem vorher geschilderten Erbgang und der Vererbung geistiger und körperlicher Anlagen kann gar kein Zweifel daran bestehen, daß auch die Anlagen zum Verbrecher erblich bedingt sind.“³⁸

Dies diente als Begründung für die zwangsweise durchgeführten Kastrationen von männlichen Häftlingen. In Folge der Verschärfung des § 175, der am 1. September 1934 in Kraft trat und sich seit 15. Mai 1871 im Reichsstrafgesetzbuch befand, sowie der verschärften Änderung des GzVeN vom 26. Juni 1935 §14, Absatz 2, war die Kastration von homosexuellen Männern nicht mehr nur aufgrund medizinischer Indikation, sondern auch aufgrund kriminalpolitischer Kriterien erlaubt. Zu hinterfragen ist allerdings der Passus der Freiwilligkeit, da die Betroffenen unter starken Druck gesetzt wurden. Die Alternativen zur Kastration waren Kriminalisierung, Schutz- und Vorbeugehaft oder gar die Verlegung in Konzentrationslager.³⁹ Unter diesen Voraussetzungen erschien die Kastration wahrscheinlich als das kleinere Übel.

³⁸ Gütt, Arthur et al. (1936a), S.62.

³⁹ Vgl. Bastian, Till (2001), S.47f.

Gesetz zum Schutze des deutschen Blutes und der deutschen Ehre

Am 15. September 1935 folgte das „Gesetz zum Schutze des deutschen Blutes und der deutschen Ehre“ (Blutschutzgesetz). Dieses verbot die Eheschließung sowie den außerehelichen Geschlechtsverkehr zwischen Juden und Staatsangehörigen „*deutschen oder artverwandten Blutes*“⁴⁰. Mit dem „Blutschutzgesetz“ wurde das erklärte Ziel des körperlich, geistig und seelisch gesunden deutschen „Volksstammes“ durch Erb- und Rassenpflege um die neue Dimension der Rassenpolitik ergänzt. Jene sollte durch „*rassepolitische[...] Maßnahmen die Geschlossenheit und die Wesensechtheit der deutschen Persönlichkeit und dadurch die Harmonie des Volkskörper gewährleisten*“⁴¹.

Darauf folgte am 18. Oktober 1935 das „Ehegesundheitsgesetz“, das die Eheschließung von Partnern verbot, wenn einer von beiden an einer Erbkrankheit im Sinne des GzVeN oder einer anderen geistigen Störung litt⁴²:

Gesetz zum Schutze der Erbgesundheit des deutschen Volkes

(Ehegesundheitsgesetz)

Vom 18. Oktober 1935

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

§ 1

(1) Eine Ehe darf nicht geschlossen werden,

(a) wenn einer der Verlobten an einer mit Ansteckungsgefahr verbundenen Krankheit leidet, die eine erhebliche Schädigung der Gesundheit des anderen Teiles oder der Nachkommen befürchten lässt,

(b) wenn einer der Verlobten entmündigt ist oder unter vorläufiger Vormundschaft steht,

⁴⁰ Schmuhl, Hans-Walter (1987), S.159.

⁴¹ Weingart, Peter et al. (1992), S.502.

⁴² Schmuhl, Hans-Walter (1987), S.159.

(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.

(2) Die Bestimmung des Absatzes 1 Buchstabe d steht der Eheschließung nicht entgegen, wenn der andere Verlobte unfruchtbar ist.

§ 2

Vor der Eheschließung haben die Verlobten durch ein Zeugnis des Gesundheitsamtes (Ehetauglichkeitszeugnis) nachzuweisen, daß ein Ehehindernis nach § 1 nicht vorliegt.

§ 3

(1) Eine entgegen den Verboten des § 1 geschlossene Ehe ist nichtig, wenn die Ausstellung des Ehetauglichkeitszeugnisses oder die Mitwirkung des Standesbeamten bei der Eheschließung von den Verlobten durch willentlich falsche Angaben herbeigeführt worden ist. Sie ist auch nichtig, wenn sie zum Zwecke der Umgehung des Gesetzes im Ausland geschlossen ist. Die Nichtigkeitsklage kann nur vom Staatsanwalt erhoben werden.

(2) Die Ehe ist von Anfang an gültig, wenn das Ehehindernis später wegfällt.

§ 4

(1) Wer eine verbotene Eheschließung erschleicht (§ 3), wird mit Gefängnis nicht unter drei Monaten bestraft.

(2) Die Verfolgung wegen des vollendeten Vergehens tritt nur ein, wenn die Ehe für nichtig erklärt wird.

§ 5

(1) Die Vorschriften dieses Gesetzes finden keine Anwendung, wenn beide Verlobten oder männliche Verlobte eine fremde Staatsangehörigkeit besitzen.

- (2) *Die Strafverfolgung eines Ausländers nach § 4 tritt nur auf Anordnung ein, die der Reichsminister der Justiz im Einvernehmen mit dem Reichsminister des Innern trifft.*

§ 6

Der Reichsminister des Innern oder die von ihm ermächtigte Stelle kann Befreiungen von den Vorschriften dieses Gesetzes bewilligen.

§ 7

Der Reichsminister des Innern erläßt im Einvernehmen mit dem Stellvertreter des Führers und dem Reichsminister der Justiz die zur Durchführung und Ergänzung dieses Gesetzes erforderlichen Rechts –und Verwaltungsvorschriften.

§ 8

- (1) *Das Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.*
- (2) *Den Zeitpunkt des Inkrafttretens des § 2 bestimmt der Reichsminister des Innern. Bis zu diesem Zeitpunkt ist ein Ehetauglichkeitszeugnis nur in Zweifelsfällen vorzulegen.*

In Anwendung der negativen Eugenik in Form der Sterilisationspolitik gegen das eigene Volk sollte das Ziel eines „Elitevolkes“ bestehend aus „hochwertigen Herrenmenschen“ erreicht werden. Neben den Gefahren von außen durch „rassische Degeneration“ in Gestalt von Juden, Zigeunern und Schwarzen, existierten für die Nationalsozialisten auch Gefahren von innen durch Massen von „Minderwertigen“. Bock beschreibt die Bedeutung von Rassismus nicht nur als Diskriminierung „fremder Völker“ sondern auch als Diskriminierung von „Minderwertigen“ der eigenen ethnischen Gruppe.⁴³

Bereits seit dem 18. Februar 1927 lag ein Gesetz zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten vor. Die Ehe war nicht mehr nur Privatangelegenheit. Mit dem Ehegesundheitsgesetz wurden nicht mehr nur die Gruppe der Erbkranken erfasst, sondern die Gesamtbevölkerung. Somit fand eine Selektion der Fortpflanzung durch Eingriff in das

⁴³ Vgl. Bock, Gisela (1986), S.16f.

Private im Hinblick auf die „Volksgemeinschaft“ statt. Auf den Vorgaben des Gesetzes basierend sollte die Ehetauglichkeit durch ein amtsärztliches Zeugnis für jeden einzelnen Heiratswilligen verpflichtend nachgewiesen werden. Praktisch war dies allerdings nie durchführbar. Schon zum Zeitpunkt der Einführung des Gesetzes waren die Gesundheitsämter, zum Beispiel durch die Anwendung des GzVeN, so stark beansprucht, dass von Beginn an eine Übergangsregelung mit gelockerter Auslegung vorlag. Im Verlauf des Jahres 1939 hieß es dann: *„Untersuchungen auf Ehetauglichkeit [...] finden im Allgemeinen zur Zeit nicht statt.“*⁴⁴

1.3.2.4. Definition von „Fortpflanzungsgefahr“

Am 31. August 1939, einen Tag vor dem offiziellen Beginn des zweiten Weltkrieges, wurde die bisherige, am 27. Juli 1938 zuletzt geänderte, Durchführungsverordnung zum GzVeN durch eine weitere Änderung ersetzt. Der genaue Gesetzestext lautete dabei wie folgt⁴⁵:

***Verordnung zur Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken
Nachwuchses und des Ehegesundheitsgesetzes***

Vom 31. August 1939

§ 1

Anträge auf Unfruchtbarmachung sind nur zu stellen, wenn die Unfruchtbarmachung wegen besonders großer Fortpflanzungsgefahr nicht aufgeschoben werden darf. (...)

§ 2

Verfahren auf Unfruchtbarmachung, die beim Inkrafttreten dieser Verordnung noch nicht rechtskräftig erledigt sind, werden eingestellt.

⁴⁴ Weingart Peter et al. (1992), S.513-518.

⁴⁵ Klee, Ernst (2010), S.85.

Kriegsbedingt sollten nur noch Sterilisationen in Fällen besonders großer Fortpflanzungsgefahr durchgeführt werden. Andere noch nicht rechtskräftig erledigte Verfahren sollten eingestellt oder aufgeschoben werden. In den folgenden Kriegsjahren wurden noch weitere Änderungen durchgeführt, um die Durchführung von Sterilisationsverfahren zu vereinfachen. Da viele der Ärzte zum Kriegsdienst eingezogen und Krankenhäuser zur Versorgung Verwundeter benötigt wurden bestanden nur noch geringe Kapazitäten zur Durchführung von Sterilisationsoperationen. Die Verwaltungen, die medizinischen Einrichtungen und die Gesundheitsämter sollten vor dem Hintergrund der enormen Kriegsbelastungen entlastet werden.

Von den Gesetzeskommentatoren Gütt, Rüdin und Ruttke wurden drei Kriterien vorgegeben anhand derer man die „individuelle Fortpflanzungswahrscheinlichkeit“⁴⁶ eines Menschen abschätzen konnte. Das wichtigste Kriterium war die Diagnose der Erkrankung selbst. Wurde mit der vom Gesetz geforderten Sicherheit eine Erbkrankheit im Sinne des GzVeN diagnostiziert, war die Ausprägung der Erkrankung von Interesse. So wurde die Sterilisation bei leichter und mittlerer Ausprägung der Erkrankung als notwendiger erachtet als bei einer schweren Erkrankung, da die meisten der schwer Erkrankten eher nicht in der Lage waren zu heiraten und Kinder zu bekommen und sich somit selbst ausmerzen würden.⁴⁷ Da viele der Schwererkrankten bereits in geschlossenen Anstalten lebten, wurde die Fortpflanzungsgefahr mangels Gelegenheit als sehr gering eingestuft. Bei Vorliegen einer leichteren Ausprägung einer Erbkrankheit - in den Erläuterungen des Gesetzestexts gingen die Autoren auf den Schweregrad des angeborenen Schwachsinn ein - sollten vor allem bei denjenigen die Sterilisation durchgeführt werden, bei denen man aufgrund ihrer körperlichen und geistigen Verfassung, trotz Krankheit, auf „ihre mögliche Fortpflanzung gefaßt sein muß.“⁴⁸

„Der Antrag auf Unfruchtbarmachung soll nicht gestellt werden, wenn der Erbkrankte infolge hohen Alters oder aus anderen Gründen nicht fortpflanzungsfähig ist, oder wenn der zuständige Amtsarzt bescheinigt hat, daß der Eingriff eine

⁴⁶ Ley, Astrid (2004), S.53.

⁴⁷ Vgl. Gütt, Arthur et al. (1936a), S.117.

⁴⁸ Ebd., S.121.

Gefahr für das Leben des Erbkranken bedeuten würde, oder wenn er wegen Anstaltsbedürftigkeit in einer geschlossenen Anstalt dauernd verwahrt wird. Die Anstalt muß volle Gewähr dafür bieten, daß die Fortpflanzung unterbleibt.“⁴⁹

Als zweites wichtiges Kriterium galt das Alter:

„Als nicht fortpflanzungsfähig sind anzusehen Kinder im allgemeinen unter 12 Jahren und Erwachsene im hohen Alter. Bei Frauen wird dies in der Regel anzunehmen sein, wenn sie das 45. bis 50. Lebensjahr überschritten haben und die Monatsblutung infolge des Altersrückbildung der Geschlechtsorgane (Wechseljahre) nach ärztlicher Feststellung ausgeblieben ist. [...] Bei Männern kann ein bestimmtes Jahr nicht genannt werden, da die Zeugungsfähigkeit bis ins hohe Alter hinein erhalten sein kann. Infolgedessen wird dies von Fall zu Fall durch den Amtsarzt oder in Zweifelsfällen durch das Gericht zu entscheiden sein.“⁵⁰

Die Geschlechtszugehörigkeit wurde als weiteres Kriterium zur Beurteilung der individuellen Fortpflanzungsgefahr aufgeführt. So wiesen die Gesetzesautoren darauf hin, dass Männer und Frauen mit demselben Schwachsinngrad dennoch unterschiedlich beurteilt werden müssten.⁵¹ Dies wurde auch von Gisela Bock aufgenommen. So hält Bock fest, dass viele Wissenschaftler der Meinung gewesen seien, dass die Sterilisation von „entarteten“ Frauen rassenhygienisch wichtiger sei als die Sterilisation von Männern, da „die Zahl der entarteten Individuen, die geboren werden, [...] hauptsächlich von der Zahl fortpflanzungsfähiger entarteter Frauen ab[hänge].“⁵²

1.3.2.5. Amtliche Handhabung von der Anzeige bis zum Gerichtsurteil

Wie in den detaillierten Erläuterungen und Ausführungsverordnungen der Gesetzeskommentatoren Gütt, Rüdin und Ruttke beschrieben, gliederte sich das sogenannte Erbgesundheitsverfahren in mehrere Verfahrensabschnitte. Die Erfassung der potentiellen Sterilisierungsoffer bildete den ersten Schritt. Bereits der geringste Verdacht auf das

⁴⁹ Gütt, Arthur et al. (1936a), S.176.

⁵⁰ Ebd., S.180.

⁵¹ Vgl. ebd., S.121.

⁵² Bock, Gisela (1986), S.373.

Vorliegen oder auch nur die Vermutung auf eine in dem Gesetz aufgeführte Erbkrankheit musste dem zuständigen Amtsarzt angezeigt werden. Die Anzeigepflicht, bei deren Unterlassung Strafe drohte, wurde in Artikel drei der ersten Fassung der Verordnung zur Ausführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 5. Dezember 1933 (Reichsgesetzblatt I S.1021) beschrieben und legte die Grundlage zur Erfassung der sogenannten „Erbkranken“.⁵³

Ziel war eine „*erbbiologische Bestandsaufnahme*“⁵⁴ der Bevölkerung. Gleichzeitig wurden sowohl die Gesamtheit der approbierten Ärzteschaft als auch sämtliche in Heilberufen Tätige als Gehilfen in die Ausführung des Gesetzes verpflichtend miteingebunden. Als wichtig angesehen wurden neben den Ärzten die Hebammen, die Entbindungsstationen und die Mütterberatungen. Für die Ärzteschaft bedeutete dies ein gesetzlich verordneter Vertrauensbruch gegenüber ihren Patienten sowie gleichzeitig ein Bruch des ärztlichen Berufsethos - vor allem bezüglich der Schweigepflicht.⁵⁵

Für die Anzeige gab es einen speziell angefertigten Vordruck, welcher im Anhang der vorliegenden Arbeit unter Anhang 3 zu finden ist. Nach Gisela Bock war hinsichtlich der Anzeigepaxis der Verleumdung und persönlichen Racheakten Tür und Tor geöffnet indem es praktisch keinerlei Eingrenzungen bezüglich der anzeigenden Personen gab. Jeder konnte so seinen Anteil zur Sterilisationspolitik beitragen. Gefördert wurde dies zudem durch § 15 des GzVeN. Dort wurde ausdrücklich und unter Strafandrohung auf die Schweigepflicht bezüglich der an dem Erbgesundheitsverfahren beteiligten Personen hingewiesen. Nach Eingang der Anzeigen wurden vielfältige Nachforschungen, beispielsweise mittels dem Einholen von Auskünften bei Ämtern, Arbeitgebern und auch bei den anzeigenden Ärzten, über die betroffenen Personen angestellt. Die Gewährung der Einsicht in die Krankenunterlagen war verpflichtend, ebenso die Weitergabe von vertraulichen Informationen und weiteren Auskünften über die Patienten einschließlich deren Familienangehörigen.⁵⁶ So wurde im GzVeN festgehalten:

⁵³ Vgl. Gütt, Arthur et al. (1936a), S.210.

⁵⁴ Ebd.

⁵⁵ Vgl. Schmuhl, Hans-Walter (1987), S.145.

⁵⁶ Vgl. Bock, Gisela (1986), S.265-266.

„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.“⁵⁷

Auf Grundlage der eingeholten Informationen traf der Amtsarzt die Entscheidung über die Antragstellung auf Unfruchtbarmachung. Allein in den Händen des jeweils zuständigen Amtsarztes lag so das weitere Schicksal der betroffenen Personen. Die Antragsstellung, für welche es ebenfalls einen offiziellen Vordruck gab (siehe Anhang 4), war der Schritt, der den gerichtlichen Teil des Erbgesundheitsverfahrens in die Wege leitete. Der Antrag auf Unfruchtbarmachung wurde beim jeweiligen Erbgesundheitsgericht eingereicht. Laut § 2 Abs.2 des GzVeN musste zudem eine Bescheinigung eines für das Deutsche Reich approbierten Arztes vorgelegt werden, aus der klar hervorging, dass der Unfruchtbarzumachende über das Wesen und die Folgen der Unfruchtbarmachung aufgeklärt worden ist (siehe Anhang 5). Anhand eines Merkblatts sollte der jeweilig Betroffene über den bevorstehenden Eingriff aufgeklärt werden.

Die Entscheidung über die Durchführung der Sterilisation lag im Urteil der Erbgesundheitsgerichte. Diese hatten nach § 8 des GzVeN

„unter Berücksichtigung des gesamten Ergebnisses der Verhandlung und Beweisaufnahme nach freier Überzeugung zu entscheiden. Die Beschlussfassung erfolgt [...] mit Stimmenmehrheit. Der Beschluß [...] muß die Gründe angeben, aus denen die Unfruchtbarmachung beschlossen oder abgelehnt 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.“⁵⁸

In die Beweisaufnahme flossen die Nachforschungen der Antrag stellenden Amtsärzte mit ein. In Zweifelsfällen konnte die fachärztliche Begutachtung der „Unfruchtbarzumachenden“ an dafür zugelassenen Kliniken angeordnet werden, wie in § 7 Absatz 2 des GzVeN. aufgeführt. Nach ergangenem Gerichtsurteil zur Sterilisation und der Zu-

⁵⁷ Gütt, Arthur et al. (1936a), S.74.

⁵⁸ Ebd.

stellung des Beschlusses konnten die Betroffenen, laut § 9 des GzVeN, innerhalb einer „Notfrist von einem Monat“⁵⁹ Beschwerde gegen den ergangenen Gerichtsbeschluss einlegen. In letzter Instanz entschieden Erbgesundheitsobergerichte über Zurückweisung oder Zulassung der Beschwerden, und damit endgültig über die Durchführung der Sterilisation.⁶⁰

Erbgesundheitsgerichte waren Amtsgerichten angegliedert und Erbgesundheitsobergerichte Oberlandesgerichten. Im Gesetzeswerk von Gütt, Rüdin und Ruttko findet sich die Auflistung von 205 Erbgesundheitsgerichten sowie von 28 Erbgesundheitsobergerichten.⁶¹ Für die in der vorliegenden Arbeit betroffenen Patienten waren die Erbgesundheitsgerichte in den Ländern Baden und Württemberg sowie in letzter Instanz die Erbgesundheitsobergerichte Stuttgart und Karlsruhe zuständig. Die im Anhang 1 befindliche Karte zeigt die staatliche Gliederung bis zum Kriegsende im Jahr 1945 im Gebiet der Länder Baden und Württemberg auf. Die Zusammensetzung der Erbgesundheitsgerichte war in § 6 Abs. 1 des GzVeN geregelt. So bestanden diese jeweils aus

“einem Amtsrichter als Vorsitzenden, einem beamteten Arzt und einem weiteren für das Deutsche Reich approbierten Arzt, der mit der Erbgesundheitslehre besonders vertraut ist.“⁶²

In § 10 Abs. 1 des GzVeN war die Zusammensetzung der Erbgesundheitsobergerichte geregelt. Anstelle des Amtsrichters war ein Mitglied des Oberlandesgerichtes vorgeschrieben, ergänzend zum beamteten Arzt und einem weiteren *„für das Deutsche Reich approbierten Arzt, der mit der Erbgesundheitslehre besonders vertraut ist.“⁶³* Häufig handelte es sich bei den beisitzenden Ärzten um Angestellte der psychiatrischen Kliniken. Die Sterilisationen wurden an zur „Unfruchtbarmachung“ ermächtigten Kliniken durchgeführt. War die Sterilisation durchgeführt, erfolgte eine Rückmeldung durch die Klinik an den jeweils zuständigen Amtsarzt und das Erbgesundheitsgericht. Dieser ge-

⁵⁹ Diese Notfrist wurde mit der Verordnung zur Änderung des GzVeN vom 26. Juni 1935 auf 14 Tage verkürzt.

⁶⁰ Vgl. Gütt, Arthur et al. (1936a), S.74f.

⁶¹ Vgl. ebd., S.361-365.

⁶² Ebd., S.74.

⁶³ Gütt, Arthur et al. (1936a), S.75.

setzlich geregelte und vorgegebene Ablauf der Erbgesundheitsverfahren sollte der Bevölkerung, gemeint waren hier vor allem die Zugehörigen der „eigenen Rasse“, eine gewisse Rechtssicherheit vermitteln. Richter galten als unabhängig und folglich wurde auf eine unabhängige Prüfung der einzelnen Verfahren vertraut.⁶⁴

Wie Christoph Braß in seinem Buch „Zwangsterilisation und Euthanasie im Saarland 1935-1945“ ausführt, fanden unabhängig von diesem Gesetz, nicht gesetzlich legalisierte Zwangsterilisationen an Angehörigen „fremder Rassen“ statt - sowohl ohne Durchführung von gerichtlichen Verfahren als auch ohne die Möglichkeit auf Widerspruch und Beschwerde der Betroffenen. Ohne Angabe einer medizinischen Indikation war die Zugehörigkeit einer anderen ethnischen Gruppe als Grund für eine Sterilisation völlig ausreichend. Ziel dieser Sterilisationen war es, die Fortpflanzung „fremder Rassen“ zu verhindern und dadurch deren Anteil in der Bevölkerung nach und nach zu reduzieren und schließlich ganz „auszumerzen“. Zielgruppen waren vor allem Zigeuner, Schwarze und Angehörige anderer ethnischer Gruppen, die von den Nationalsozialisten insgesamt als „Minderwertige“ bezeichnet wurden. So lebten im Rheinland beispielsweise mindestens 385 amtlich erfasste Mischlinge, bei unbekannt hoher Dunkelziffer, die als „Rheinlandbastarde“ bezeichnet wurden. Diese Kinder und Jugendlichen waren die Nachkommen aus Beziehungen deutscher Frauen mit französischen dunkelhäutigen Soldaten der französischen Besatzungsmacht im Rheinland nach dem ersten Weltkrieg. Im Jahr 1937 wurden mindestens die 385 amtlich registrierten Kinder und Jugendliche einer illegalen Zwangsterilisation unterworfen.⁶⁵

Bis heute gibt es keinen Hinweis auf die genaue Anzahl dieser zwangssterilisierten Kinder. Wie hoch die Dunkelziffer der in den Konzentrationslagern ohne Gerichtsverfahren im Rahmen von „Menschenexperimenten“ an Juden und Jüdinnen, Sinti und Roma, Polen und Polinnen, und sogenannten „asozialen“ sterilisierten Menschen ist, weiß niemand.⁶⁶

⁶⁴ Vgl. Ley, Astrid (2004), S.67ff.

⁶⁵ Vgl. Braß, Christoph (2004), S.151ff.

⁶⁶ Vgl. Der Spiegel (Hrsg.) (1979), im Internet.

1.3.2.6. Methoden zur Durchführung der Sterilisation

Wie im „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ in § 1 Abs. 1 und in § 11 beschrieben und in den Kapitel 1.3.2.2 und 1.3.2.4 festgehalten, sollte die Sterilisation mittels eines chirurgischen Eingriffs nur an einer Krankenanstalt durch einen für das Deutsche Reich approbierten Arzt durchgeführt werden. Am 4. Februar 1936 erfolgte ein Zweites Gesetz zur Änderung des GzVeN. Darin wurde § 11 erweitert, indem dem chirurgischen Eingriff andere Verfahren zur Seite gestellt wurden. Bei diesen Verfahren handelte es sich um Sterilisation durch Bestrahlung mittels Röntgenstrahlen oder radioaktiver Strahlung. Im Gesetzeswerk von Gütt, Rüdin und Ruttke lassen sich genaue Beschreibungen zum Vorgehen der Sterilisationen durch chirurgische Eingriffe, Röntgenstrahlen sowie durch die Bestrahlung mittels radioaktiver Substanzen finden.⁶⁷

Darüber hinaus definierten die Autoren was genau unter dem Begriff „Unfruchtbarmachung“ zu verstehen war. So war damit die Unterbindung, Durchtrennung oder „Unwegsammachung“ der Samenleiter beim Mann (Vasektomie) und der Eileiter bei der Frau (Salpingektomie) auf operativem Wege gemeint. Dabei sollten Hoden und Eierstöcke verschont bleiben. Auch Hormonausschüttung und Geschlechtstrieb sollten dadurch nicht beeinträchtigt werden. Ziel war die Verhinderung der Befruchtung und somit der Fortpflanzung. Hierbei wurden auch verschiedene operative Techniken aufgezeigt. Die Unfruchtbarmachung mittels Kastration, welche die operative Entfernung der Hoden des Mannes und der Eierstöcke der Frau beinhaltete, sollte nur im Rahmen des § 14 in der Fassung des GzVeN vom 26. Juni 1935, und des Sicherungs- und Maßregel Gesetzes vom 24. November 1933 ihre Anwendung finden. Die Kastration hatte den Verlust des Geschlechtstriebes und der Hormone zur Folge.⁶⁸

Die zweite Änderung des Gesetzes beinhaltete die Erweiterung der chirurgischen Sterilisationsverfahren um die Sterilisation durch Strahlen. Diese war vor allem auf Frauen bezogen. Bei Frauen die älter als 38 Jahre waren oder für die eine Operation als zu riskant angesehen wurde, konnte nun als alternative Methode die Sterilisation durch Röntgenstrahlen oder durch Strahlung radioaktiver Substanzen angewandt werden. Für die

⁶⁷ Vgl. Gütt, Arthur et al. (1936a), S.319-346.

⁶⁸ Vgl. ebd., S.113ff.

Röntgenbestrahlung gab es unterschiedliche Dosierungsmöglichkeiten bezüglich der Anzahl der Bestrahlungseinheiten und der Wahl unterschiedlich großer Bestrahlungsfelder. Nicht außer Acht gelassen werden dürfen die Nebenwirkungen der Strahlen. Als radioaktive Substanzen dienten Radium, Mesothorium oder Radiumemanation. Diese wurden intrauterin angewandt. Das heißt, sie mussten in die Gebärmutter direkt eingebracht werden, um ihre Wirkung zu entfalten. Die radioaktive Strahlung bewirkte eine solche Änderung der Beschaffenheit der Uterusschleimhaut, dass diese funktionsunfähig wurde. Durch die Strahlenmethoden wurde die Funktion der Eierstöcke mehr oder weniger vollkommen unterbunden. Es lässt sich festhalten, dass die Auswirkungen dieser Methoden der chirurgischen Kastration gleichgesetzt werden können.⁶⁹

1.3.3. Die Universitäts-Nervenlinik Tübingen im Jahr 1939

Mit den beiden Direktoren Prof. Dr. Robert Gaupp von 1906 bis 1936 und Prof. Dr. Herrmann Hoffmann als dessen Nachfolger ab 1936 bis 1944 waren an der Universitäts-Nervenlinik im „Dritten Reich“ zwei leitende Psychiater angestellt, die der nationalsozialistischen rassenhygienischen Ideologie nicht abgeneigt waren. Gaupp gehörte bereits seit Mitte der 1920-iger Jahre zu den Fürsprechern und Unterstützern des Sterilisationsgesetzes.⁷⁰ So gab er 1925 ein Werk heraus mit dem Titel, *„Die Unfruchtbarmachung geistig und sittlich Kranker und Minderwertiger“*⁷¹.

Im Jahr 1939 bestand das ärztliche Personal, das im Rahmen der Erbgesundheitsgesetze Gutachten an der Universitäts-Nervenlinik Tübingen durchführte, neben dem Direktor Professor Dr. Hoffmann aus den beiden Oberärzten Dr. Konrad Ernst und Dr. Wilhelm Ederle sowie neun Assistenzärzten.⁷² Mit Beginn des Krieges im September 1939 wurden einige der Ärzte zum Frontdienst eingezogen. Infolgedessen konnten Gesundheitsgutachten zum Teil nicht mehr durchgeführt werden, was in den Akten wie folgt vermerkt wurde: *„Das Gutachten über die Obengenannte kann nicht erstattet werden, da*

⁶⁹ Vgl. Gütt, Arthur et al. (1936a), S.340-343.

⁷⁰ Vgl. Wiesing, Urban et al. (Hrsg.) (2010), S.1112.

⁷¹ Klee, Ernst (2011), S.175.

⁷² Nach § 8 der Benutzungsordnung für das Universitätsarchiv Tübingen vom 27. Juli 1989 (mit Bezug auf § 6 Abs. 2ff des Landesarchivgesetzes) ist die Benutzung personenbezogener Daten dieser natürlichen Personen möglich. Siehe Anhang 2.

*der betr. Arzt bereits zum Frontdienst eingezogen worden ist. [...]*⁷³ Aus den im Archiv der Universitätsbibliothek Tübingen befindlichen Personal- und Assistentenakten geht hervor, dass in Folge der zum Frontdienst eingezogenen Ärzte im Herbst 1939 einige Medizinalpraktikanten und Volontärassistenten eingestellt wurden, auf welche hier nicht weiter eingegangen werden soll.

Im Folgenden werden mit Professor Dr. Hoffmann sowie Dr. Konrad Ernst und Dr. Wilhelm Ederle die Ärzte vorgestellt, die die Umsetzung des GzVeN an der Universitäts-Nervenlinik Tübingen im Jahr 1939 verantwortet haben. Da die Akten bezüglich der Oberärzte Ernst und Ederle im Vergleich zu Hoffmann weit weniger umfangreich waren, wurden die ausgeführten Informationen den Personalakten der Universitäts-Nervenlinik entnommen.

1.3.3.1. Professor Dr. Hermann F Hoffmann

Am 1. April 1936 wurde Hermann F. Hoffmann (1891 bis 1944) zum Direktor der Universitätsklinik Tübingen berufen. Geboren im ostfriesischen Leer, war er Sprößling einer alteingesessenen Arztfamilie, die dem gehobenen Besitz- und Bildungsbürgertum angehörte. Sein Medizinstudium absolvierte er in Freiburg, Münster und München und nach seiner Approbation 1914 begann als Chirurg im Feldlazarett in Nürtingen am Neckar. Robert E. Gaupp, Hoffmanns Vorgänger als Direktor der Universitäts-Nervenlinik bis 1936, betrieb Hoffmanns Versetzung an das Reservelazarett in der Tübinger-Universitätsnervenlinik, wo er im Jahre 1919 als Assistenzarzt angestellt wurde. Im Zuge seiner Weiterbildung verbrachte er im Jahre 1920 im Rahmen eines Stipendiums einige Monate in München. Dort kam er an der genealogischen Abteilung der „Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie“ mit dem Psychiater Ernst Rüdin in Kontakt. Rüdin verfasste später den Entwurf des Sterilisationsgesetzes am Ende der Weimarer Republik sowie das am 14. Juli 1933 verabschiedete „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ mit. Zudem wirkte er, zusammen mit Gütt und Ruttke, als Mitkommentator des GzVeN.⁷⁴

⁷³ UAT –Signatur: 669/8700.

⁷⁴ Vgl. Leonhardt, Martin (1996), S.13-22.

Nach mehreren kleinen Arbeiten zum Thema der psychiatrischen Vererbungslehre, folgte im Jahr 1922 Hoffmanns Habilitationsschrift zum Thema „Vererbung und Seelenleben“. 1926 wurde er in Tübingen zum Oberarzt ernannt. Mit der Machtergreifung Hitlers im Jahr 1933 trat er der NSDAP bei. Noch im selben Jahr wurde Hoffmann an den psychiatrischen Lehrstuhl nach Gießen berufen. Bis zu seiner Rückkehr nach Tübingen im Jahr 1936, wurde Hoffmanns wissenschaftliche Entwicklung durch weitere Aufenthalte in München und seinem dortigen Kontakt mit Ernst Rüdin beeinflusst. Dieser Einfluss lässt sich in Hoffmanns Büchern „Nachkommenschaft bei endogenen Psychosen“ (1921) und „Familienpsychosen im schizophrener Erbkreis“ (1926) erkennen.⁷⁵

Hoffmanns Interessen lagen schwerpunktmäßig in der genealogischen Untersuchung endogener Psychosen⁷⁶. Dabei versuchte er sich an der Mendelschen Vererbungslehre zu orientieren.⁷⁷ Neben der psychiatrischen Genealogie interessierte sich Hoffmann für die Neurosenlehre. *„Die Psychotherapie der Neurosen galt ihm als das unbedingt erforderliche Gegengewicht gegen die Einseitigkeit des erbbiologischen Standpunktes.“*⁷⁸ In seinen Veröffentlichungen aus den zwanziger Jahren lässt Hoffmann nur in geringerem Maße Interesse an rassenhygienischen Fragen erkennen und in seiner Habilitationsschrift über „Vererbung und Seelenleben“ lehnt er Zwangsmaßnahmen weitgehend ab, ausgenommen

*„Den ausgeprägten Typen des schizoiden moralischen Schwachsinn sollte im Interesse der Allgemeinheit auf gesetzlichem Wege die Kinderzeugung unmöglich gemacht werden.“*⁷⁹

Neben den angeboren Schwachsinnigen sah Hoffmann Zwangsmaßnahmen auch gegenüber „Asozialen und Antisozialen“ angebracht. Die Zwangsterilisation von manisch-depressiven Patienten lehnte er ab. Nach Leonhardt lässt sich der Beitritt Hoffmanns in

⁷⁵ Vgl. Leonhardt, Martin (1996), S.19-55.

⁷⁶ Endogene Psychosen sind psychiatrische Erkrankungen, die nicht auf körperliche Ursachen wie beispielsweise Trauma oder ähnliches zurückzuführen sind. Eine genetische Disposition wird angenommen. Dazu gehören manisch-depressive Erkrankung und Schizophrenie

⁷⁷ Vgl. Leonhardt, Martin (1996), S.20.

⁷⁸ Ebd., S.37.

⁷⁹ Hoffmann, Hermann nach Leonhardt, Martin (1996), S.59.

die NSDAP auf psychologische und weltanschauliche Motive sowie auch auf seinen beruflichen Ehrgeiz zurückführen. So waren politische Gründe mitausschlaggebend für die Berufung Hoffmanns nach Tübingen im Jahr 1936. Auch wenn Hoffmann sich gegenüber radikal politischen Ideen ablehnend zeigte, war er nichtsdestotrotz ein loyaler und engagierter Nationalsozialist. So war er Mitbegründer der nationalsozialistischen Dozentenakademie, deren Ziel es war, die Wissenschaft mit nationalsozialistischen Ideen zu indoktrinieren. Als „Rektor in SA-Uniform“ ging Hoffmann in die Geschichte ein: unter seiner Leitung trugen die Bände der Kliniksbibliothek ab 1936 den Hakenkreuzstempel und in der Eingangshalle der Klinik wurde eine Hitlerbüste aufgestellt. Trotz dieser Aktivitäten war Hoffmann, so Leonhardt, aber eher weniger politisch orientiert und sah sich vor allem als Wissenschaftler.⁸⁰

1.3.3.2. Oberarzt Dr. Konrad Ernst

Oberarzt Dr. Konrad Ernst (1903 bis 1997), geboren am 18.11.1903 in Stuttgart, war Sohn des Oberregierungsrats und Historikers Professor Dr. Ernst. 1921 begann Ernst sein Medizinstudium in Tübingen, das er in München und Kiel fortsetzte und 1926 in Tübingen beendete. Im Anschluss ging er ein Jahr als Medizinalpraktikant nach Landau in der Pfalz. Nach seiner Approbation am 1. Juli 1927 begann Ernst seine berufliche Laufbahn am 15. Oktober 1927 als Hilfsassistent unter Prof. R. Gaupp an der Universitäts-Nervenklinik Tübingen. Nach der Anstellung als außerordentlicher Assistenzarzt am 1. Dezember 1930, erhielt er eine Anstellung als planmäßiger Assistent am 16. September 1931. Im November 1933 ging Ernst mit Hoffmann nach Gießen und exakt zwei Jahre später kehrte er nach Tübingen zurück.⁸¹

Nach seiner Ernennung zum Oberarzt im Januar 1936, habilitierte sich Ernst 1938 mit dem Thema „Über Gewalttätigkeitsverbrecher und ihre Nachkommen“.⁸² Wie Hoffmann war auch Ernst Mitglied der NSDAP. Sein Beitritt erfolgte am 1. Mai 1937. Gleich zu Beginn des Krieges wurde Ernst in der Funktion als beratender Psychiater in den Kriegsdienst eingezogen und von Mai 1945 bis in den Spätherbst 1945 befand er sich in

⁸⁰ Vgl. Leonhardt, Martin (1996), S.63-136.

⁸¹ Vgl. UAT Signatur 308/3289.

⁸² Vgl. Leonhardt, Martin (1996), S.84.

Kriegsgefangenschaft im Osten.⁸³ Von 1947 bis 1969 hatte Ernst die Stelle des Direktors der psychiatrischen Heilanstalt Weinsberg inne.⁸⁴

1.3.3.3. Oberarzt Dr. Wilhelm Ederle

Oberarzt Dr. Wilhelm Ederle (1901 bis 1966) wurde am 8. November 1901 in Bissingen an der Teck als Sohn des Landwirts Georg Ederle geboren.⁸⁵ Nach dem Abitur 1920 studierte er zunächst sechs Semester Physik und Mathematik an den Universitäten Tübingen und Kiel. Im Wintersemester 1923/1924 nahm er das Studium der Humanmedizin in Tübingen auf. Sein Jahr als Medizinalpraktikant leistete er in Landau in der Pfalz und an der Poliklinik der Medizinischen Universitätsklinik Tübingen. Nach der Approbation am 23. Januar 1929 arbeitete er zunächst als Assistenzarzt in der Medizinischen Universitätsklinik Tübingen unter dem Internisten Otfried Müller.⁸⁶

Zusammen mit Ernst folgte er im November 1933 Hoffmann nach Gießen. Nachdem Ernst auf Drängen Gaupps bereits 1935 nach Tübingen zurückgekehrt war, kehrte Ederle zusammen mit Hoffmann am 1. April 1936 nach Tübingen zurück. Noch im selben Jahr erfolgte Ederles Beförderung zum Oberarzt. Kurze Zeit nachdem Ederle sich am 7. Januar 1940 mit dem Thema „Somatische Störungen bei schizophrenen Erkrankungen“ habilitierte, erfolgte die Ernennung zum Dozenten an der Universität Tübingen. In den folgenden Kriegsjahren war Ederle Abteilungsleiter der Lazarettabteilung der Universitäts-Nervenlinik Tübingen und tat gleichzeitig Dienst als Oberarzt in vielen anderen Abteilungen. Häufig fungierte er als Vertreter des Direktors Professor Dr. Hoffmann. Nach Hoffmanns Tod im Jahr 1944 übernahm Ederle vorübergehend die Leitung der Nervenlinik, wurde jedoch im Januar 1945 in der Funktion als beratender Psychiater zur Wehrmacht einberufen.⁸⁷

Im Juni 1945 kehrte Ederle aus der Kriegsgefangenschaft nach Tübingen zurück und arbeitete dort zunächst wieder als Oberarzt unter Werner Villinger, der in der Zwi-

⁸³ Vgl. UAT Signatur 308/3289.

⁸⁴ Vgl. Leonhardt, Martin (1996), S.75.

⁸⁵ Vgl. UAT Signatur 308/3285.

⁸⁶ Vgl. Leonhardt, Martin (1996), S.82.

⁸⁷ Vgl. UAT Signatur 308/3285.

schenzeit die Klinikleitung übernommen hatte und später unter Ernst Kretschmer, der die Nachfolge von Villinger 1946 antrat.⁸⁸ Nach kurzzeitiger Suspendierung während seiner politischen Überprüfung durch das französische Militär⁸⁹, nahm Ederle im Mai 1947 die Stelle des Direktors des Landeskrankenhauses Ravensburg-Weissenau an.⁹⁰ Dr. med. Wilhelm Ederle verstarb überraschend am 11. März 1966 im Alter von 64 Jahren, wahrscheinlich an den Folgen eines Myokardinfarktes. Schwerpunktmäßig interessierte sich Ederle für neurologische und somatologische Fragen der Psychiatrie, den organischen Grundlagen der endogenen Psychosen.⁹¹ Hier galt sein besonderes Interesse der Insulinbehandlung bei Psychosen, allen voran der Schizophrenie. Mit der Insulintherapie beschäftigte er sich bereits während seiner Zeit in Gießen.⁹²

Exkurs: Therapie der Schizophrenie durch Insulin Schocktherapie

Oberarzt Dr. Ederle führte als einer der ersten Ärzte in Deutschland die Insulin Schocktherapie zur Behandlung von an Schizophrenie erkrankten Patienten ein. Die Insulin Schocktherapie wurde in Österreich Ende der zwanziger Jahre von dem jüdischen Arzt Manfred Sakel entwickelt. Über den Wirkungsmechanismus gab es nur wenige unterschiedliche Theorien, eine profunde Theorie über die Wirkungsweise gab es hingegen überhaupt nicht. Grundlage der Methode war es über einen definierten Zeitraum täglich Insulindosen zu injizieren, die eine Hypoglykämie bis hin zum tiefen Insulinkoma auslösten und diese über ungefähr eine Stunde andauern zu lassen. Mit Traubenzuckerlösungen wurden diese „Insulinschocks“ unterbrochen. Risiken und unerwünschte Nebenwirkungen dieser Behandlungsmethode waren Krampfanfälle, sogenannte „Nachschocks“, Erstickungsanfälle, Herzschädigungen oder bleibende Gedächtnisstörungen.⁹³

In der Anwendung wurden versuchsweise die Höhe der Insulindosen, die Dauer des Komas, wie auch die Kombination mit anderen Hormonen oder krampfauslösenden Substanzen, zum Beispiel Cardiazol, getestet und variiert. Trotz häufig berichteter teil-

⁸⁸ Vgl. UAT Signatur 308/3285.

⁸⁹ Vgl. UAT Signatur 155/752.

⁹⁰ Vgl. Leonhardt, Martin (1996), S.75.

⁹¹ Vgl. UAT Signatur 126a/90.

⁹² Vgl. Leonhardt, Martin (1996), S.82.

⁹³ Vgl. Walther, Therese (2004), S.180f.

weise lebensgefährdender Zwischenfälle und sogar einigen aufgetretenen Todesfällen, fand das Verfahren zahlreiche Anhänger unter Psychiatern und Neurologen und wurde rasch, vor allem an Universitätskliniken, eingeführt. Von den bei einigen Patienten auftretenden Nebenwirkungen wie Panik und Vernichtungsangst, durch Unterzuckerung ausgelöste schmerzhafte Krämpfe und Zuckungen oder quälende Durstgefühle wurde nur am Rande berichtet. Im Vordergrund standen die Berichte über erfolgreiche Behandlungen und über positive Reaktionen der Betroffenen. 1937 hatte sich die Insulintherapie bereits in einigen Ländern erfolgreich durchgesetzt. In Deutschland dauerte die Anerkennung dieser neuen Methode allerdings etwas länger und wurde erst im Jahr 1938 offiziell von den Kostenträgern, zu denen insbesondere der Staat gehörte, anerkannt.⁹⁴

Auf der Jahrestagung der „Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater“ im Jahr 1936 tauschten sich die Teilnehmer über die bis dahin gemachten Erfahrungen mit der Insulintherapie aus. Vor dem Hintergrund der Erbgesundheitsverfahren wurde die mögliche Therapie einer auf Vererbung basierenden Erkrankung kontrovers diskutiert. So wurde ausdrücklich auf die noch zu gering vorliegenden Erfahrungswerte sowie auf den fehlenden Konsens unter den Therapeuten bezüglich der Anwendung des Verfahrens hingewiesen.⁹⁵

Ederle hielt dabei einen Vortrag über die Insulinbehandlung und endete mit den Worten:

„Niemand von uns denkt natürlich daran, die schizophrene Anlage durch Insulin oder sonst ein Mittel beeinflussen zu können, und selbstverständlich sind auch alle Patienten der Sterilisation zugeführt worden. Aber andererseits besteht kein Grund zu der Annahme, daß eine Erbkrankheit, die wie die Schizophrenie sicher keine 100%-ige Manifestationswahrscheinlichkeit hat, in ihrem phänotypischen Verlauf nicht doch zu beeinflussen wäre.“⁹⁶

Hoffmann seinerseits äußerte sich eher zurückhaltend, betonte aber, wie die Mehrzahl der Teilnehmer,

⁹⁴ Vgl. Walther, Therese (2004), S.180-184.

⁹⁵ Vgl. Leonhardt, Martin (1996), S.82f.

⁹⁶ Ederle, Wilhelm nach Leonhardt, Martin (1996), S.82f.

„daß die Insulinbehandlung der Schizophrenie unsere Erbgesundheitsgesetzgebung nicht berührt. Jede Behandlung einer Erbkrankheit ändert nur das phänotypische Bild, der Genotypus wird durch sie nicht beeinflusst. Deshalb müssen auch evtl. durch Insulin geheilte Schizophrene ganz genau so der Unfruchtbarkeit zugeführt werden.“⁹⁷

Großer Kritikpunkt an der Insulin-Koma-Therapie war der Kostenfaktor. Insulin war zu diesem Zeitpunkt sehr teuer und die Behandlung und Betreuung der Patienten war nicht nur sehr personalintensiv sondern benötigte zudem speziell ausgebildetes ärztliches Personal. Elektroschocks und die Krampfbehandlung mittels Cardiazolschock fanden aus Kostengründen und der einfacheren Handhabung wegen immer mehr Anwendung. Aber auch bei diesen Behandlungsmethoden fand das Leiden der Patienten keine Beachtung. Das gemeinsame Therapieziel dieser Behandlungsansätze sollte eine heilende Wirkung durch die Auslösung dieser „Schocks“ auf die Patienten ausüben. In der Nachkriegszeit wurde mit der Einführung von Psychopharmaka, 1952 wurde Chlorpromazin zugelassen, die Insulin-Koma-Behandlung immer weniger angewandt. Es finden sich jedoch Hinweise, dass die Anwendung des Verfahrens zur Behandlung der Schizophrenie bis mindestens in die sechziger Jahre in den USA, Kanada und Europa fortgesetzt wurde.⁹⁸

1.3.4. Exkurs

Der Exkurs soll die Einordnung des GzVeN in einem größeren historischen Rahmen ermöglichen. So wird im Folgenden auf die Durchführung von Zwangssterilisationen in anderen Ländern sowie auf die Euthanasie, den Umgang mit den Opfern der Zwangssterilisation nach Kriegsende und auf die heutigen gesetzlichen Regelungen eingegangen.

1.3.4.1. Zwangsterilisation in anderen Ländern

Gütt, Rüdin und Ruttke hatten sich in ihrem Gesetzeswerk auf die Haltung anderer Länder zu Fragen der Rassenhygiene und deren Umgang mit Sterilisationen berufen. So wiesen sie ausdrücklich darauf hin, *„dass das deutsche Gesetz zur Verhütung erbkran-*

⁹⁷ Hoffmann, Hermann nach Leonhardt, Martin (1996), S.83.

⁹⁸ Vgl. Walther, Therese (2004), S.186-192.

ken Nachwuchses nicht das erste seiner Art ist.“⁹⁹ Um ein vollständiges Bild der damaligen historischen Rahmenbedingungen, in denen das GzVeN entstanden ist, geben zu können, soll daher der Umgang anderer Länder wie den USA, der Schweiz sowie Dänemark und Schweden mit den Fragen der Rassenhygiene und den Sterilisationsgesetzen aufgezeigt werden.

So gibt es Berichte, dass in den USA zwischen 1907 und 1981 mehr als 60 000 Amerikaner zwangssterilisiert wurden.¹⁰⁰ Ausgehend vom US-Bundestaat Indiana, in dem im Jahr 1907 das erste Sterilisierungsgesetz erlassen wurde, folgten in weiteren 32 Bundesstaaten der USA Sterilisierungsgesetze mit dem Ziel, die Fortpflanzung sogenannter „Minderwertiger“ zu verhindern. Darunter fielen Behinderte, Menschen die an einer Geisteskrankheit litten, Alkoholiker, Kriminelle, Prostituierte, Obdachlose und viele Angehörige von Minderheiten wie zum Beispiel Afroamerikaner.¹⁰¹ Mit einer Anzahl von 29.000 fanden die meisten Zwangssterilisationen in den USA zwischen 1933 und 1945 statt. Von 1907 bis 1932 wurden 16.000 Eingriffe durchgeführt und in den Jahren nach 1945 erfolgten noch weitere 20.000 Zwangssterilisationen.¹⁰²

Auch im europäischen Ausland gab es bereits vor 1933 Gesetze zur Zwangssterilisation. Im schweizerischen Kanton Waadt wurde am 3. September 1928 „*aus erbpflegerischen Gründen*“¹⁰³ ein Gesetz zur Zwangssterilisation und zur Schwangerschaftsunterbrechung erlassen.¹⁰⁴ Wie die Eugenik-Expertin Veronique Mottier in einem Interview für den Schweizer National Fonds Horizonte im Jahr 2007 ausführte, gehörte die Schweiz, zusammen mit den skandinavischen Ländern, zu den Vorreitern der Rassenhygiene in Europa. Schon im Jahre 1912 gab es ein Heiratsverbot für „Geisteskranke“. Danach folgte das oben angeführte Sterilisationsgesetz des Kantons Waadt. Der Schweizer Eugeniker Ernst Rüdin war Mitverfasser des Deutschen „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“. Eine landesweite Einführung eines Sterilisationsgesetzes gab es

⁹⁹ Vgl. Walther, Therese (2004), S.65.

¹⁰⁰ Vgl. Pitzke, Marc (2012), im Internet.

¹⁰¹ Vgl. ebd.

¹⁰² Vgl. Bock, Gisela (1986), S.241f.

¹⁰³ Gütt, Arthur et al. (1936a), S.65.

¹⁰⁴ Vgl. ebd.

aber in der Schweiz nicht und somit hatten Ärzte, so Mottier, freie Hand bei der Durchführung von Sterilisationen. Heute gibt es in der Schweiz ein Sterilisationsgesetz, das unter bestimmten Voraussetzungen die Sterilisation geistig Behinderter erlaubt. Dieses Gesetz wird damit begründet, dass es Behinderten, die nicht in der Lage sind für andere zu sorgen, eine freie Sexualität ermögliche. Das Gesetz ist auch heute noch ethisch fragwürdig.¹⁰⁵

In den skandinavischen Ländern Dänemark und Schweden wurden Zwangssterilisationen dagegen gesetzlich geregelt. So wurde in Dänemark im Jahr 1929 ein Gesetz zur Unfruchtbarmachung aus eugenischen Gründen erlassen. Bis zu der Aufhebung des Gesetzes im Jahr 1967 wurden zwischen 5000 und 7000 Menschen, anteilig mehr Frauen als Männer, zwangssterilisiert. Schweden folgte dem europäischen und deutschen Vorbild 1934 und 1941 mit dem Erlass von Gesetzen zur Zwangsterilisation. Zu erwähnen ist, dass Schweden 1921 an der Universität Uppsala das weltweit erste rassenbiologische Institut einrichtet hatte und schon im Jahr 1922 einen Entwurf für ein Sterilisationsgesetz vorlegte, das die Sterilisation geistig Behinderter zur „Abwehr rassenhygienischer Gefahren“ plante. Im Zeitraum von der Verabschiedung des Gesetzes bis 1976 wurden ungefähr 62.000 Zwangssterilisationen durchgeführt. Opfer der Maßnahmen waren wiederum vor allem Frauen. Der Anteil der Männer lag nach Angaben von Clees unter 10 Prozent. Auch hier reichten die Indikationen von Schwachsinn, Alkoholismus, Arbeitslosigkeit, Zigeunerndasein und Andersartigkeit über Gemischtrassigkeit bis Geisteskrankheit. Hinzu kamen vor allem noch alleinstehende Mütter. Etwas früher als in den USA aber später als in Dänemark wurde das Gesetz zur Zwangssterilisation in Schweden 1976 aufgehoben.¹⁰⁶

Mottier sieht den Unterschied der eugenischen Ansätze und deren Anwendung zwischen der Schweiz sowie den skandinavischen Staaten auf der einen Seite und Deutschland auf der anderen Seite vor allem darin, dass die deutschen Nationalsozialisten die systematische Tötung der „Minderwertigen“ durchführte. Während in Deutschland beide

¹⁰⁵ Vgl. Mottier, Veronique nach Vonmont, Anita (2007), im Internet.

¹⁰⁶ Vgl. Clees, Ernstwalter (1997), im Internet.

Geschlechter durch die Zwangsterilisation betroffen waren, waren in den meisten anderen Ländern vor allem Frauen das Ziel der eugenischen Maßnahmen.¹⁰⁷

1.3.4.2. Euthanasie im Dritten Reich

In dem in der vorliegenden Arbeit zu untersuchenden Jahr 1939 ging die nationalsozialistische Medizin einen Schritt weiter als das GzVeN. So hob sich das Jahr durch den Beginn des 2. Weltkrieges im September 1939 sowie durch die Euthanasie-Ermächtigung¹⁰⁸ Hitlers hervor, datiert auf den 01. September 1939. Diese hatte nun nicht mehr nur die Verhütung sondern die Vernichtung lebensunwerten Lebens zum Ziel.

Behinderte und Geisteskranke wurden als unerwünschte Mitglieder der Gesellschaft, als „*nutzlose Esser*“¹⁰⁹ und Schmarotzer angesehen, die Ressourcen wie Krankenhäuser, Anstalten und andere Einrichtungen, Pflegekräfte und Ärzte sowie z.B. andere Mittel Grundbedarfsmittel aufbrauchten. Durch die „Vernichtung“ der Behinderten und Geisteskranken sollten diese Ressourcen für die Nutzung durch die Wehrmacht zur Verfügung stehen.¹¹⁰

Mit dem Ermächtigungsschreiben Hitlers rollte die Aktion „T4“ an. Sie begann am 9. Oktober 1939 mit der Versendung von Melde- bzw. Erhebungsbögen an die Heil- und

¹⁰⁷ Vgl. Mottier, Veronique nach Vonmont, Anita (2007), im Internet.

¹⁰⁸ Die Bedeutung des Begriffs Euthanasie hat sich im Laufe der Jahre stark gewandelt. Erstmals wurde der Begriff im 5. Jahrhundert vor Christus als leichtes Sterben bezeichnet. Im 19. Jahrhundert bedeutete Euthanasie dagegen die Sterbebegleitung ohne Lebensverkürzung. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts galt Euthanasie als die Bezeichnung der verschiedenen Formen der Sterbehilfe: zwischen den Polen aktiver und passiver Sterbehilfe. Sterbehilfe wurde hierbei in die folgenden Kategorien aufgeteilt: Sterbehilfe durch Sterbenlassen, Sterbehilfe mit Lebensverkürzung als Nebenwirkung, Sterbehilfe mit gezielter Lebensverkürzung sowie Tötung auf Verlangen. Gegen Ende der 1920er Jahre diente Euthanasie als Bezeichnung der verschiedenen Formen von „Vernichtung lebensunwerten Lebens“. Dies schloss sowohl die eugenisch begründete Tötung von Neugeborenen, die an erblichen Krankheiten oder Behinderungen litten, die utilitaristisch motivierte Tötung von unheilbar Kranken und Behinderten die sich in Anstalts- pflege befanden, als auch die Tötung von unheilbar Kranken und Behinderten aus Mitleid ein. Die Vorstellungen von der „Vernichtung lebensunwerten Lebens“, die im Laufe der zwanziger Jahre in den Begriff der „Euthanasie“ eingingen, bildeten die Legitimationsbasis des im „Dritten Reich“ an Kranken und Behinderten begangenen Massenmords, der im Kreise der Täter auch als „Euthanasie“ bezeichnet wurde, während der Begriff in der Propaganda des Nationalsozialismus tabuisiert und beschönigende Beschreibungen wie beispielsweise die des „Gnadentods“ bevorzugt wurde. Vgl. Schmuhl Hans Walter (1987), S. 25-29.

¹⁰⁹ Bastian, Till (2001), S.49.

¹¹⁰ Vgl. ebd.

Pflegeanstalten. Erfasst werden sollten Patienten, die an Schizophrenie, Epilepsie, Paralyse, Schwachsinn, Enzephalitis oder Huntingtonscher Chorea litten. Auch kriminelle Geisteskranke und solche Patienten, die mehr als fünf Jahre dauerhaft in Anstalten waren sowie Kranke ohne deutsche Staatsangehörigkeit und solche, *die „nicht deutschem oder artverwandten Blutes“*¹¹¹ waren, sollten gemeldet werden. Gutachter entschieden dann anhand der rückläufigen Meldebögen und ohne weitere Sichtung von Unterlagen, ob die jeweilige Person in der Gaskammer getötet werden sollte oder nicht. Die Anstalten wurden darüber benachrichtigt, welche Patienten zur Abholung bzw. zur Verlegung vorbereitet werden sollten. Diese wurden anschließend mit den sogenannten „grauen Bussen“ der Gemeinnützige Krankentransport GmbH (GEKRAT) abgeholt. Der Sinn dieser Verlegungen sowie die Verlegungsorte wurden streng geheim gehalten. Auch das Personal der Pflegeheime wurde nicht informiert.¹¹²

Die Durchführung der Tötungen, die vor allem durch Vergasung stattfand, wurde in speziellen „Tötungsanstalten“ durchgeführt. Nach und nach verbreitete sich sowohl in der Bevölkerung als auch in den Pflegeanstalten das Wissen über die „T4-Aktion“ und zunehmende Unruhe sowie offener Widerstand keimten auf. Nach der Predigt des Bischofs von Münster, Clemens August Galen, am 3. August 1941, erfolgte die offizielle Einstellung der „T4-Aktion“ durch Hitler am 24. August 1941. Damit war die „T4-Aktion“ zwar offiziell amtlich beendet. es entstand jedoch eine sogenannte „wilde Euthanasie“. In Folge dieser wurden viele Kranke, sowohl dezentral in Anstalten aber auch weiterhin in Tötungsanstalten, medikamentös oder durch Nahrungsentzug bis zum Kriegsende getötet. Einige der „Tötungsanstalten“ wie Grafeneck wurden geschlossen, neue in den Ostgebieten kamen hinzu. Nach der Kapitulation Polens und noch vor der Ausweitung des GzVeN im Jahre 1941 auf die besetzten Gebiete im Osten, begann Ende September 1939 bereits im westpreußischen Danzig die Tötung von psychisch Kranken. Als die deutsche Wehrmacht im Juni 1941 in Russland einmarschierte hinterließ sie eine Spur von unzähligen ermordeten psychisch Kranken, Kommunisten, Partisanen, Juden, Zigeunern und „Asozialen“.¹¹³

¹¹¹ Winau, Rolf (1993), S.170.

¹¹² Vgl. Schmuhl, Hans-Walter (1987), S.190-203.

¹¹³ Vgl. ebd, S.240ff.

Beinahe parallel zur Erwachsenen euthanasie begann auch die Kindereuthanasie. Diese hatte Säuglinge und Kinder zum Ziel, die sich nicht in einer Anstalt befanden. Hebammen, Geburtshelfer und leitende Ärzte von Entbindungsanstalten wurden in einem geheimen Erlass des Reichsinnenministeriums vom 18. August 1939 angewiesen, Säuglinge und Kinder bis drei Jahre an das zuständige Gesundheitsamt zu melden. In dem Erlass wurden meldepflichtige Erkrankungen aufgeführt wie Idiotie – insbesondere gepaart mit Blindheit und Taubheit, Mikrozephalie, Hydrozephalus in fortgeschrittenem Stadium, Missbildungen jeder Art und jegliche Form von Lähmungen. Meldebögen wurden ab Oktober 1939 ausgegeben. Auch hier wurden lediglich die Meldebögen ohne weitere Unterlagen durch Amtsärzte nach Berlin weitergereicht. Nur aufgrund der Angaben auf den Meldebögen fiel der Entscheid zugunsten oder gegen die Kinder. Zur Durchführung der Kindstötungen wurden rund 30 „Kinderfachabteilungen“ in Heil- und Pflegeanstalten eingerichtet. Getötet wurden die Kinder unter anderem unter der Verwendung von Gas und häufig mit einer Überdosis Luminal, einem Betäubungsmittel, das als Schlafmittel, Antikonvulsivum und auch zur Narkosevorbereitung benutzt wurde. In anderen Fällen starben Kinder den langsamen Hungertod in sogenannten Hungerhäusern.¹¹⁴

Mit Hilfe von Amtsärzten wurde von den Eltern unter Vorspiegelung falscher Tatsachen die Einwilligung zur Einlieferung in eine Anstalt erschlichen. So wurde beispielsweise die Hoffnung auf Heilung durch neue Therapieansätze in Aussicht gestellt. Nach dem amtlichen Ende der Erwachsenen euthanasie wurde die Altersgrenze der Kindereuthanasie Zug um Zug nach oben bis auf siebzehnjährige Teenager angehoben. Die Kindereuthanasie wurde bis zum Ende des Krieges durchgeführt. Neben geistig und körperlich behinderten Kindern fielen auch Juden- und Zigeunerkinder, schwer erziehbare Kinder und Kinder, die für die Forschung interessant waren und beobachtet wurden der Kindereuthanasie zum Opfer. Mindestens 5000 Kinder sollen so im Verlauf dieser Aktion, verborgen vor den Augen der Öffentlichkeit, ermordet worden sein.¹¹⁵

¹¹⁴ Vgl. Schmuhl, Hans-Walter (1987), S.183-189; vgl. Bastian, Till (2001), S.62f.

¹¹⁵ Vgl. Winau, Rolf (1993), S.166ff.

Sämtliche der bisher in der vorliegenden Arbeit genannten Autoren, die sich in den vergangenen Jahren intensiv mit der Aufarbeitung der menschenverachtenden Verbrechen im Nationalsozialismus beschäftigten, haben die Vermutung geäußert, dass die Euthanasie-Aktion die Vorstufe bzw. der Beginn des Holocausts war, eine der größten Massenvernichtungsaktionen in der Geschichte der Menschheit.

1.3.4.3. Umgang mit den Opfern des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ nach 1945 in Deutschland

Das Ende des Zweiten Weltkrieges bedeutete nicht sofort das Ende des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“. So hob der Alliierte Kontrollrat¹¹⁶ das GzVeN nicht auf. Die sowjetische Militäradministration dagegen erließ in ihrer Besatzungszone die Aufhebung des GzVeN im Jahr 1946.¹¹⁷ In Deutschland folgte dieser Schritt erst Jahre später. Infolgedessen wurden Opfer der Zwangssterilisation jahrelang von Entschädigungszahlungen ausgeschlossen, da das Sterilisationsgesetz nicht als Unrechtsgesetz des Nationalsozialismus angesehen wurde. Dies wurde damit begründet, dass bereits zum Ende der Weimarer Republik ein Entwurf für ein Sterilisationsgesetz vorlag und somit Sterilisationsprogramme bereits vor der Zeit des nationalsozialistischen Regimes erarbeitet wurden. Zudem gab es, wie in Kapitel 1.3.4.1 genauer ausgeführt, auch in anderen demokratischen Staaten Sterilisationsgesetze. So wurde die Stigmatisierung und Missachtung der Sterilisationsopfer fortgesetzt.¹¹⁸

Erst Jahrzehnte später wurde das GzVeN in der Bundesrepublik Deutschland in zwei Teilschritten, zum einen 1969 zum anderen 1974, außer Kraft gesetzt. Im Mai 1998 erfolgte die Aufhebung der Unrechtsurteile der sogenannten „Erbgesundheitsgerichte“ per Bundestagsbeschluss. Nach Einrichtung eines Härtefonds im Jahr 1980, wurde auf Antrag eine einmalige Summe von 5000 Deutschen Mark (DM) als eine sogenannte Härteleistung als Entschädigung für allgemeine Folgen des Kriegs entsprechend den Grund-

¹¹⁶ Der Alliierte Kontrollrat war das oberste Besatzungsorgan der alliierten Siegermächte (USA, Frankreich, Großbritannien und die UDSSR) in Deutschland nach dem Ende des zweiten Weltkrieges. Der Kontrollrat diente als „oberste Regierungsgewalt“ und basierte auf der Grundlage des Londoner Abkommens über Kontrolleinrichtungen in Deutschland vom November 1944 und der Berliner Viermächteerklärung vom 5. Juni 1945. Vgl. F.A. Brockhaus (Hrsg.) (1986), S.392.

¹¹⁷ Vgl. Braun, Kathrin / Herrmann, Svea Luise (2010), S.5, im Internet.

¹¹⁸ Vgl. ebd., S.12f.

lagen des Allgemeinen Kriegsfolgengesetzes (AKG) ausbezahlt. 1988 wurde durch die Einrichtung eines weiteren Härtefonds eine zusätzliche monatliche Rente von 100 DM an Sterilisationsopfer im Rahmen des AKG bewilligt.¹¹⁹ 2011 wurde diese monatliche Zahlung auf 291 Euro erhöht.¹²⁰

Jedoch erst am 24. Mai 2007 wurde das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom Deutschen Bundestag als mit dem Grundgesetz unvereinbar geächtet und den Opfern und Angehörigen Achtung und Mitgefühl durch den Deutschen Bundestag ausgesprochen. Eine Nichtigkeitserklärung gibt es aus verfassungsrechtlichen Problemen bis heute jedoch nicht. So sei das Gesetz

„bereits mit dem Inkrafttreten des Grundgesetzes gemäß Artikel 123 Abs. 1 GG insoweit außer Kraft getreten, als es gegen das Grundgesetz verstieß. [...] Das Gesetz sei damit nicht mehr existent und könne nicht mehr aufgehoben werden.“¹²¹

Nach 74 Jahren erfuhren die Opfer und deren Angehörige zumindest die moralische Rehabilitation für das erlittene Unrecht. Bis heute erhalten die Zwangssterilisierten und Euthanasie-Geschädigten einen Härteausgleich für den erlittenen gesundheitlichen Schaden und nicht aufgrund der Anerkennung als Verfolgte des NS-Regimes. So wurden die Opfer des GzVeN bis heute nicht in das Bundesentschädigungsgesetz (BEG) - welches die Anerkennung und den Ausgleich des Unrechtes, das den Betroffenen durch das NS-Unrechtssystem zugefügt worden ist, beinhaltet - aufgenommen. So sind laut BEG nur die Opfer anspruchsberechtigt, die von den Nationalsozialisten aus politischen, rassistischen sowie religiösen Gründen oder Gründen der Weltanschauung verfolgt wurden (BEG § 1). Zu den nicht als Verfolgte anerkannten Opfern gehören die im Euthanasie-Programm Ermordeten, Homosexuelle, Obdachlose oder als „asozial“ eingestufte Menschen sowie die Personen, die im Rahmen des GzVeN zwangssterilisiert wurden.¹²²

¹¹⁹ Vgl. Braun, Kathrin / Herrmann, Svea Luise (2010), S.10f, im Internet.

¹²⁰ Presse- und Informationsamt der Bundesregierung (Hrsg.) (2011), im Internet.

¹²¹ Braun, Kathrin / Herrmann, Svea Luise (2010), S.25, im Internet.

¹²² Vgl. ebd., S.1-6.

Mit der Ächtungserklärung des Deutschen Bundestages wurde das Unrecht des Gesetzes und das Unrecht der Gerichtsurteile bis 1945 klar definiert. Das Unrecht, das in Folge des GzVeN nach 1949 in Urteilen, Stellungnahmen von Sachverständigengutachten usw. auftrat, wurde allerdings nicht ausdrücklich ausgenommen, aber auch nicht ausdrücklich miteinbezogen. Anfragen an die Bundesregierung zu Entschädigungsleistungen für Euthanasie-Geschädigte und Zwangssterilisierte durch die Partei der Linken werden in regelmäßigen Abständen immer wieder gestellt, zuletzt am 6. Februar 2013.¹²³

1.3.4.4. Gesetzliche Regelungen zur Sterilisation heute

Laut § 226, Abs. 1.1 im Strafgesetzbuch (StGB) zählt die Sterilisation heute zum Straftatbestand der schweren Körperverletzung. In § 228 StGB, Einwilligung, wird auf die Zulässigkeit der Sterilisation eingegangen:

„Wer eine Körperverletzung mit Einwilligung der verletzten Person vornimmt, handelt nur dann rechtswidrig, wenn die Tat trotz der Einwilligung gegen die guten Sitten verstößt.“¹²⁴

So haben volljährige Personen das grundsätzliche Anrecht auf die Durchführung einer Sterilisation. Voraussetzung für den Eingriff ist eine hinreichende Aufklärung, in der die betreffenden Personen die Tragweite, das Vorgehen sowie die Folgen des Eingriffs verstehen. Seit Januar 1992 gibt es ein „Betreuungsrecht“, aufgeführt im § 1905 des Bundesgesetzbuches (BGB), das die Frage der Sterilisation von Menschen mit geistiger Behinderung regelt. Darin ist vorgesehen, dass einwilligungsunfähige Volljährige, die unter gesetzlicher Betreuung stehen, neben dem gesetzlichen Betreuer einen zusätzlichen Sterilisationsbetreuer bestellt bekommen sollen. Nach § 1899 BGB, Abs. 2. ist die Einwilligung des Sterilisationsbetreuers in die Sterilisation nur mit Genehmigung des Vormundschaftsgerichts zulässig. In § 1905 BGB, Abs. 2. heißt es weiter, dass der Eingriff erst zwei Wochen nach Eintritt der Rechtskräftigkeit der Genehmigung durchgeführt werden kann. Hier ist eine Methode zu wählen ist, die eine spätere Wiederherstel-

¹²³ Vgl. Arbeitsgemeinschaft Bund der „Euthanasie“-Geschädigten und Zwangssterilisierten BEZ (Hrsg.) (2013), im Internet.

¹²⁴ Bundesministerium der Justiz (Hrsg.) (2008), im Internet.

lung der Fortpflanzungsfähigkeit möglich macht. In § 1905 BGB, Abs. 1. wird angeführt, dass ein Sterilisationsbetreuer in die Sterilisation nur einwilligen kann, wenn die Sterilisation dem Willen des Betreuten nicht widerspricht. Das bedeutet, eine Zwangsterilisation ist nicht zulässig. In § 1631 c BGB ist festgehalten, dass die Sterilisation Minderjähriger ausgeschlossen ist. So lässt sich zusammenfassen, dass die Durchführung von Sterilisationen an Minderjährigen in Deutschland vollkommen ausgeschlossen ist, während volljährige Personen grundsätzlich ein Recht auf Sterilisation haben. Sterilisationen bei einwilligungsfähigen und einwilligungsunfähigen Personen dürfen nicht gegen deren Willen ausgeführt werden. Für die Durchführung der Sterilisation sollte eine Methode gewählt werden, die die Möglichkeit der Wiederherstellung der Fortpflanzungsfähigkeit offen hält.

2. Methodik

Um die eingangs gestellten Forschungsfragen adäquat beantworten zu können, mussten nicht nur Auswahlkriterien definiert, sondern auch ein Erhebungsbogen verfasst werden. Diese sowie die Vorgehensweise bei der Recherche und Prüfung von Patientenakten sollen im Folgenden näher erläutert werden.

2.1. Recherche, Auswahl und Prüfung der Patientenakten

Als Grundlage der Erhebung dienten Patientenakten der Universitäts-Nervenlinik, die ein psychiatrisches Erbgesundheitsgutachten aus dem Jahre 1939 beinhalten. Die Akten werden aktuell im Archiv der Universität Tübingen aufbewahrt.

2.1.1. Auswahlkriterien und Recherche der Patientenakten

Um exakt die Patientenakten herauszufiltern, die für die vorliegende Arbeit und die darin gestellten Forschungsfragen von Interesse waren, wurden zu Beginn der Recherche im Archiv der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie die Diagnose –und Aufnahmebücher der Universitätsnervenlinik aus den Jahren 1934–1944 analysiert. Bei mehr als 2000 aufgelisteten Patientenaufnahmen aus dem Jahre 1939 wurden Patienten nach bestimmten und auf die vorliegende Arbeit angepassten Auswahlkriterien erfasst. Basierend auf den im GzVeN definierten Indikationen für Sterilisationen (vgl. Kapitel 1.3.2.2 bis 1.3.2.4), wurden diejenigen Patienten in die Erhebung aufgenommen, deren Aufnahmediagnosen bzw. Verdachtsdiagnosen angeborener Schwachsinn, Schizophrenie, zirkuläres (manisch–depressives) Irresein, erbliche Fallsucht, erblicher Veitstanz (Chorea Huntington), erbliche Blindheit, erbliche Taubheit, schwere erbliche körperliche Missbildung oder schwerer Alkoholismus lauteten.

Anschließend wurden im Archiv der Universität Tübingen anhand der Diagnoseblätter weitere Patienten mit den entsprechenden Diagnosen gesucht. Dabei fanden sich zwei männliche und 9 weibliche Patientennamen, die in den Diagnose- und Aufnahmebüchern nicht aufgetaucht waren. Im nächsten Schritt wurden im Universitätsarchiv die Akten angefordert. Die Diagnoseblätter der männlichen Personen tragen die Signatur 648/81-85, die der weiblichen Personen 648/285-287. Im weiteren Vorgehen konnten neun Akten von männlichen Personen und vierzehn Akten von weiblichen Personen im

Universitätsarchiv nicht gefunden werden. Darüber hinaus erwies sich eine angegebene Aktennummer als falsch. So lässt sich festhalten, dass von insgesamt erwarteten 575 Patientenakten 551 Akten vorhanden waren. Allgemein lag der prozentuale Aktenschwund mit 24 nicht auffindbaren Akten bei 4,17 Prozent. Bei den Männern betrug der Aktenschwund 2,95 Prozent, erwartet wurden 305 Akten, gefunden wurden 296 Akten. Etwas höher lag die Verlustrate bei den weiblichen Patienten. So lag hier die Erwartung bei 270 Akten, von denen jedoch 14 Akten nicht auffindbar waren und sich eine Aktennummer als falsch erwies. Bei aufgefundenen 255 Akten, bedeutete dies eine Verlustrate von 5,56 Prozent.

2.1.2. Überprüfung der Patientenakten

Die Signaturen der Akten, die im Zuge der Recherche für die vorliegende Arbeit erhoben wurden, tragen bei den weiblichen Patienten die Signaturen 669/737 - 669/13033, bei den männlichen Patienten die Signaturen 669/3400 - 669/42084. Die tatsächliche Relevanz des Inhaltes dieser Akten für die Untersuchung konnte erst nach Vorliegen der Originalakten 296 männlichen und 255 weiblichen Personen bestimmt werden. Für die Auswertung der Arbeit konnten folglich insgesamt die Akten 72 männlicher Patienten und 39 weiblicher Patienten berücksichtigt werden, deren Inhalt entweder ein frei formuliertes Sterilisationsgutachten aus dem Jahr 1939 oder ein Formgutachten aus dem Jahr 1939 zur Sterilisation enthielten. Die restlichen bearbeiteten Akten enthielten Gutachten anderer Qualität und Fragestellung, wie z.B. Gutachten für Versicherungen, Rentengutachten oder Gutachten für die Berufsgenossenschaft, und wurden nicht in die Auswertung der vorliegenden Dissertationsarbeit miteinbezogen.

Bei den männlichen Patientenakten fanden sich acht berufsgenossenschaftliche Gutachten, 19 Fürsorge-Gutachten, und 26 Gutachten für die Rentenversicherung und Invalidenversicherung. Weiterhin fanden sich 16 Gutachten mit Fragestellungen zu den Paragraphen § 51 und 42 RStGB, also dem „Gesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Maßregeln der Sicherung und Besserung“ (siehe Kapitel 1.3.2.3), zwei Gutachten mit der Frage nach Entmündigung, fünf mit Fragen zur Zurechnungsfähigkeit und zwei Gutachten sollten die Schulfähigkeit beurteilen. In 22 Akten aus dem Jahr 1939 der Männer fanden sich nur Sterilisationsanzeigen ohne Gutachten. Jeweils aufgelistet nach ihren Diagnosen, enthielten 14 die Sterilisationsanzeige wegen Verdacht auf

Schizophrenie, zwei aufgrund dem Verdacht auf Alkoholismus und sechs wegen dem Verdacht auf Epilepsie. 16 Akten enthielten nur Erbgesundheitsgutachten aus vergangenen Jahren und 14 Akten enthielten nur Erbgesundheitsgutachten aus den Folgejahren.

Bei den Frauen gab es, neben den 39 für die vorliegende Dissertationsarbeit ausgewerteten Sterilisationsgutachten, 28 Gutachten zur Klärung der Fürsorgefrage. Diese bezogen sich vor allem auf Mädchen, vor dem zehnten Lebensjahr. In diesen Gutachten fanden sich zum Teil in den Beurteilungen Bemerkungen zu den verwaehrlosten Lebensverhältnissen der Begutachteten, den erbgesundheitlichen Vorbelastungen der Familie oder Empfehlungen einer erneuten Begutachtung in einer bestimmten Anzahl von Jahren. Weiterhin fanden sich 23 Gutachten mit Fragen zur Rentenversicherung und Invalidenversicherung, vier Gutachten mit der Frage der Ehescheidung bzw. Aufhebung der Ehe und je ein Gutachten mit der Frage nach Glaubwürdigkeit, Gesellschaftsfähigkeit und Entmündigung. Bei den Frauen enthielten 64 Akten der Sterilisationsanzeigen aus dem Jahre 1939 kein Gutachten. Die Anzeigen erfolgten aufgrund der bereits aufgeführten Diagnosen. So wurde bei 46 Frauen wegen Verdacht auf Schizophrenie, sieben mit Verdacht auf zirkuläres Irresein, vier mit Verdacht auf angeborenen Schwachsinn und sieben mit Verdacht auf Epilepsie die Sterilisation empfohlen. In 14 Akten fanden sich Sterilisationsanzeigen aus vergangenen Jahren, wiederum ohne jegliches Gutachten. Zehn Akten beinhalteten Erbgesundheitsgutachten aus vergangenen Jahren und sechs Akten aus den Folgejahren.

Die restlichen Akten enthielten keine Gutachten. Sämtliche Sterilisationsgutachten aus dem Jahr 1939 erfolgten im Rahmen einer stationären Aufnahme. Es wurde kein ambulant durchgeführtes Sterilisationsgutachten gefunden.

2.1.3. Inhalt der Patientenakten

Die im Archiv der Universitätsbibliothek Tübingen eingesehenen Patientenakten bestanden aus einem Deckblatt, das die personenbezogenen Daten enthielt. Zusätzlich befand sich in vielen Akten ein rosafarbenes Blatt, das weitere Informationen zur jeweiligen Personen beinhaltete. Aufgeführt wurden Vor- und Nachnamen, Geschlecht, Geburtsdatum (zum Teil mit berechnetem Alter), Geburtsort, Wohnort, Konfession, Familienstand, Anzahl der Geschwister, Anzahl der Kinder, (wenn vorhanden), Angaben zu Ehegatten sowie der Staatsangehörigkeit der Eltern, schulische und berufliche Bildung,

Beruf, Aufnahme- und Entlassungsdatum in der Universitäts-Nervenlinik, frühere und manchmal auch spätere Aufenthalte mit Angaben über Häufigkeit und Datum sowie Ort der jeweiligen Anstalten, beispielsweise neben weiteren klinischen Aufenthalten, Gefängnis oder Fürsorgeheim. Weiter beinhaltete das Blatt Angaben zur Entlassung oder Verlegung mit genaueren Angaben, wie z.B. eine andere Klinik oder Gefängnis. Am häufigsten wurden die Patienten jedoch nach Hause entlassen.

Zusätzlich zu den Gutachten fanden sich in den Akten teilweise die Anzeigeformulare, oder Anträge auf Unfruchtbarmachung, Unterlagen zum durchgeführten Intelligenztest sowie zur durchgeführten Diagnostik und Therapie mit stationären Behandlungsblättern mit genauen Angaben zu Dosierung, Verhalten des Patienten etc. In manchen Fällen fanden sich Unterlagen zum Schriftverkehr zwischen den Erbgesundheitsgerichten oder Erbgesundheitsobergerichten und der Klinik, bzw. den Gutachtern. Zudem wurden teilweise Dokumente von persönlichem Schriftverkehr gefunden, wie Briefe von Bürgermeistern oder Arbeitgebern. Andere Akten hatten einen sehr geringen Inhalt.

2.1.4. Aufbau und Form der Sterilisationsgutachten

Elementar für die Auswertung der Patientenakten war das Verständnis des Aufbaus und der Form der Sterilisationsgutachten. Die in den Akten vorhandenen Sterilisationsgutachten, die im Zuge der Recherche durchgearbeitet wurden, lassen sich in zwei Arten unterteilen: Zum einen gab es ein Formblattgutachten, zum anderen ein frei formuliertes Gutachten.

Das Formblattgutachten lässt sich unter dem Aspekt zur vereinfachten Durchführung des Begutachtungsverfahrens anhand eines standardisierten Vordruckes betrachten, wie in Anhang 7 aufgezeigt.¹²⁵ Das Formblattgutachten bestand aus vier Seiten, hatte die folgende Überschrift inne: *„Amtsärztliches-Ärztliches-Gutachten“ (gemäß § 4 Satz 2 des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933 – Reichsgesetzbl. I S.529)*¹²⁶. Dabei mussten personenbezogene Daten, in kurzen Angaben Daten zu näheren Familienangehörigen, anamnestiche Daten, Angaben zu körperlichen Un-

¹²⁵ Vgl. Gütt, Rüdin, Ruttke, (1936), S.85.

¹²⁶ UAT Signatur 669/17983.

tersuchungsbefund, Diagnostik und psychischem Befund, sowie Diagnose und Begründung. Die jeweiligen Angaben waren entweder nur auszufüllen oder in kurzen Stichworten zu beschreiben.

Das frei formulierte oder individuelle Gutachten, welches unter Anhang 6 einsehbar ist, war zwar nach einem bestimmten System aufgebaut, konnte aber vom jeweiligen Gutachter frei und ausführlich formuliert werden. Damit lässt sich die unterschiedliche Länge der Gutachten erklären. Diese reicht von einer Seite bis auf die umfangreiche Länge von 19 Seiten, zwei Gutachten wurden in dieser Länge verfasst. Die einseitigen Gutachten waren Kurzgutachten, die im September zu Kriegsbeginn verfasst wurden.

Der Aufbau der frei erstellten Gutachten folgte einem strengen Muster. Im ersten Satz wurde der Auftraggeber/Adressat mit Datum des Ersuchens des Gutachtens erwähnt, danach folgten personenbezogene Daten. Meist beinhalteten die Gutachten anschließend eine Begründung oder eine Fragestellung zur Durchführung des Gutachtens. Daran schloss sich die Krankengeschichte mit persönlichem und beruflichem Werdegang des Begutachteten, einschließlich fremdanamnestischer Angaben durch Familienangehörige, Kollegen usw. an. Unterlagen aus anderen Anstalten wie Krankenhäusern, psychiatrische Kliniken, Fürsorgeheime oder auch Gefängnisse wurden mitherangezogen. Wenn durchführbar, folgte die Eigenanamnese und ein Blick auf die familiären Verhältnisse bevor auf den körperlichen Befund eingegangen wurde. Bei diesem wurden Größe, Gewicht, Allgemeinzustand, Skelett, Muskulatur, Fettgewebe, Haut, Schleimhäute, Kopf mit Ohren, Nase, Gebiss, Zunge und Gaumen, Tonsillen und Rachen, Schilddrüse, Thorax mit Deformität, Perkussion und Auskultation, von Herz und Lunge, Puls, Blutdruck, Abdomen, Genitale und schließlich Wirbelsäule und Extremitäten und Gelenke nach Beweglichkeit und Auffälligkeiten erfasst. Nach dem körperlichen Befund wurde der neurologische Status erhoben mit Untersuchungen zum vegetativen Nervensystem, der Augen, Gehirnnerven, sämtliche Eigen- und Fremdreﬂexe, Sensibilität, und Kraftprüfungen sowie Gleichgewichts und Koordinationstests. Daran schloss sich die Beschreibung der Labordiagnostik und Apparatediagnostik an. Hierbei flossen Urindiagnostik, Blutuntersuchungen einschließlich großem Blutbild, Blutkörperchen Senkungsgeschwindigkeit, Blutzuckerspiegel und sowie der Elektrolyte mit ein. Im Weiteren wurde eine Liquorpunktion mit einer Liquordiagnostik durchgeführt. Zu der Apparatediagnostik gehörte die Durchführung eines Enzephalogramms, also Röntgenaufnahmen des

Schädels in zwei Ebenen. Zur weiteren Beschreibung des Patienten wurde ein psychischer Befund erhoben, der auf die mentale Beobachtung zur Orientierung hinsichtlich Raum und Zeit, dem Verhalten bezüglich des Aufenthaltes auf Station bezüglich der Exploration und der körperlichen Untersuchung einging. Das Verhalten in Bezug auf die Krankheitseinsicht spielte eine große Rolle. Darüber beinhalteten die Gutachten einen Intelligenztest sowie die Prüfung von Gedächtnis und Merkfähigkeit. Am Ende eines jeden Gutachtens stand eine ausführliche Beurteilung anhand der Bewertung der subjektiven Beschwerden sowie der objektiv erhobenen Befunde. Mitberücksichtigt wurden die Befunde oder Gutachten anderer Abteilungen (falls vorhanden). Zu jeder Beurteilung wurde eine Empfehlung für oder gegen eine Sterilisation ausgesprochen. Zu einem korrekt ausgeführten Gutachten gehörten Ort, Datum, Name und Position des Gutachters. Bei vielen der Gutachten, jedoch nicht bei allen, gab es einen Zweitgutachter.

Zur Anschaulichkeit und zur Nachvollziehbarkeit finden sich einige Gutachten in Originalversion und amtliche Schriftstücke im Anhang, siehe Anhang drei bis sieben der vorliegenden Arbeit.

2.2. Statistische Erhebung und Auswertung mittels Codebuch

Bevor im Folgenden näher auf den Erhebungsbogen und das darauf basierende Codebuch eingegangen wird, soll an dieser Stelle auf die Schwierigkeit der Auswertung der Patientenakten eingegangen werden. So gestaltete sich die Erfassung und Erhebung der Patientennamen oft schwierig, da die Namen in den Aufnahme- und Diagnosebüchern handschriftlich notiert waren. Es fanden sich große, teilweise schwer lesbare, Variationen in den Handschriften, die zudem in Sütterlinschrift verfasst waren. Diese Problematik setzte sich bei der Ausarbeitung der Patientenakten fort.

2.2.1. Erhebungsbogen

Die Auswertung der Patientenakten wurde anhand eines speziell auf die Fragestellung entwickelten Erhebungsbogens durchgeführt. Dieser lehnt sich im Wesentlichen an Erhebungsbögen von bereits verfassten Dissertationen zu anderen Jahrgängen an. Die Daten, die mittels des Bogens erhoben werden sollen, sollen es ermöglichen, die anfangs

gestellten Forschungsfragen zu beantworten. Im Folgenden sollen die einzelnen Aspekte, die in den Erhebungsbogen eingegangen sind, aufgezeigt werden.

- Personenbezogene Daten:
 - Name
 - Geschlecht
 - Geburtsdatum
 - Geburtsort
 - Wohnort
 - Schulische Bildung
 - Schulische Schwierigkeiten
 - Beruf
 - Familienstand
 - Anzahl der Kinder
 - Zahl der Geschwister
 - Berufliche Bildung der Eltern
 - Konfession
 - Nationalität
- Stationärer Aufenthalt:
 - Aufnahmedatum
 - Entlassdatum
 - Aufenthaltstage
 - Zeitweilig öffentlichen Einrichtungen
 - Aufnahmegrund
 - Art der Aufnahme
 - Anzahl der Aufnahmen

- Meldung nach dem GzVeN:
 - Antragsteller
 - Anzeige-Erstatter
 - Verdachtsdiagnose im Antrag

- Gutachten:
 - Formblattgutachten
 - Frei formuliertes Gutachten
 - Fragestellung im Gutachten
 - Gutachtendiagnose
 - Gutachten Datum
 - Name des Erstgutachters
 - Name des Zweitgutachters
 - Gutachtenseitenzahl
 - Anzahl der Gutachten
 - Grund für weitere Gutachten
 - Empfehlung zur Unfruchtbarmachung
 - Stellungnahme der Patienten zur Unfruchtbarmachung
 - Anamnese
 - Familienanamnese
 - Körperliche Untersuchung
 - Intelligenztest
 - Werdegang des Patienten
 - Heilungschance
 - Prognose
 - Entlassung nach Hause/Heilanstalt/Krankenhaus/Fürsorgeanstalt

- Erbgesundheitsgericht:
 - Ort
 - Verfahrensart
 - Bestellung eines Pflegers
 - Urteil bzw. Beschluss

Um eine statistische Erfassung zu vereinfachen, wurde der Erhebungsbogen in ein Codebuch übersetzt, welches im nächsten Kapitel näher vorgestellt werden soll.

2.2.2. Codebuch

Das Codebuch ist ein Mittel, um Daten zu kategorisieren und statistisch zu erfassen. So wurden für die vorliegende Arbeit die im Erhebungsbogen festgehaltenen Aspekte in Kategorien übertragen, die aus diversen Ausprägungen in Zahlenwerten bestehen. Das heißt, dass beispielsweise bei der Erfassung des Geschlechtes der Zahlenwert „1“ für männlich und „2“ für weiblich steht; oder die verschiedenen Diagnosen jeweils einen eigenen Zahlenwert zugewiesen bekommen haben. Das Codebuch ist unter Anhang 8 einsehbar.

Die statistische Auswertung der im Codebuch verschlüsselten Daten erfolgte unter Anwendung des Statistikprogramms SPSS Statistics Version 21. Passagen der Gutachten mit ausformulierten Begründungen wurden, zur besseren Handhabung der Codierung, in vereinfachter Version in das Codebuch übertragen. Es ist darauf hinzuweisen, dass sich daraus eine minimale Variation der Ergebnisse ergeben könnte. Daten, die aufgrund der Fragestellung für die Auswertung nicht als relevant betrachtet wurden, oder den Umfang der Arbeit deutlich überstiegen hätten, wurden in der statistischen Auswertung nicht berücksichtigt.

Im nun folgenden Kapitel 3 werden die einzelnen Punkte des Erhebungsbogens, die sich aus der Auswertung der Gutachten ergeben haben, eingehend betrachtet sowie auf deren statistische Auswertung eingegangen.

3. Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse des in der Methodik erstellten Erhebungsbogens dargestellt. Erfasst wurden diejenigen Personen, die im Jahre 1939 an der Universitätsnervenklinik ein Gutachten im Zuge des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ ein sogenanntes Sterilisationsgutachten erhielten. Alle erfassten Patienten befanden sich stationär an der Universitätsnervenklinik. Mitberücksichtigt wurden Patienten die bereits im Jahre 1938 aufgenommen wurden und Patienten deren Aufenthalt über den Jahreswechsel 1939/1940 andauerten. Das entscheidende Kriterium für die Berücksichtigung in der Auswertung war, dass das Datum des Sterilisationsgutachtens auf das Jahr 1939 datiert war.

3.1. Alterspyramide

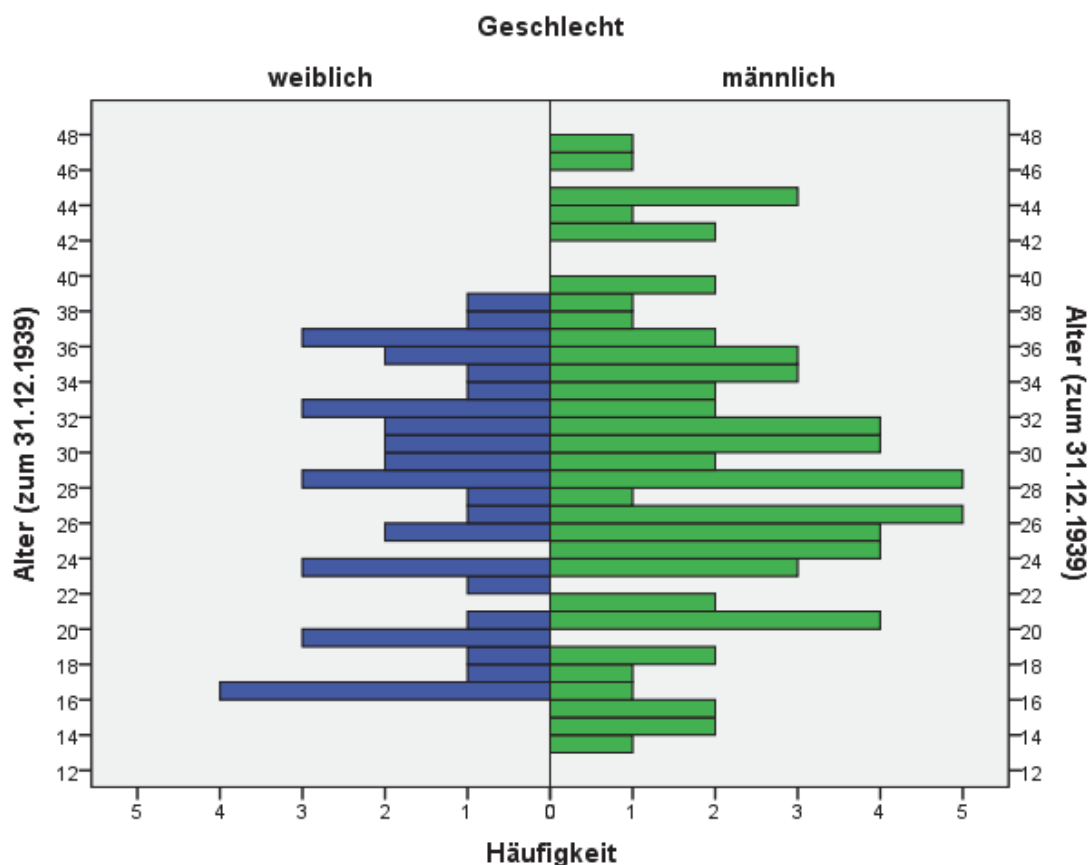


Abbildung 1: Balkendiagramm Alterspyramide der Patienten mit Sterilisationsgutachten im Jahr 1939 getrennt nach Geschlecht, Stichtag 31.12.1939

Um Aufschluss über die Art und das Ausmaß der Anwendung des GzVeN anhand der durchgeführten Sterilisationsgutachten zu gewinnen, wurde die Auswertung der 1939 an der Universitäts-Nervenlinik aufgenommenen Patienten mit Zahl, Geschlecht und Alter begonnen (vgl. Abbildung 1). Die hierbei dargestellte Altersstruktur der Patienten ist auf den 31. Dezember 1939 datiert. So zeigt die Abbildung, dass die jüngste weibliche Person 16 und die älteste 39 Jahre alt war. Bei den männlichen Patienten befand sich die Altersspanne zwischen 13 und 48 Jahren. Das Durchschnittsalter aller Begutachteten lag bei 27,93 Jahren. Es lässt sich also festhalten, dass alle Patienten mit Sterilisationsgutachten zum Zeitpunkt ihrer Begutachtung im fortpflanzungsfähigen Alter waren. Dennoch muss hervorgehoben werden, dass die Männer eine weitaus größere Altersspanne aufwiesen als die Frauen. Dies scheint der unter Kapitel 1.3.2.4 ausgeführten Gefahr der Fortpflanzungsfähigkeit zu entsprechen.

3.2. Stellungnahme der Gutachter zur Sterilisation

Abbildung 2 zeigt auf, dass im Jahr 1939 insgesamt 111 Sterilisationsgutachten an der Universitäts-Nervenlinik Tübingen verfasst wurden. Die Gutachter äußerten sich in 57 Fällen (entspricht einem Anteil von 51,35 Prozent) positiv im Sinne des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, d.h. sie befürworteten eine Sterilisation.¹²⁷ In 16 Gutachten wurde die Sterilisation abgelehnt, bei 29 Gutachten lautete die Stellungnahme „Diagnose der Erblichkeit nicht mit der vom Gesetz geforderten Sicherheit zu stellen“. In sechs Fällen war aus Sicht der Gutachter eine Sterilisation nicht dringend erforderlich. Bei drei Gutachten wurde zwar eine Sterilisation abgelehnt aber die Anwendung des § 1c befürwortet. Dieser bezieht sich auf das Ehegesundheitsgesetz vom 18. Oktober 1935, in dem festgehalten ist, dass eine Ehe nicht geschlossen werden darf, wenn einer der beiden Partner an einer geistigen Störung leidet (vgl. Kapitel 1.3.2.3).

¹²⁷ In der vorliegenden Arbeit wird die Befürwortung der Sterilisation häufig auch als „sicher erbkrank“ oder „sichere Diagnose“ bezeichnet. Diese Bezeichnungen sind somit als Synonyme für die Befürwortung und Empfehlung von Sterilisationen zu verstehen.

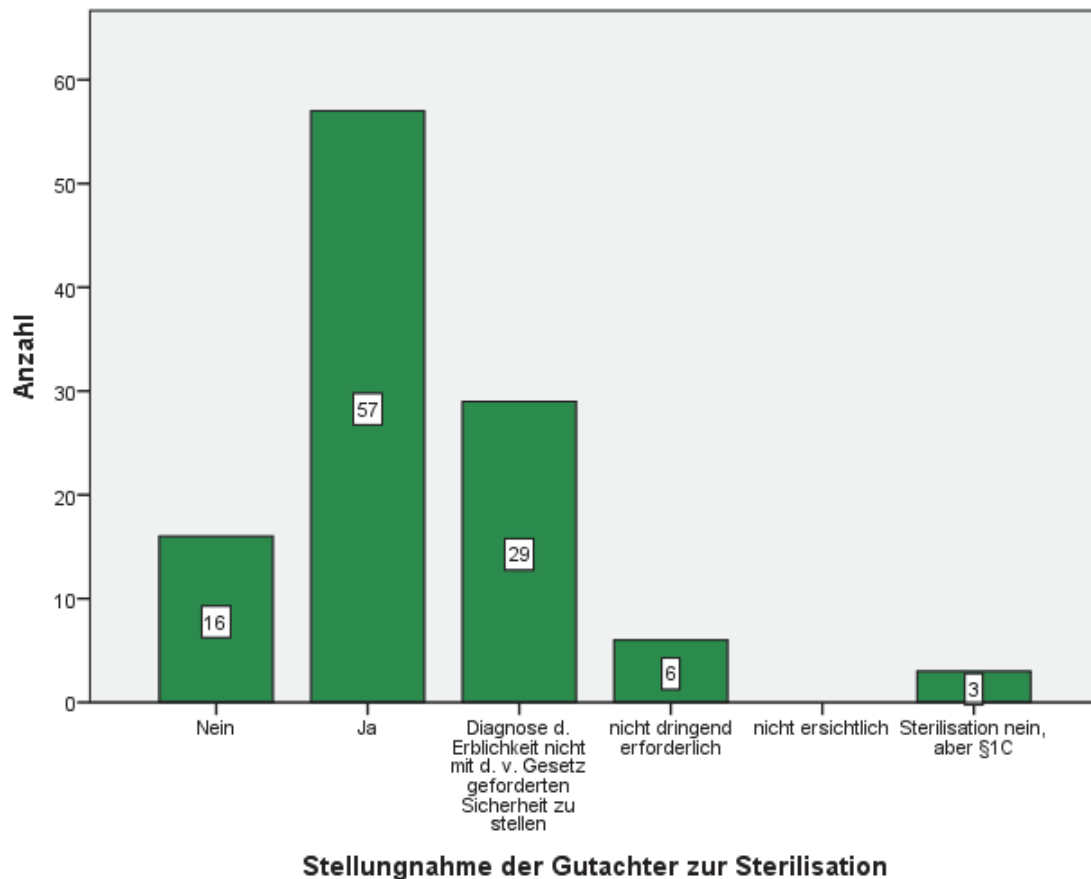


Abbildung 2: Balkendiagramm Anzahl Sterilisationsgutachten gesamt aus dem Jahre 1939 gekreuzt mit Stellungnahme der Gutachter

Betrachtet man die Gutachten und deren Beurteilung geschlechtsspezifisch, siehe Abbildung 3 und Abbildung 4, ergibt sich ein differenzierteres Bild. Vergleicht man den prozentualen Anteil der befürworteten Sterilisationsgutachten innerhalb der Gesamtgutachten, so lag der prozentuale Anteil der befürworteten Sterilisationen bei den Frauen deutlich höher. Während bei den Frauen mit 22 befürworteten von insgesamt 39 Sterilisationsgutachten der Anteil bei 56,41 Prozent lag, wurde bei den Männern mit 35 von 72 Gutachten bei 48,61 Prozent die Sterilisation empfohlen. Auch hier scheint es, wie schon bei der Betrachtung der Alterspyramide, bestätigt, dass das Geschlecht ein Kriterium zur Beurteilung der Fortpflanzungsgefahr ist.

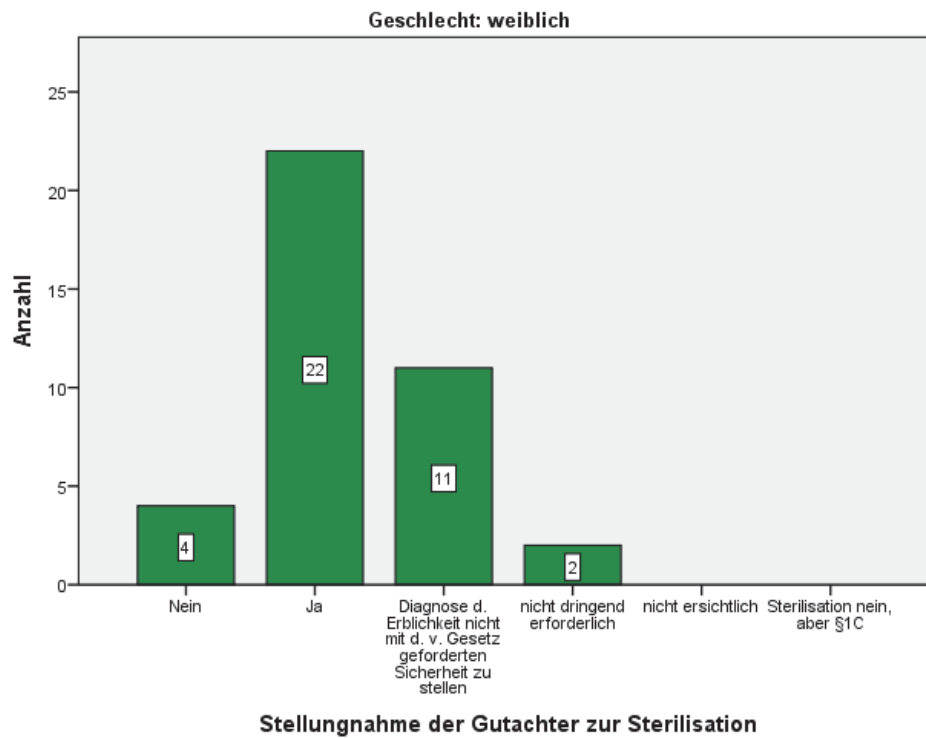


Abbildung 3: Balkendiagramm Anzahl Sterilisationsgutachten mit Stellungnahme der Gutachter, Frauen

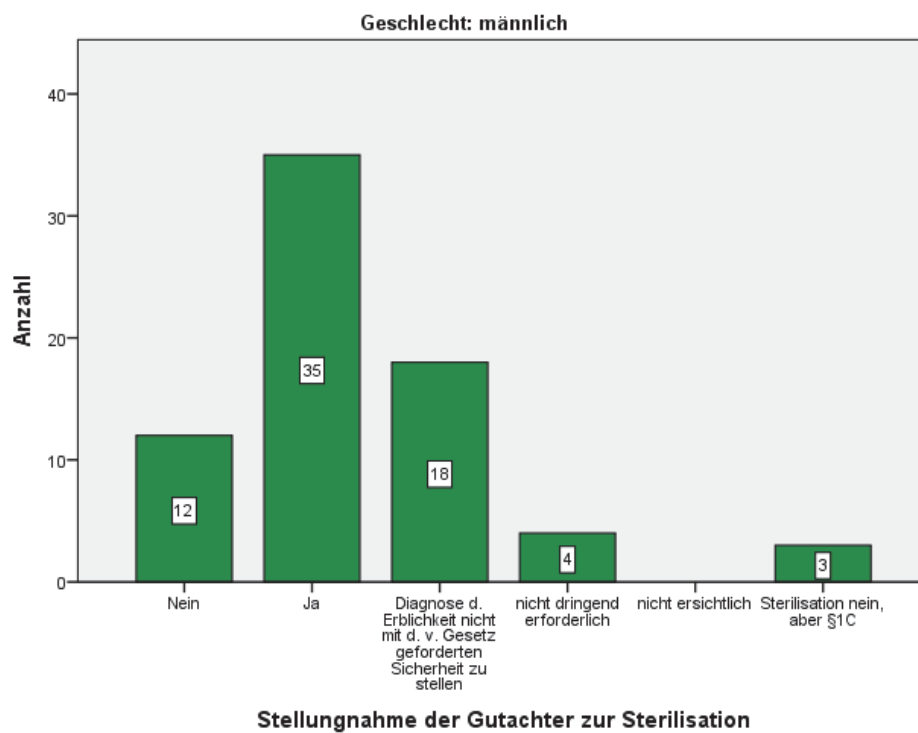


Abbildung 4: Balkendiagramm, Anzahl Sterilisationsgutachten mit Stellungnahme der Gutachter, Männer

3.3. Einfluss der „Fortpflanzungsgefahr“ auf Sterilisationsgutachten

Wie unter Kapitel 1.3.2.4 ausgeführt, war die Fortpflanzungsgefahr eine zentrale Frage der Rassenhygiene und der Rassenpolitik. Abbildung 5 verdeutlicht, dass die Gutachter in Tübingen bei der Diagnose Erbkrank das Fortpflanzungsrisiko hoch einschätzten. Wurde dagegen die Beurteilung „Sterilisation nicht dringend erforderlich“ getroffen, wurde die Fortpflanzungsgefahr als gering eingeschätzt. Daran lässt sich erkennen, dass die häufigste Begründung in den Sterilisationsgutachten für die Empfehlung der Sterilisation, in denen die Diagnose Erbkrank im Sinne des GzVeN gestellt wurde, fortpflanzungsfähiges Alter lautete.

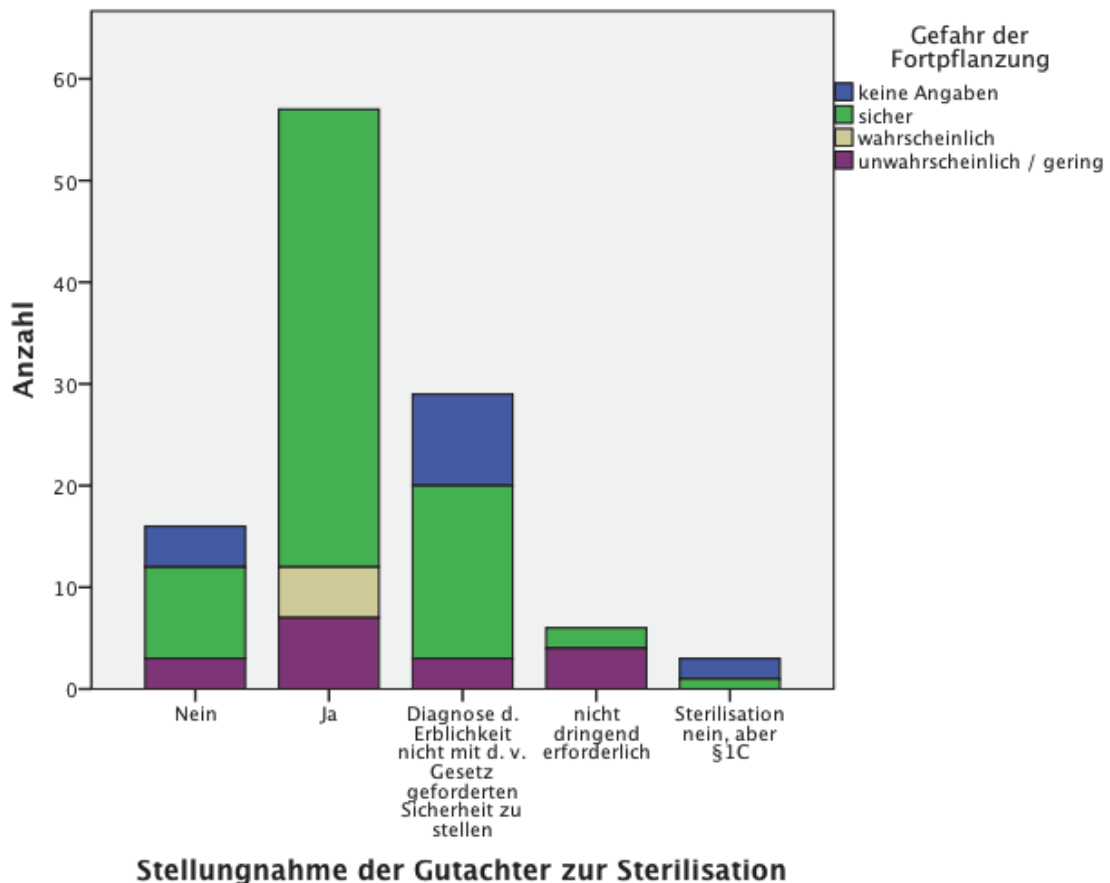


Abbildung 5: Stapeldiagramm Stellungnahme der Gutachter im Hinblick auf Fortpflanzungsgefahr gesamt

In Abbildung 5 und Abbildung 6 erkennt man den hohen Anteil der als sicher eingestufte Fortpflanzungsgefahr in den sterilisationsbefürwortenden Gutachten. In jenen Gutachten wurde die Fortpflanzungsgefahr nur zu einem geringen Anteil als wahrscheinlich oder unwahrscheinlich eingestuft. Auffallend ist, dass bei den Frauen vor allem die

Empfehlung zur Sterilisation geäußert wurde, während bei den Männern Sterilisationen trotz sicherer Fortpflanzungsgefahr als nicht dringend erforderlich eingestuft wurden. Bei den Frauen kam die Empfehlung zu einer nicht dringend erforderlichen Sterilisation nur bei geringer oder unwahrscheinlicher Fortpflanzungsgefahr (siehe Patientenbeispiel 4.1). Die Ablehnung der Sterilisation bei hohem Fortpflanzungsrisiko sowohl bei weiblichen als auch bei männlichen Patienten erfolgte auf der Grundlage, dass keine Erbkrankheit im Sinne des GzVeN vorlag.

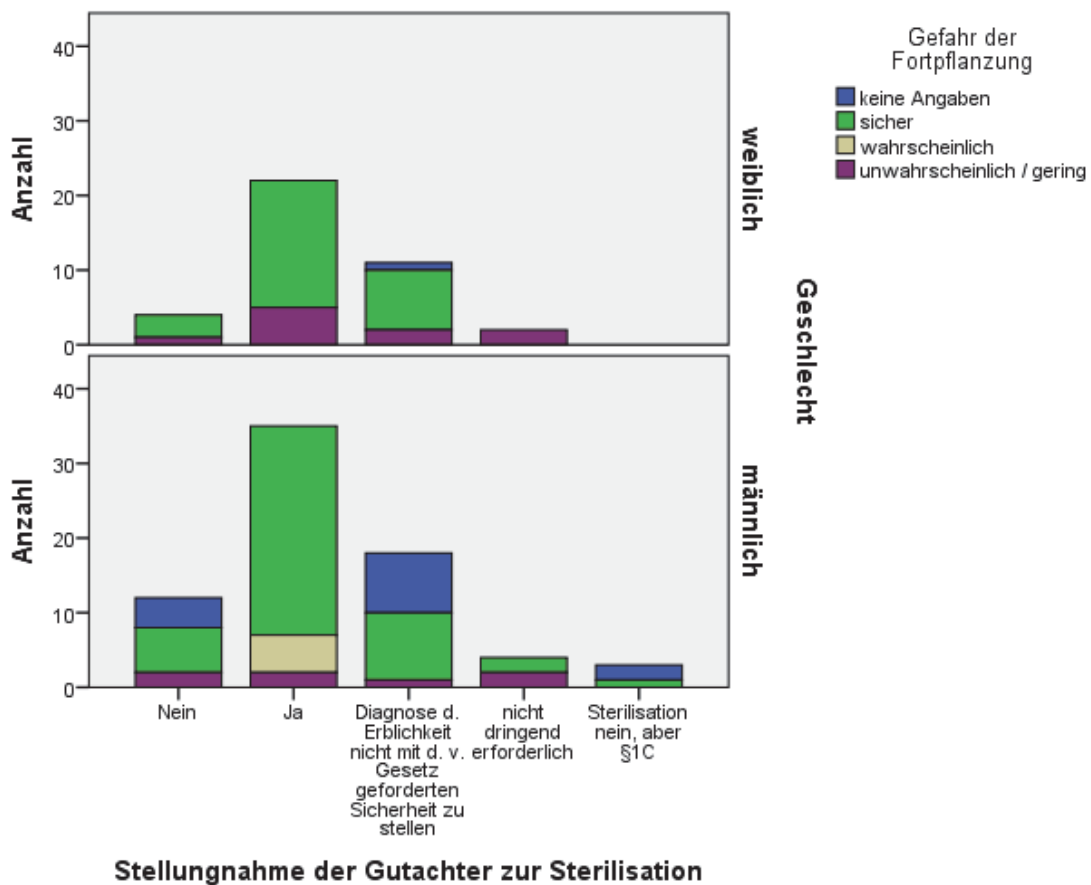


Abbildung 6: Stapeldiagramm Stellungnahme der Gutachter bezogen auf Fortpflanzungsgefahr getrennt nach Geschlechtern

Mit Hinblick auf die von den Kommentatoren des GzVeN aufgeführten Kriterien zur Beurteilung der individuellen Fortpflanzungsgefahr wurde eine Kreuztabelle mit den Attributen Geschlecht und Fortpflanzungsgefahr erstellt. In dieser Tabelle (Tabelle 1) wird die Fortpflanzungsgefahr der weiblichen Begutachteten mit 71,8 Prozent als sicher dargestellt und bei den Männern mit 63,9 Prozent. Während bei keiner begutachteten Frau das Fortpflanzungsrisiko als wahrscheinlich eingestuft wurde, waren es bei den

Männern 6,9 Prozent. Das Risiko der Fortpflanzung wurde bei 25,6 Prozent der untersuchten Frauen und 9,7 Prozent der Männer als gering bis unwahrscheinlich bewertet. Keine Angaben fanden sich bei 2,6 Prozent der Frauen und 19,4 Prozent der Männer.

Tabelle 1: Fortpflanzungsgefahr geschlechtsbezogen

		Gefahr der Fortpflanzung				Gesamt
		keine Angaben	sicher	wahrscheinlich	unwahrscheinlich / gering	
Geschlecht	weiblich	Anzahl 1	28	0	10	39
	% innerhalb von Geschlecht	2,6%	71,8%	0,0%	25,6%	100,0%
Geschlecht	männlich	Anzahl 14	46	5	7	72
	% innerhalb von Geschlecht	19,4%	63,9%	6,9%	9,7%	100,0%
Gesamt	Anzahl	15	74	5	17	111
	% innerhalb von Geschlecht	13,5%	66,7%	4,5%	15,3%	100,0%

Mit Hinblick auf den geringen Datensatz von 111 Gesamtgutachten, welche in 39 weibliche und 72 männliche aufgeteilt sind, lässt sich bei den Frauen bezüglich der als sicher eingestufteten Fortpflanzungsgefahr keine signifikante Erhöhung belegen. Mit Tabelle 1 könnte jedoch aufgezeigt werden dass das Geschlecht tendenziell auf die Beurteilung der Fortpflanzungsgefahr einen Einfluss hatte. Siehe hierzu auch Kapitel 3.5.

3.4. Häufigkeit der diagnostizierten Erbkrankheiten in den Erbgesundheitsgutachten aus dem Jahr 1939

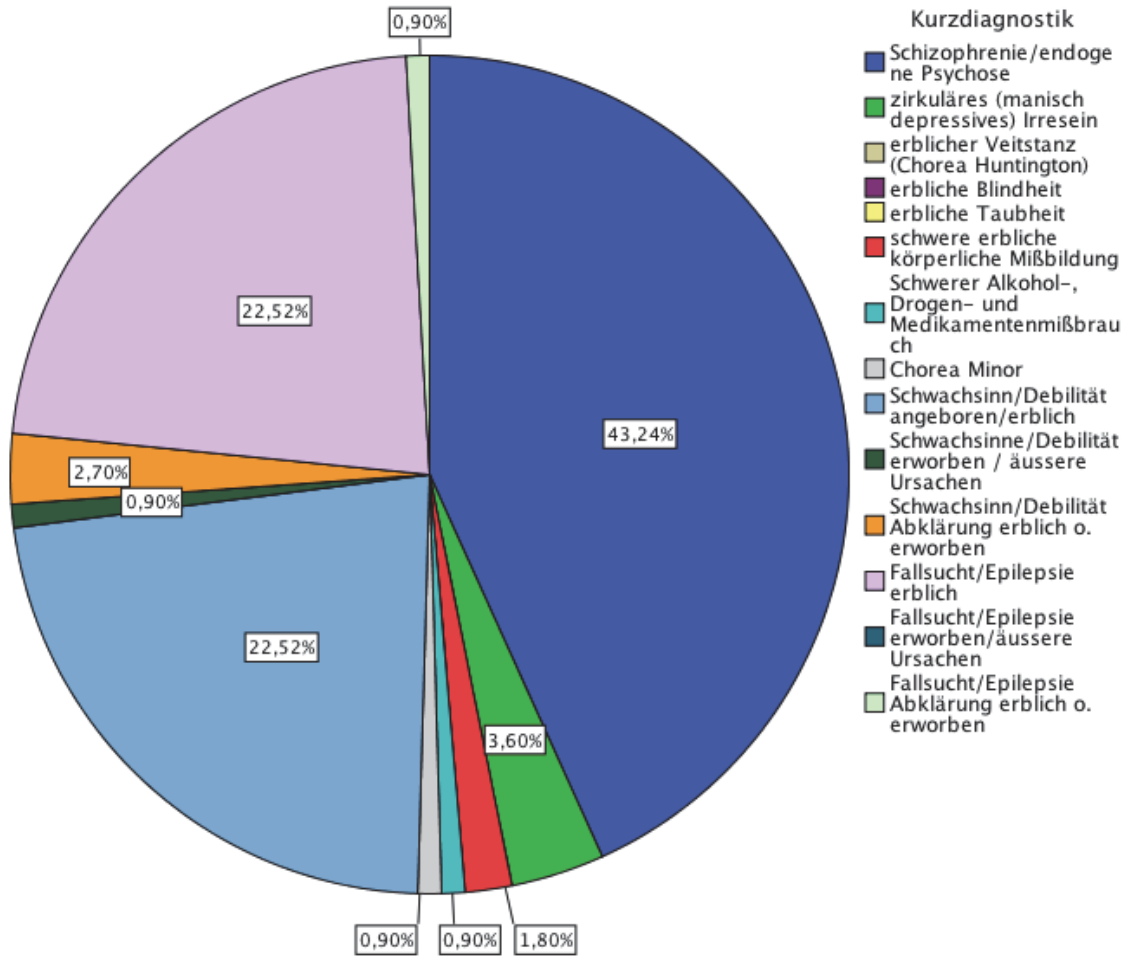


Abbildung 7: Kreisdiagramm mit prozentual dargestelltem Anteil der im GzVeN genannten Erbkrankheiten in den Erbgesundheitsgutachten aus dem Jahr 1939

Geht man der Frage nach, welche Krankheitsbilder in den Patientenakten diagnostiziert wurden, so ergibt sich ein deutliches Bild. Wie aus Abbildung 7 hervorgeht, stellte die Schizophrenie mit 43,24 Prozent mit fast der Hälfte der diagnostizierten Krankheiten den größten Anteil der in der Kurzdiagnostik (von nun an im Text als Diagnosen bezeichnet) der Erbgesundheitsgutachten dar. Mit je 22,52 Prozent folgen die Diagnosen des angeborenen Schwachsinnns und genuine Epilepsie. Einen weit geringeren Anteil nahm die Diagnose des zirkulären Irreseins mit 3,60 Prozent ein. In 1,80 Prozent der bearbeiteten Fälle wurden schwere körperliche Missbildungen diagnostiziert. Die Diagnosen Alkoholismus/Drogen- und Medikamentenmissbrauch, Chorea minor und erwor-

bener Schwachsinn hatten einen Anteil von 0,90 Prozent. Den Rest der prozentualen Betrachtung der gestellten Diagnosen nahmen die hinsichtlich ihrer Ursache als unsicher beurteilten Diagnosen von Epilepsie und Schwachsinn ein.

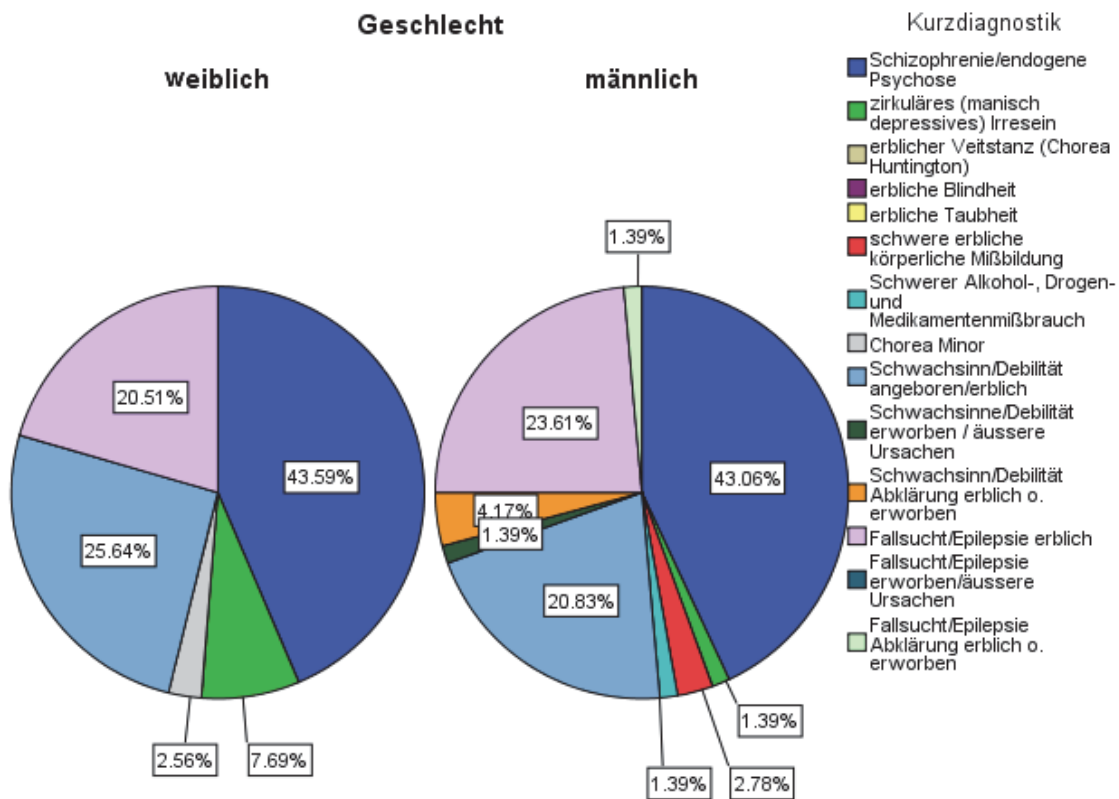


Abbildung 8: Kreisdiagramm mit prozentual dargestelltem Anteil der im GzVeN genannten Erbkrankheiten in den Erbgesundheitsgutachten aus dem Jahr 1939, getrennt nach Geschlechtern

Unterscheidet man die Diagnosen nach Geschlecht (siehe Abbildung 8), so wurde bei Männern und Frauen nahezu in gleichem Maße die Diagnose der Schizophrenie gestellt. Dagegen wurde angeborener Schwachsinn bei den Frauen mit 25,64 Prozent, verglichen mit 20,83 Prozent bei den Männern, etwas häufiger diagnostiziert. Bei der Epilepsie war die Differenz wieder geringer. Auffallend ist die Häufigkeit der Diagnose des zirkulären Irreseins mit einem Anteil von 7,69 Prozent bei den Frauen gegenüber von 1,39 Prozent bei den Männern. Andere im GzVeN aufgeführte Erbkrankheiten, wie angeborene Taubheit oder Blindheit sowie Chorea Huntington, wurden in den 1939 durchgeführten Erbgesundheitsgutachten auf Basis der vorliegenden Daten nicht diagnostiziert.

Als wichtigstes Kriterium der Diagnosestellung galt und gilt noch heute die Anamnese. Sie umschließt die Erhebung der persönlichen Krankengeschichte, der körperlichen und geistigen Entwicklung, des schulischen und beruflichen Werdegangs, der sozialen Kompetenz, weiterer Informationen zu Vorerkrankungen, Operationen, erblichen Belastungen, Drogen- und/oder Alkoholabusus, und krimineller Vergangenheit. Die Diagnosestellung bei psychiatrischen Erkrankungen war häufig nicht eindeutig. Vor allem nicht im Hinblick auf die Frage der genetischen oder erworbenen Ursache. Zur Diagnosefindung bei Schwachsinn diente ein bereits zum damaligen Zeitpunkt in Frage gestellter Intelligenztest, welcher im Individualgutachten in Anhang 6 eingesehen werden kann.

3.5. Fortpflanzungsgefahr und Diagnose

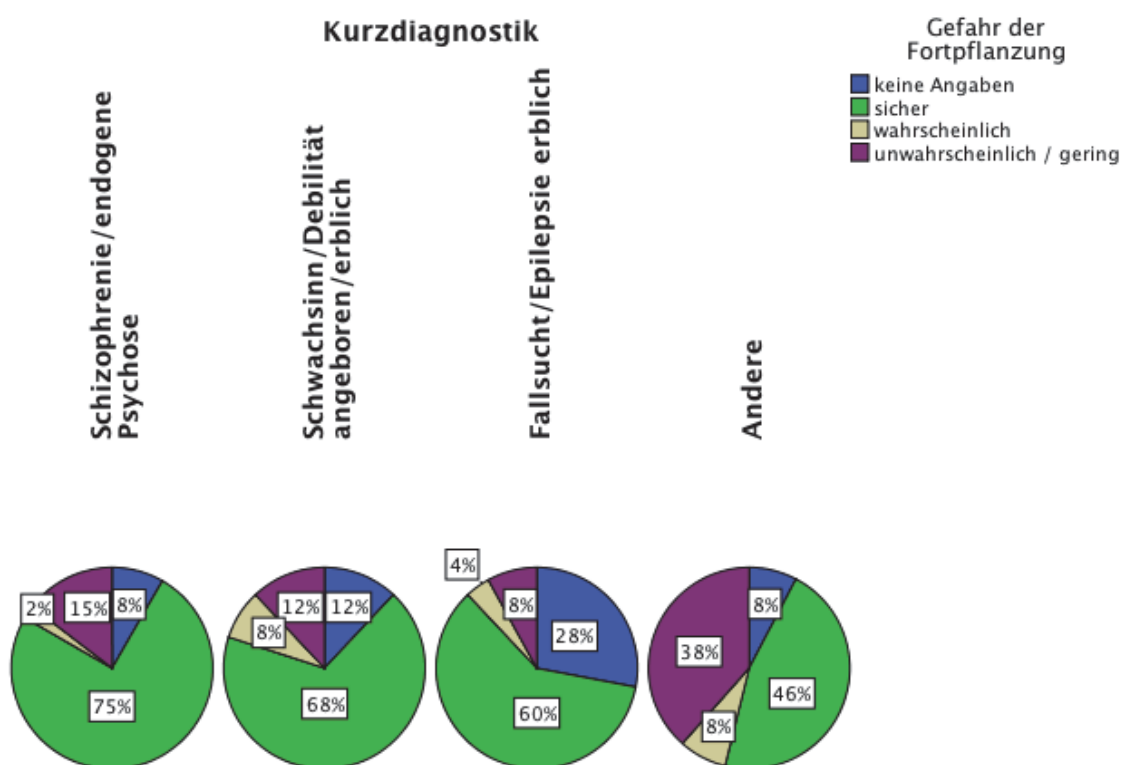


Abbildung 9: Kreisdiagramme Fortpflanzungsgefahr mit Kurzdiagnostik gekreuzt, gesamt

Anhand der vorliegenden Daten werden die jeweiligen gestellten Diagnosen unter dem Aspekt der in den Gutachten geäußerten Einschätzung der Fortpflanzungsgefahr betrachtet. Die in diesem Kapitel dargestellten Abbildung 9 und 10 zeigen die in Abbildung 7 am häufigsten gestellten Diagnosen – Schizophrenie bzw. endogene Psychose, angeborener oder erblicher Schwachsinn bzw. Debilität sowie Fallsucht und erbliche Epilepsie - im Zusammenhang mit der Einstufung der Fortpflanzungsgefahr. In Abbildung 9 wird sofort ersichtlich, dass im Zuge dieser am häufigsten gestellten Diagnosen die sichere Fortpflanzungsgefahr mit 60 bis 75 Prozent als auffallend hoch eingeschätzt wurde. Diagnosen, die in weniger als 10 Prozent der untersuchten Fälle angegeben wurden (vgl. Abbildung 7, Kapitel 3.4), wurden mangels repräsentativer Menge unter „Andere“ zusammengefasst und werden hier nicht betrachtet.

Bei den drei häufigsten als Erbkrankheiten bezeichneten Diagnosen lässt sich zwischen den Beurteilungen der Fortpflanzungsgefahr hinsichtlich der Geschlechter zweifellos eine unterschiedliche Beurteilung feststellen. Mit Ausnahme der Schizophrenie wurde die Fortpflanzungsgefahr bei den weiblichen Begutachteten häufiger als sicher eingestuft. Vor allem bei den Diagnosen angeborener Schwachsinn und genuine Epilepsie lag die Einschätzung der Fortpflanzungsgefahr durch die Gutachter deutlich höher als bei den Männern. Hier könnte sich, mit Hinweis auf die geringe Anzahl der Gutachten, bezüglich der statistischen Aussagekraft, die Tendenz ablesen lassen, dass weibliche Personen im fortpflanzungsfähigen Alter, die an einer der im GzVeN aufgelistete Erkrankung litten, in den meisten Fällen mit einem hohen Risiko für Fortpflanzung eingestuft wurden. Die Zugehörigkeit zum weiblichen Geschlecht kann somit, wie schon in Kapitel 3.2. erwähnt, als ein nicht unwesentliches Kriterium der Beurteilung gesehen werden.

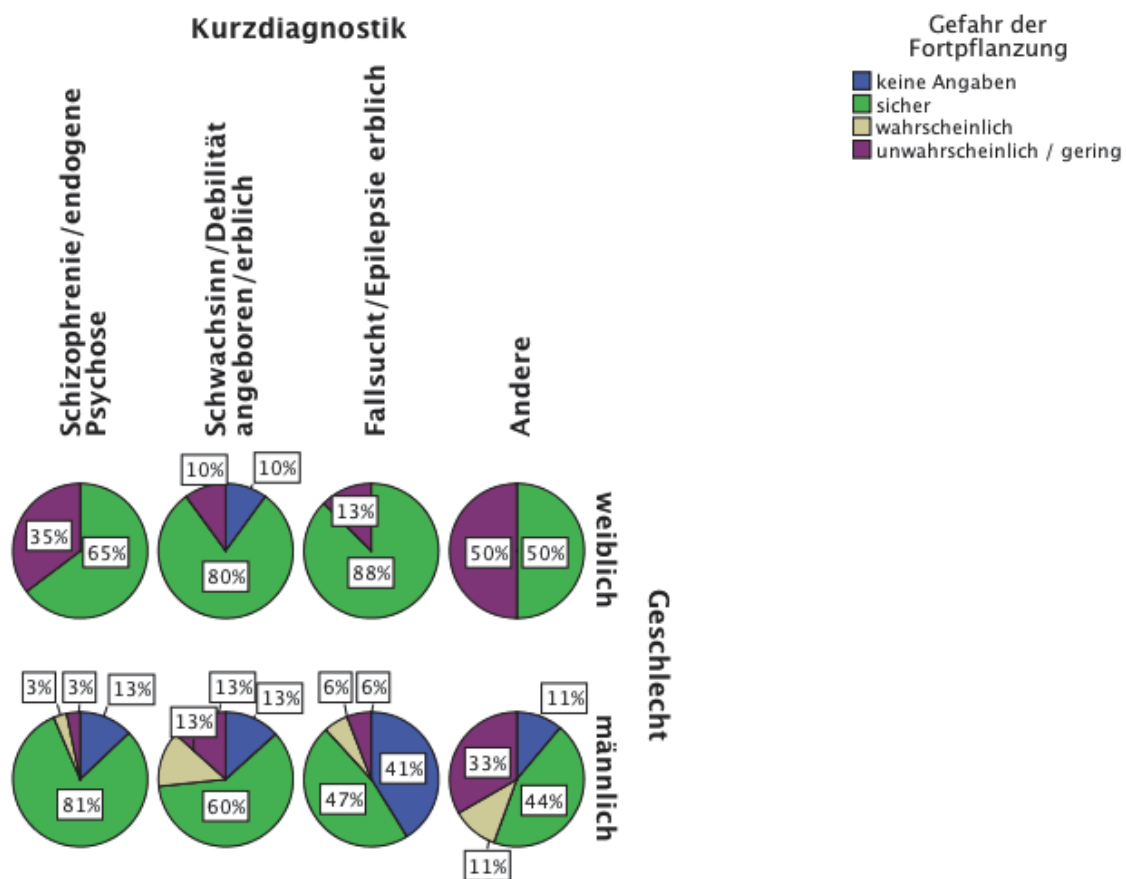


Abbildung 10: Kreisdiagramme Fortpflanzungsgefahr mit Kurzdiagnostik gekreuzt, getrennt nach Geschlechtern¹²⁸

3.6. Diagnose und Stellungnahme der Gutachter

Im Folgenden sollen die drei am häufigsten gestellten Diagnosen in den untersuchten Gutachten aus dem Jahr 1939 (vgl. Kapitel 3.4) in Bezug auf die Empfehlung der Gutachter hinsichtlich einer Sterilisation betrachtet werden. Alle weiteren Diagnosekategorien, in die weniger als 5% der begutachteten Patienten eingeordnet wurden, sind in der Untersuchung unter „Andere“ zusammengefasst und werden aufgrund ihrer geringen statistischen Aussagekraft nicht in die Auswertung miteinbezogen.

¹²⁸ An dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, dass sich teilweise durch Rundungsfehler 101% anstelle 100% ergeben. Es wurde jedoch auf Dezimalstellen verzichtet um eine kompaktere Darstellung zu erzielen.

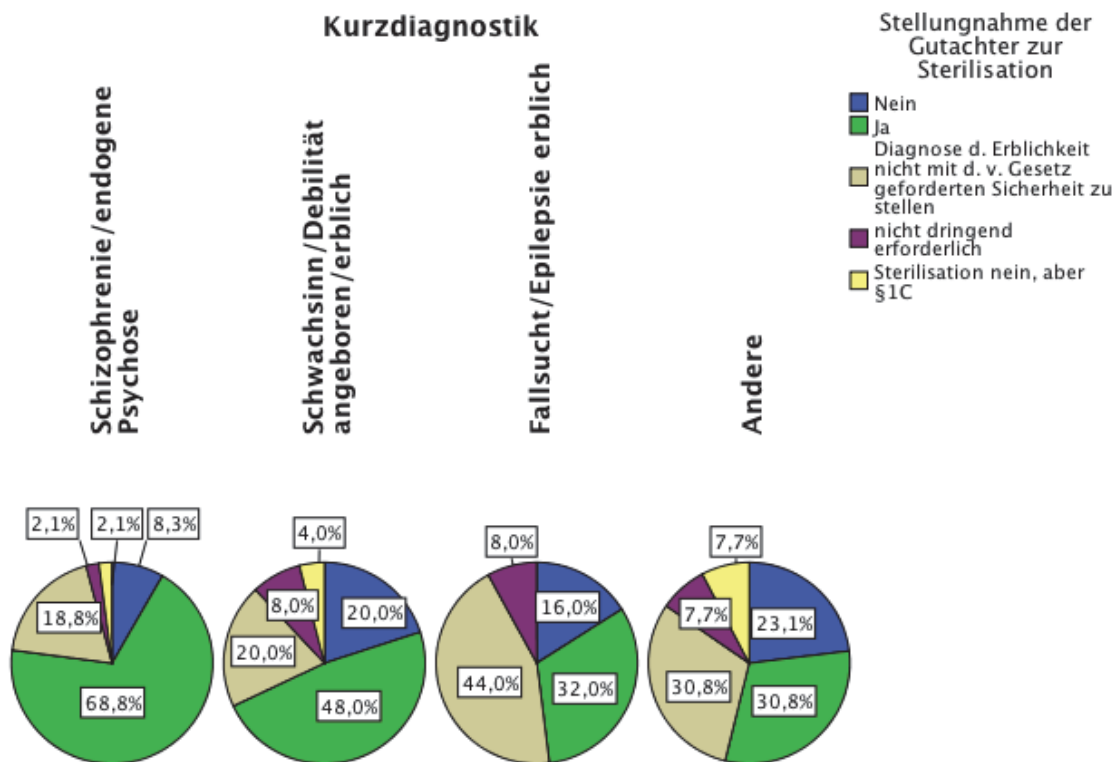


Abbildung 11: Kurzdiagnostik gekreuzt mit Stellungnahme der Gutachter gesamt

Betrachtet man die Kreisdiagramme der Abbildung 11 sticht die Diagnose Schizophrenie mit den meisten als erbkrank bewerteten Gutachten hervor. Der prozentuale Anteil der nicht mit der vom Gesetz geforderten Sicherheit Diagnosestellungen korreliert, lag bei der Schizophrenie in 18,8 Prozent der Fälle vor. Nicht erbkrank wurde nur in 2,1 Prozent der Sterilisationsgutachten notiert und in 8,3 Prozent der Gutachten wurde eine Sterilisation als nicht dringend erforderlich erachtet. Auch bei 2,1 Prozent der Fälle wurde die Anwendung des § 1c des Ehegesundheitsgesetzes empfohlen. Bei der Diagnose Epilepsie stellte sich die Situation etwas anders dar. Hier gab es einen viel höheren Prozentsatz der vom Gesetz geforderten Sicherheit der Erbkrankheit, feststellbar mit 44 Prozent zu 32 Prozent der als sicher diagnostizierten Diagnosen.

In 16 Prozent der bearbeiteten Akten mit der Diagnose Epilepsie wurde eine Sterilisation als nicht dringend erforderlich beurteilt und bei acht Prozent der Begutachteten wurde keine Erblichkeit festgestellt. Auch beim angeborenen Schwachsinn betrug der prozentuale Anteil der als sicher erbkrank Beurteilten weniger als 50 Prozent. In je 20 Pro-

zent der Fälle war die Diagnose nicht mit der vom Gesetz geforderten Sicherheit feststellbar oder Sterilisationen nicht dringend erforderlich. Der relativ hohe Prozentsatz der nicht dringend erforderlichen Sterilisationen lässt sich mit den in Kapitel 1.3.2.4 aufgeführten Erläuterungen zum Schweregrad der Erkrankung mit der daraus folgenden Notwendigkeit der Sterilisation erklären. Aufgetrennt nach Geschlechtern, wie mit den Kreisdiagrammen in Abbildung 12 dargestellt, findet sich ein ähnliches Abbildungsverhältnis der oben aufgeführten Kriterien, sodass man hier tendenziell keinen wesentlichen Unterschied bezüglich der weiblichen und männlichen Betroffenen feststellen kann.

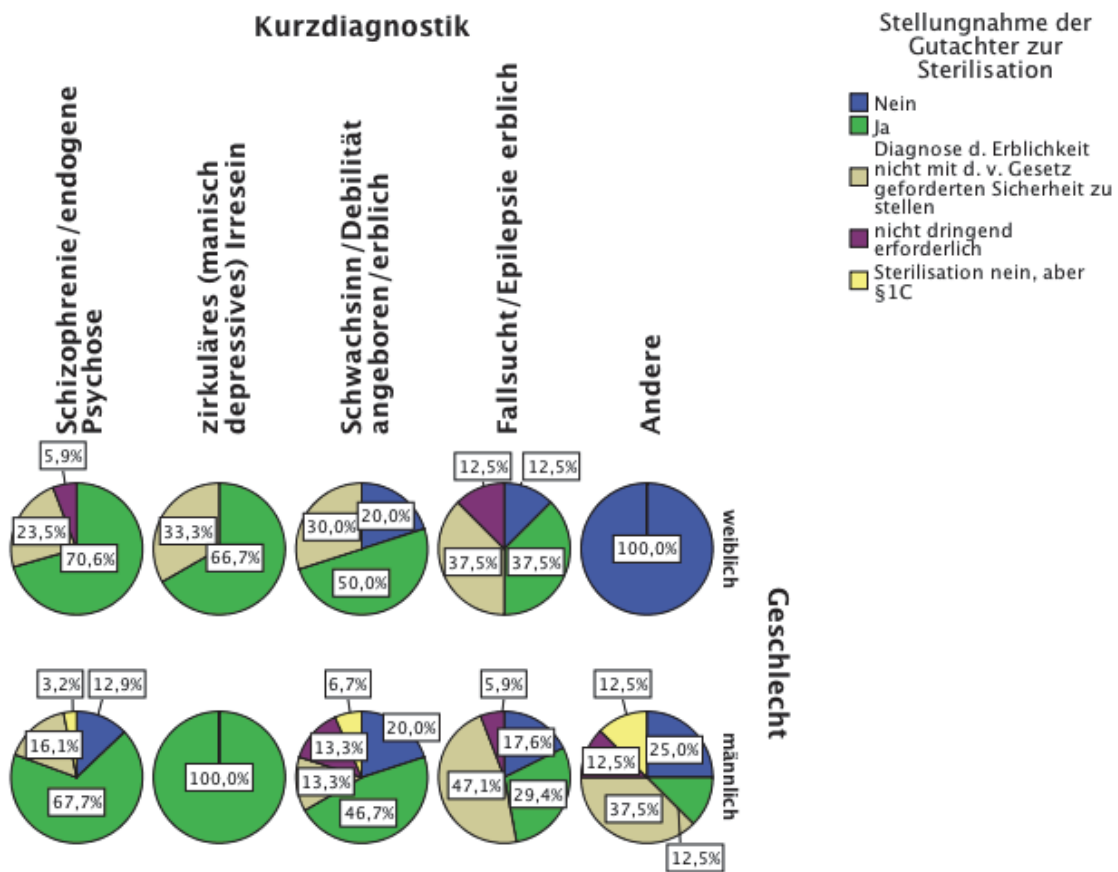


Abbildung 12: Kreisdiagramme Kurzdiagnostik gekreuzt mit Stellungnahme der Gutachter, getrennt nach Geschlechtern

3.7. Schulische Bildung und Sterilisationsgutachten

Ob sich ein Zusammenhang zwischen der schulischen Bildung und der Stellungnahme der Gutachter in den Erbgesundheitsgutachten feststellen lässt, soll in diesem Kapitel nachgegangen werden.

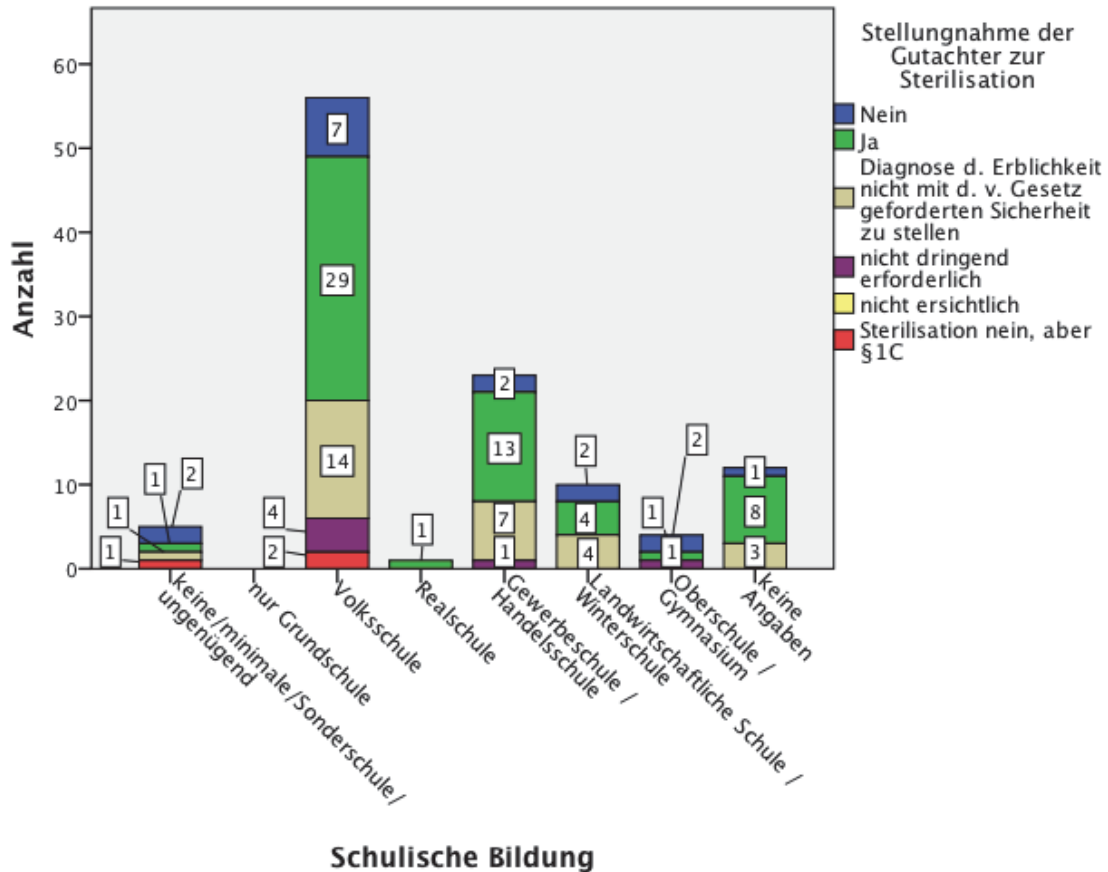


Abbildung 13: Stapeldiagramm schulische Bildung gekreuzt mit Stellungnahme der Gutachter gesamt

Zu berücksichtigen ist allerdings, dass die heutige Bildungspolitik nicht auf die damalige Gesellschaft übertragbar ist. In der Zeit des Nationalsozialismus war, wie schon in den Jahrzehnten zuvor, höhere Bildung nur für höhere Schichten möglich. Der regelmäßige Volksschulbesuch war für die Kinder aller Bildungsschichten seit der Jahrhundertwende zugänglich. Parallel zu diesem eher bürgerlich geprägten Bildungssystem wurden Nationalpolitische Erziehungsanstalten, sogenannte Napolas¹²⁹, aufgebaut, mit

¹²⁹ Eine detaillierte Darstellung der Nationalpolitischen Erziehungsanstalten gewährt der im Jahr 2004 produzierte Film NAPOLA. Vgl. Gansel, Dennis (2004), Filmquelle.

welchen das Ziel verfolgt werden sollte, eine neue Elite nach rassenhygienischen und rassenpolitischen Kriterien heranzuziehen. In dem Bund Deutscher Mädel und der Hitler-Jugend fanden sich Kinder aller Bildungsklassen. Diese waren Kinder- und Jugendorganisationen, in denen neben attraktiven Freizeitangeboten sowie Sport und sportlicher Disziplin auch Volks- und Rassenkunde gelehrt wurde. So sollte die nationalsozialistische Rassenideologie bereits von Kindesbeinen indoktriniert werden.

Aus Abbildung 13 wird deutlich, dass der größte Anteil der Sterilisationsgutachten in Tübingen bei Patienten aus der Bevölkerungsschicht mit niedriger Schulbildung durchgeführt wurde. Nur vier Personen mit höherer Schulbildung, d.h. Oberschule bzw. Gymnasium, wurden im Rahmen eines Erbgesundheitsgutachtens untersucht und lediglich einer von diesen als sicher erbkrank beurteilt. Aufgrund des geringen Zahlenwertes sind diese vier Gutachten statistisch nicht verwertbar. Jedoch lässt sich in der Grafik die Tendenz erkennen, dass Personen mit niedriger Schulbildung viel häufiger Ziel für die Durchführung von Sterilisationsgutachten an der Universitäts-Nervenklinik Tübingen im Jahr 1939 waren als Personen mit höherer Schulbildung. Geht man näher auf die Beurteilung der Gutachten ein, erkennt man ebenfalls, dass ein sehr hoher Anteil der als sicher erbkrank beurteilten Sterilisationsgutachten aus der Gruppe mit niedriger Schulbildung kam. So wurden von 56 Patienten die eine Volksschule besuchten 29 als sicher erbkrank diagnostiziert. Bei 14 Patienten konnte die Diagnose nicht mit der vom Gesetz geforderten Sicherheit gestellt werden und bei vier Patienten lautete die Beurteilung: Sterilisation nicht dringend erforderlich. Bei weiteren zwei Patienten wurde die Anwendung des § 1c empfohlen.

Werden die ausgearbeiteten Daten, wie in Abbildung 14 ersichtlich, bezüglich des Geschlechts getrennt, wird ersichtlich, dass keine Frau mit höherer Schulbildung unter den Begutachteten war. 23 der 39 Patientinnen mit Sterilisationsgutachten, und somit der Großteil dieser, hatten die Volksschule besucht und einige Wenige, drei Frauen, waren auf der Handelsschule/Gewerbeschule. Auf dem Land kam es häufiger vor, dass auch Frauen die Landwirtschaftsschule besuchten. Hier waren dies neun Frauen.

14 Frauen der 22 begutachteten Frauen mit Volksschulbildung wurden als sicher erbkrank bezeichnet, während bei sechs dieser Frauen die Diagnose als unsicher galt und nur eine als nicht erbkrank beurteilt wurde. Auch hier kann man aufgrund der nicht re-

präsentativen Zahlenwerte der Frauen mit Gewerbeschule/Handelsschule und Landwirtschaftsschule die statistische Auswertung nicht repräsentativ verwenden.

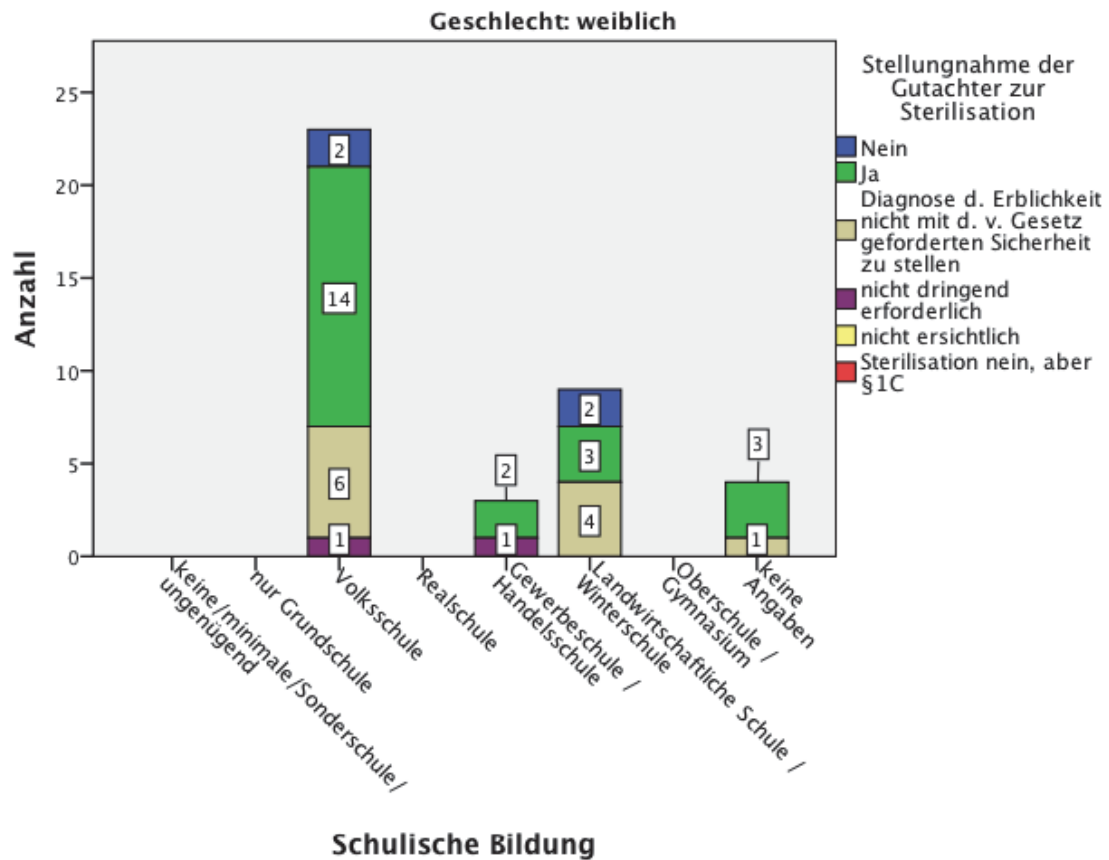


Abbildung 14: Stapeldiagramm schulische Bildung gekreuzt mit Stellungnahme der Gutachter, weiblich

Betrachtet man den Zusammenhang von schulischer Bildung und Sterilisationsgutachten bei den Männern (vgl. Abbildung 15), ergibt sich ein ähnliches Bild wie bei den Frauen. So ist auch hier mit 33 von 72 durchgeführten Sterilisationsgutachten der größte Anteil bei Männern mit Volksschulbildung zu verzeichnen. Bei 15 dieser Gutachten wurde die Sterilisation empfohlen. Elf von 20 Männern, die eine berufliche Schule besucht hatten, wurde ebenfalls als sicher erbkrank diagnostiziert. Ausgehend von den Daten der im Zuge der vorliegenden Arbeit bearbeiteten Sterilisationsgutachten lässt sich also sagen, dass die schulische Bildung sowohl ein Auswahlkriterium zur Durchführung eines Sterilisationsgutachtens war als auch die Empfehlung zur Sterilisation stark beeinflusste.

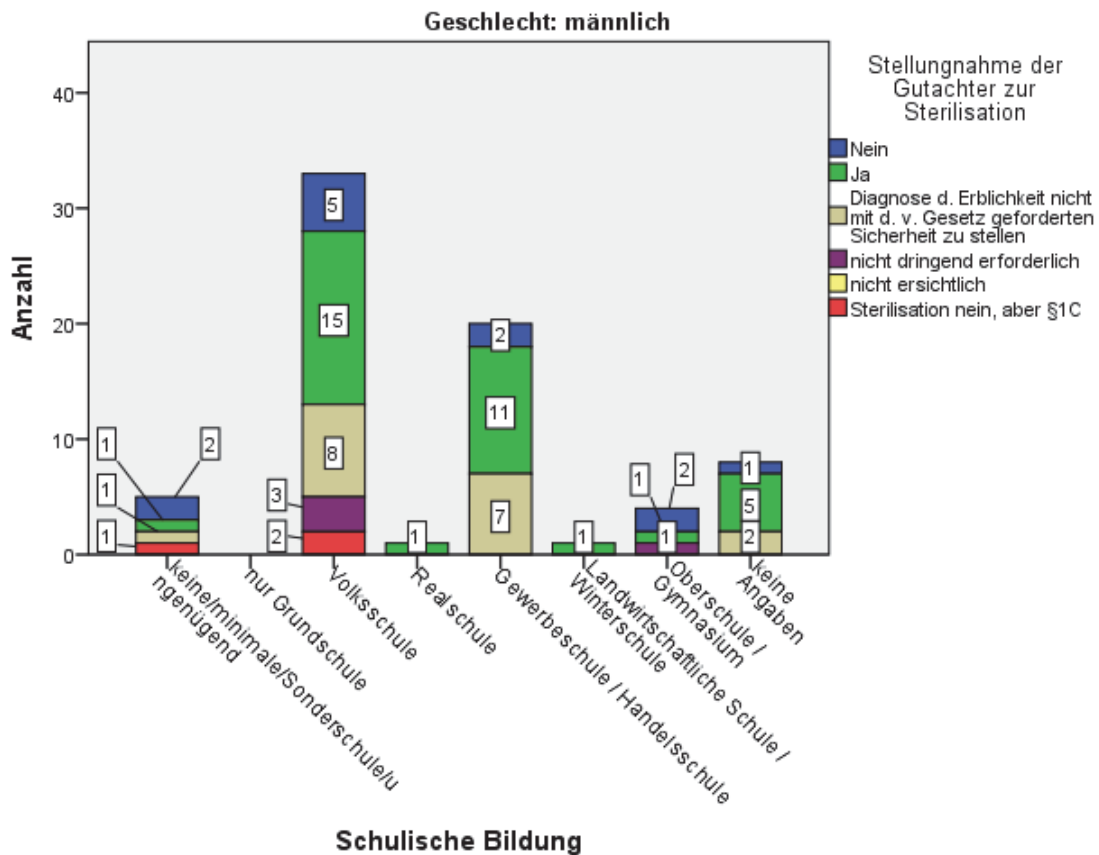


Abbildung 15: Stapeldiagramm schulische Bildung gekreuzt mit Stellungnahme der Gutachter, männlich

3.8. Soziale Klasse und Stellungnahme der Gutachter

Zur Einteilung der in den Sterilisationsgutachten an der Universitäts-Nervenklinik Tübingen im Jahr 1939 untersuchten Patienten in soziale Klassen orientierte sich die vorliegende Arbeit, wie bereits verfasste Dissertationen wie diese von Kießling¹³⁰, an dem von Gerhard Kleining und Harriett Moore vom National Opinion Research Center (NORC) an der University of Chicago zwischen 1957 und 1962 entwickelten Konzeptes zur sozialen Selbsteinstufung (SSE).¹³¹ Dieses unterscheidet soziale Klassen in insgesamt neun Kategorien: Oberschicht, Obere Mittelschicht, Mittlere Mittelschicht, Untere Mittelschicht (nicht industriell), Untere Mittelschicht (industriell), Obere Unterschicht

¹³⁰ Vgl. Kießling, Constanze (2005).

¹³¹ Vgl. Kleining, Gerhard / Moore, Harriett (2012), im Internet.

(nicht industriell), Obere Unterschicht (industriell), Untere Unterschicht und Sozial Verachtete. Im Folgenden sollen diese Schichten kurz vorgestellt werden. Es ist darauf hinzuweisen, dass in der vorliegenden Arbeit auf die industrielle Unterteilung innerhalb einer sozialen Klasse verzichtet und diese folglich in der Vorstellung hier zusammengefasst wurden.¹³²

Oberschicht

Typische Berufe der Mitglieder dieser sozialen Schicht: Inhaber großer Unternehmen, Großgrundbesitzer, Universitätsdirektoren, Adel, Diplomaten und weitere „Prestigeberufe“ in Politik, Wirtschaft, Rechtswesen.

Obere Mittelschicht

Typische Berufe der Mitglieder dieser sozialen Schicht: Staatsanwälte, Rechtsanwälte, Führungspositionen in der Industrie, leitende Angestellte großer und mittlerer Unternehmen, Technische und kaufmännische Direktoren, Abteilungsleiter, höhere Beamte, Schuldirektoren, Personalchefs, Universitätsprofessoren, Fachärzte, Richter.

Mittlere Mittelschicht

Typische Berufe der Mitglieder dieser sozialen Schicht: Mittlere Angestellte, Lehrer, Inhaber mittelgroßer Geschäfte, mittlere Verwaltungsbeamte und freie Berufe wie Apotheker, Zahnärzte oder Straßenbauingenieure.

Untere Mittelschicht

Typische Berufe der Mitglieder dieser sozialen Schicht: Masse der Angestellten und unteren Beamten wie Standesbeamte oder Verwaltungsangestellte, Handwerksmeister mit kleinen eigenen Betrieben wie Malermeister oder Schneidermeister, Arbeiter wie Werk- oder Maschinenmeister, Werkstattleiter, Feinmechaniker und weitere Facharbeiter mit besonderer Ausbildung.

¹³² Vgl. Kleining, Gerhard / Moore, Harriett (2012), im Internet, S.505-538.; vgl. Kießling, Constanze (2005), S.121f.

Obere Unterschicht

Typische Berufe der Mitglieder dieser sozialen Schicht: Handwerksgesellen, Industriearbeiter und Angestellte wie Kellner, Köche, Krankenpfleger oder Postboten.

Untere Unterschicht

Typische Berufe der Mitglieder dieser sozialen Schicht: Berufe mit harter körperlicher Arbeit im Freien wie Bauarbeiter, Straßenarbeiter, Hafenarbeiter, Holzfäller, Fensterputzer und einfache landwirtschaftliche Arbeiter sowie Ladenhilfen oder Fließbandarbeiter.

Sozial Verachtete

Typische Berufe der Mitglieder dieser sozialen Schicht: Hilfs- und Gelegenheitsarbeiter wie Handlanger, Saisonarbeiter, Tagelöhner, Viehhüter, ungelernete Arbeiter wie Gepäckträger, Parkwächter.

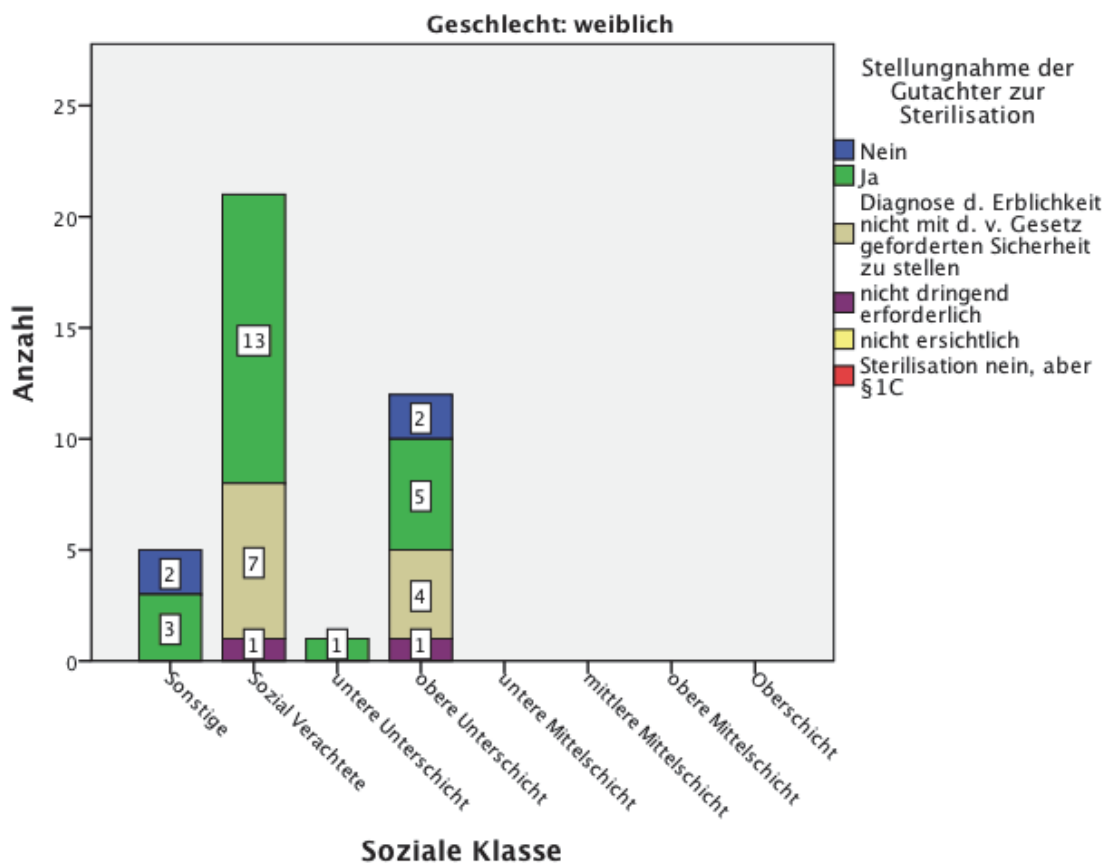


Abbildung 16: Stapeldiagramm Soziale Klasse gekreuzt mit Stellungnahme der Gutachter, weiblich

In dieser zur sozialen Selbsteinschätzung erstellten Liste wurden sowohl Männer als auch Frauen berücksichtigt, wenn auch mit leicht unterschiedlichen Berufen. Um die in den Sterilisationsgutachten untersuchten Frauen schichtenmäßig zu erfassen, wurden die Datensätze anhand der angegebenen schulischen Bildung und der Berufsbezeichnung verschlüsselt. Obwohl die Rolle der Frau unter dem nationalsozialistischen Regime vor allem unter dem Gesichtspunkt der Frau und Mutter gesehen wurde, gingen viele der in der vorliegenden Arbeit begutachteten Frauen einer erwerbsmäßigen Tätigkeit nach. Da weder Pflinglinge und Zöglinge noch Hausfrauen, die einen eigenen Haushalt mit Kindern versorgten unter keine der in Abbildung 16 genannten Kategorien einzuordnen sind, wurden diese der Kategorie „Sonstige“ zugeordnet. Darunter befanden sich vier Hausfrauen und ein weiblicher Pflingling. Unter „Sozial Verachtete“ wurden alle, die einen Hilfsarbeiterjob hatten, angelernt waren oder vergleichbare erwerbsmäßige Tätigkeiten ausübten zusammengefasst. Unter den hier untersuchten weiblichen Patienten befanden sich in dieser Schicht sieben Hausgehilfinnen, eine Heimarbeiterin und 13 Haustöchter. Die Haustöchter hätte man auch unter „Sonstige“ einstufen können. Da sie aber gleichfalls über keinerlei Berufsausbildung verfügten und angelernt im elterlichen oder in fremden Haushalten mitarbeiteten, wurden sie ebenfalls unter der Kategorie, der „Sozial Verachteten“ eingeordnet.

Unter den männlichen Patienten waren jener sozialen Schicht, wie in Abbildung 17 dargestellt, sieben Landwirtschaftsgehilfen, fünf Personen ohne Beruf und neun Hilfsarbeiter zugerechnet. Der „Unteren Unterschicht“ gehörten bei den Tübinger Patienten nur eine Frau, die als Magd arbeitete, an sowie bei den Männern drei Landwirte und jeweils zwei landwirtschaftliche Arbeiter, Knechte und Schlossergehilfen. Mit der „Oberen Unterschicht“ endet bei den hier untersuchten Patientinnen die Einteilung in soziale Schichten. So befanden sich in der „Oberen Unterschicht“ eine Weberin, eine Strickerin, vier Näherinnen und sechs Fabrikarbeiterinnen. Bei den Männern machte jene soziale Schicht den größten Anteil aus. Die Berufe dieser waren so vielschichtig, dass an dieser Stelle nur einige aufgezählt werden sollen. So waren viele der Patienten beispielsweise Mechaniker, Schreiner, Schlosser, Schmied, Lithograph, Fabrikarbeiter oder Straßenbahnschaffner. Fünf der untersuchten Männer – zwei Wagnermeister und jeweils ein Katastertechniker, Werkmeister und Uhrmachermeister – waren Angehörige der „Unteren Mittelschicht“ während drei weitere Männer der „Mittleren Mittelschicht“

zugerechnet wurden. Darunter befanden sich zwei Kaufmänner und ein Verwaltungsbeamter. Des Weiteren wurde ein begutachteter Arzt der „Oberen Mittelschicht“ zugeordnet.

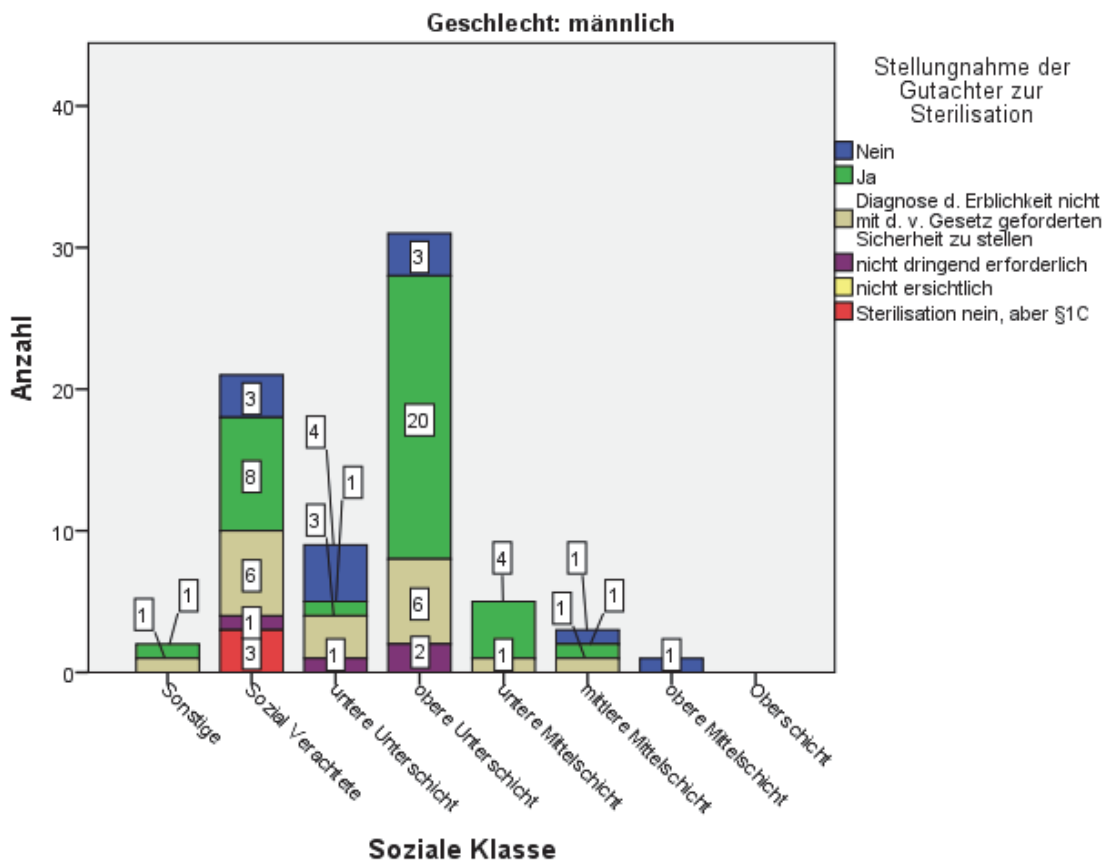


Abbildung 17: Stapeldiagramm Soziale Klasse gekreuzt mit Stellungnahme der Gutachter, männlich

Vergleicht man nun die nach Geschlecht getrennten Diagramme, so zeigt sich bei beiden Geschlechtern ein starker Einschnitt zwischen oberer Unterschicht und unterer Mittelschicht. Auffällig ist, dass keine der bearbeiteten Patientenakten mit Sterilisationsgutachten aus dem 1939 Daten einer weiblichen Angehörigen der unteren Mittelschicht oder einer höheren Schicht enthielten. Auch die männlichen Patienten waren hauptsächlich Vertreter der Unterschichten. So ist eine Häufung der männlichen Sterilisationsgutachten in der „Oberen Unterschicht“ zu beobachten, bei den weiblichen zeigt sich die Häufung in der Kategorie der „Sozial Verachteten“. Da keine der im Jahr 1939 begutachteten Frauen aus der Mittel- und Oberschicht und nur neun Männern aus der Mittelschicht stammten, gehörten folglich 100 Prozent Frauen und 87,5 Prozent der Männer

der sozialen Unterschicht an. Von den insgesamt 111 für Sterilisationsgutachten untersuchten Patienten waren somit 90,1 Prozent Mitglieder der sozialen Unterschicht. Dies unterstreicht das Ergebnis aus Kapitel 3.7, welches ebenfalls aufzeigte, dass schwerpunktmäßig Personen aus der sozialen und bildungsschwachen Unterschicht begutachtet wurden.

3.9. Familienanamnese und Stellungnahme der Gutachter

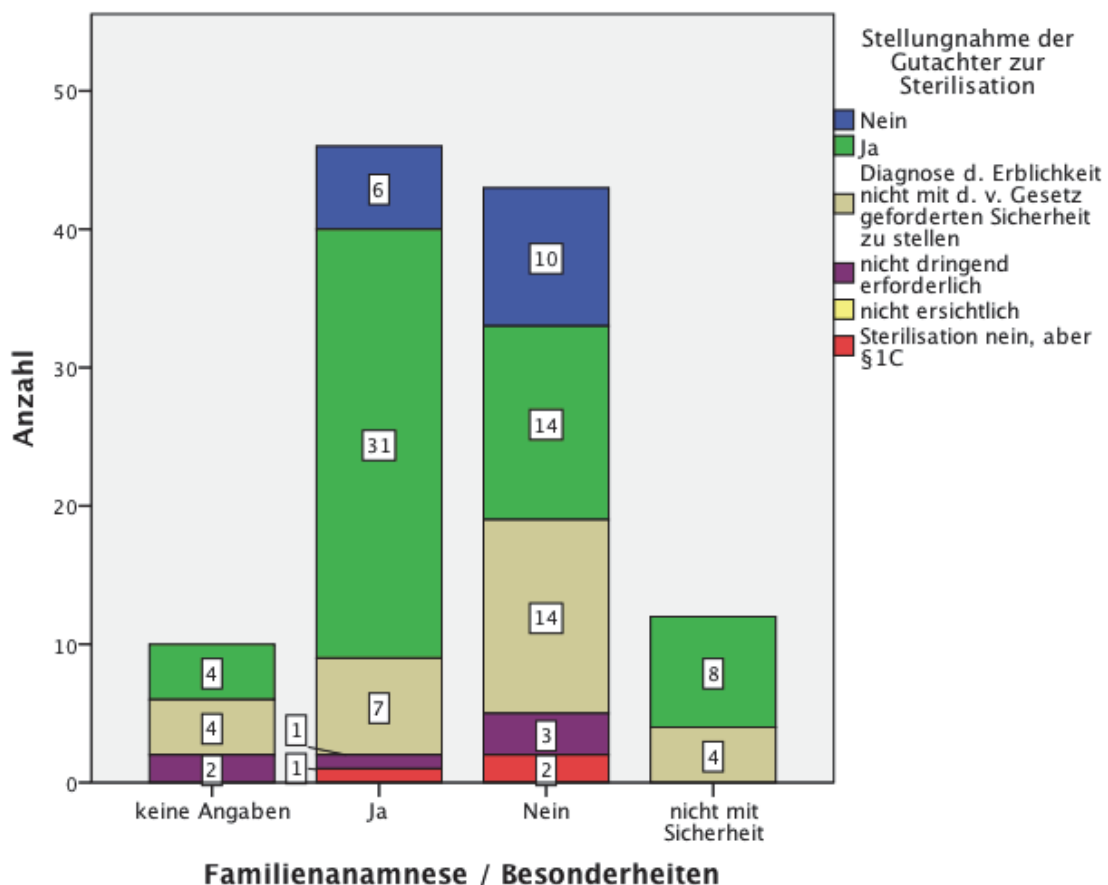


Abbildung 18: Stapeldiagramm Familienanamnese gekreuzt mit Stellungnahme der Gutachter

Ausgehend von den Ausführungen der Gesetzeskommentatoren Gütt, Rüdin und Ruttko zur Feststellung von Erberkrankungen (vgl. Kapitel 1.3.2.3), wurde die Erhebung der Familienanamnese in den vorliegenden Sterilisationsgutachten in Bezug zu der Stellungnahme der Gutachter gesetzt. Abbildung 18 zeigt, dass in 46 von 111 Sterilisationsgutachten familiäre Belastungen oder andere familiäre Auffälligkeiten festgestellt wurden. Dagegen fanden sich bei 43 Patienten keine familiären Belastungen. In zwölf Fäl-

len konnte eine familiäre Belastung nicht sicher festgestellt werden und in zehn Fällen lagen keine Angaben zur familiären Belastung vor.

Von 46 Patienten, bei denen eine familiäre Belastung festgestellt wurde, erhielten 31 Patienten (67,39 Prozent) die Beurteilung erbkrank im Sinne des GzVeN zu sein, d.h. eine Sterilisation wurde empfohlen. Bei sechs Patienten (13,04 Prozent) wurde trotz festgestellter familiärer Belastung keine Sterilisation empfohlen und bei weiteren sieben Untersuchten (15,21 Prozent) konnten die Gutachter nicht mit der vom Gesetz geforderten Sicherheit entscheiden. In einem Fall (2,17 Prozent) hielten die Gutachter die Sterilisation für nicht dringend erforderlich und in einem weiteren Fall wurde der § 1c des Ehegesundheitsgesetzes empfohlen.

Bei den 43 als familiär unbelastet betrachteten Gutachten wurde bei 14 Patienten (32,55 Prozent) die Sterilisation empfohlen und nur in zehn Fällen (23,25 Prozent) wurde diese abgelehnt. Als nicht sicher erbkrank im Sinne des GzVeN wurde in 14 Fällen (32,55 Prozent) entschieden und in weiteren drei (6,97 Prozent) wurde die Sterilisation als nicht dringend erforderlich erachtet. Bei den beiden Patienten ohne familiäre Belastung (4,65 Prozent) wurde die Anwendung des § 1c empfohlen. In den Sterilisationsgutachten der zwölf Patienten, deren familiäre Belastung nicht sicher festgestellt werden konnte, wurde bei acht (66,66 Prozent) die Sterilisation empfohlen. In vier Fällen (33,33 Prozent) konnte wiederum nicht mit der vom Gesetz geforderten Sicherheit entschieden werden. Bei den 10 Patienten ohne Angaben zu Familienanamnese wurde sich in den Beurteilungen in vier Fällen (40 Prozent) für sicher erbkrank im Sinne des GzVeN ausgesprochen. Weitere vier Patienten (40 Patienten) konnten nicht mit der vom Gesetz geforderten Sicherheit beurteilt werden und bei zwei Patienten (20 Patienten) wurde die Sterilisation für nicht dringend erforderlich gehalten.

Für die Empfehlung der Sterilisation war das Vorliegen familiärer Belastung auf jeden Fall von Bedeutung: In je 66% der als familiär belasteten Patienten und der als nicht sicher belastungsfrei Beurteilten wurde die Empfehlung zur Sterilisation ausgesprochen.

Familienanamnese in Zusammenhang mit der Diagnose

Unter den Sterilisationsgutachten deren Beurteilung „positive Familienanamnese“ lautete, fand sich, wie in Abbildung 19 aufgezeigt, in 22 der Gutachten die Diagnose Schizophrenie, in zwölf die Diagnose angeborener Schwachsinn und in acht die Diagnose ge-

nuine Epilepsie. In je einem Gutachten wurde Chorea minor, Abklärung. erworbener Schwachsinn, schwere körperliche Missbildung und zirkuläres Irresein diagnostiziert.

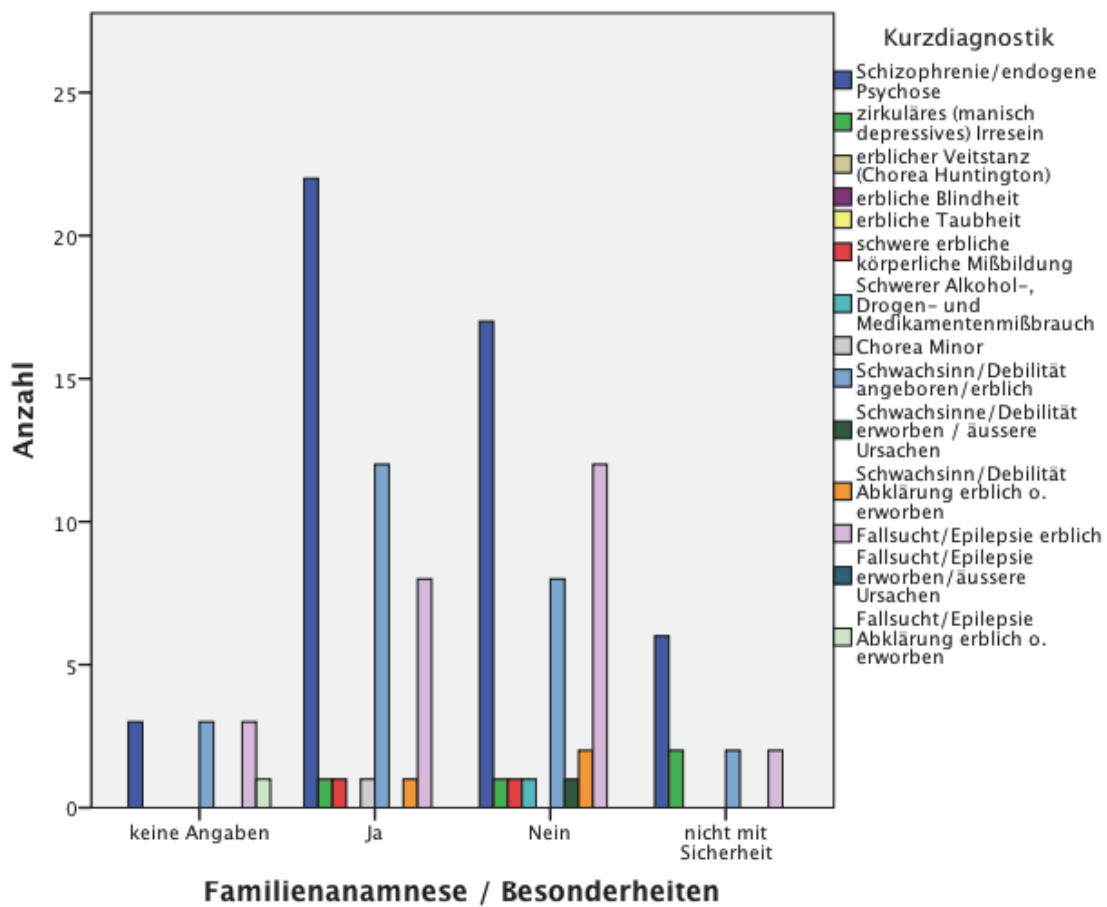


Abbildung 19: Balkendiagramm Familienanamnese und Diagnose

Bei den Sterilisationsgutachten in denen keine erbliche familiäre Belastung festgestellt wurde, lautete die Diagnose in 17 Fällen Schizophrenie, in zwölf Fällen genuine Epilepsie und in acht Fällen angeborener Schwachsinn. In zwei Gutachten sollte abgeklärt werden, ob es sich um angeborenen oder erworbenen Schwachsinn handelte. In je einem Gutachten lautete die Diagnose erworbene/exogene verursachte Epilepsie. Alkohol, Drogen-und Medikamentenmissbrauch, schwere körperliche Missbildung und zirkuläres Irresein. Bei den Gutachten, in denen die familiäre Belastung nicht sicher beurteilt werden konnte, enthielten sechs die Diagnose Schizophrenie und je zwei Gutachten zirkuläres Irresein, angeborener Schwachsinn und angeborene Epilepsie. Die Gutachten ohne Angaben zur familiären Belastung wurden mangels repräsentativer statistischer Aussagekraft nicht in die Auswertung miteinbezogen.

Wie in den Kapiteln 3.5 und 3.6 bereits ausgeführt, wurde bei Vorliegen der Diagnose Schizophrenie von einer hohen erblichen Belastung ausgegangen und die Fortpflanzungsgefahr wurde ebenfalls sehr hoch eingeschätzt. So lässt sich bisher festhalten, dass die einzelnen Ergebnisse der Kreuzungen übereinstimmen und sich gegenseitig stützen. In Hinblick auf die Empfehlungen in den Sterilisationsgutachten kann basierend auf den bisherigen Ergebnissen also zusammenfassend gesagt werden, dass sich die Begründungen und Beurteilungen der Gutachter an den Gesetzesvorlagen orientierten.

3.10. Familienstand und Anzahl der Kinder

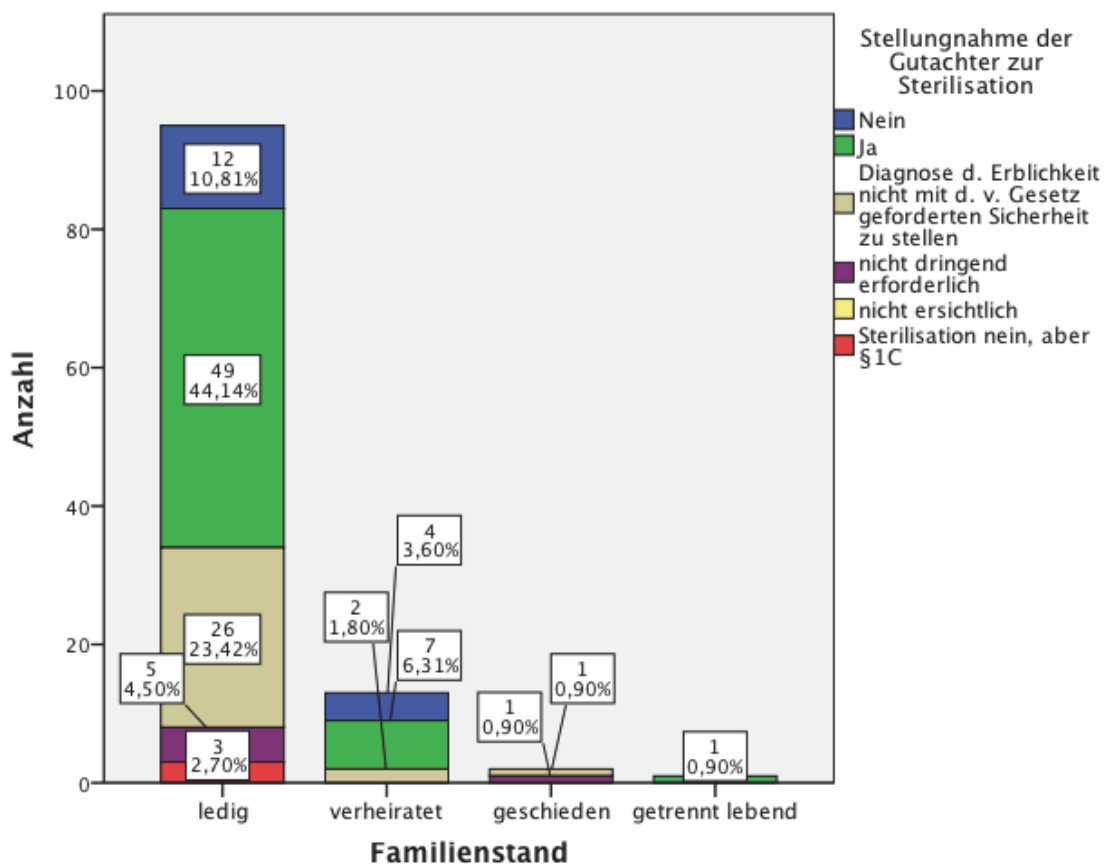


Abbildung 20: Stapeldiagramm Familienstand gekreuzt mit Stellungnahme der Gutachter gesamt

Geht man nun noch näher auf die familiäre Situation der von Sterilisationsgutachten betroffenen Patienten ein (vgl. Abbildung 20), erkennt man sofort, dass die unverheirateten Personen mit 95 von insgesamt 111 Gutachten den größten Anteil stellten. Prozentual entsprach dies einem Anteil von 85,58 Prozent der gesamten Erbgesundheitsgutach-

ten. Lediglich 13 der Gutachten (11,71 Prozent) betrafen verheiratete Personen, zwei geschiedene (1,8 Prozent) und eine getrennt lebende Person (0,9 Prozent).

Werden diese Zahlen nach Geschlecht getrennt aufgeschlüsselt, wie in den Abbildung 21 und Abbildung 22 dargestellt, sieht man einige Parallelen sowie auch geringfügige Unterschiede zwischen männlichen ledigen Patienten. So stellten die ledigen Patienten sowohl bei den Männern mit einer Anzahl von 61 Personen und einem Anteil von 84,73 Prozent als auch bei den Frauen die mit 34 Sterilisationsgutachten oder einem Anteil von 87,18 Prozent die Mehrheit der Untersuchten. Betrachtet man die befürworteten Sterilisationen aller ledigen Patienten, so lag der Anteil der Frauen mit 48,72 Prozent, im Vergleich zu 41,76 Prozent bei den Männern, höher.

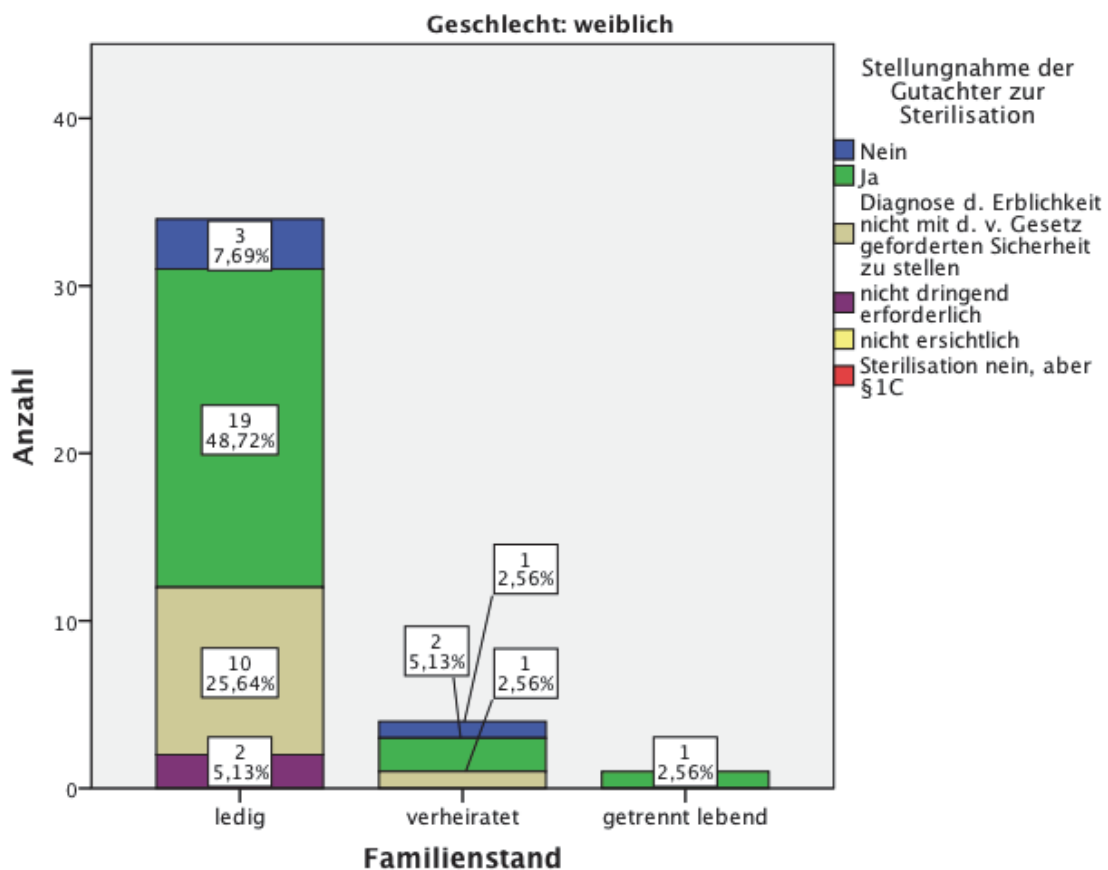


Abbildung 21: Stapeldiagramm Familienstand gekreuzt mit Stellungnahme der Gutachter, Frauen

Geht man der Frage der Kinder nach, so fanden sich in 29 Gutachten der weiblichen Begutachteten keine Angaben zur Anzahl ihrer Kinder und nur in einem Gutachten war die Anzahl der Kinder unklar. Bei sechs begutachteten Frauen handelte es sich um ledige Mütter mit einem Kind. Bei vier der Mütter wurde die Sterilisation empfohlen, in

einem Fall konnte die Diagnose nicht mit der vom Gesetz geforderten Sicherheit gestellt werden und in einem weiteren wurde die Sterilisation abgelehnt. Eine Akte enthielt Unterlagen über eine schwangere junge ledige Frau, die als nicht erbkrank im Sinne des GzVeN beurteilt wurde. Auch verheiratete Frauen mit Kindern wurden begutachtet. Davon hatte eine Frau zwei Kinder und eine Frau drei Kinder. Bei beiden wurde die Sterilisation empfohlen.

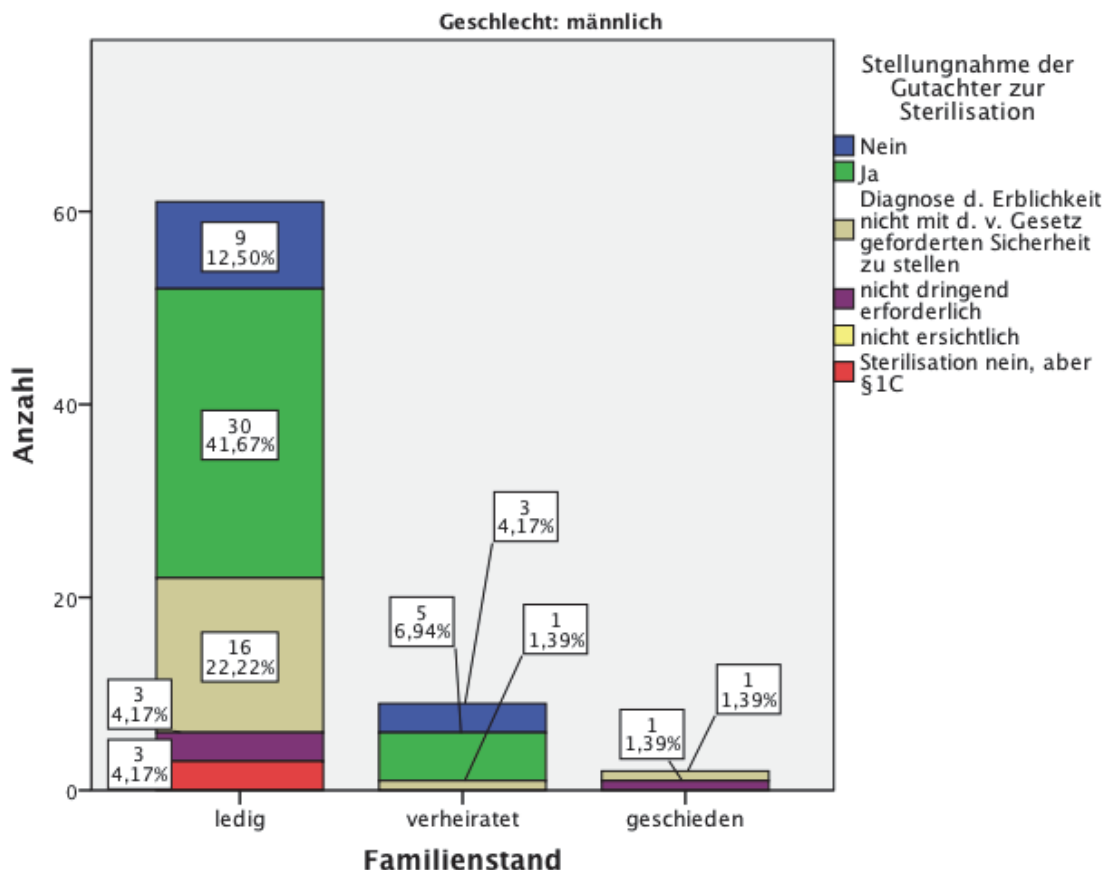


Abbildung 22: Stapeldiagramm Familienstand gekreuzt mit Stellungnahme der Gutachter, Männer
 55 der 72 begutachteten Männer hatten keine Kinder. In neun weiteren Akten fanden sich keine Angaben über Kinder. Darüber hinaus war ein Mann ein lediger Vater von einem Kind. Bei diesem konnte die Diagnose einer Erbkrankheit nicht mit der vom Gesetz geforderten Sicherheit festgestellt werden. Bei einem verheirateten Vater eines Kindes wurde die Empfehlung zur Sterilisation ausgesprochen, so auch bei einem Mann dessen Partnerin schwanger war. Bei drei verheirateten Männern, die Väter von jeweils zwei Kindern waren, wurde bei zweien die Sterilisation empfohlen während bei dem dritten die Diagnose nicht sichergestellt werden konnte. Ein anderer verheirateter Mann,

der drei Kinder hatte wurde als erbkrank beurteilt. Bei einem verheirateten Mann und Vater von acht Kindern wurde die Sterilisation dagegen abgelehnt.

In Anbetracht der geringen statistischen Aussagekraft der ermittelten Daten, lassen sich Aussagen nur unter Vorbehalt treffen. Jedoch lässt sich andeutungsweise feststellen, dass Frauen mit Kindern und insbesondere junge ledige Mütter, die im Rahmen der Erbgesundheitsfrage begutachtet wurden, eher die Empfehlung zur Sterilisation erhielten.

3.11. Aussicht auf Heilung und Zusammenhang der Gutachten

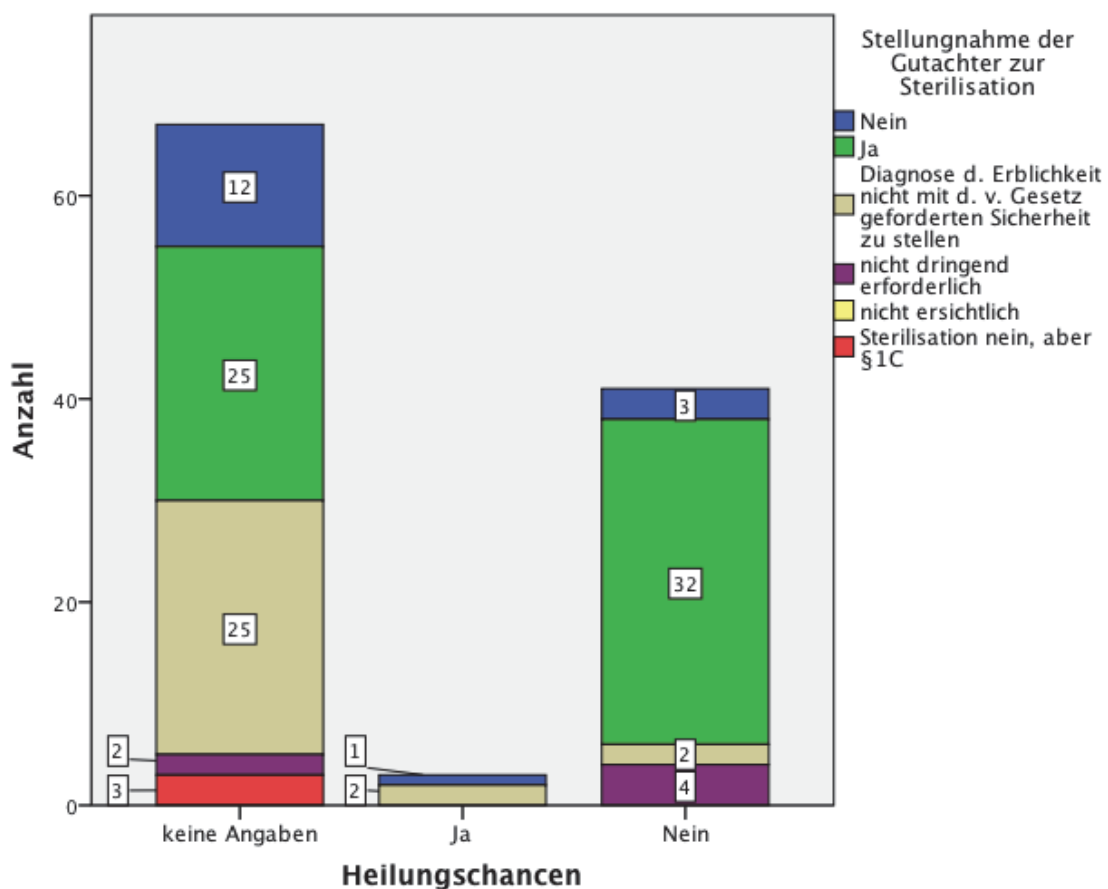


Abbildung 23: Stapeldiagramm, Heilungschancen gekreuzt mit Stellungnahme der Gutachter

Abbildung 23 zeigt, dass in 67 von 111 Sterilisationsgutachten von Seiten der Gutachter kein Kommentar auf die Heilungschance der betroffenen Patienten geäußert wurde. Lediglich bei drei Patienten wurde eine Chance auf Heilung gesehen. Die Beurteilung von zwei dieser Patienten wurde in den Sterilisationsgutachten als nicht sicher im Sinne des GzVeN beurteilt. Bei dem dritten Begutachteten wurde die Sterilisation abgelehnt.

In 41 Gutachten wurde die Chance auf Heilung verneint. Dabei wurde in 32 Fällen die Sterilisation empfohlen und in drei Gutachten abgelehnt. Zweimal konnte die Diagnose nicht mit der vom Gesetz geforderten Sicherheit gestellt werden und in vier Gutachten wurde die Sterilisation als nicht dringend erforderlich angesehen. Bei der aufgezeigten Auswertung kann aufgrund der relativ wenigen sicheren Zahlenwerte nur von einer eingeschränkten statistischen Aussagekraft ausgegangen werden. Es lässt sich jedoch die folgende Tendenz ablesen: Wurde die Aussicht auf Heilung negativ eingeschätzt, wurde eher die Empfehlung zur Sterilisation ausgesprochen.

3.12. Religiöse Zugehörigkeit und Sterilisationsgutachten

Nachdem die Diagnosen, soziale Schichten und die schulische Bildung genauer betrachtet wurden, soll nun ein möglicher Zusammenhang zwischen religiöser Zugehörigkeit und den Sterilisationsgutachten analysiert werden.

Allgemein lässt sich festhalten, dass keine der Personen, die im Jahr 1939 an der Universitäts-Nervenklinik im Rahmen eines Erbgesundheitsgutachtens untersucht wurden, der jüdischen Religion angehörte. So zeigt Abbildung 24 auf, dass den zahlenmäßig größten Anteil die Angehörigen der christlichen Kirche, aufgetrennt in evangelisch, römisch-katholisch und frei kirchliche Gruppierungen der christlichen Kirche, stellten. Zwei Personen mit Sterilisationsgutachten waren konfessionslos. Die aus den Sterilisationsgutachten erfassten und ausgewerteten Daten zur Konfessionszugehörigkeit lassen keine Auswirkung oder keinen Einfluss der religiösen Ausrichtung auf die Entscheidung der Gutachter erkennen. Mit 70 von 111 Gutachten (63,03 Prozent) gehörten die meisten Patienten der evangelischen Kirche an, während 34 der Personen (30,63 Patienten) Mitglieder der römisch-katholischen Kirche waren. Die Überrepräsentation evangelischer Patienten kann zum einen an der traditionell pietistisch geprägten schwäbischen Region liegen oder aber an der Kooperation der evangelischen Kirche mit dem Nationalsozialismus.

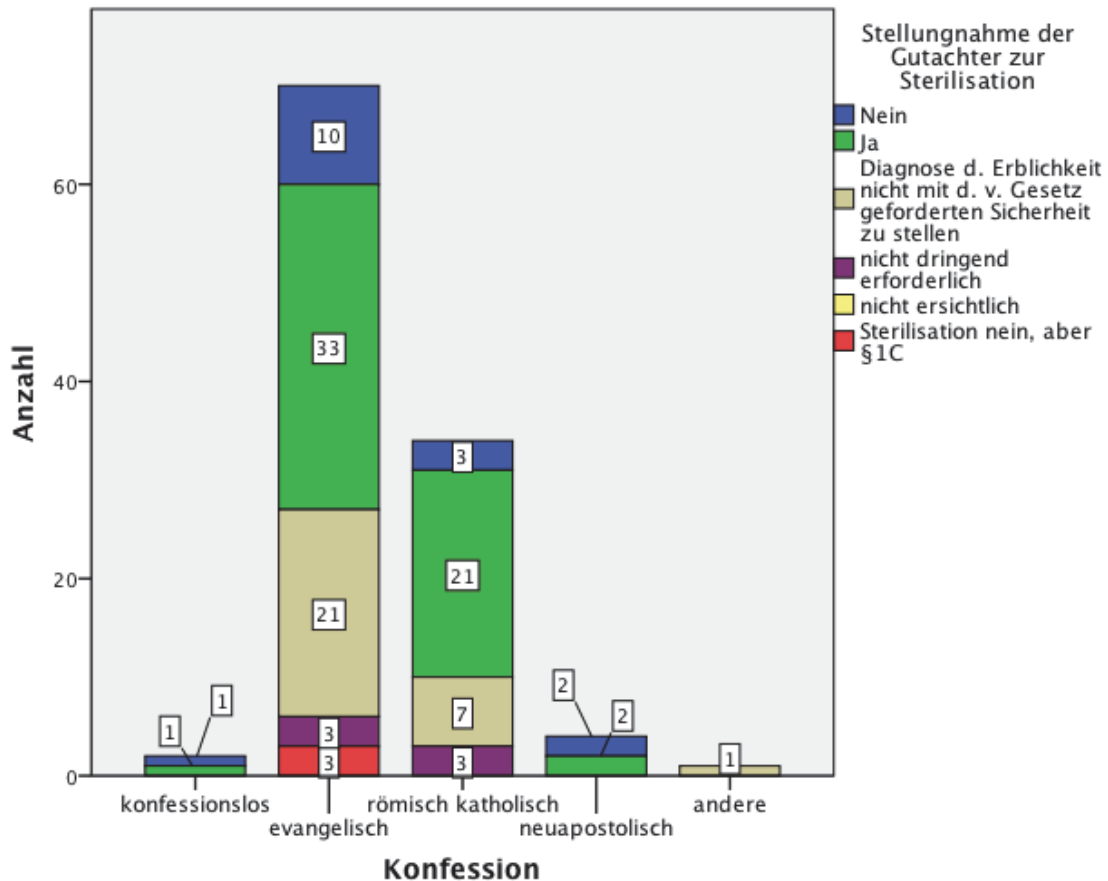


Abbildung 24: Stapeldiagramm Konfession gekreuzt mit Stellungnahme der Gutachter

Wie bei Schmuhl nachzulesen, war die evangelische Kirche von Beginn der Machtergreifung auf einer Linie mit der nationalsozialistischen Regierung. Sie unterstützte Maßnahmen wie „Wille zum Kind“, welche auch die

„Steigerung der Geburtenrate, die Förderung kinderreicher Familien, eugenische Eheberatung und Erziehung, aber auch rassenhygienisch indizierte Sterilisation und Asylierung der „Asozialen“ in Konzentrationslagern“¹³³

abzielte. Zudem arbeiteten der zu Inneren Mission angehörenden Verbände und Anstalten sowie zahlreiche evangelische Anstalten, wie zum Beispiel die Bodelschwingschen Anstalten in Bethel, an der Durchführung des Gesetzes zu Verhütung erbkranken Nachwuchses aktiv mit. In der katholischen Kirche wurde dagegen die rassenhygienische Indikation zu Sterilisation abgelehnt. Bereits am 13. Dezember 1930 wurde die

¹³³ Schmuhl, Hans-Walter (1987), S.306ff.

päpstliche Enzyklika *Casti Conubii* herausgegeben, in der dem Staat das Recht zur rasenhygienischen Sterilisierung abgesprochen wurde. Die katholische Kirche war aus Eigeninteresse jedoch nicht konsequent in ihrer Haltung gegenüber dem nationalsozialistischen Regime und fürchtete Repressalien. Sie versuchte zwar durch Sonderregelungen ihre Einrichtungen und Krankenanstalten sowie das dort arbeitende Personal an der praktischen Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses herauszuhalten, konnte dies aber nicht immer durchsetzen. Vereinzelt meldeten sich immer wieder Bischöfe in Hirtenbriefen oder Kanzelabkündigungen zu Wort, in denen sie die nationalsozialistische Sterilisierungspolitik ablehnten.¹³⁴ Am 1. Februar 1934 schrieb der Münchner Kardinal Faulhaber in seinem Fastenhirtenbrief:

*„Ein furchtbares Wort ist gefallen. „Gut ist, was dem Volke dient“ [...] könnte nicht ein Fanatiker auf den Wahn kommen, Mord und Meineid dienen dem Wohl des Volkes und seine daher „gut“? Könnte nicht ein Arzt auf den Gedanken kommen, die Tötung von Geisteskranken, die sogenannte Euthanasie, erspare dem Staate große Fürsorgelasten, sie diene dem „Wohl des Volkes“ und sei daher „gut““.*¹³⁵

3.13. Form der Gutachten

Wie schon in der Methodik unter Kapitel 2.1.4 erwähnt, wurden an der Universitäts-Nervenklinik Tübingen zur Durchführung und Beurteilung der Erbgesundheitsgutachten sowohl vorgedruckte Formblattgutachten verwendet als auch individuelle Gutachten verfasst. Im Folgenden soll nicht nur der verhältnismäßige Gebrauch dieser zwei Gutachten gegenübergestellt werden, sondern auch der Frage nachgegangen werden, in welchen Fällen und bei welchen Diagnosen welches Formblatt gewählt wurde.

Betrachtet man die gesamten Sterilisationsgutachten, wie in Abbildung 25 dargestellt, betrug der Anteil der Formblattgutachten 25,23 Prozent im Vergleich zu 74,77 Prozent der individuell verfassten Gutachten. Übertragen auf die reale Zahl der im Jahr 1939 an

¹³⁴ Schmuhl, Hans-Walter (1987), S.308-311.

¹³⁵ Ebd., S.311.

der Universitäts-Nervenlinik Tübingen verfassten Gutachten entsprach dies 28 Formblattgutachten gegenüber 83 Individualgutachten.

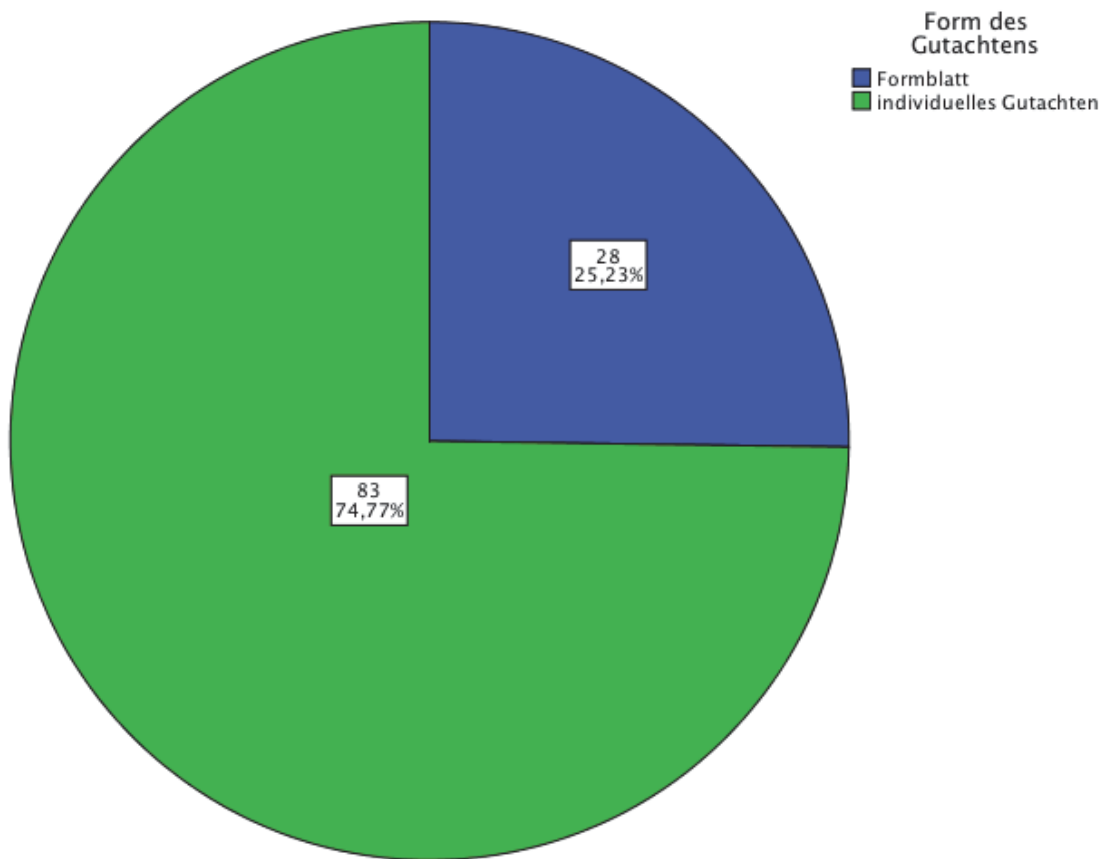


Abbildung 25: Kreisdiagramm Anzahl Formblattgutachten versus individuelles Gutachten

Setzt man die Form der Gutachten mit den Stellungnahmen der Gutachter in Beziehung (vgl. Abbildung 26 und Abbildung 27), so zeigt sich, dass mit 26 von 28 Formblattgutachten und somit 92,86 Prozent in nahezu allen Fällen die Sterilisation empfohlen wurde. Die häufigste Begründung lautete hierbei, und wie schon in den Kapiteln 1.3.2.4 sowie 3.3 angesprochen: „fortpflanzungsfähiges Alter“. In den beiden anderen Formblattgutachten (jeweils 3,57 Prozent) war einmal die Diagnose nicht mit der vom Gesetz geforderten Sicherheit feststellbar und im anderen Fall lautete die Empfehlung: keine Sterilisation aber § 1 c des Ehegesundheitsgesetz.

Betrachtet man nun dagegen die individuell verfassten Gutachten, erhielten auch hier mit 31 Gutachten und somit 37,75 Prozent viele Patienten die Diagnose erbkrank im Sinne des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“. Die Empfehlung zur Sterilisation wurde jedoch beim größeren Anteil der Individualgutachten nicht ausge-

sprochen. So konnte in 28 Fällen und somit einem Anteil von 33,7 Prozent die Diagnose nicht mit der vom Gesetz geforderten Sicherheit gestellt werden. Bei 16 Patienten (19,28 Prozent) lautete die Beurteilung: nicht erbkrank im Sinne des GzVeN, d.h. es wurde keine Sterilisation empfohlen. In sechs Fällen, entsprechend einem Anteil von 7,23 Prozent, wurde eine Sterilisation als nicht dringend erforderlich beurteilt und in den restlichen zwei Gutachten (2,41 Prozent) wurde die Sterilisation verneint aber die Anwendung des § 1c des Ehegesundheitsgesetzes empfohlen.

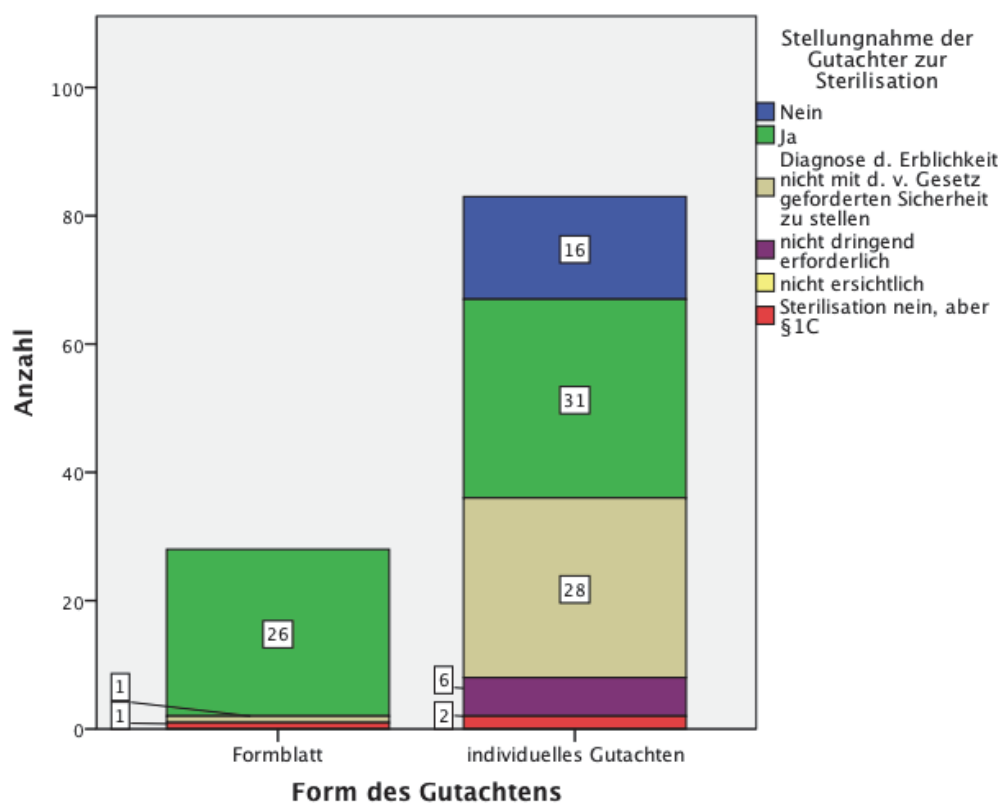


Abbildung 26: Stapeldiagramm Anzahl Formblattgutachten versus Individualgutachten zu Stellungnahme der Gutachter

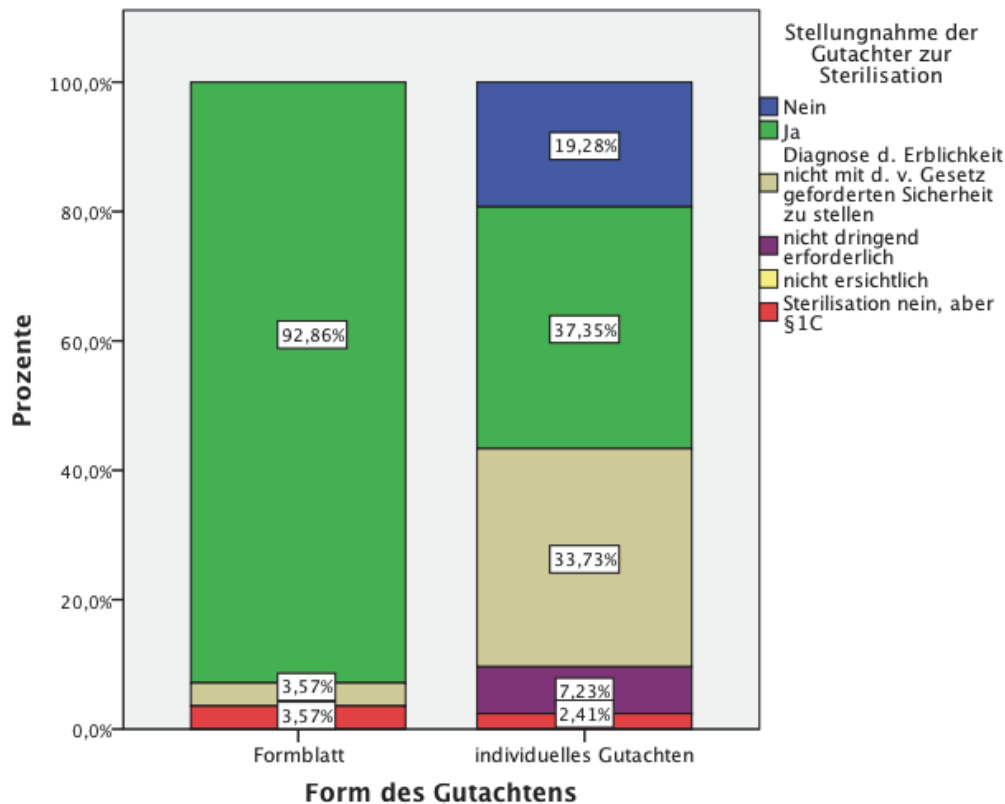


Abbildung 27: Stapeldiagramm Prozentsatz Formblattgutachten versus Individualgutachten zu Stellungnahme der Gutachter

Wie in Tabelle 2 beschrieben, zeigt sich im Verhältnis des Formblattgutachtens zum Individualgutachten ein deutlicher Unterschied zwischen Männern und Frauen.

Tabelle 2 : Anteil Formblattgutachten versus individuelles Gutachten nach Geschlecht getrennt

		Form des Gutachtens	
		Formblatt	individuelles Gutachten
		Anzahl	Anzahl
Geschlecht	weiblich	13	26
	männlich	15	57

So beträgt der Anteil der Formblattgutachten der weiblichen Patienten 13 gegenüber 26 Individualgutachten. Das ist ein Verhältnis von eins zu zwei. Dagegen beträgt der Anteil der Formblattgutachten bei den Männern 15 gegenüber 57 Individualgutachten. Hier beträgt das Verhältnis ungefähr eins zu vier. Diese Aussage wird durch die Abbildung 28 optisch klar unterstrichen. Das Balkendiagramm zeigt eindeutig: Wurde die Begut-

achtung mit Hilfe eines Formblattgutachten durchgeführt, fiel die Beurteilung, unabhängig vom Geschlecht, zum Nachteil für die Patienten aus. Zu beachten ist aber, dass im Falle von weiblichen Patienten das Formblattgutachten, wie bereits weiter oben im Kapitel aufgezeigt, anteilig häufiger angewandt wurde.

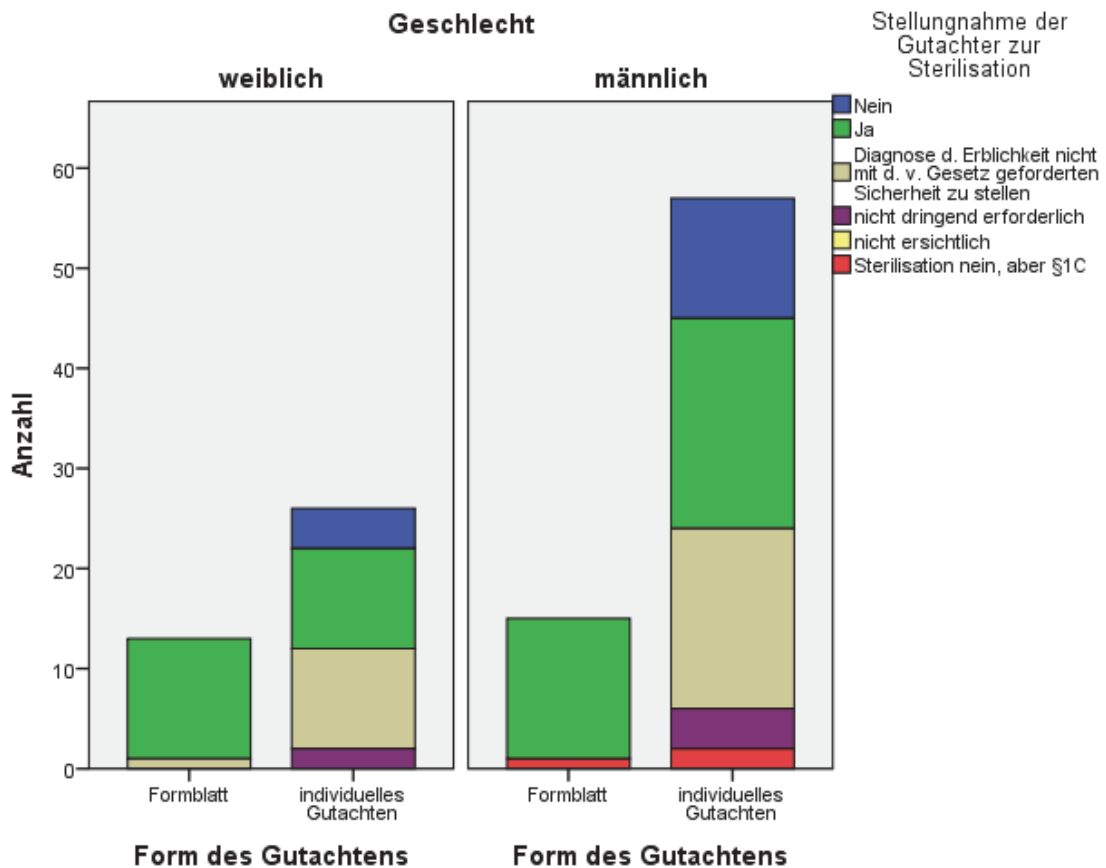


Abbildung 28: Stapeldiagramm Form des Gutachten mit Stellungnahme der Gutachter nach Geschlecht getrennt

3.14. Grund der Aufnahme

Im folgenden Kapitel sollen die Gründe für die Aufnahmen der in der vorliegenden Arbeit untersuchten Patienten in die Universitäts-Nervenlinik Tübingen im Jahr 1939 untersucht werden. Wie aus dem Balkendiagramm in Abbildung 29 ersichtlich wird, lag nur in 20 der 111 untersuchten Fällen mit Sterilisationsgutachten ein anderer Grund als die Aufnahme zur Durchführung eines Sterilisationsgutachtens vor.

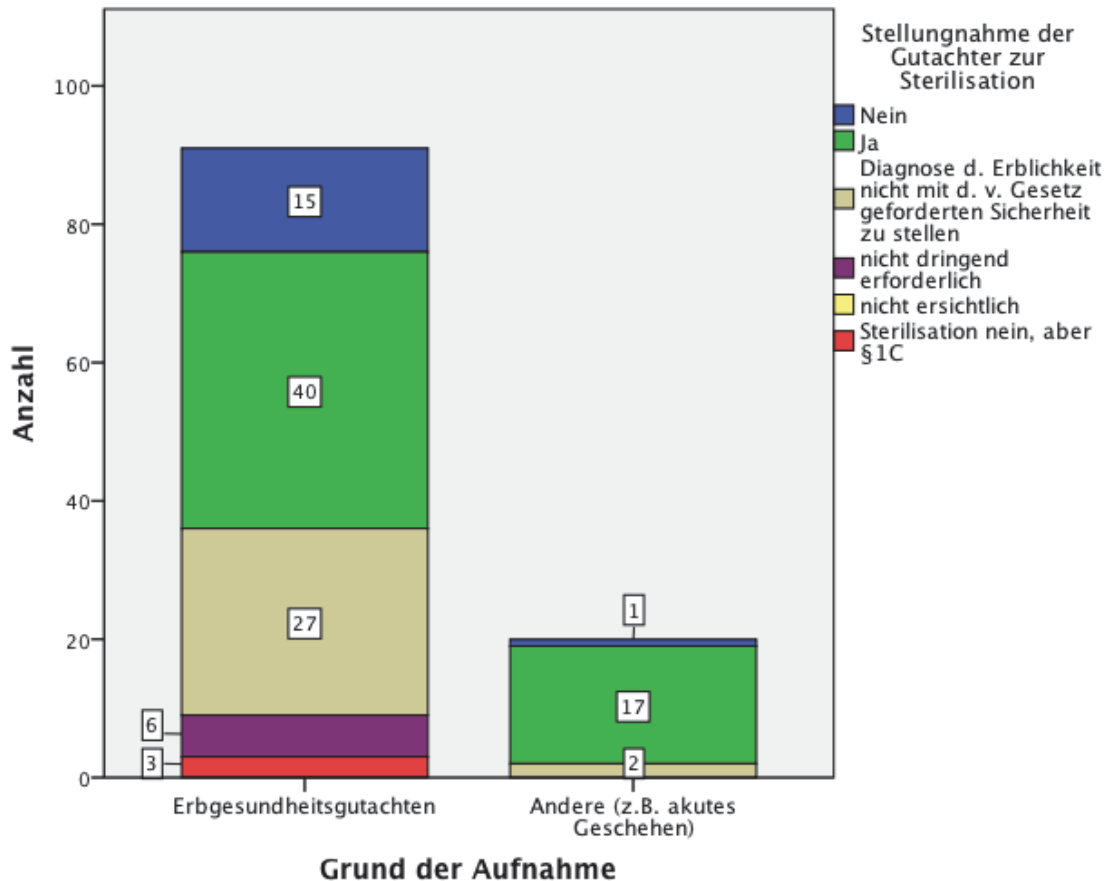


Abbildung 29: Stapeldiagramm Grund der Aufnahme gesamt gekreuzt mit Stellungnahme der Gutachter

Das bedeutet, dass bei 81,98 Prozent der Patienten mit Sterilisationsgutachten der Aufnahmegrund in die Universitäts-Nervenklinik Tübingen die Durchführung des Sterilisationsgutachtens war. Bei den restlichen 18,01 Prozent lag ein anderer Aufnahmegrund vor und erst im Verlauf des stationären Aufenthaltes stellte sich die Indikation für die Durchführung eines Sterilisationsgutachtens im Sinne des GzVeN. Wird nun die Stellungnahme der Gutachter ins Verhältnis zum Aufnahmegrund gesetzt, lässt sich aus Abbildung 29 Folgendes erkennen: Die Patienten, deren Aufnahmegrund ein Erbgesundheitsgutachten war, wurden „nur“ in 40 Fällen (43,95 Prozent) als erbkrank im Sinne des GzVeN beurteilt. Die Patienten, die initial mit einem anderen Grund aufgenommen wurden, wurden dagegen in 17 von 20 Fällen (85 Prozent) als „sicher erbkrank“ diagnostiziert.

Bei 27 Patienten (29,67 Prozent) der geplanten Sterilisationsgutachten war die Erbkrankheit nicht mit der vom Gesetz geforderten Sicherheit feststellbar. Bei den Patienten

ten mit anderem Aufnahmegrund gab es diese Diagnose nur in zwei der untersuchten Fällen (10 Prozent), lediglich ein Patient (5 Prozent) wurde im Sinne des GzVeN als nicht erbkrank beurteilt. Andere Beurteilungen wurden bei Patienten mit anderem Aufnahmegrund nicht gefunden. Bei den Patienten, die aufgrund eines Erbgesundheitsgutachtens aufgenommen wurden, wurden 15 Personen (16,4 Prozent) als „nicht erbkrank“ diagnostiziert und in sechs Fällen (6,59 Prozent) wurde eine Sterilisation als nicht dringend erforderlich angesehen. In drei Fällen (3,29 Prozent) wurde die Anwendung des § 1c des Gesundheitsgesetzes empfohlen.

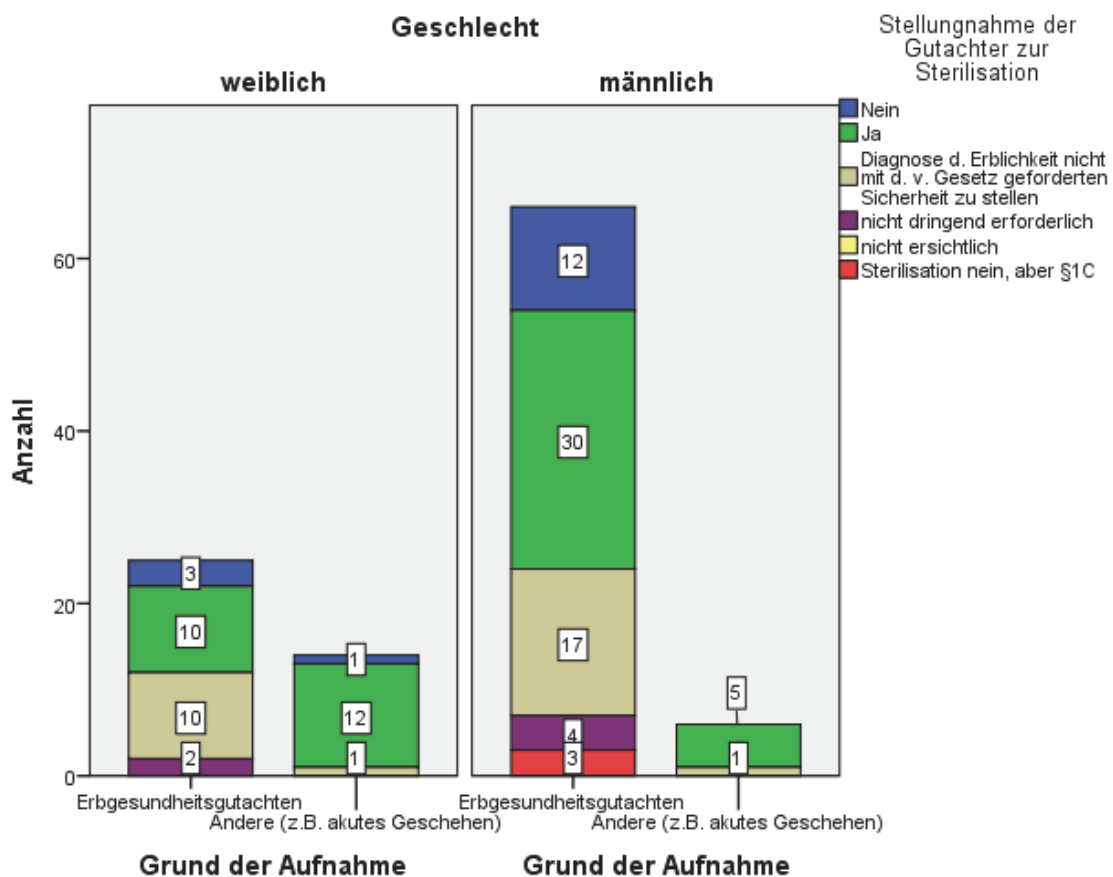


Abbildung 30: Balkendiagramm Grund der Aufnahme nach Geschlecht getrennt mit Stellungnahme der Gutachter

Schlüsselt man die hier besprochenen Daten zusätzlich hinsichtlich der Geschlechter auf (vgl. Abbildung 30), so wird ersichtlich, dass das Erbgesundheitsgutachten bei 25 der untersuchten weiblichen Patienten (64,10 Prozent) und bei 66 der männlichen Patienten (91,66 Prozent) der Aufnahmegrund war. Werden die Stellungnahmen der Gutachter

mit dem Aufnahmegrund und dem Geschlecht gekreuzt, so kann hier das Geschlecht als einflussnehmender Faktor vernachlässigt werden.

3.15. Art der Aufnahme

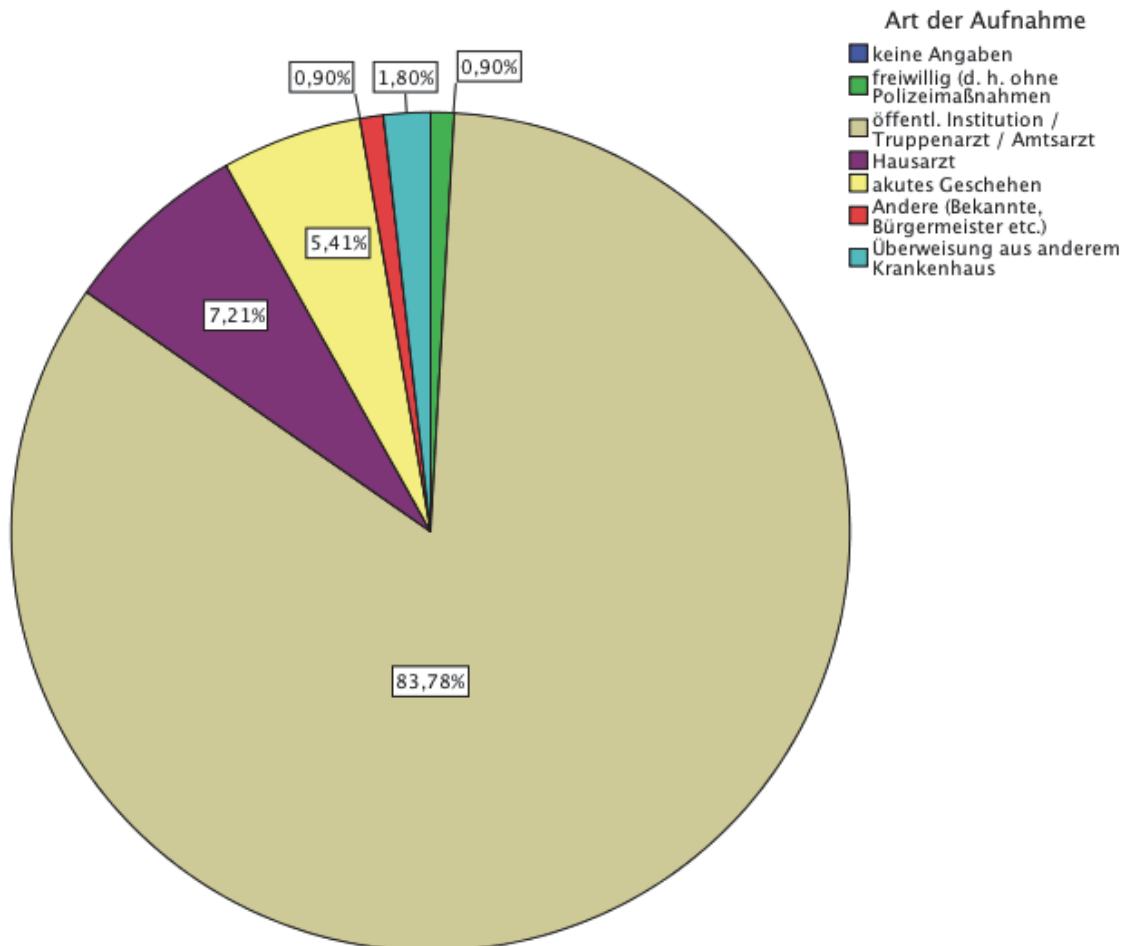


Abbildung 31: Kreisdiagramm Art der Aufnahme prozentual aufgezeigt

Eine äußerst interessante Frage, der in der vorliegenden Arbeit nachgegangen wird, ist die nach Art der Einweisung in die Klinik und wer hinter dieser stand. Antworten auf diese Frage zu finden, gestaltete sich als schwierig, da sich nur in äußerst wenigen Akten Daten dazu finden ließen. So ist in keiner Akte vermerkt, ob Personen unter Polizeigewalt in die Universitäts-Nervenklinik Tübingen gebracht wurden. Nur in einem Fall begab sich eine betroffene Person, ein männlicher Patient, selbst und somit freiwillig in Klinik. In der Akte wurde es so vermerkt, dass die Person ohne Einweisung durch eine

Behörde oder einen Arzt in die Klinik kam. Dieser Patient hatte beim Erbgesundheitsobergericht Stuttgart Widerspruch gegen seinen Sterilisationsbeschluss durch das Erbgesundheitsgericht Stuttgart eingelegt. Auf seinen eigenen Wunsch und auf seine eigenen Kosten ließ er ein Erbgesundheitsgutachten an der Universitäts-Nervenklinik Tübingen durchführen. Der Fall wird in im Patientenbeispiel 4.5 genauer vorgestellt.

Betrachtet man die Auswertungen der Art der Aufnahme in Abbildung 31, ergibt sich ein vielschichtiges Bild. So standen in 83,7 Prozent der Fälle öffentliche Institutionen wie Amts- oder Truppenärzte hinter den Aufnahmen. Das bedeutet, dass in der Mehrheit der Fälle weder ein akutes Geschehen (5,41 Prozent) noch eine Veranlassung der Übernahme durch andere Krankenhäuser (1,80 Prozent) vorlag. Als ebenfalls interessant erweist sich die Zahl von 7,21 Prozent der Patienten, deren Aufnahme durch den Hausarzt veranlasst wurde. Lediglich 0,90 Prozent der Aufnahmen in die Universitäts-Nervenklinik Tübingen erfolgte freiwillig.

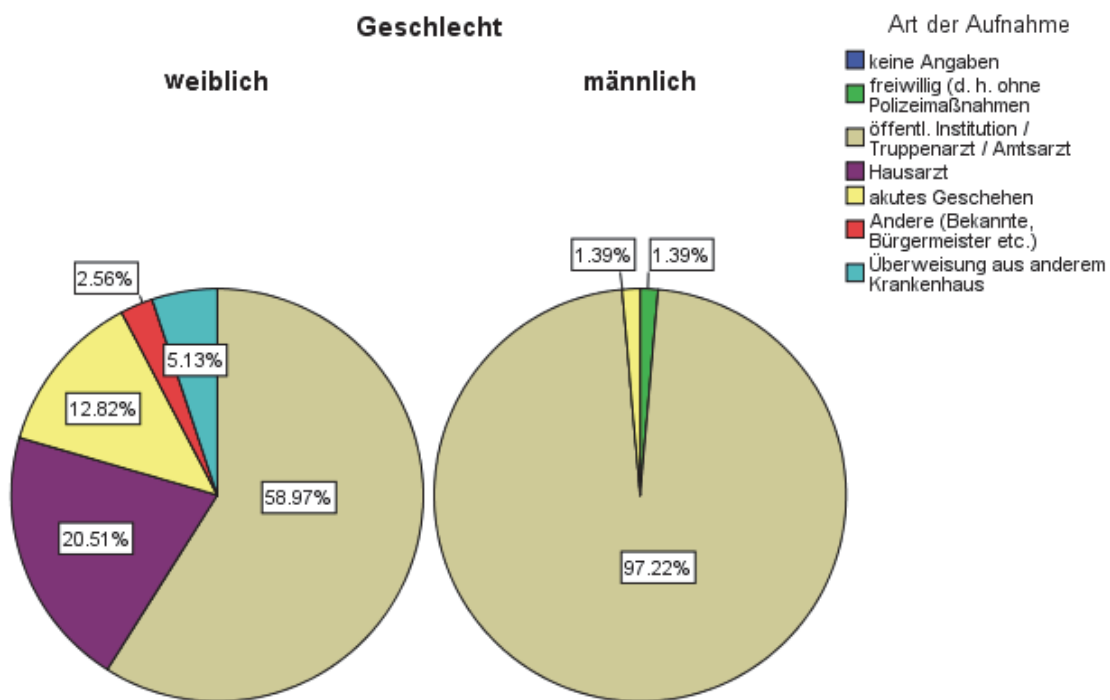


Abbildung 32: Kreisdiagramme Art der Aufnahme prozentual und nach Geschlecht getrennt

Betrachtet man die Art der Aufnahme, wie in Abbildung 32 ersichtlich, bezüglich der Geschlechter getrennt, fällt bei den Männern der mit 97,22 Prozent äußerst hohe Anteil der Einweisungen durch öffentliche Einrichtungen auf. Nur jeweils 2,78 Prozent der

Fälle erfolgten infolge eines akuten Geschehens oder freiwillig. Dagegen sind die Aufnahmegründe bei den Frauen vielfältiger gegliedert. So erfolgte in 58,97 Prozent der Fälle die Einweisung durch öffentliche Institutionen, an zweiter Stelle folgte mit einem Anteil von 20,51 Prozent bereits die Einweisung durch den Hausarzt und in 12,82 Prozent der Fälle lag ein akutes Geschehen vor. Bei 5,13 Prozent der Patientinnen wurden die Patientinnen von einer anderen Klinik zugewiesen und bei 2,56 Prozent der Begutachteten standen „Andere“ Gründe hinter der Einweisung. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass der größte Anteil der Patienten mit Sterilisationsgutachten sich auf Betreiben öffentlicher Institutionen, vor allem der Gesundheitsämter bzw. Erbgesundheitsgerichte, in der Universitäts-Nervenlinik befand.

3.16. Antragsteller der Gutachten

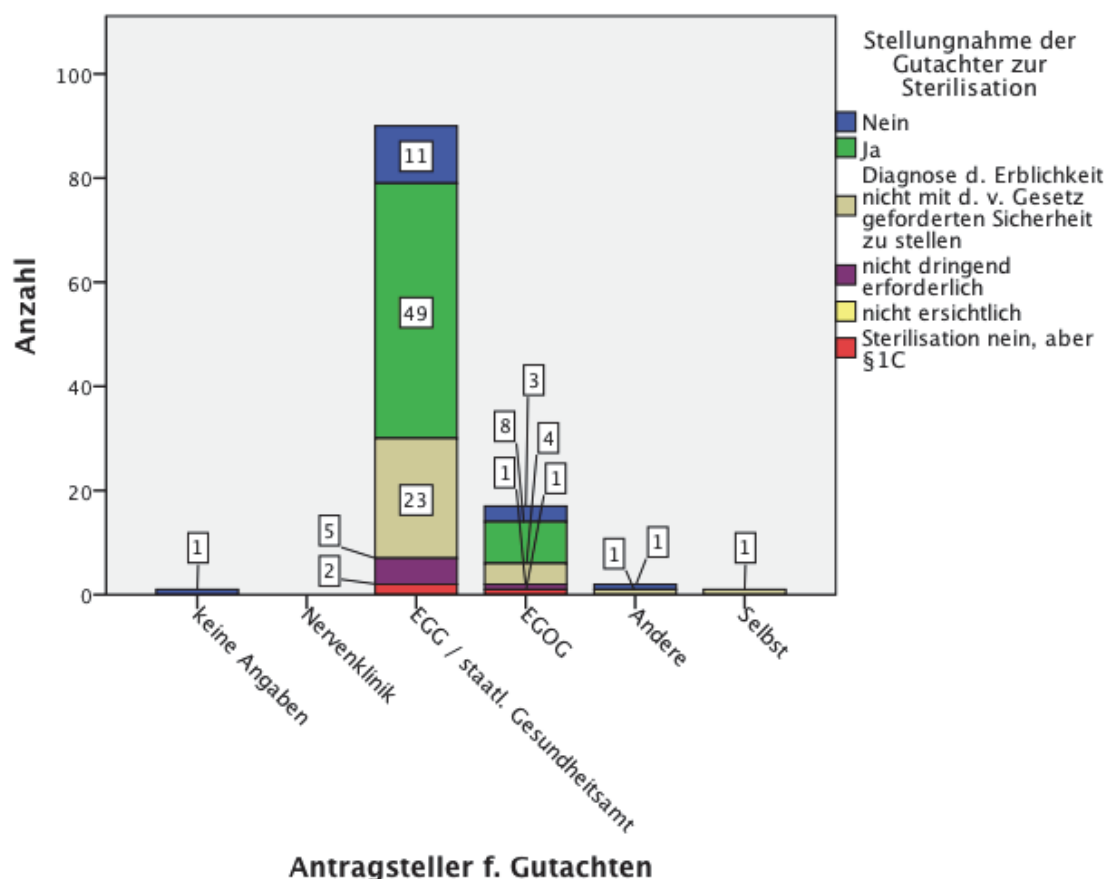


Abbildung 33: Stapeldiagramm Antragsteller für Gutachten gekreuzt mit Stellungnahme der Gutachter

Im „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ wurden unter § 2 und § 3 die antragsberechtigten Personen aufgeführt (vgl. Kapitel 1.3.2.2). Darunter fiel die betroffene Person selbst und bei minderjährigen, geschäftsunfähigen oder entmündigten Personen deren gesetzliche Vertreter. Dem Antrag auf Unfruchtbarmachung musste hier eine ärztliche Bescheinigung sowie eine Bescheinigung über die durchgeführte Aufklärung über die Sterilisation des Betroffenen beigelegt werden. Weiter antragsberechtigt waren die Leiter von Krankenhäusern, Pflegeheimen, Fürsorgeheimen und Gefängnissen. Diese mussten die Zustimmung des Anstaltsarztes einholen. „Verpflichtend“ antragsberechtigt waren „beamtete“ Ärzte und deren Stellvertreter. Damit war der für den Kreis und Bezirk zuständige Amtsarzt gemeint sowie Gerichtsärzte und deren Stellvertreter. Wie in Abbildung 33 dargestellt, wurde mit 90 Gutachten und somit 81,08 Prozent die Mehrheit der Gutachten durch Amtsärzte an Gesundheitsämtern und der angegliederten Erbgesundheitsgerichte gestellt. Ein kleinerer Anteil der Anträge – 17 Gutachten, die 15,31 Prozent entsprechen – wurde von den Erbgesundheitsobergerichten und zwei weitere Gutachten (1,80 Prozent) wurden von „Anderen“ beantragt. Einen Antrag (0,90 Prozent) hatte ein Patient selbst gestellt und bei einem weiteren (0,90 Prozent) fand sich kein Hinweis auf den Antragsteller.

3.17. Anzeigensteller

Für alle Ärzte, auch Zahnärzte, und alle im Gesundheitsbereich ausgebildete Beschäftigte - wie z.B. selbständige Schwestern, Gemeindeschwestern, Hebammen, Masseure oder Heilpraktiker – galt die Anzeigepflicht von Personen, die an Erbkrankheit (§ 1 Absatz 29) oder schwerem Alkoholismus (§ 1 Absatz 3, GzVeN) litten. Diese Anzeige sollte unabhängig vom Alter, von der Einschätzung der Fruchtbarkeit bzw. Unfruchtbarkeit (wie z.B. Unfruchtbarkeit infolge operativer Eingriffe, Missbildungen, schwerer Erkrankungen, oder auch andrologischer Genese¹³⁶) oder von der dauerhaften Unterbringung in einer Anstalt sein. Wie in Kapitel 1.3.2.5 bestand für Ärzte die Pflicht zur Anzeige bereits bei Vorliegen auch nur des geringsten Verdachtes auf eine im Gesetz aufgeführte Erbkrankheit. Die Anzeige war an den zuständigen Amtsarzt zu stellen. In des-

¹³⁶ Andrologie: Männer(heil)kunde, Definition: Lehre von Bau und Funktion der männlichen Genitals, hauptsächlich in Bezug auf die Zeugungs- und Fortpflanzungsfähigkeit und deren Störungen. Vgl. Psychyrembel, klinisches Wörterbuch, digitale Ausgabe

sen Ermessen lag die Entscheidung, ob der Anzeige ein Antrag zur Unfruchtbarmachung folgen sollte. Der Beschluss zur Unfruchtbarmachung bzw. deren Ablehnung wurde vom Erbgesundheitsgericht gefällt.

Die Diagramme in den folgenden Abbildung 34 und Abbildung 35 geben Aufschluss darüber, durch wen und wie häufig Anzeigen erfolgten. In 60,36 Prozent der Anzeigen und somit 67 Fällen konnte in den Gutachten jedoch kein Hinweis auf die Anzeigensteller gefunden werden. Bei 32 Gutachten (28,83 Prozent) wurde die Anzeige durch die Ärzteschaft der Universität-Nervenlinik Tübingen gestellt und in 2,70 Prozent der Fälle erfolgte die Anzeige durch Hausärzte. Sieben Gutachten und 6,31 Prozent wurden von Amtsärzten selbst angezeigt und schließlich wurde die Anzeige bei zwei Gutachten (1,80 Prozent) durch einen Vertreter der öffentlichen Verwaltung gestellt.

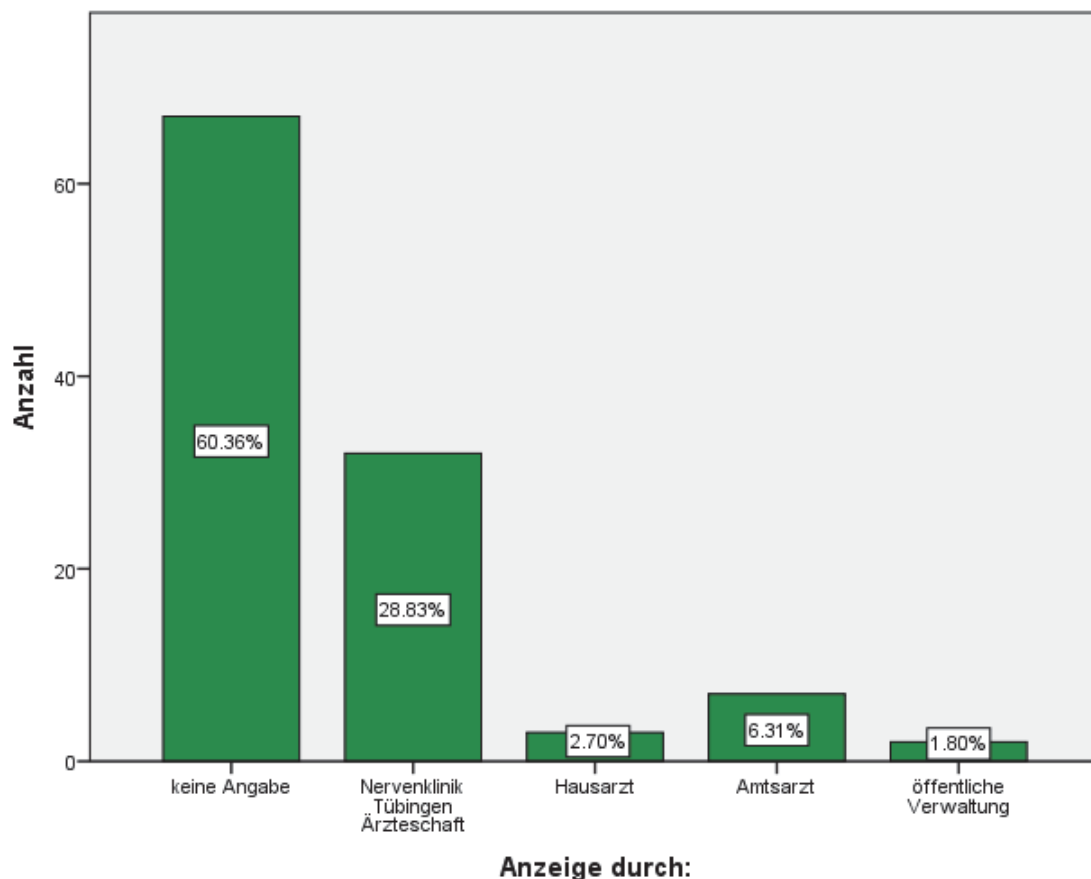


Abbildung 34: Balkendiagramm Anzeige gestellt durch... prozentual

Die Beurteilung der Gutachten im Zusammenhang mit dem Anzeigensteller wird aus Abbildung 35 ersichtlich. Wurde die Anzeige durch die Ärzteschaft der Universitäts-Nervenlinik gestellt, so folgte in 29 von 32 Gutachten (90,62 Prozent) die Beurteilung:

erbkrank im Sinne des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. Bei den Patienten, bei denen die die Anzeige durch Hausärzte gestellt wurde, konnte die Diagnose in einem Fall nicht mit der vom Gesetz geforderten Sicherheit gestellt werden. In zwei weiteren Gutachten wurde keine Erbkrankheit festgestellt und eine Sterilisation abgelehnt. Den Anzeigen durch Amtsärzte folgte in vier von sieben Gutachten (57,14 Prozent) die Empfehlung zur Sterilisation und in jeweils einem Fall war die Diagnose nicht sicher, es wurde keine Erbkrankheit festgestellt oder die Empfehlung für den § 1c gegeben. Auf die Anzeigen der öffentlichen Verwaltung erfolgte einmal die Empfehlung zur Sterilisation und einmal wurde keine Erbkrankheit im Sinne des GzVeN festgestellt.

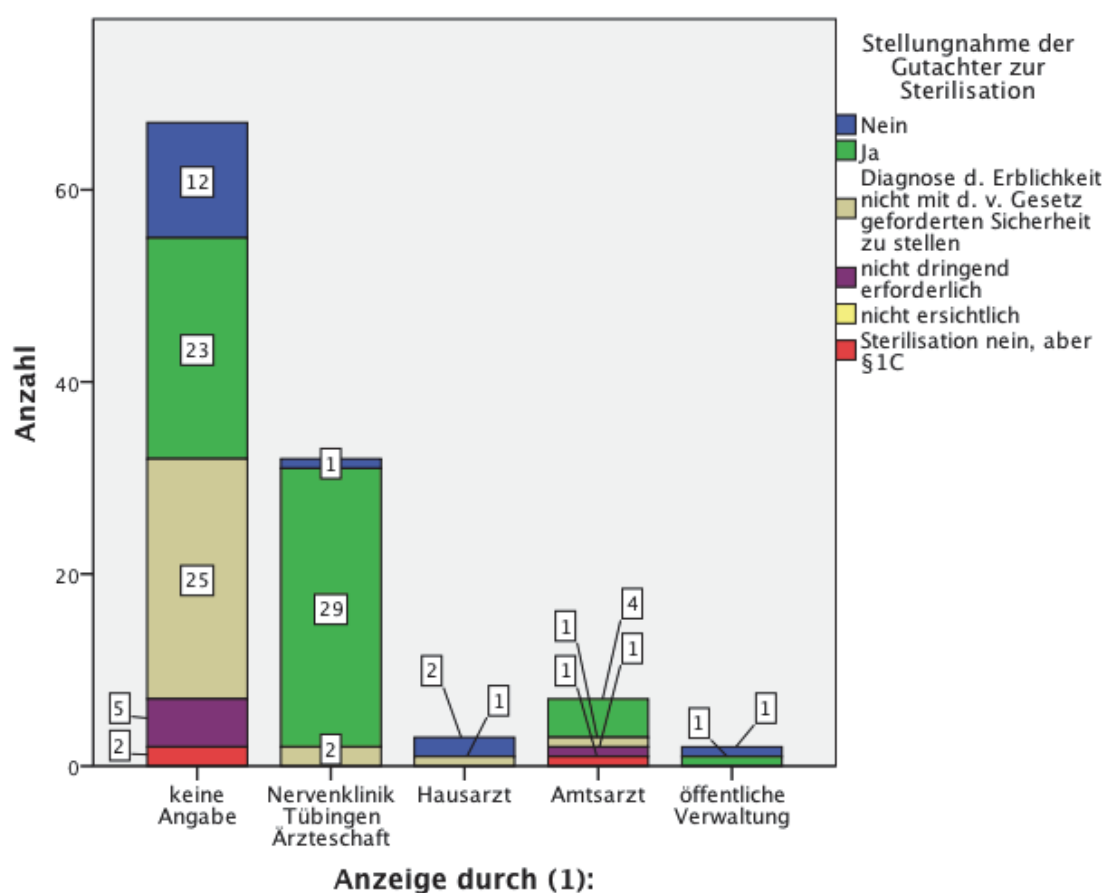


Abbildung 35: Stapeldiagramm Anzeige durch ... gekreuzt mit Stellungnahme der Gutachter

Wurden die Patienten durch die Ärzte der Universitätsklinik Tübingen angezeigt, siehe auch Tabelle 3, lautete die Diagnose in 75 Prozent der Fälle Schizophrenie. Zirkuläres Irresein folgte zusammen mit Epilepsie an zweiter Stelle, angeborener Schwachsinn und schwere erbliche körperliche Missbildungen wurden nur in vereinzelten Fällen ange-

zeigt. Allerdings muss wiederum aufgrund der geringen Zahlenwerte auf die eingeschränkte statistische repräsentative Aussagekraft verwiesen werden.

Tabelle 3: prozentuale Angaben der Diagnosen pro Anzeigenden

Kurzdiagnostik * Anzeige durch (1): Kreuztabelle

% innerhalb von Anzeige durch (1):

		Anzeige durch (1):				
		keine Angabe	Nervenklinik Tübingen Ärzteschaft	Haus- arzt	Amts- arzt	öffentliche Verwaltung
Kurzdiagnostik	Schizophrenie/endogene Psychose	31,3%	75,0%	33,3%	14,3%	50,0%
	zirkuläres (manisch depressives) Irresein	1,5%	9,4%			
	schwere erbliche körperliche Mißbildung	1,5%	3,1%			
	Schwerer Alkohol-, Drogen- und Medikamentenmißbrauch	1,5%				
	Chorea Minor	1,5%				
	Schwachsinns/Debilität angeboren/erblich	26,9%	3,1%	66,7%	57,1%	
	Schwachsinn/Debilität erworben / äussere Ursachen	1,5%				
	Schwachsinns/Debilität Abklärung erblich o. erworben	3,0%			14,3%	
	Fallsucht/Epilepsie erblich	29,9%	9,4%		14,3%	50,0%
	Fallsucht/Epilepsie Abklärung erblich o. erworben	1,5%				
	Gesamt	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

In den im Rahmen dieser Arbeit bearbeiteten Gutachten war sowohl von den Hausärzten als auch von den Amtsärzten die am häufigsten angezeigte Erbkrankheit der angeborene Schwachsinn. Die Diagnose Schizophrenie folgte an zweiter Stelle. Der angeborene Schwachsinn galt unter den im Gesetz aufgeführten psychiatrischen Diagnosen als die Erkrankung, die am frühesten auffällig wurde und mit wenig Aufwand zu diagnostizieren war, sodass bereits zu einem frühen Zeitpunkt Maßnahmen ergriffen werden konnten. In der oben beschriebenen Auswertung waren vor allem die Anzeigen durch die Ärzte der Universitäts-Nervenlinik von Interesse. Deshalb wurde an dieser Stelle auf die Auswertung der Gutachten, in denen keine Angaben zum Verfasser der Anzeige gefunden wurden, nicht näher eingegangen.

Tabelle 4: prozentuale Aufteilung der Diagnosen

Kurzdiagnostik * Anzeige durch (1): Kreuztabelle

% innerhalb von Anzeige durch (1):

		Gesamt
Kurzdiagnostik	Schizophrenie/endogene Psychose	43,2%
	zirkuläres (manisch depressives) Irresein	3,6%
	schwere erbliche körperliche Mißbildung	1,8%
	Schwerer Alkohol-, Drogen- und Medikamentenmißbrauch	0,9%
	Chorea Minor	0,9%
	Schwachsinn/Debilität angeboren/erblich	22,5%
	Schwachsinn/Debilität erworben / äussere Ursachen	0,9%
	Schwachsinn/Debilität Abklärung erblich o. erworben	2,7%
	Fallsucht/Epilepsie erblich	22,5%
	Fallsucht/Epilepsie Abklärung erblich o. erworben	0,9%
	Gesamt	100,0%

In Tabelle 4 werden zur Erinnerung nochmals kurz die am häufigsten diagnostizierten Erbkrankheiten der im Jahr 1939 an der Universitäts-Nervenlinik durchgeführten Erbgesundheitsgutachten aufgeführt. Siehe hierzu auch Kapitel 3.4.

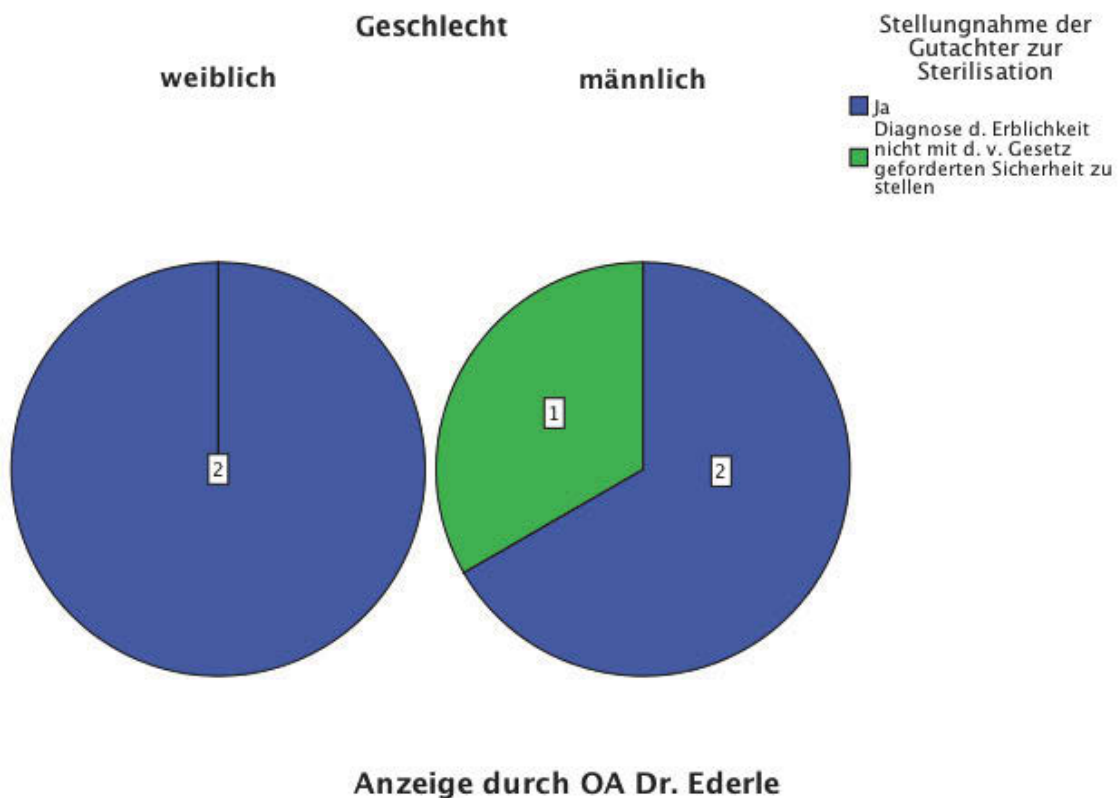


Abbildung 36: Kreisdiagramm Anzahl der Anzeigen durch Oberarzt Ederle gekreuzt mit Stellungnahme der Gutachter

Betrachtet man die beiden Kreisdiagramme aus Abbildung 36 wurden durch Oberarzt Dr. Ederle fünf Personen angezeigt, davon zwei weibliche und drei männliche Personen. Beide Frauen und zwei der Männer wurden als erbkrank im Sinne GzVeN beurteilt und nur ein Mann wurde als nicht sicher erbkrank im Sinne des Erbgesundheitsgesetzes angesehen. Infolge zu kleiner Zahlenwerte ist dies nicht repräsentativ und kann in keine Auswertung miteinbezogen werden. Die Aussage, dass Patienten, die von Ärzten der Universitäts-Nervenklinik angezeigt wurden, zu einem hohen Prozentsatz als erbkrank im Sinne des Erbgesundheitsgesetz beurteilt wurden, lässt sich durch die Auswertung in Abbildung 36 jedoch tendenziell unterstreichen.

27 der in der vorliegenden Arbeit untersuchten Patientenakten mit Sterilisationsgutachten enthielten zudem Anzeigenblätter, die von Oberarzt Dr. Ernst unterschrieben wurden. Wie in Abbildung 37 ersichtlich, waren sich die Gutachter in 91,67 Prozent der von Oberarzt Dr. Ernst angezeigten Gutachten weiblicher Patientinnen sicher, dass eine

Erbkrankheit im Sinne des GzVeN vorlag. Bei den restlichen 8,33 Prozent der Fälle konnten sie die Diagnose nicht mit der vom Gesetz geforderten Sicherheit stellen. Bei den Männern fanden sich nur zwei definitive Entscheidungen: So wurde bei 93,33 Prozent der Begutachteten eine Erbkrankheit im Sinne des GzVeN festgestellt und bei 6,67 Prozent der begutachteten Fälle nicht.

Damit lässt sich auch mit diesem Schaubild die oben genannte Aussage unterstreichen, dass die von den Ärzten der Universitäts-Nervenlinik angezeigten Patienten in sehr hohem Prozentsatz die Empfehlung zur Sterilisation in den Erbgesundheitsgutachten erhielten.

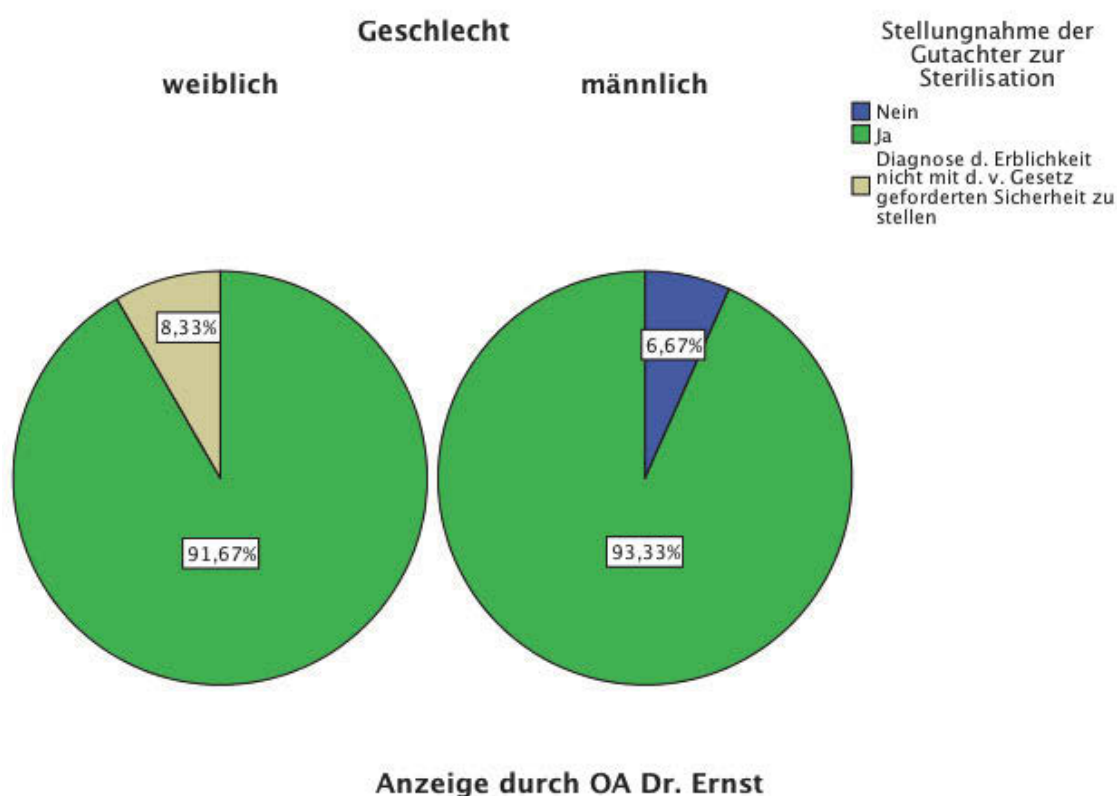


Abbildung 37: Kreisdiagramm mit prozentuaem Anteil der Anzeigen durch Oberarzt Ernst gekreuzt mit Stellungnahme der Gutachter

3.18. Nachbegutachtungen und Zweitgutachten

Eine Nachbegutachtung nach fraglichem Ergebnis bei der Erstuntersuchung war in sechs Gutachten der Grund für eine erneute Untersuchung (vgl. Abbildung 38). Die

Frage einer Erbkrankheit im Sinne des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses wurde in zwei dieser Nachuntersuchungen verneint. Interessant ist, dass in drei Gutachten die Diagnose Erbkrankheit wiederum nicht mit der vom Gesetz geforderten Sicherheit festgestellt werden konnte und in drei Fällen wurde die Sterilisation als nicht dringend erforderliche eingestuft.

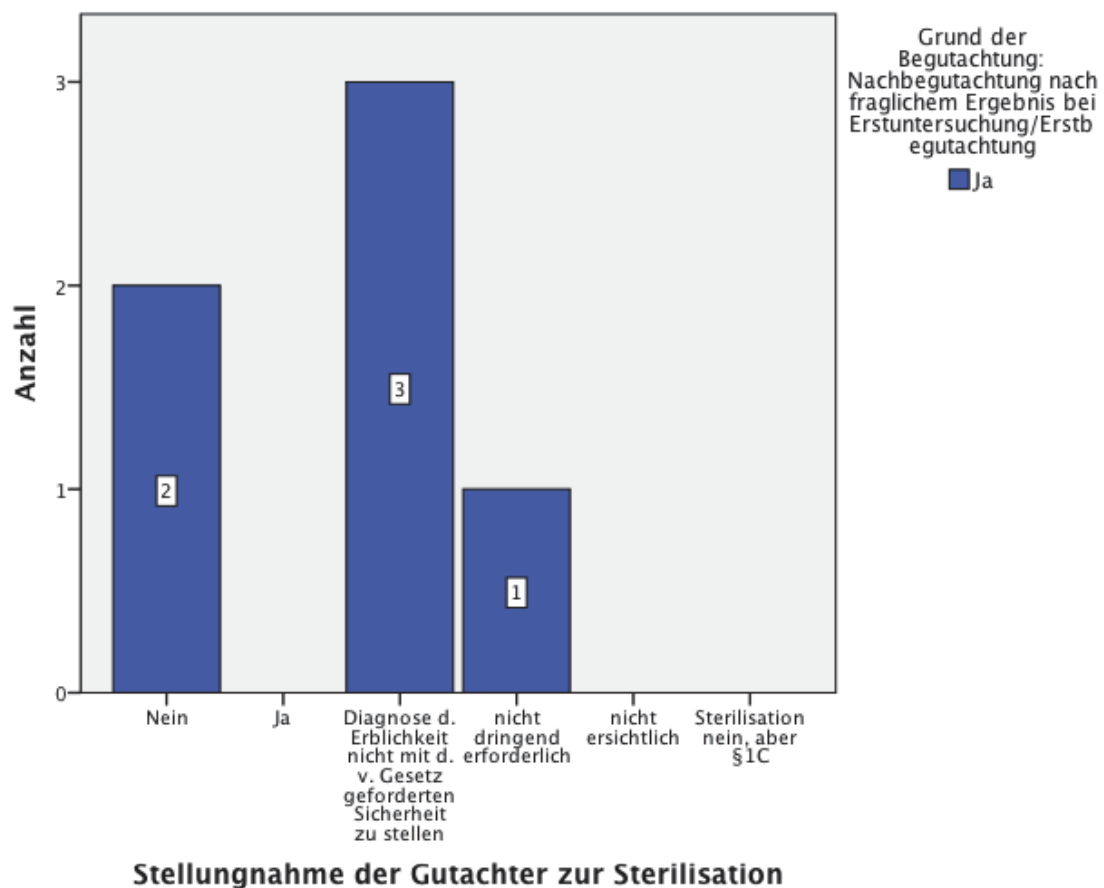


Abbildung 38: Balkendiagramm Ergebnis Nachbegutachtung nach fraglichem Ergebnis bei Erstuntersuchung mit Stellungnahme der Gutachter

Infolge von Beschwerden gegen den Beschluss der Unfruchtbarmachung durch Erbgesundheitsgerichte wurde in 17 Fällen ein Zweitgutachten im Auftrag der Erbgesundheitsobergerichte durchgeführt. Wie in Abbildung 39 dargestellt, wurden in sieben von dreizehn Zweitgutachten der männlichen Patienten eine Erbkrankheit im Sinne des GzVeN bestätigt und somit erneut eine Empfehlung zur Sterilisation abgegeben. In sechs Zweitgutachten der Männer stimmte die Beurteilung durch die Gutachter nicht mit dem Sterilisationsbeschluss des Erbgesundheitsgerichts überein. So wurde in drei Fällen die Beurteilung „keine Erbkrankheit im Sinne des GzVeN“ getroffen. In einem

Fall war die Diagnose nicht mit der vom Gesetz geforderten Sicherheit festzustellen und in einem anderen hielten die Gutachter die Sterilisation nicht für dringend erforderlich. Bei einem dieser Patienten mit ebenfalls abgelehnten Sterilisationsbeschluss, wurde jedoch die Anwendung des § 1c des Ehegesundheitsgesetzes empfohlen. Bei den Frauen bestätigten die Gutachter den Sterilisationsbeschluss des Erbgesundheitsgerichtes in einem Fall und kamen zur Diagnose einer Erbkrankheit im Sinne des GzVeN. In drei Fällen war die Diagnose nicht mit der vom Gesetz geforderten Sicherheit zu stellen und somit wurde die Empfehlung zur Sterilisation nicht ausgesprochen.

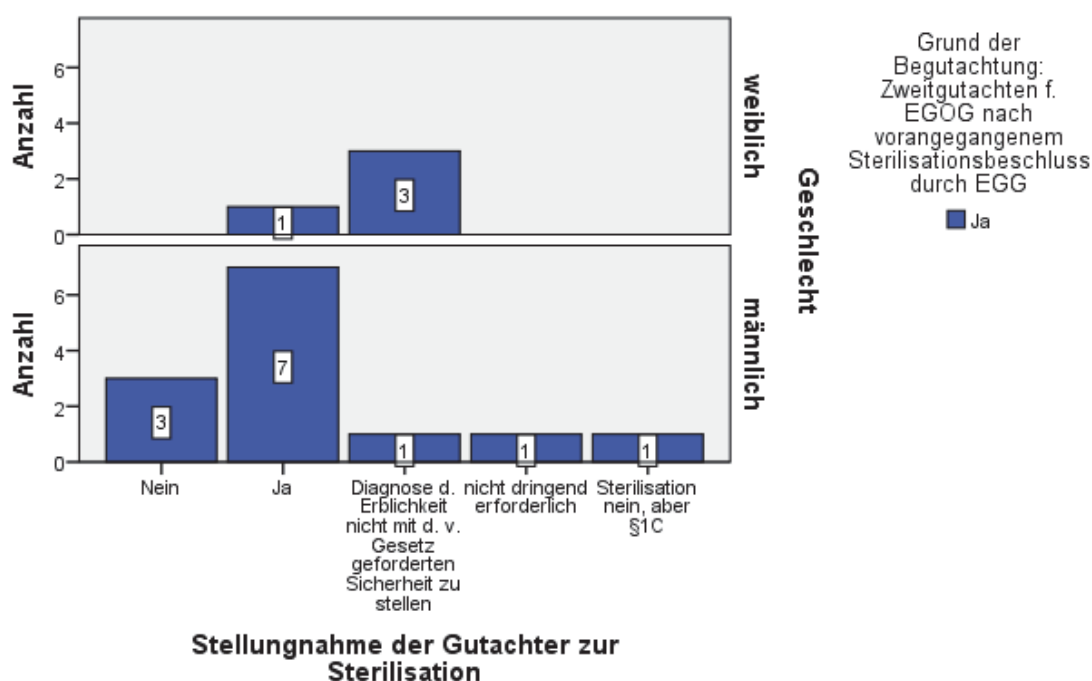


Abbildung 39: Balkendiagramm Anzahl Zweitgutachten gekreuzt mit Stellungnahme der Gutachter, vorausgegangener Sterilisationsbeschluss nach EGG, getrennt nach Geschlecht

Auch hier muss wieder vor dem Hintergrund der nicht repräsentativen Patientenwerte auf die geringe statistische Aussagekraft hingewiesen werden. Jedoch lässt sich sagen, dass die Chancen tendenziell größer als 50 Prozent (genau 52,95 Prozent oder in 8 von 17 Fällen) waren, in einem an der Universitäts-Nervenlinik Tübingen durchgeführten Zweitgutachten eine zum Sterilisationsbeschluss abweichende Empfehlung zu erhalten.

3.19. Gutachter

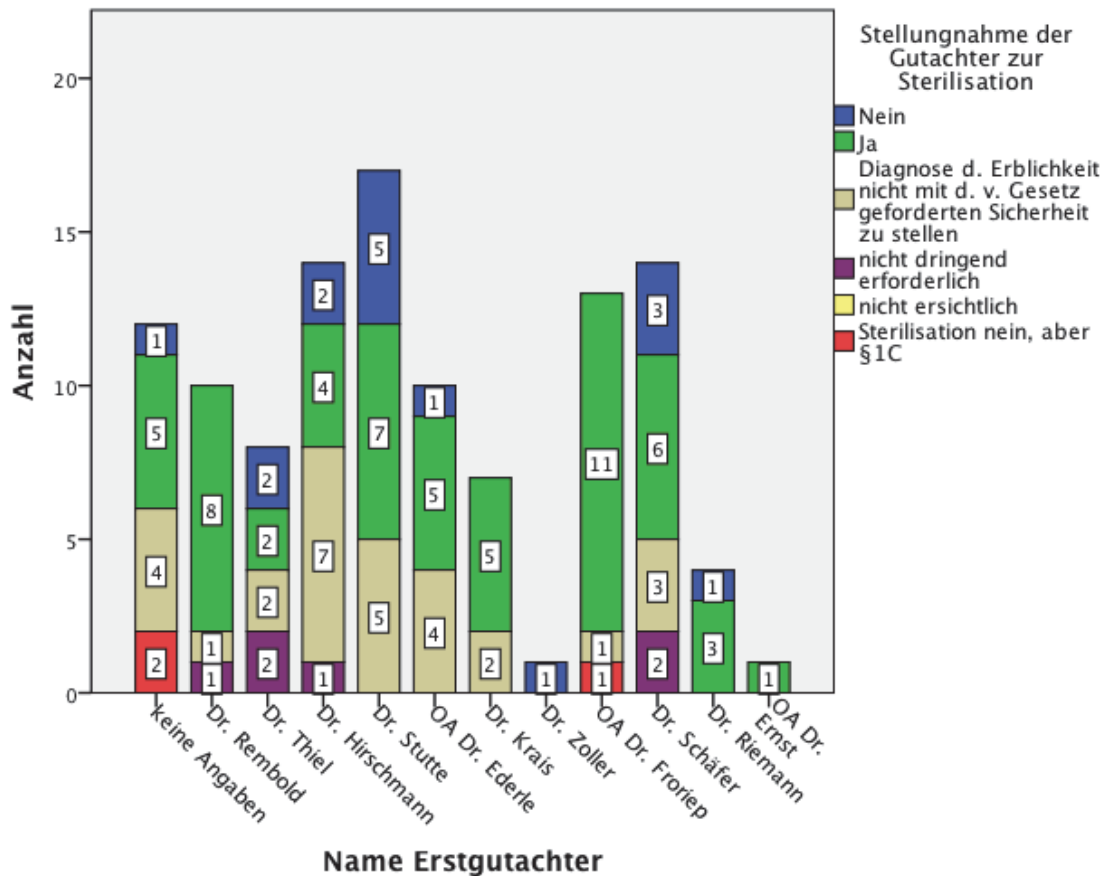


Abbildung 40: Stapeldiagramm Name Erstgutachter gekreuzt mit Stellungnahme der Gutachter

In Abbildung 40 werden die im Jahr 1939 an der Universitäts-Nervenklinik tätigen Ärzte mit der Anzahl der von ihnen als Erstgutachter erstatteten Gutachten aufgezeigt. Auch die darin ausgesprochene Beurteilung wird mitdargestellt. Insgesamt wurden die meisten Gutachten von Dr. Stutte, einem Assistenzarzt an der Universitäts-Nervenklinik Tübingen, durchgeführt. In den siebzehn von ihm durchgeführten Gutachten stellte er in sieben von 17 Gutachten die Diagnose Erbkrankheit. Anteilig am häufigsten wurde die Diagnose Erbkrankheit im Sinne des GzVeN durch die ebenfalls in Tübingen tätigen Ärzte Dr. Froriep und Dr. Rembold gestellt. So kam Dr. Froriep in elf von 13 Fällen auf die Diagnose erbkrank im Sinne des GzVeN. Nur einmal war die Diagnose nicht sicher zu stellen und in einem anderen ausgefertigten Gutachten gab er die Empfehlung den § 1c anzuwenden. Dr. Rembold stellte in acht von zehn Fällen die Diagnose erbkrank. In einem weiteren Fall beurteilte er die Sterilisation als nicht dringend erforderlich und in

einem anderen konnte er die Diagnose nicht mit der vom Gesetz geforderten Sicherheit stellen.

88 Gutachten wurden von Ärzten, die sich auf dem Weiterbildungsstand des Assistenzarztes befanden, ausgeführt. Oberarzt Dr. Ernst wurde in einem Gutachten als Erstgutachter aufgeführt, Oberarzt Dr. Ederle dagegen führte in zehn Gutachten als Erstgutachter die Untersuchung durch. Unter zwölf Gutachten fand sich keine Angabe zum Erstgutachter.

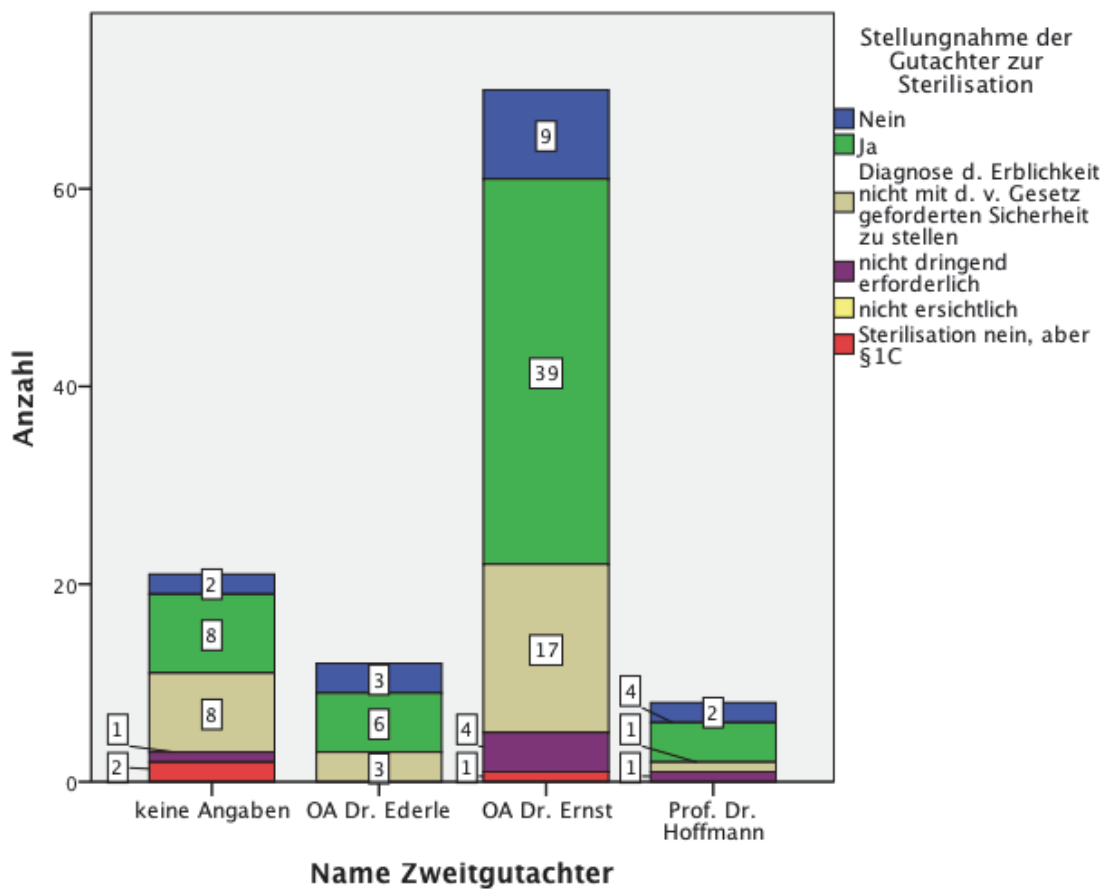


Abbildung 41: Stapeldiagramm Name Zweitgutachter gekreuzt mit Stellungnahme der Gutachter

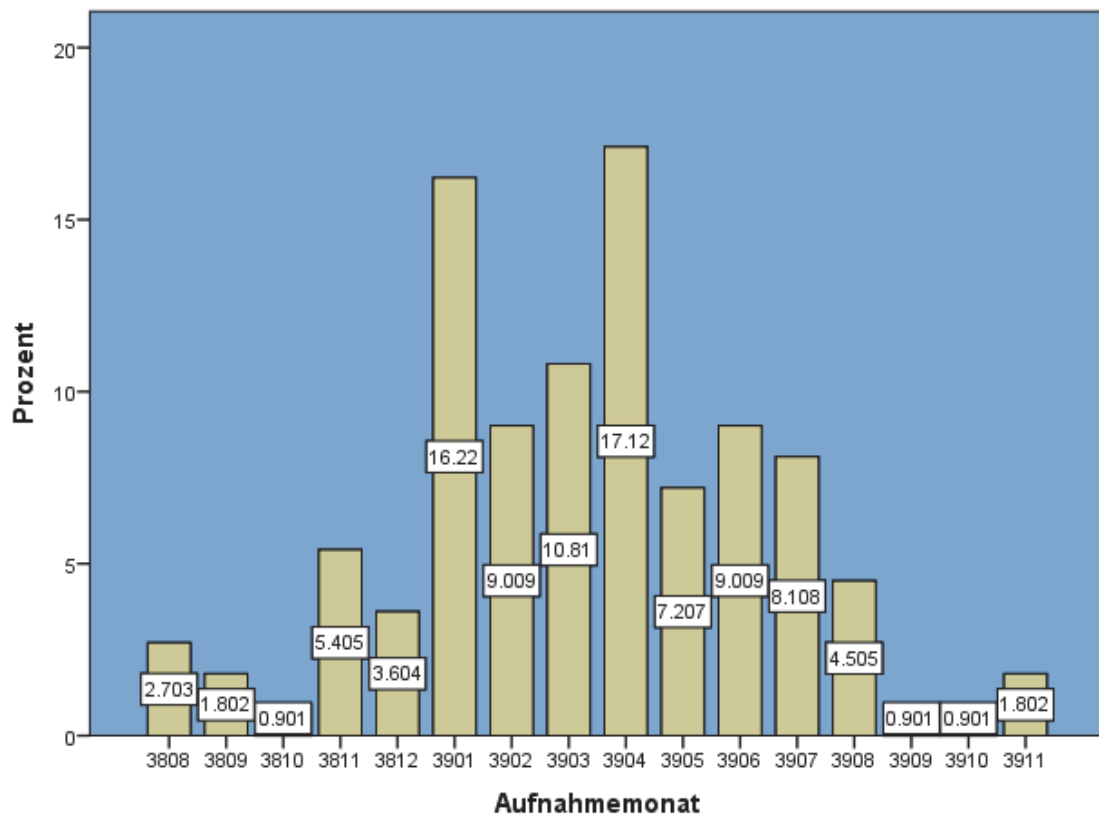
Die Namen der Zweitgutachter mit der Anzahl der von ihnen als Zweitgutachter beurteilten Gutachten sowie die darin ausgesprochenen Stellungnahmen werden in Abbildung 41 beschrieben. Bei den Zweitgutachtern handelte es sich um Ärzte in der Stellung eines Oberarztes oder des Chefarztes. In 21 Gutachten wurde kein Zweitgutachter genannt. Chefarzt Professor Dr. Hoffmann fungierte in acht Gutachten als Zweitgutachter und Oberarzt Dr. Ederle wurde in zwölf Gutachten als Zweitgutachter aufgeführt. Oberarzt Dr. Ernst war mit 70 Gutachten in der Funktion als Zweitgutachter an der Spitze. In

den Gutachten in denen Oberarzt Dr. Ernst als Zweitgutachter genannt wurde, betrug der Anteil der als erbkrank beurteilten Patienten 43 von 70 Gutachten (61,42 Prozent). Davon wurde in vier Fällen die Sterilisation als nicht dringend erforderlich erachtet. In einem Fall wurde § 1c empfohlen und bei neun begutachteten Patienten (12,85 Prozent) wurde keine Erbkrankheit diagnostiziert. Die Gutachten, die von Oberarzt Dr. Ederle in der Funktion als Zweitgutachter gegengezeichnet wurden, wurde in 50 Prozent der Gutachten eine Erbkrankheit festgestellt. Bei 25 Prozent wurde keine Erbkrankheit diagnostiziert und bei weiteren 25 Prozent war die Beurteilung bezüglich der Diagnose unsicher. In den acht Gutachten, die Professor Dr. Hoffmann als Zweitgutachter unterzeichnete, wurde sich bei 62,5 Prozent für die Diagnose Erbkrankheit ausgesprochen. Darüber hinaus war in einem Fall die Sterilisation nicht dringend erforderlich, in einem Fall war die Diagnose unsicher und in zwei Gutachten lag keine Erbkrankheit vor.

Als Schlussfolgerung dieser Betrachtung und Auswertung kann gesagt werden, dass die meisten Gutachten von Assistenzärzten durchgeführt wurden, als Zweitgutachter fungierten der Chefarzt und die Oberärzte. An erster Stelle sei hier Oberarzt Dr. Ernst aufgeführt. In einer nicht geringen Anzahl der Gutachten fand sich kein Hinweis auf den Namen eines Erstgutachters. In einigen Gutachten fehlte auch der Hinweis auf einen Zweitgutachter. Weiterhin kann anhand der Abbildungen gezeigt werden, dass die jeweiligen Ärzte unterschiedlich häufig Erbgesundheitsgutachten durchgeführt haben. Vor allem kann gezeigt werden, dass manche Ärzte eher die Diagnose erbkrank im Sinne des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses stellten als andere ihrer Kollegen, die mit dieser Diagnose eher zurückhaltend waren. Ob dies an dem jeweiligen Patientengut oder an der politischen Einstellung der jeweiligen Ärzte lag, kann aus heutiger Sicht mangels aufschlussreichen Unterlagen nicht mehr nachvollzogen werden.

3.20. Aufnahmen pro Monat im Jahr 1939

Untersucht man die die 111 bearbeiteten Sterilisationsgutachten aus dem Jahr 1939 hinsichtlich dem ursprünglichen Aufnahmemonat der Patienten, so waren bereits 16 der betroffenen Patienten im Jahr 1938 in der Universitäts-Nervenklinik aufgenommen worden. Die Gutachten dieser Patienten trugen aber ein Datum aus dem Jahr 1939 und wurden deshalb in die Auswertung miteinbezogen.



* Werte 3808 - 3812 umfassen nur die erst in 1939 erstellten Gutachten

Abbildung 42: Balkendiagramm Aufnahmen pro Monat in Prozentangaben

Die Abbildung 42 und Abbildung 43 zeigen sowohl den prozentuellen als auch den zahlenmäßigen Anteil der Patientenaufnahmen pro Monat an der Universitäts-Nervenlinik Tübingen. Eine Häufung der Patientenaufnahmen lässt sich hierbei in den Monaten Januar und April 1939 mit 16,22 Prozent (18 Aufnahmen) und 17,12 Prozent (19 Aufnahmen) der Gesamtaufnahmen erkennen. Ein klarer Einschnitt zeigt sich hingegen im September 1939, der mit nur einer Patientenaufnahme (0,9 Prozent der Gesamtaufnahmen) einen deutlichen Abfall der Aufnahmezahlen markiert. Als Grund hierfür könnte angeführt werden, dass im September der Krieg ausbrach, die Ressourcen an anderer Stelle gebraucht wurden und Hitler zur Euthanasie ermächtigte (vgl. Kapitel 1.3.4.2). So lassen sich bereits im August nur fünf Neuaufnahmen (4,50 Prozent) rückläufige Patientenzahlen ausmachen. Mit einer Aufnahme im Oktober und zwei Aufnahmen im November scheint folglich die Verordnung zum GzVeN und des Ehegesundheitsgesetzes vom 31. August 1939 klar umgesetzt. In diesem wurde, wie in Kapitel 1.3.2.4 ausgeführt, nur noch in dringlichen Fällen die Durchführung eines Erbgesundungsverfahrens

verordnet und die Einstellung bzw. die Aufschiebung, der bis dahin noch offenen Erbgesundheitsverfahren vorgeschrieben.

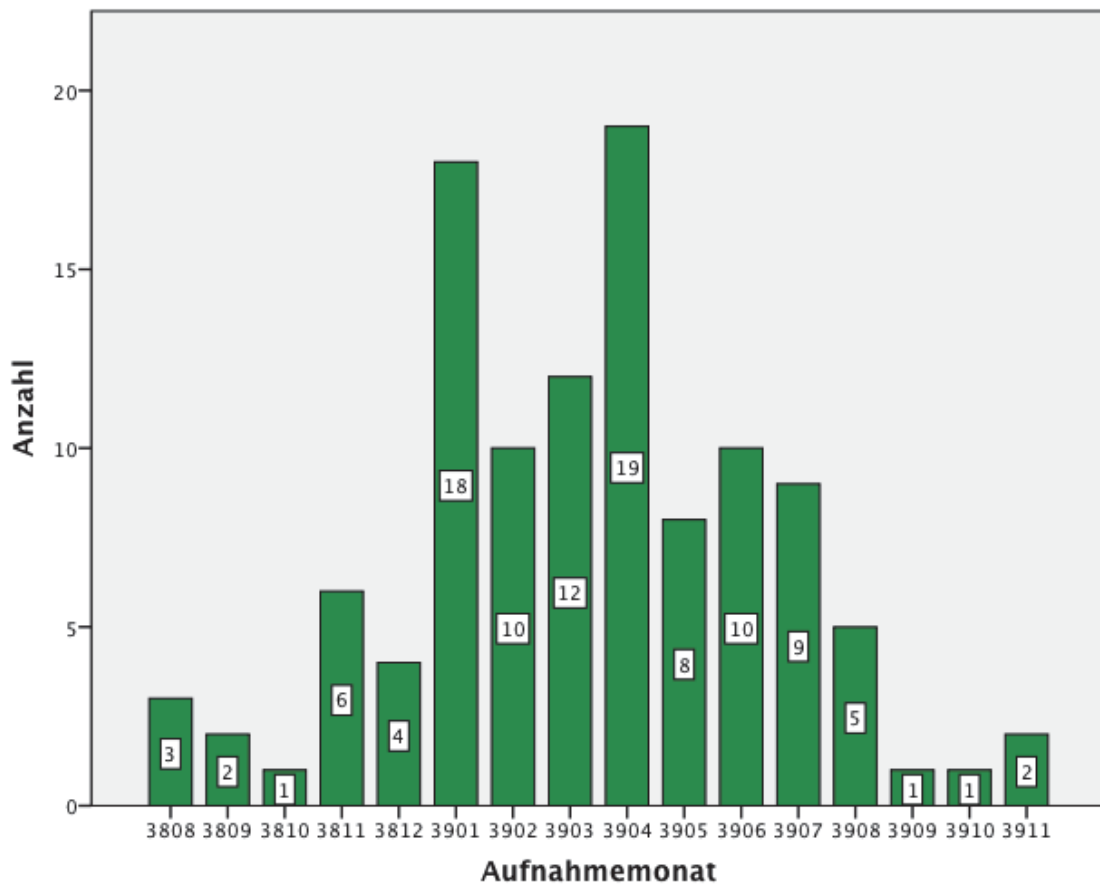


Abbildung 43: Balkendiagramm Anzahl der Aufnahmen pro Monat

Die getrennt geschlechtliche Darstellung der Aufnahmezahlen pro Monat in Abbildung 44 zeigt zudem, dass die weiblichen Patienten relativ gleichmäßig übers Jahr verteilt in die Universitäts-Nervenklinik aufgenommen wurden. Auch hier waren die starken Monate der April mit acht Aufnahmen und der Januar 1939 mit fünf Aufnahmen. Im Juli wurden nochmals vier Patientinnen und im August drei Patientinnen aufgenommen. Die letzte Aufnahme einer Frau im Jahr 1939 fand im September statt.

Bei den Männern stellt sich die Verteilung etwas anders dar. So erfolgten mit 13 Patienten viele Aufnahmen im Januar 1939. Diese Entwicklung hielt bis in den Juli mit fünf bis elf Neuaufnahmen pro Monat an. Danach kam ein starker Abfall mit zwei Patientenaufnahmen im August, keiner dagegen im September und einer Neuaufnahme im Oktober. Die letzten beiden Neuaufnahmen waren männliche Patienten im November 1939.

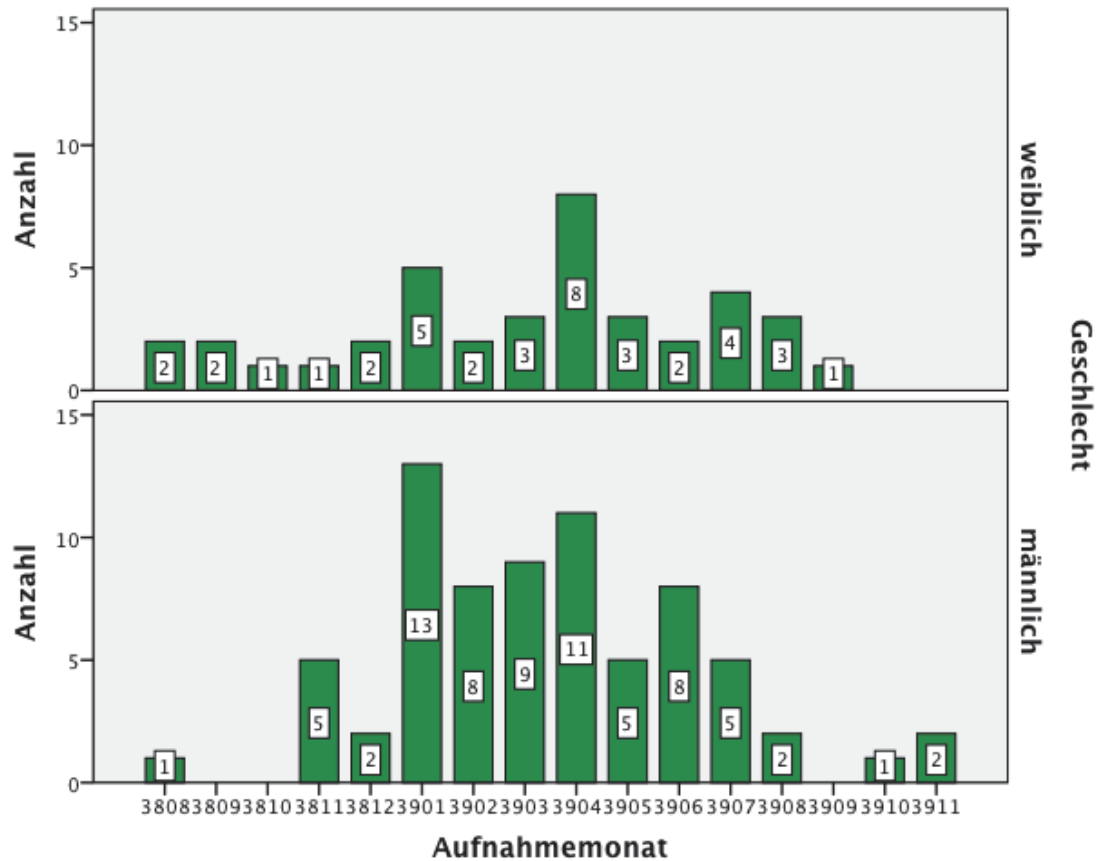


Abbildung 44: Balkendiagramm Anzahl der Aufnahmen pro Monat nach Geschlecht getrennt

In Abbildung 45 wurden die monatlichen Patientenaufnahmen in Bezug gesetzt mit der Art der Aufnahme. Somit gibt sie Aufschluss über die jeweilige Art der monatlichen Aufnahme. Wie schon in Kapitel 3.15 dargestellt, lässt sich hier zum einen die geringe Anzahl der Aufnahmen durch Vorliegen eines akuten Geschehens oder der Verlegung aus einer anderen Klinik und zum anderen den relativ hohen abgebildeten prozentualen Anteil der Einweisungen durch den Amtsarzt bestätigen. Die Patientenaufnahmen ab Juni 1939 erfolgten ausschließlich auf Einweisung eines Amtsarztes oder Truppenarztes. Einzige Ausnahme bildete der Patient, der im Juni auf freiwilliger Basis ein Erbgesundheitsgutachten durchführen ließ.

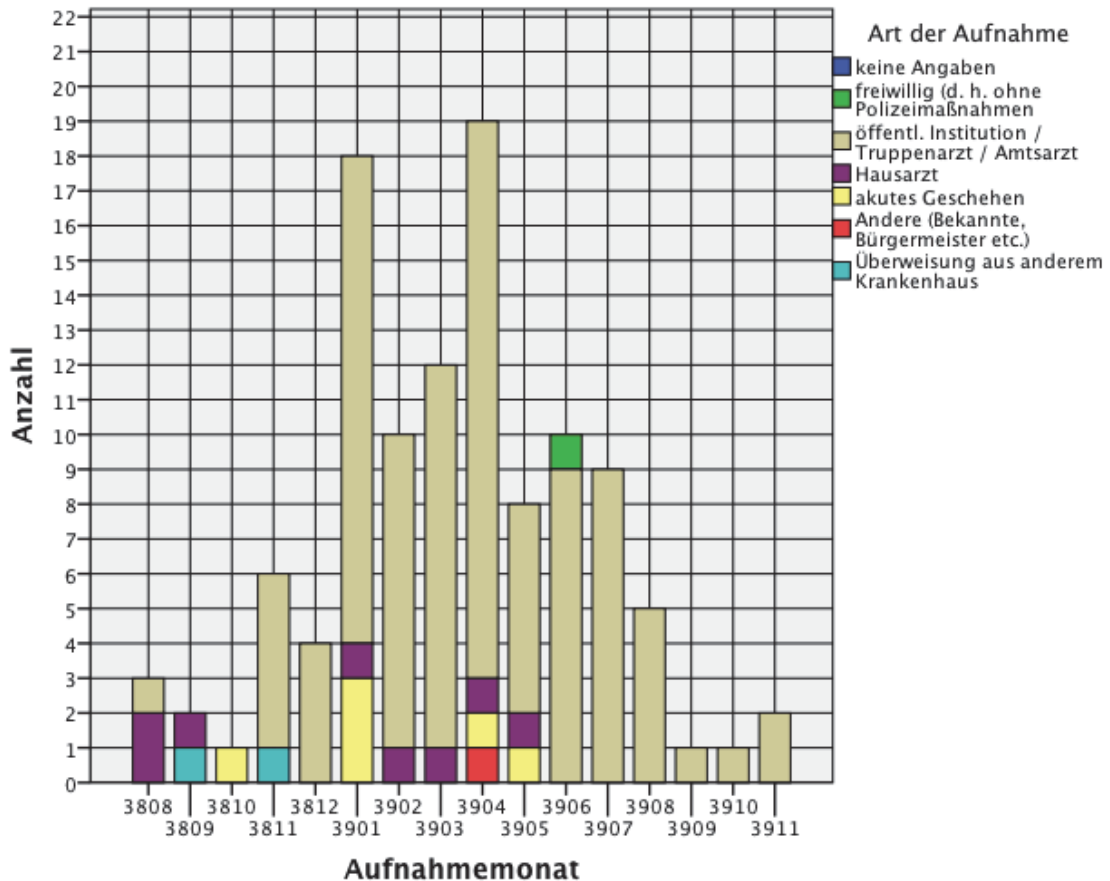
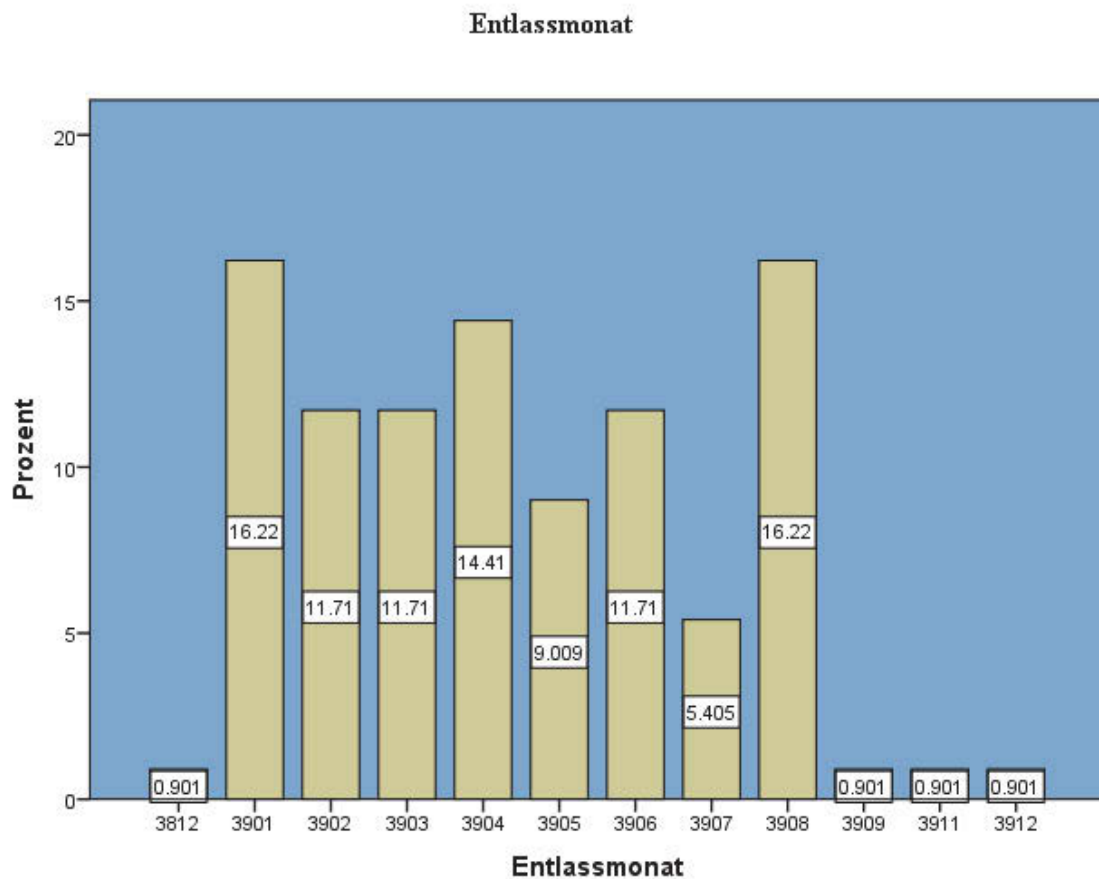


Abbildung 45: Stapeldiagramm Anzahl der Aufnahmen pro Monat mit Art der Aufnahme

3.21. Entlassungen pro Monat im Jahr 1939

Nachdem die Aufnahmen betrachtet wurden, sollen im Folgenden die Anzahl der Entlassungen pro Monat im bereits genutzten Zeitraum genauer angesehen werden (vgl. Abbildung 46). So lassen sich von Januar 1939 bis August 1939 ein relativ gleichmäßig verteilter Anteil an Entlassungen feststellen. Wie bei den Patientenaufnahmen weisen auch hier der Januar mit 18 entlassenen Patienten (16,22 Prozent) und der April mit 16 entlassenen Patienten (14,41 Prozent) Spitzenwerte auf. Jedoch auch im August wurde mit 18 Personen ein nochmals großer Anteil von 16.22 Prozent der Patienten entlassen. Dies zeigt einen Gegensatz zu den Zahlen der monatlichen Patientenaufnahmen auf, die sich August deutlich rückläufig waren. Ein deutlicher Einschnitt der monatlichen Entlassungszahlen zeigt sich aber auch ab September, von diesem Zeitpunkt an erfolgte bis in den Dezember 1939 monatlich nur noch eine Entlassung. Ausnahme bildete der Oktober, in dem keine Entlassung durchgeführt wurde.



* Wert 3812 umfasst nur das in 1939 erstellte Gutachten

Abbildung 46: Balkendiagramm mit prozentualem Anteil der Patientenentlassungen pro Monat im Jahr 1939

Unterscheidet man die Entlassungen nach Geschlechtern, wie in Abbildung 47 dargestellt, zeigt sich ein ähnliches Bild wie bei den Aufnahmen im Jahr 1939. So wurden im Januar 1939 mit zehn Männern und acht Frauen zahlreiche Patienten entlassen. Eine größere Anzahl an Entlassungen fand zudem im April statt. In diesem Monat verließen insgesamt zwölf männliche Patienten die Universitäts-Nervenklinik Tübingen. Im August folgte eine identisch große Anzahl an Entlassungen wie bereits im Januar 1939.

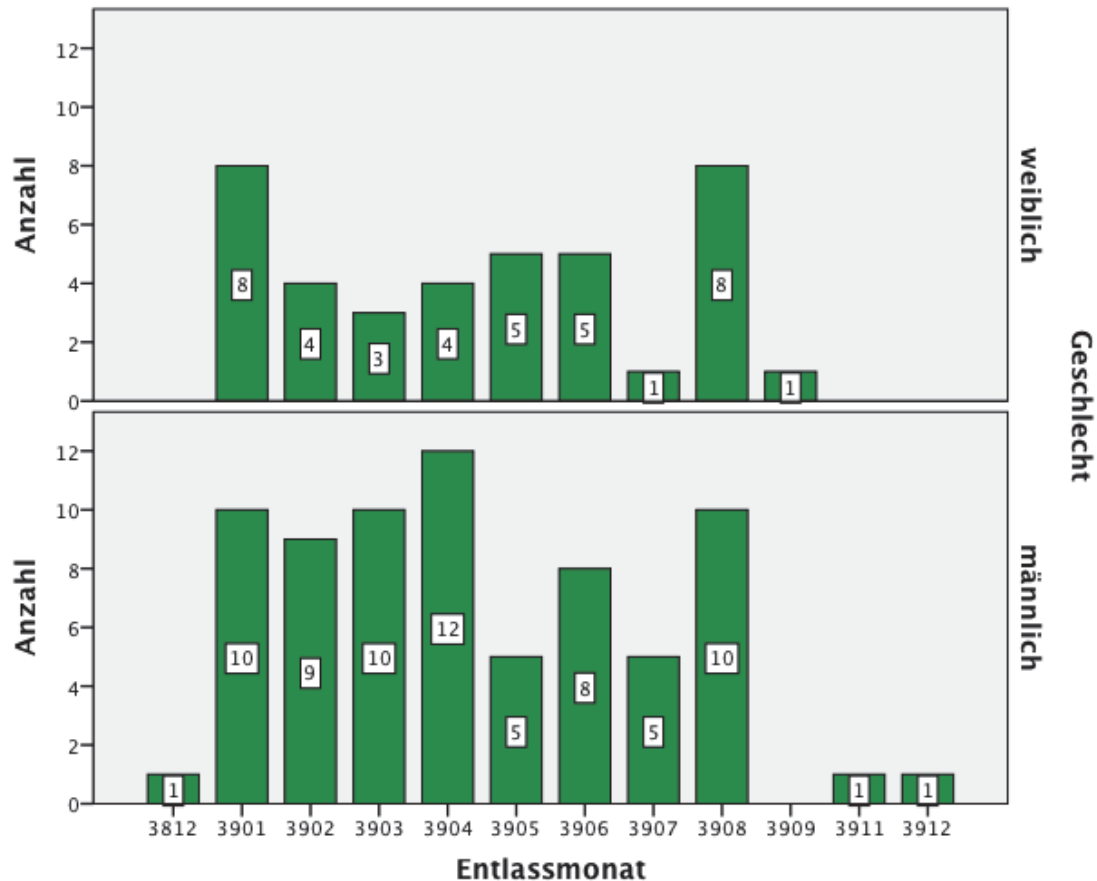


Abbildung 47: Balkendiagramm Anzahl der Entlassungen pro Monat nach Geschlechtern getrennt

3.22. Mittlere Verweildauer in Bezug zu der Beurteilung der Gutachten

Setzt man das Ergebnis der Stellungnahme der Gutachter in Bezug mit der Aufenthaltsdauer der Patienten an der Universitäts-Nervenklinik, lässt sich eine Abhängigkeit der Beurteilung der Gutachten zu der Verweildauer erkennen (vgl. Abbildung 48). Bestanden Zweifel an der Indikation zur Sterilisation oder waren sich die Gutachter sicher, dass keine Sterilisation durchgeführt werden sollte, dauerte der stationäre Aufenthalt durchschnittlich 15 bis 25 Tage. Bei Diagnosen einer sicheren Erbkrankheit im Sinne des GzVeN – und somit einer sicheren Sterilisation -, betrug die durchschnittliche Aufenthaltsdauer dagegen 51 Tage. Daraus könnte der Schluss gezogen werden, dass sich die Gutachter viel Zeit für die Diagnosestellung nahmen und Wert auf große Sorgfalt und Genauigkeit in die Durchführung der Untersuchungen legten.

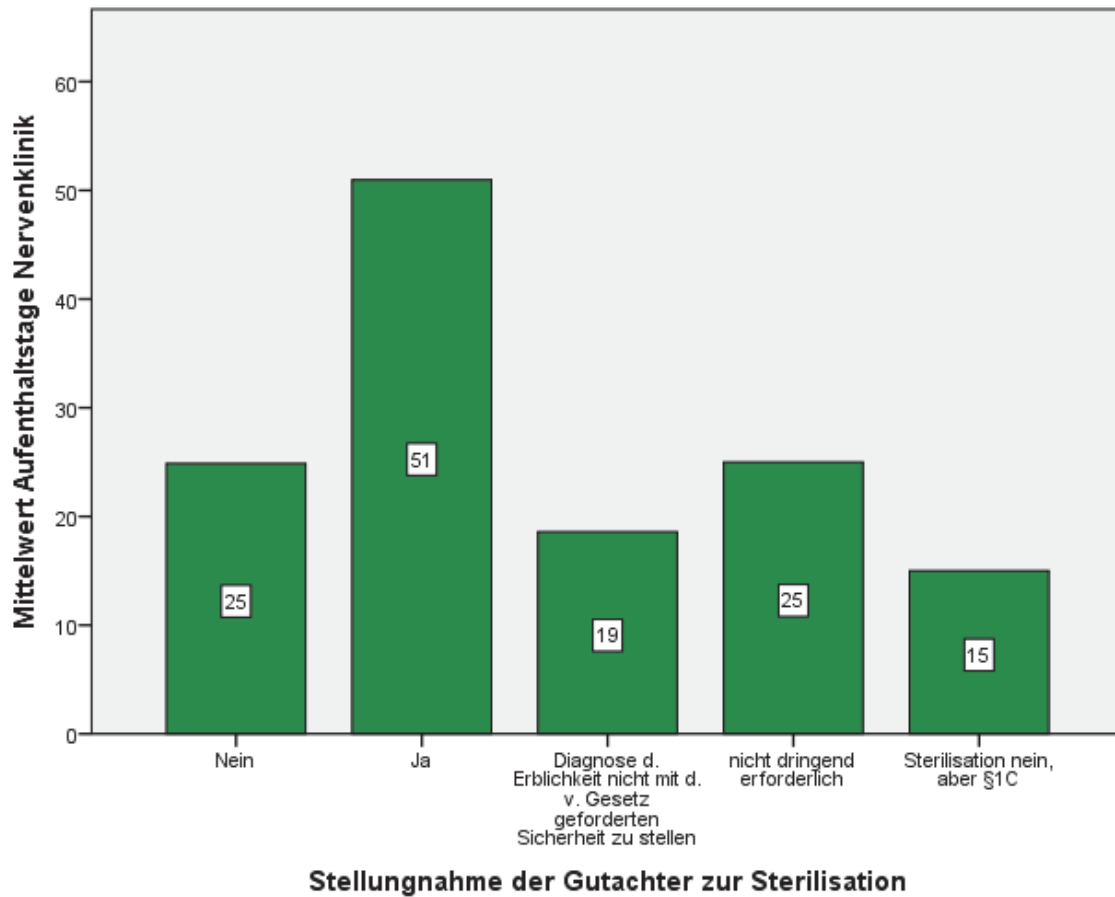


Abbildung 48: Balkendiagramm mit mittlerer Aufenthaltsdauer gekreuzt mit Stellungnahme der Gutachter

3.22.1. Mittlere Verweildauer in Bezug zu der Form der Gutachten

Wird die mittlere Verweildauer der begutachteten Patienten in der Psychiatrie Tübingen auf die Form der Gutachten bezogen (vgl. Abbildung 49), zeigt sich, dass die Patienten, deren Gutachten in Form eines Formblattgutachten dargelegt wurde, mit einem Mittelwert von 91 Tagen eine wesentlich längere Aufenthaltsdauer hatten als die Patienten, deren Gutachten in Form eines Individualgutachten verfasst wurden. Denn die Aufenthaltsdauer dieser hatte einen arithmetischen Mittelwert von 18 Tagen. Überraschenderweise betrug die Aufenthaltsdauer der mit einem Formularvordruck bewerteten Patienten also wesentlich länger als die der Patienten, deren Gutachten in Form eines frei formulierten Individualgutachtens erstellt wurde.

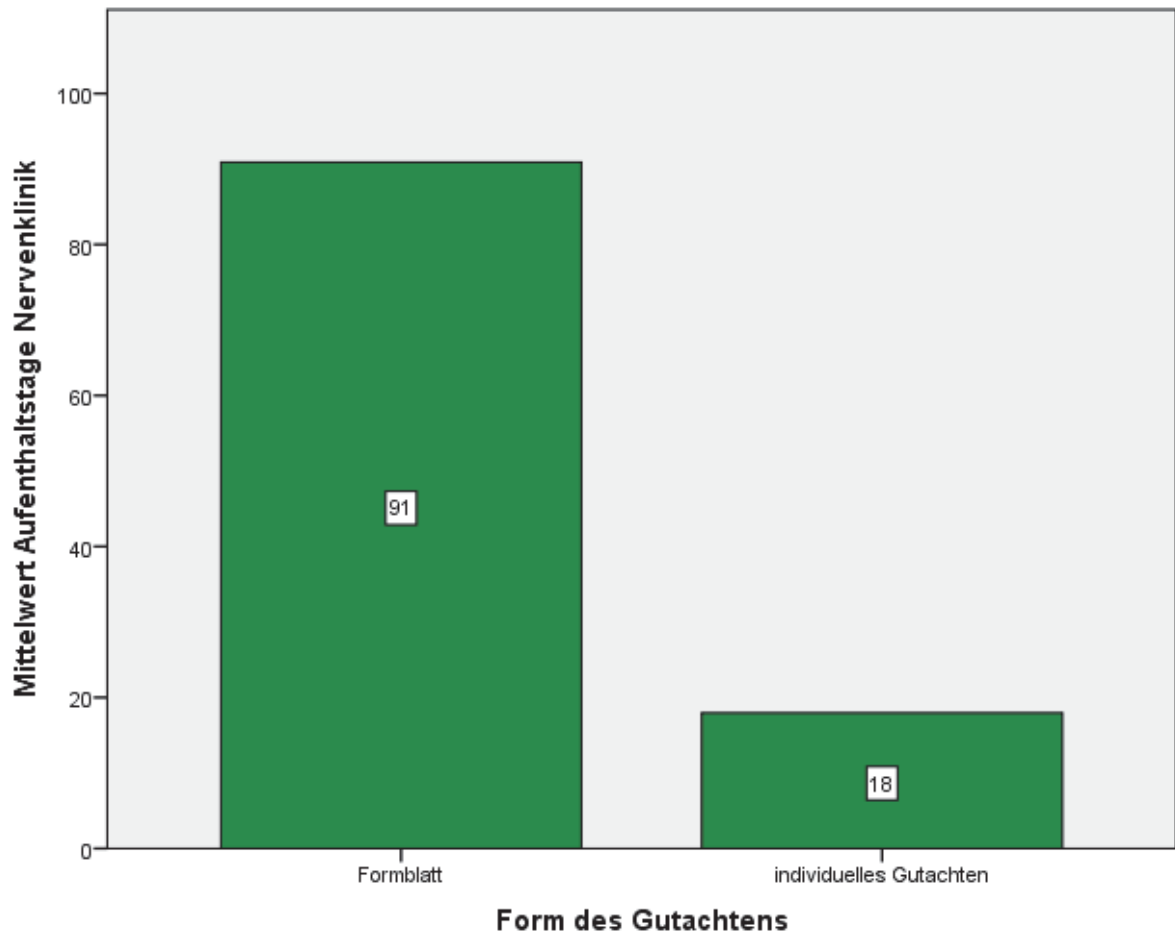


Abbildung 49: Balkendiagramm Form des Gutachtens bezogen auf die mittlere Verweildauer an Universitäts-Nervenlinik

3.22.2. Mittelwert der Tage zwischen Entlassung und Gutachtenerstellung bezogen auf die Form des Gutachtens

In Abbildung 50 wird der Mittelwert der Tage zwischen Entlassung und Gutachtenerstellung dargestellt. Miteinbezogen wurde hierbei die Gutachtenform. So zeigt sich, dass die Formblattgutachten im Mittel ca. zwei Tage vor der Entlassung oder spätestens bei der Entlassung fertiggestellt waren. Bei den Individualgutachten lag der Mittelwert der Erstellung der Gutachtens hingegen bei ca. 16 Tagen nach Entlassung aus der Nervenlinik.

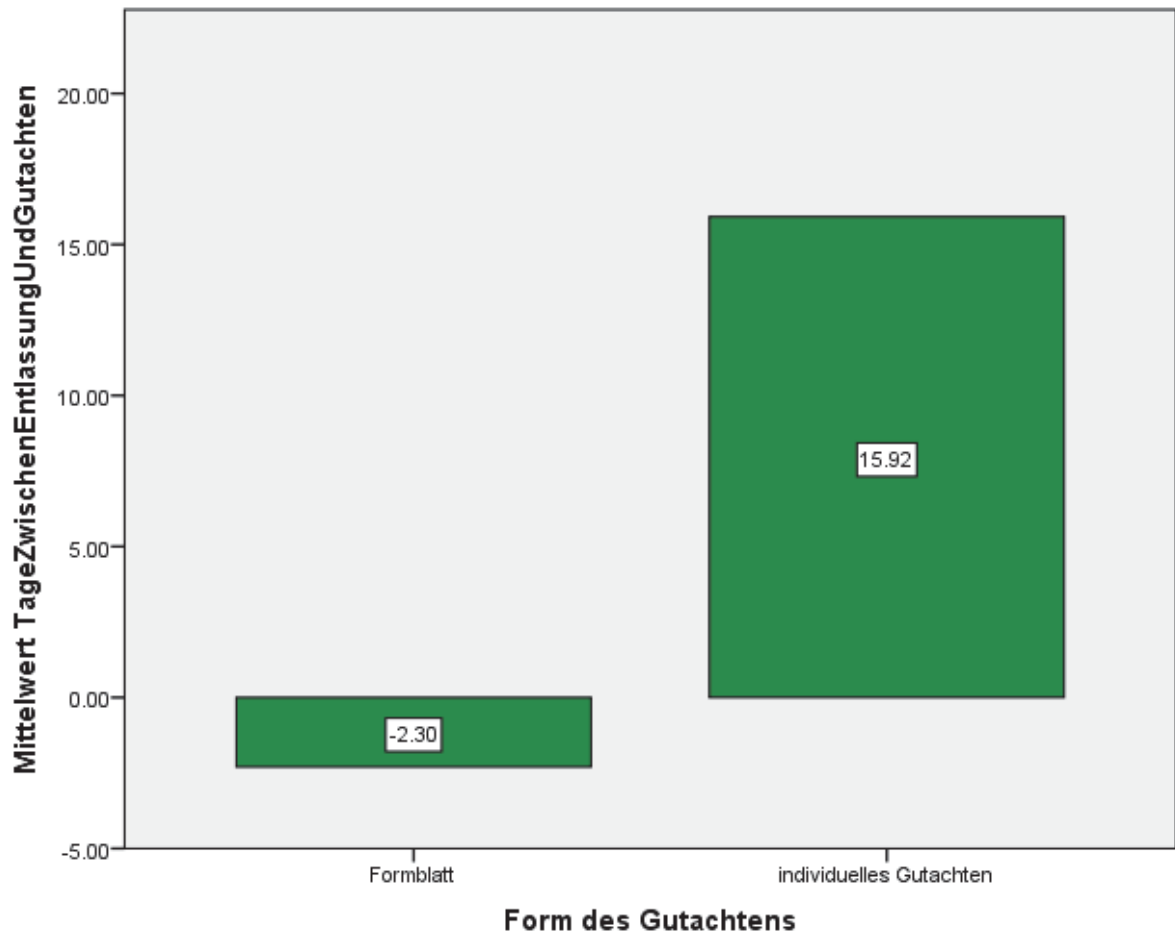


Abbildung 50: Balkendiagramm Zusammenhang zwischen Entlassung, Dauer der Gutachtenerstellung und Gutachtenform

Zur Erklärung könnte die Form des Gutachtens herangezogen werden. So war ein Formblattgutachten ein aus vier Seiten bestehender Vordruck, der zum größten Teil nur ausgefüllt werden musste. Freie Formulierungen mussten nur in wenigen Passagen ausgeführt werden. Im Gegensatz dazu bestand das Individualgutachten aus ausführlichen und frei formulierten Anamneseerhebungen, Untersuchungsbefunden, Beurteilungen etc. (vgl. Kapitel 2.1.4). Im Weiteren könnte als Erklärung die wesentlich längere Aufenthaltsdauer der anhand eines Formblatts begutachteten Patienten herangezogen werden.

3.22.3. Datum der Gutachten und Häufigkeit

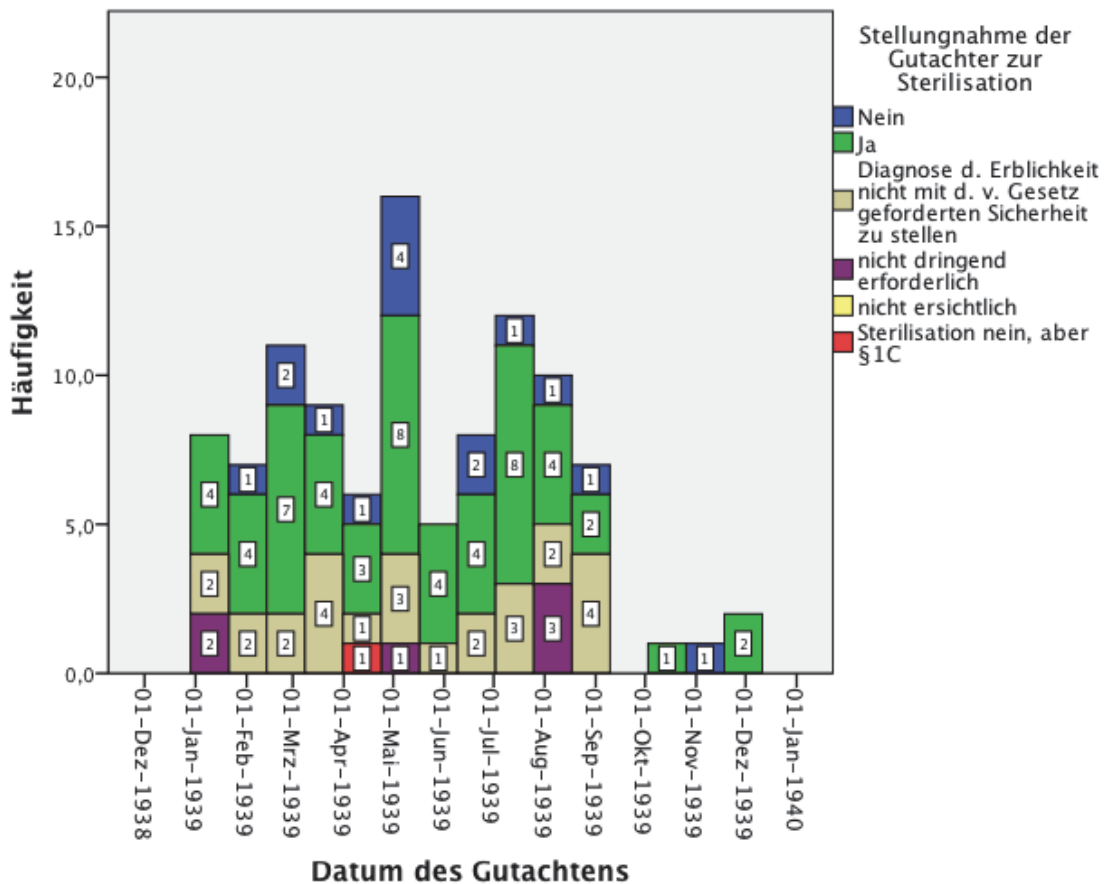


Abbildung 51: Stapeldiagramm Datum der Gutachten gekreuzt mit Anzahl und Stellungnahme der Gutachten im Jahr 1939

Abbildung 51 zeigt auf, dass im Mai 1939 mit Abstand die meisten Gutachten erstellt wurden. Obwohl einige Gutachten erst nach der Entlassung der Patienten aus der Nervenklinik erstellt wurden (vgl. Abbildung 50), zeigt sich auch hier ein markanter Einschnitt im Herbst 1939 nach der Kriegserklärung vom September.

3.23. Gerichtliche Entscheidungen

In 67 der 111 in die Auswertung einbezogenen Akten mit Sterilisationsgutachten befanden sich, wie in Abbildung 52 aufgezeigt, keine Unterlagen, die Aufschluss über einen Gerichtsbeschluss in Bezug auf die durchgeführten Gutachten enthielten. Die restlichen 44 Patientenakten enthielten jedoch mindestens einen Gerichtsbeschluss. Wurde beispielsweise durch den Betroffenen selbst oder von Angehörigen Beschwerde gegen einen Beschluss des Erbgesundheitsgericht eingelegt, befanden sich teilweise sowohl der

Beschluss des EGG als auch der Beschluss des Erbgesundheitsobergerichtes in den Unterlagen. Andere Schriftstücke und Schriftwechsel, wie bspw. persönliche Briefe oder Tagebucheintragen, waren ebenfalls in den Unterlagen zu finden. Im Falle des Vorliegens mehrerer Gerichtsbeschlüsse wurde in die Auswertung der Beschluss des höher-rangigen Gerichtes miteinbezogen.

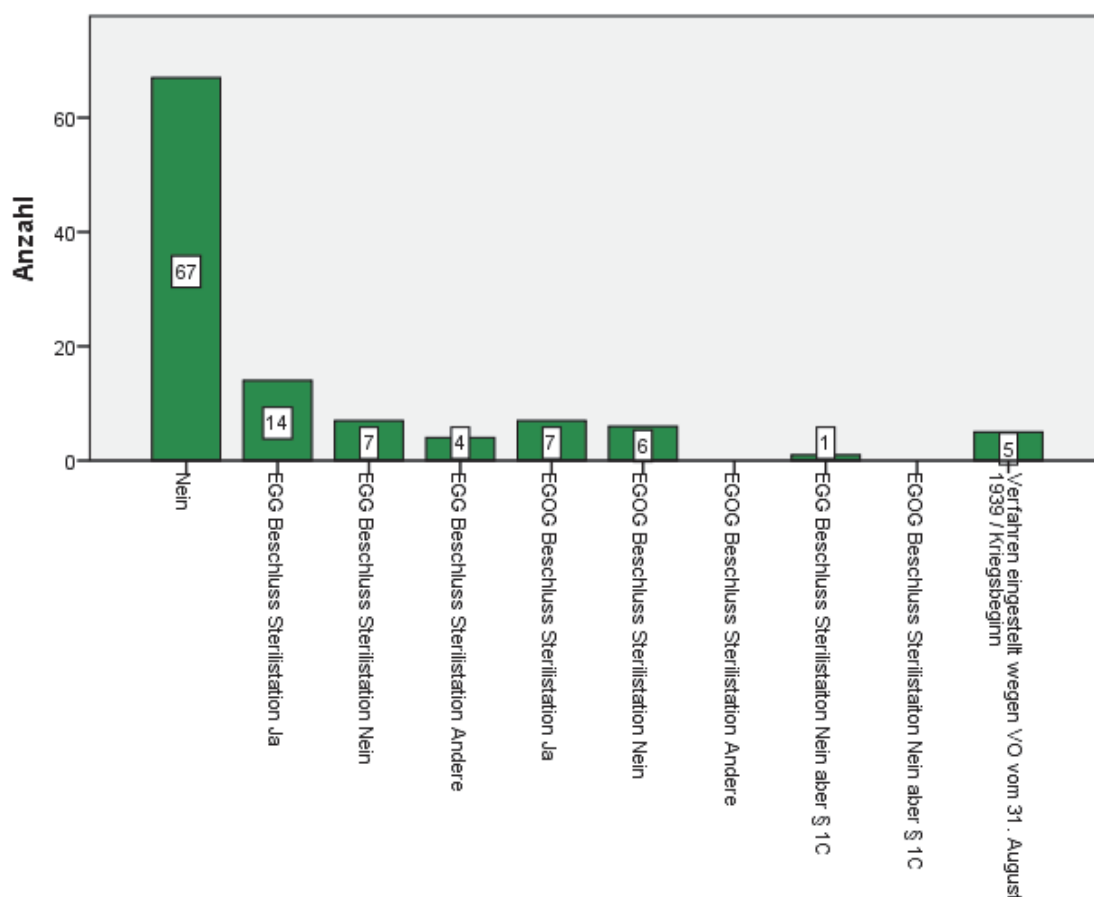


Abbildung 52: Balkendiagramm, Anzahl Akten ohne Gerichtsbeschluss, Anzahl unterschiedlicher Gerichtsbeschlüsse

Abbildung 52 bezieht sich neben der Anzahl der Akten ohne Gerichtsbeschluss auf die Anzahl der jeweiligen Gerichtsbeschlüsse. 14 Mal lautete das Urteil des zuständigen Erbgesundheitsgerichtes: erbkrank im Sinne des GzVeN, Sterilisation ist durchzuführen. Siebenmal wurde die Sterilisation durch die Erbgesundheitsgerichte abgelehnt und einmal wurde die Anwendung des § 1c des Ehegesundheitsgesetzes angeordnet. Viermal fielen andere Beschlüsse, wie zum Beispiel Unterbringung in einem Fürsorgeheim, Bestellung eines Pflegers, erneute Begutachtung zu einem späteren Zeitpunkt oder Beobachtung durch das Gesundheitsamt. In fünf Akten fanden sich zudem Beschlüsse der

Erbgesundheitsgerichte, die die Einstellung der Verfahren bzw. die Aussetzung der Verfahren auf der Grundlage der Verordnung vom 31.08.1939 betrafen. In den 13 Berufungsverfahren, in denen das EGOG nach erfolgtem Widerspruch der betroffenen Personen gegen das vom EGG gefällte Urteil zu entscheiden hatte, wurde in sieben Verfahren die Beschwerde zurückgewiesen und somit die Sterilisationsurteile der EGG bestätigt. In sechs Verfahren wurden die Urteile der EGG aufgehoben.

3.24. Gerichtliche Entscheidungen und Stellungnahmen der Gutachten

Im nächsten Schritt wurden die gerichtlichen Entscheidungen der jeweiligen Gerichte mit den Stellungnahmen der Gutachter in Bezug gesetzt.

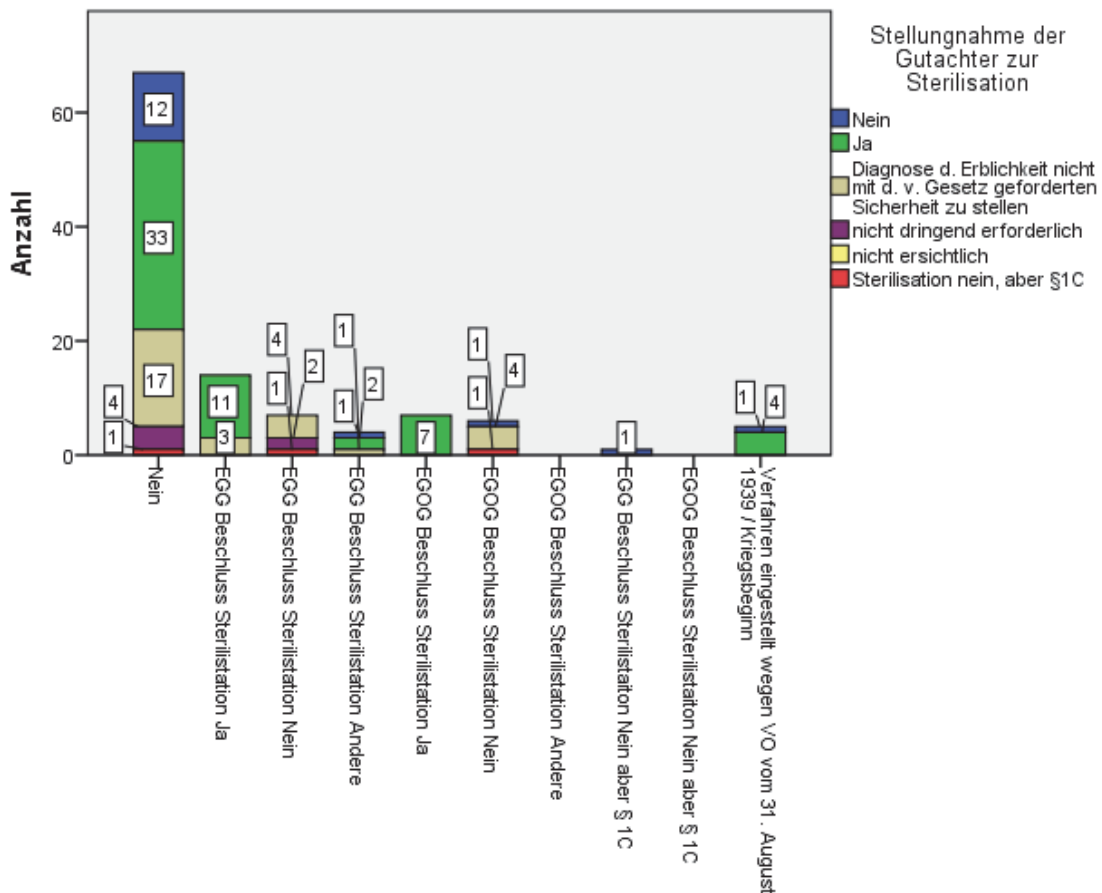


Abbildung 53: Stapeldiagramm, Gerichtsbeschlüsse in Bezug zu Stellungnahme der Gutachter

So kann aus Abbildung 53 folgende Auswertung abgeleitet werden: In den 14 Fällen, in denen das Urteil der Erbgesundheitsgerichte die Sterilisation anordnete, wurde in elf der Gutachten die Sterilisation empfohlen. In den drei weiteren Fällen konnten die Gutach-

ter die Diagnose nicht mit der vom Gesetz geforderten Sicherheit stellen. Die sieben Urteile des EGG, in denen die Sterilisation im Urteil abgelehnt wurde, wiesen auch in den Gutachten der Psychiatrie Tübingen keine Empfehlung der Sterilisation auf.

In allen sieben Fällen, in denen das Erbgesundheitsobergericht die Durchführung der Sterilisation angeordnet hatte, wurde von den Gutachtern die Sterilisation empfohlen. Auch in den sechs Fällen, in denen sich das Erbgesundheitsobergericht in seinem Urteil gegen die Sterilisation ausgesprochen hatte, war in keinem der Gutachten die Sterilisation von den Gutachtern empfohlen worden. In den fünf Fällen, die im Zuge des Ehegesundheitsgesetzes vom 31.08.1939 eingestellt bzw. ausgesetzt wurden, hatten die Gutachter viermal die Empfehlung zur Sterilisation gegeben und einmal die Sterilisation abgelehnt.

Vergleicht man die gefassten Gerichtsurteile mit den Stellungnahmen der Gutachter kann als Resümee der Auswertung ein nicht unwesentlicher Einfluss der Gutachter auf das Urteil der Erbgesundheitsgerichte und Erbgesundheitsobergerichte festgestellt werden. Anders ausgedrückt: Die Gerichte hielten sich in den meisten Fällen an die Empfehlungen der Gutachter. Damit trugen die Gutachter eine sehr große Verantwortung gegenüber den Patienten. Dass sich die Gutachter ihrer Verantwortung bewusst waren, könnte mit der Auswertung aus Kapitel 3.22 über die lange stationäre Verweildauer der Patienten belegt werden.

3.25. Stellungnahme der Patienten und Angehörigen zu den Urteilen der Erbgesundheitsgerichte

Vor dem Hintergrund, dass sich ein einziger Patient freiwillig zur Begutachtung in die Universitäts-Nervenlinik begeben hatte und sich der Großteil der Patienten infolge von Interventionen der Amts- und Truppenärzte in der Universitäts-Nervenlinik Tübingen aufhielten, ist die Frage nach der Reaktion der Patienten bzw. der Patientenangehörigen von Interesse. Wie bereits in Kapitel 3.24 beschrieben, fanden sich nur in 44 der Akten Hinweise auf die Gerichtsurteile, ob nun in Form von Urteilen der Erbgesundheitsgerichte oder von Schriftwechseln. Beschwerden oder Zustimmungen der Betroffenen zu den Gerichtsurteilen fanden sich in der gleichen Anzahl von Akten. Ohne jeglichen Hinweis auf den Gerichtsbeschluss oder auf Reaktionen der Betroffenen war der Inhalt von 67 Patientenakten.

Der eingangs erwähnte einzige Patient, der selbst beim Erbgesundheitsobergericht Stuttgart gegen das Urteil der Unfruchtbarmachung durch das Erbgesundheitsgericht Stuttgart Beschwerde eingelegt und sich auf freiwilliger Basis in die Psychiatrie begeben hatte, ist hier ein Sonderfall. So gingen dem Urteil des Erbgesundheitsgerichts zwei Begutachtungen durch andere Gutachter voraus. Über seinen Anwalt ließ er auf eigene Kosten einen Antrag beim Erbgesundheitsobergericht Stuttgart auf Begutachtung an der Universitäts-Nervenklinik Tübingen stellen. Dies ist im Patientenbeispiel 4.5 ersichtlich.

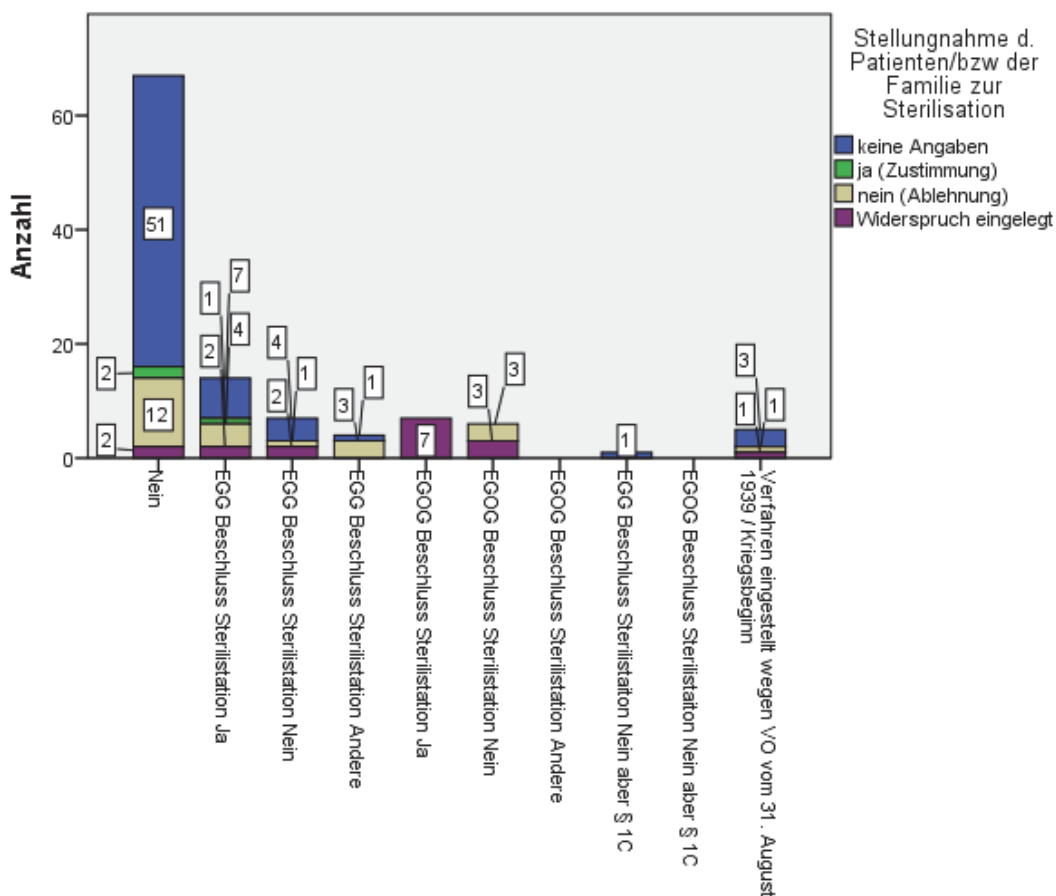


Abbildung 54: Stapeldiagramm, Gerichtsbeschlüsse und Gutachten ohne Gerichtsbeschluss in Bezug zu Stellungnahme der Patienten/Angehörigen

Das Diagramm in Abbildung 54 zeigt die Haltung der Patienten zu Gutachten und Gerichtsbeschlüssen auf. In den 67 Akten, die keinen Gerichtsbeschluss enthielten, fanden sich in 51 Akten keine Angaben zur Haltung der Patienten bzw. ihrer Angehörigen oder Familien. 14 Patienten hatten eine ablehnende Haltung gegenüber der Sterilisation – in

zwei dieser Fälle wurde von den Patienten Beschwerde eingelegt. Interessanterweise hatten zwei Patienten eine zustimmende Einstellung gegenüber der Sterilisation.

In manchen Akten fanden sich, vor allem bei Angehörigen von schwachsinnigen Patienten, Äußerungen, die einer Sterilisation aufgeschlossen gegenüber standen. Unter den 14 Fällen, in denen das EGG die Sterilisation beschlossen hatte, fand sich in sieben Akten kein Hinweis auf die Haltung der Patienten und deren Angehörigen. In sechs Fällen wurde die beschlossene Sterilisation abgelehnt. Zwei dieser Patienten hatten zudem gegen den Sterilisationsbeschluss Beschwerde eingelegt. In lediglich einer Akte wurde der angeordneten Unfruchtbarmachung zugestimmt. In vier der sieben Akten, in denen das EGG keinen Sterilisationsbeschluss ausgesprochen hatte, fanden sich keine Angaben über die Einstellung der Patienten.

Unter „anderen“ Urteilen des EGG in Erbgesundheitsverfahren waren bei einem Patienten keine Angabe zur Einstellung gegenüber der Sterilisation zu finden und in drei anderen Akten eine ablehnende Haltung. In allen sieben Fällen, in denen das EGG das Urteil zur Sterilisation getroffen hatte, wurde im Vorfeld durch die Patienten gegen den Sterilisationsbeschluss des EGG Beschwerde eingelegt. Die anderen sechs vom EGG bearbeiteten Fälle, in denen der Sterilisationsbeschluss abgelehnt wurde, fanden sich in allen Fällen von Seiten der Patienten eine ablehnende Haltung, in drei der Akten fand sich die Beschwerde gegen das Sterilisationsurteil des EGG. Keine Angabe fand sich zur Einstellung des Patienten gegenüber dem Eheverbot, das einmal vom EGG ausgesprochen wurde. Unter den Verfahren, die vor dem Hintergrund des beginnenden Krieges nach dem Ehegesundheitsgesetz vom 31. August 1939 eingestellt bzw. ausgesetzt wurden, fanden sich in drei Akten keine Angaben zur Meinung der Patienten und zweimal fanden sich Hinweise auf eine ablehnende Einstellung, davon wurde in einem Fall Widerspruch eingelegt.

Der überwiegende Teil der Akten gibt keinen Aufschluss über die Einstellung der Patienten bzw. deren Angehörigen und Familien gegenüber einer Sterilisation. In 42 Fällen konnte eine ablehnende Haltung der betroffenen Personen festgestellt werden, davon hatten 17 Personen den Mut, Widerspruch gegen die Empfehlungen der Gutachter sowie gegen gerichtlich gefällte Sterilisationsbeschlüsse einzulegen. In den 13 Fällen in denen beim EGG Beschwerde gegen das Sterilisationsurteil des EGG erhoben wurde,

bestätigte das EGOG in sieben Fällen das Urteil des EGG und wies damit die Beschwerde ab. Damit war das Urteil rechtskräftig und die Sterilisation musste meist innerhalb der folgenden 14 Tage durchgeführt werden – auch gegen den Willen des Patienten und notfalls unter Androhung von Zwang. In den anderen sechs Fällen wurde das Sterilisationsurteil des EGG aufgehoben. Daraus kann, trotz der nicht repräsentativen Anzahl der Fälle, der Schluss gezogen werden, dass ein Widerspruch beim EGOG gegen durch das EGG gefällte Sterilisationsbeschlüsse tendenziell eine beinahe 50 prozentige Chance (hier 46,15 Prozent) auf Aufhebung des Urteils aus dem Verfahren vor dem EGG hatte.

3.26. Prognose in den Gutachten

Wie bereits in den zurückliegenden Kapiteln beschrieben, gab es einige Faktoren, die die Entscheidung der Gutachter beeinflussten. Inwieweit sich die Gutachter über die aus den Gutachten resultierenden Prognosen sicher waren, lässt sich in der folgenden Abbildung 55 nachvollziehen. So waren sich die Gutachter in 76 von 111 Gutachten (68,46 Prozent) bezüglich ihrer Prognose sicher. Dementsprechend fiel auch die Stellungnahme im Gutachten aus: Von den 78 als „sicher erbkrank“ prognostizierten Erbgesundheitsgutachten wurde in 57 Gutachten (73,07 Prozent) die Diagnose „sicher erbkrank im Sinne des GzVeN“ diagnostiziert. In elf Gutachten (14,10 Prozent) waren sich die Gutachter hingegen sicher, dass keine Erbkrankheit nach den Vorgaben des GzVeN vorliegt, bei weiteren vier Gutachten (5,12 Prozent) fehlte die Sicherheit, um die Diagnose zu stellen und in anderen vier Fällen waren sich die begutachtenden Ärzte sicher, dass eine Sterilisation nicht erforderlich sei.

In den 35 Gutachten (35,53 Prozent), in denen sich die Gutachter nicht sicher waren, findet sich kein Gutachten, in dem die Gutachter die Empfehlung zur Sterilisation auf der Grundlage des Erbgesundheitsgesetzes abgegeben haben. So fehlte in 25 Gutachten (71,42 Prozent) die im Gesetz geforderte Sicherheit und in fünf Fällen (14,28 Prozent) wurde keine Erbkrankheit diagnostiziert. In zwei Gutachten (5,71 Prozent) wurde die Sterilisation als nicht dringend erforderlich betrachtet und bei drei Patienten (8,57 Prozent) wurde die Anwendung des § 1c des Ehegesundheitsgesetzes empfohlen.

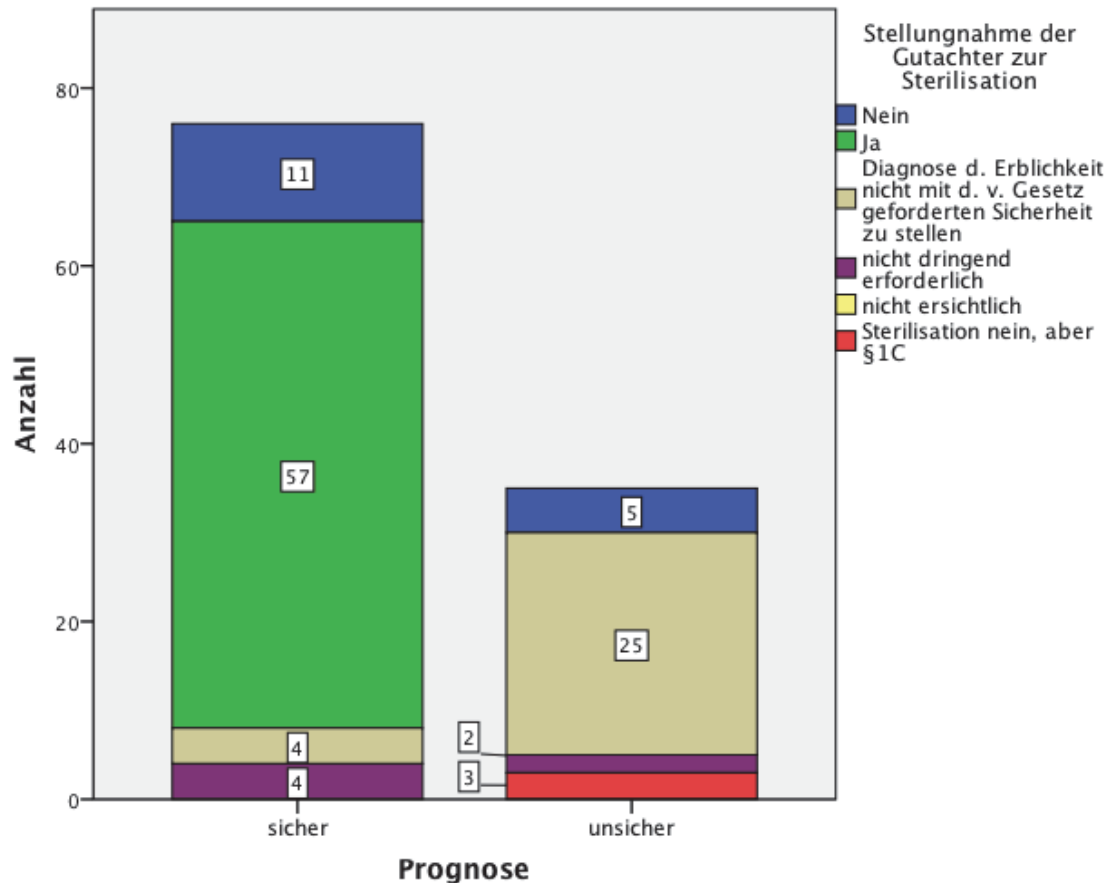


Abbildung 55: Stapeldiagramm Prognose gekreuzt mit Stellungnahme der Gutachter

In der Ausarbeitung der Erbgesundheitsgutachten sprachen sich die Gutachter in 14 Gutachten, bei denen die Diagnose nicht sicher festgestellt werden konnte, für ein erneutes Gutachten zu einem späteren Zeitpunkt aus. Bei fünf Patienten mit unsicherer Diagnose wurde die weitere Beobachtung durch das zuständige Gesundheitsamt befürwortet. Beispiele hierfür finden sich in den Patientenbeispielen 4.2 und 4.6.

Schlussfolgernd kann also gesagt werden: Waren sich die Gutachter aufgrund der Untersuchungsergebnisse sicher über die Prognose, wurde die Empfehlung zur Sterilisation ausgesprochen. In allen Erbgesundheitsgutachten, in denen die Gutachter keine sichere Prognose stellen konnten, wurde konsequenterweise auch keine Empfehlung zur Sterilisation gegeben.

3.27. Entlassung nach ...

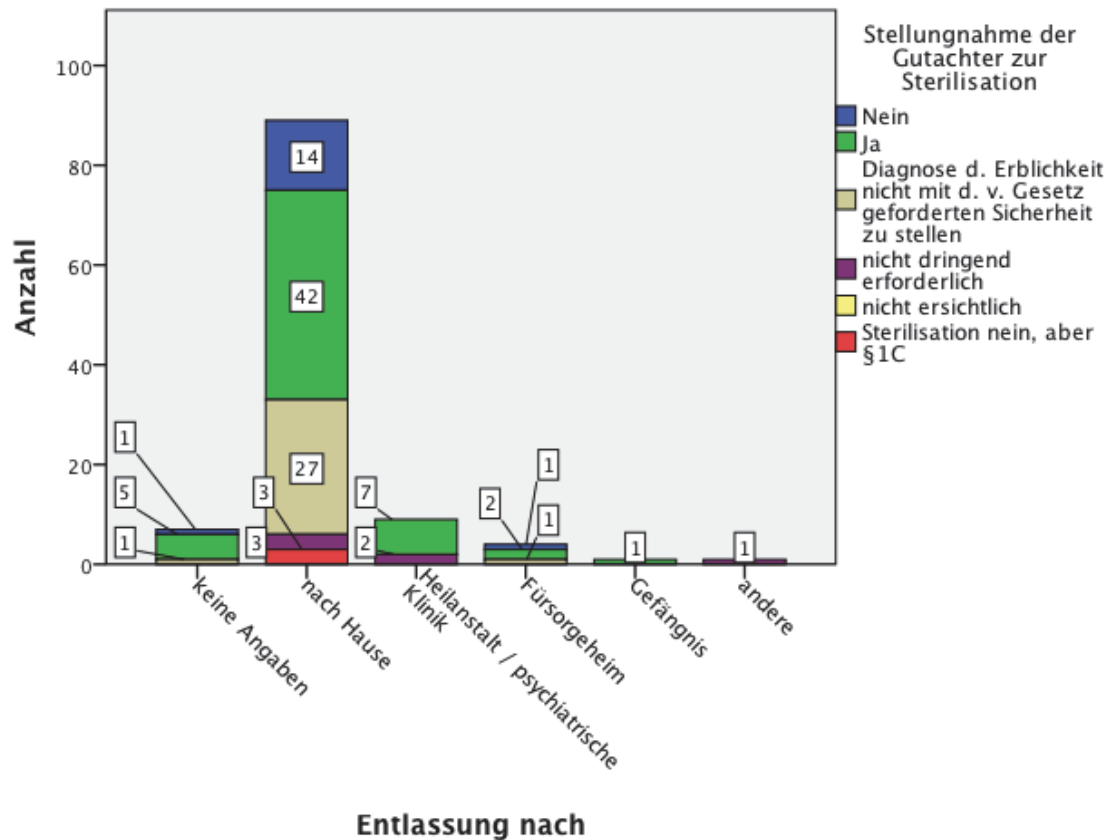


Abbildung 56: Stapeldiagramm Entlassungsort gekreuzt mit Stellungnahme der Gutachter

Mit dem GzVeN sollten vor allem die Erbkranken erfasst werden, die Zuhause lebten und deren Fortpflanzung unterbunden werden sollte. Wie in Abbildung 56 aufgeführt, wurden 89 der 111 Patienten (80,18 Prozent) und somit die große Mehrheit wieder nach Hause entlassen. Neun Patienten (8,01 Prozent) wurden in eine Heilanstalt oder psychiatrische Anstalt eingewiesen, während vier Patienten (3,6 Prozent) im Fürsorgeheim untergebracht, ein Patient (0,9 Prozent) ins Gefängnis zurückverlegt und ein Patient nach „andere“ entlassen wurde. Bei sieben Patienten (6,30 Prozent) wurden keine Angaben zur Entlassung gefunden. Die Begutachteten der Psychiatrie Tübingen entsprechen folglich dem in Kapitel 1.3.2.3 und 1.3.2.4 beschriebenen Patientenklentel, das mit dem Gesetz erreicht werden sollte.

3.28. Nationalität der begutachteten Patienten

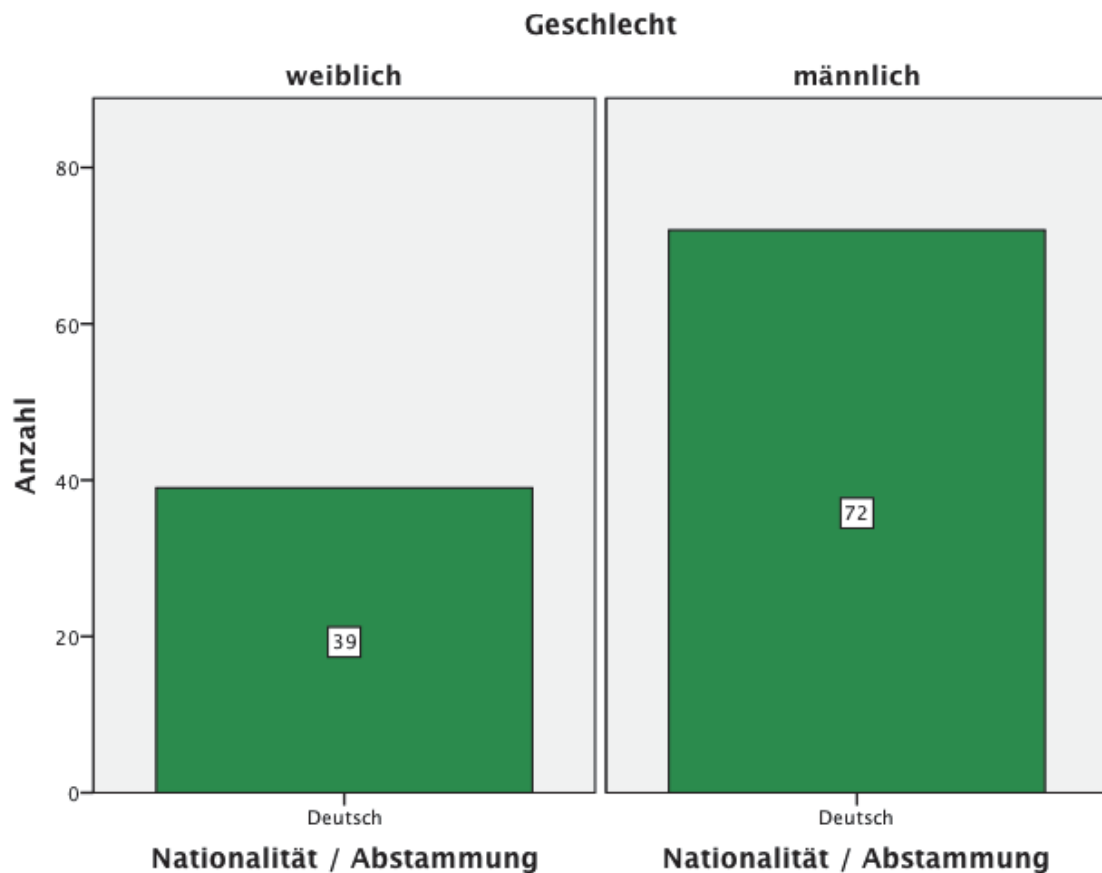


Abbildung 57: Balkendiagramm Nationalität der in den Sterilisationsgutachten begutachteten Patienten

Abbildung 57 zeigt, dass alle Patienten, die im Jahre 1939 an der Universitäts-Nervenklinik Tübingen im Rahmen des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses einem Erbgesundheitsgutachten unterzogen wurden, deutscher Herkunft waren. Wie Gisela Bock in ihren Studien zur Rassenpolitik und Frauenpolitik ausführte (vgl. Kapitel 1.3.4.1) bedeutete Rassismus nicht nur die Diskriminierung „fremder Völker“ sondern auch die Diskriminierung von „Minderwertigen“ der eigenen ethnischen Gruppe.¹³⁷ Mit der Auswertung der Frage der Nationalität der Sterilisationsgutachten im Jahr 1939 kann diese Aussage von Bock unterstrichen werden.

¹³⁷ Vgl. Bock Gisela, (1986), S.16.

4. Patientenbeispiele

Die im Folgenden vorgestellten Patientenbeispiele wurden in Grammatik, Satzzeichen und Rechtschreibung etc. den Originalen ohne Korrektur entnommen.

4.1. Patientenbeispiel 1 - Geringe Fortpflanzungsgefahr

In dem Beispiel handelt es sich um eine 34-jährige Patientin, die sich aufgrund des klinischen Verdachtes einer endogenen Depression mit stark schizophremem Einschlag bereits seit Februar 1936 in der Heilanstalt Rottenmünster befand. Im Verlauf des Aufenthaltes der jungen Frau in Rottenmünster hatte sich der seelische Zustand gebessert, weiterhin wurden Symptome beobachtet, die für das Vorliegen einer Schilddrüsenunterfunktion sprachen. Sodass vor dem Hintergrund des GzVeN die Frage geklärt werden sollte ob möglicherweise die geistige Erkrankung auf eine Schilddrüsenunterfunktion zurückzuführen sei und somit die Erblichkeit der Erkrankung ausgeschlossen werden könnte. Das an der Psychiatrie Tübingen durchgeführte Erbgesundheitsgutachten stützte sich zum einen auf ein internistisches Gutachten aus der Poliklinik Tübingen, das keinen Anhaltspunkt für das Vorliegen einer Schilddrüsenunterfunktion lieferte, weiterhin auf die durchgeführten neurologischen und psychiatrischen Untersuchungen in der eigenen Abteilung und zusätzlich zur Einschätzung des Fortpflanzungsrisikos auf die Stellungnahme des Chefarztes der Frauenklinik. Aufgrund der sich aus dem Vergleich der Untersuchungsbefunde ergebenden Diagnose sowie der als gering geltenden Fortpflanzungsgefahr und dem Hinweis auf ein erhöhtes Operationsrisikos bei erheblicher Fettsucht, legte der Gutachter die Entscheidung über die Unfruchtbarmachung in das Ermessen des Gerichts. Die Patientin wurde anschließend nach Hause entlassen. Im Folgenden finden sich Auszüge aus dem Gutachten im Originaltext¹³⁸:

Fachärztliches Gutachten

Dem Erbgesundheitsgericht Ellwangen erstatte ich im Auftrag der Direktion der Universitäts-Nervenklinik Tübingen über Frl. H. nachstehendes fachärztliches Gutachten,

¹³⁸ UAT Signatur 669/8549.

in welchen erörtert werden soll ob die geistige Erkrankung derselben auf eine Unterfunktion der Schilddrüse (Myxödem) zurückzuführen ist.

Das Gutachten stützt sich auf die Kenntnis der vom Gericht übersandten Akten, die Kenntnis der Krankengeschichte der Heilanstalt Rottermünster sowie das Ergebnis der Untersuchungen und Beobachtungen in unserer Klinik, in welcher Obengenannte vom 14.8.35. - 18.2.36 und vom 13.12.38. - 1.1.39. aufgenommen war.

[...]

Beurteilung

Die eingehende internistische Untersuchung in der Medizinischen Poliklinik Tübingen im Dezember 1938 ergab keinen Anhaltspunkt für das Vorliegen eines Myxödems. Es wurde auf die ausführliche Begründung dieses Gutachtens verwiesen.

Es ist nun noch zu der Frage Stellung zu nehmen, ob vielleicht die Behandlung mit Thyreoidin in der Heilanstalt Rottenmünster Symptome eines evtl. Myxödems verwischt hat. Aber auch diese Möglichkeit kann mit sehr grosser Wahrscheinlichkeit abgelehnt werden, da aus der Krankengeschichte der Anstalt Rottenmünster hervorgeht, dass die körperlichen Erscheinungen während des gesamten Anstaltsaufenthaltes gleich geblieben sind. Noch in einem Eintrag vom 13.12.1938, also kurz vor der Untersuchung in der Medizinischen Poliklinik, wurden die angeblichen Myxödemsymptome besonders hervorgehoben.

Es wäre fernerhin denkbar, dass die seelischen Störungen, obwohl das körperliche Erscheinungsbild keine Myxödemsymptome aufweist trotzdem auf Störungen der Schilddrüsenfunktion beruhen. Diese Behauptung wäre wahrscheinlich, wenn sich die seelischen Störungen nach Gaben von Schilddrüsensubstanz (Thyreoidin) zurückgebildet hätten. Aus der Krankengeschichte der Anstalt Rottenmünster geht aber hervor, dass die Thyreoidingaben ohne Einfluss auf das psychische Befinden der Kranken geblieben sind.

Eine Anfang Januar 1937 begonnene Thyreoidinkur, über deren Umfang und Dauer keine Aufzeichnungen gemacht wurden, änderte das krankhafte psychische Bild nicht. Eine zweite Thyreoidinkur wurde erst begonnen - am 20.10.1938 - nachdem in dem seelischen Befinden von Frl. H. eine weitgehende Besserung seit etwa August 1938 eingetreten war.

treten war. Auch der beträchtliche Anstieg des Körpergewichtes, der unter Thyreoidin denkbar wäre, fällt in die Zeit vor der Verabreichung des Thyreoidins.

Das psychische Verhalten von Frl. H. zeigt jetzt sowohl als auch bei den recht eingehenden Untersuchungen während des ersten Klinikaufenthaltes im Jahre 1935/36 keinen organischen Charakter etwa im Sinne einer Myxödempsychose. Während 1935 depressive Züge im Vordergrund standen, bietet Frl. H. heute mehr ein schizophrenes Bild, welches charakterisiert wird durch Beeinflussungserlebnisse, Gedankenlautwerden und Halluzinationen bei flachem, farblosem Affekt, Antriebsarmut und Mangel an Spontanität.

Zusammenfassend kommen wir zu dem Ergebnis, dass die Annahme der Heilanstalt Rottenmünster, die geistigen Störungen der Frl. H. beruhen auf einer Unterfunktion der Schilddrüse (Myxödem), durch die Anamnese, die internistische und die wiederholten psychiatrischen neurologischen Untersuchungen widerlegt werden konnte. Ein Zusammenhang zwischen Gaben von Schilddrüsensubstanz und Abklingen der Psychose besteht, soweit wir aus den Aufzeichnungen der Heilanstalt Rottenmünster entnehmen konnten, nicht.

Frl. H. leidet an einer geistigen Störung, die sowohl Zeichen einer zirkulären, als auch einer schizophrenen Erkrankung aufweisen. Z.Zt. stehen schizophrene Züge im Vordergrund. Es handelt sich aber zweifellos um eine erbbedingte endogene Psychose in einer Form, wie sie als solche nicht selten beobachtet wird. Die Voraussetzungen für die Annahme einer Krankheit im Sinne des Erbgesundheitsgesetzes (Schizophrenie) sind somit gegeben.

Die Fortpflanzungsgefahr halten wir allerdings bei Frl. H. für gering. Wir verweisen auf die Stellungnahme von Herrn Prof. Maier (siehe beiliegendes Schreiben). Vor der Überführung nach Rottenmünster handelt es sich bei Frl. H. noch um eine *Virgo intacta*, wie damals durch eine Untersuchung in der hiesigen Frauenklinik festgestellt wurde. Es ist wohl kaum anzunehmen, dass seither Verkehr erfolgte, da Frl. H. bis heute sich ununterbrochen in einer geschlossenen Anstalt befunden hat. An den Angaben der Kranken, noch niemals Geschlechtsverkehr gehabt zu haben, ist deshalb nicht zu zweifeln. Eine Operation halten wir ausserdem bei der recht erheblichen Fettsucht für

nicht ungefährlich. Wir stellen deshalb die Entscheidung, ob unter diesen Umständen die Unfruchtbarmachung durchgeführt werden soll, in das Ermessen des Gerichtes.

Die geistige Erkrankung ist jetzt soweit abgeklungen, dass bei verständnisvoller häuslicher Pflege die Anstaltsunterbringung nicht mehr erforderlich ist.

Tübingen den 17.01.1939

Das nachfolgende Urteil des EGG Ellwangen im Originaltext übernommen:

Erbgesundheitsgericht Ellwangen (Jagst)

Beschluss vom 2.03.1939

In der Erbgesundheitsache der 34-Jährigen Patientin H. hat das Erbgesundheitsgericht Ellwangen (Jagst) in der Sitzung vom 2.März 1939 in Schwäb.Gmünd für Recht erkannt.

In Sachen der H. wird von der Anordnung der Sterilisierung abgesehen.

Gründe

Nach dem Gutachten der Universitäts-Nervenlinik Tübingen leidet H. an einer geistigen Störung, die sowohl Zeichen einer zirkulären als auch einer schizophrenen Erkrankung aufweist; zur Zeit stehen schizophrene Züge im Vordergrund. Es handelt sich zweifellos um eine erbbedingte, endogene Psychose. Die Voraussetzungen für die Annahme einer Erbkrankheit im Sinne des Erbgesundheitsgesetzes sind gegeben. Allein nach dem Gutachten der Universitäts-Frauenklinik Tübingen wurde eine erhebliche Unterentwicklung der Gebärmutter festgestellt und muss auch eine Disfunktion des Eierstocks angenommen werden, so dass eine Konzeptionsfähigkeit nicht wahrscheinlich ist. Angesichts der gesamten Verhältnisse und des körperlichen und geistigen Zustandes der Erbkranken erscheint nach den Äusserungen der Universitäts-Frauenklinik und der Universitäts-Nervenlinik Tübingen wie auch insbesondere nach der Überzeugung des Erbgesundheitsgerichts die Gefahr einer Konzeption vorliegendenfalls minimal und praktisch geradezu gleich Null. Es wurde daher von der Anordnung der Unfruchtbarmachung Abstand genommen.

Ellwangen den 20.03.1939

[...]

4.2. Patientenbeispiel 2 – Unsichere (Nach-)Begutachtung

Beispiel für eine Begutachtung deren Beurteilung nicht mit der vom GzVeN geforderten Sicherheit getroffen werden konnte. Es folgte die Empfehlung einer Nachbegutachtung mit zwei bis dreijährigem Abstand.

Am Beispiel des Erbgesundheitsgutachtens¹³⁹ einer 16-jährigen Hilfsarbeiterin sollen die Kriterien, die zur Entscheidungsfindung beitrugen aufgezeigt werden. In diesem Gutachten kann das gegeneinander Abwägen der einflussnehmenden Kriterien nachvollzogen werden. Die Unsicherheit der Festlegung der Diagnose, das Risiko der Fortpflanzung bei entsprechendem Alter, die Familienanamnese und die soziale Schichtzugehörigkeit. Auf der einen Seite die von der Gesundheitspflegerin der sozialen Unterschicht zugehörig eingestuften Familie, mit einer als sexuell haltlos bezeichneten Mutter von vier Kindern bei drei verschiedenen Vätern, und den Hinweisen auf die familiäre Abstammung der Mutter mit einem alkoholkranken, aggressiven Vater. Über die familiäre Abstammung des verstorbenen Vaters der Patientin waren zu wenig Informationen vorhanden. Körperlicher und psychischer Befund, Intelligenzprüfung, körperliche Entwicklung, schulischer und beruflicher Werdegang sowie das soziale Verhalten der Patientin wurden mitberücksichtigt. Auf der anderen Seite die erhobenen Befunde der Patientin selbst, die zum Zeitpunkt der Begutachtung eher positiv bewertet wurden und der Gutachter auch noch keine Aussagen über die weitere Entwicklung der sozialen Kompetenz und der Charaktereigenschaften machen konnte. Infolge dessen wurde ein abwartendes Verhalten und eine Nachbegutachtung nach Abschluss der Entwicklung empfohlen. Dieses Beispiel kann auch die eher zurückhaltende und vorsichtige Begutachtungspraxis an der Psychiatrie Tübingen belegen.

¹³⁹ UAT-Signatur 669/8990.

Fachärztliches Gutachten

Dem Erbgesundheitsgericht Balingen erstatte ich im Auftrag der Universitäts-Nervenklinik Tübingen über die 16-Jährige A., nachstehendes fachärztliches Gutachten, in welchem erörtert werden soll, ob diese an angeborenem Schwachsinn leidet. Das Gutachten stützt sich auf die Kenntnisse der vom Gericht übersandten Akten, sowie das Ergebnis der Untersuchungen und Beobachtungen in unserer Klinik, in welcher Oben genannte vom 5.-10.06.1939 aufgenommen war.

Vorgeschichte

Die Kenntnis der Akten wird vorausgesetzt.

Angaben der Mutter

A. ist ein uneheliches Zwillingkind, der Zwillingbruder, über den die Akten ausreichend Unterlagen vermitteln, befindet sich in der Fürsorgeanstalt Schelklingen.

Der Vater starb 32-Jährig an Tbc. Als A. geboren wurde, war er bei der Reichswehr. Aus dieser musste er, aus der Mutter unbekanntem Gründen, ausscheiden. Die Mutter machte noch Andeutungen, dass die Eltern des Vaters der A. Stiefgeschwister oder sogar Bruder und Schwester gewesen seien. Dieser Frage müsste u.E. noch weiter nachgegangen werden. Die Mutter hat 4 Kinder von 3 verschiedenen Vätern, ein Kind ist gestorben.

Die Mutter lebt mit A., dem jüngsten Kind, bei den Eltern in Schweningen. Der Vater des jüngsten Kindes ist angeblich wegen Alkoholismus sterilisiert und befindet sich jetzt in der Nervenabteilung des Krankenhauses Sigmaringen. Der Vater der Mutter habe am Wochenende etwas getrunken und früher auch seine Frau geschlagen. Die Mutter selbst hat 4 verstorbene Geschwister. Die Todesursachen sind ihr unbekannt.

A. wurde nach ihrem Bruder in Steisslage geboren. Die Geburt selbst erfolgte ohne Schädigung für das Kind. Sie wurde 3 Monate gestillt. lernte mit 3/4 Jahren laufen, fing mit 1 Jahr an zu sprechen und war mit 1 1/2 Jahren sauber. Im 4. Lebensjahr hatte sie Masern, etwa im 5ten Lebensjahr war sie nachts ängstlich, schreckte häufig auf und rief nach der Mutter. Im Vorschulalter habe sie schön mit Puppen gespielt. Während der Schulzeit im Alter von 11 oder 12 Jahren habe sie Schmerzen in den Beinen bekommen und lag wegen Poliomyelitisverdacht im Krankenhaus Schweningen. Sie wurde nach 3

Wochen völlig gesund und ohne Gehbeschwerden entlassen. Über die Erkrankung selbst werden von der Mutter nur unbestimmte Angaben gemacht. Fieber soll angeblich nicht bestanden haben.

Bereits im Vorschulalter habe A. sehr hübsch mit Puppen gespielt. In der Schule hatte sie immer Anschluss an andere Kinder. Sie sei besonders schlecht im Rechnen und im Lesen gewesen. Es sei ihr nicht in den Kopf gegangen.

Die Menarche erfolgte mit 14 Jahren, die Menstruation ist seither nicht regelmäßig, in Abständen von 2 - 4 Wochen, 4 Tage lang, ohne besondere Beschwerden.

Nach der Schule war A. 3 Monate in einer Schuhfabrik in Schwenningen beschäftigt. Anschliessend ging sie nach Burladingen zur Landhilfe zu den Grosseltern des lebenden Bruders. Diese Grosseltern verschafften ihr dann eine Stelle in einer Trikotfabrik in Burladingen, wo sie bis heute arbeitet.

Die Mutter schildert A. als lebhaft und immer vergnügt, sie sei nicht schwer erziehbar gewesen, sei manchmal etwas empfindlich; eine Zeit lang habe sie mit einer charakterlich nicht einwandfreien Freundin Umgang gepflegt. Sie sei im BDM und beteiligte sich regelmässig am Dienst. Die Mutter glaubt nicht, dass A. irgendwelche sexuellen Beziehungen zu Männern hat.

Die Mutter macht auf uns einen unordentlichen und unsauberen Eindruck. Ihre Angaben mache sie nur auf besondere Fragen.

A. selbst bestätigt im Grossen und Ganzen die Angaben der Mutter. Geschlechtliche Beziehungen zu dem Bruder lehnt sie entschieden ab. Sie gibt zu, dass sie in der Schule schlecht gelernt habe. Über den Sinn der Beobachtung in der Klinik ist sie nicht orientiert, anscheinend wurde sie absichtlich im Unklaren gelassen. Über ihre schulischen Misserfolge sei sie stets etwas gedrückt gewesen und habe deswegen häufig geweint. Die Schulaufgaben habe sie stets zusammen mit einer 3 Jahre jüngeren Cousine gemacht. Von der Mutter sei sie kaum unterstützt worden. Die Arbeitszeit in der Fabrik betrage 10 Stunden. Sie arbeite gleich schnell wie die andern und verdiene auch so viel. Sie nähe an der Maschine und sei gerne in dieser Fabrik. Sie fahre täglich mit dem Zug nach Burladingen und zurück. Ihre Freizeit verbringe sie neben dem BDM mit einer Freundin, die Hausgehilfin in Hechingen sei. Sonntags gehe sie mit dieser spazieren oder ins Kino. Mit der Mutter und Grossmutter komme sie gut aus, aber nicht mit einer

Schwester der Mutter, die im gleichen Haus wohnt und sich in schulmeisterlicher Weise in ihre Angelegenheiten mische. Wöchentlich erhalte sie 1 Mark Taschengeld. Engere Beziehungen zu Männern werden abgelehnt, sie „schwätze“ hin und wieder mit den Jungens, die früher mit ihr in der Klasse waren. Sie beabsichtigt am 1. April 1940 in den Reichsarbeitsdienst einzutreten, sie habe sich schon gemeldet und möchte beim Arbeitsdienst einen Lebensberuf finden.

Körperlicher Befund

Grösse 153cm, Gewicht 50 Kilogramm, vorwiegend pyknische Körperbauform, guter Ernährungs- und Kräftezustand, Skelett ohne Deformitäten, Muskulatur kräftig, Haut straff, Schleimhäute gut durchblutet. Blutsenkung 4/20, Blutbild normal. Urin frei von krankhaften Ausscheidungen.

Kein Anhaltspunkt für Stoffwechsel- oder endokrine Störungen.

Schädel: normal konfiguriert. Röntgenologisch etwas klein, aber normal. Gebiss intakt. Rachenorgane o.B. Schilddrüse gering vergrössert.

Thorax: mehr breit, symmetrische Atemexkursionen.

An Herz und Lunge ist kein krankhafter Befund zu erheben.

Puls regelmässig, gut gefüllt, nicht beschleunigt.

Blutdruck nach Riva-Roccol 125/75mm Hg.

Bauchorgane: o.B. Die sekundären Geschlechtsmerkmale sind vollständig entwickelt.

Extremitäten und Wirbelsäule normal.

Zentralnervensystem: Es besteht keine vegetative Übererregbarkeit. Hirnnerven intakt. An den Augen befindet sich rechts ein grosser alter abgeheilter chorioiditischer Herd in der Macula, der eine Sehherabsetzung auf 6/60 bedingt. Links befindet sich ein gleich-grosser Herd, neben der Macula.

Alle Reflexe sind seitengleich und in normaler Stärke auslösbar. Es bestehen keine pathologischen Reflexe, keine Sensibilitätsstörung, Tonus, grobe Kraft, Taxis, Diadochokinese, Sprache intakt.

Luesreaktionen in Blut und Liquor negativ.

Der Liquor selbst zeigt keine pathologischen Veränderungen.

Die Rö-Aufnahme der Lunge ergab normale Verhältnisse.

Psychischer Befund

Das Erfahrungs- und Schulwissen liegt unter dem Durchschnitt, positiv werden Fragen nach Silbergeld, den Jahreszeiten, Himmelsrichtungen, Monaten, Wochentagen, kirchliche Feste, deren Bedeutung, Porto für Briefe und Karten, Sinn der Invalidenkarte, der Invalidität, Fragen nach führenden Männern in Deutschland, Gliederung der Partei, Aufgaben der Polizei und Gerichte beantwortet. Nicht beantwortet wurden Fragen nach Sonnenauf- und -untergang, warum es Tag und Nacht wird, wie hoch die Temperatur des kochenden Wassers ist, warum Steuern bezahlt werden, wie Zinsen zustande kommen, von welchen Worten NSKK und NSDAP Abkürzungsbuchstaben sind.

Die Verhältnisse des Schulwissens sind ebenfalls nicht günstig. Die allgemeinen Zeitbegriffe werden nur teilweise beantwortet, sie weiss nicht wieviel Wochen das Jahr und wieviel Sekunden eine Minute hat. Die erdkundlichen Kenntnisse fehlen völlig. Sie weiss nicht einmal, wann der Weltkrieg stattfand. Von Schiller weiss sie, dass er ein Dichter war. Nautkundliche Kenntnisse sind teilweise vorhanden. Sie kennt die Herkunft von Kohle und Leder, aber nicht von Wolle und Baumwolle. Wo es Löwen gibt, weiss sie, ebenso zählt sie die wesentlichsten Bäume und Pflanzen ihrer Heimat richtig auf. Einfache Aufgaben aus der Begriffsbildung wie Nennen aller durchsichtigen Dinge oder Eigenschaften des Wassers werden richtig beantwortet. Von Oberbegriffen nennt sie richtig Früchte und Handwerkzeug, dagegen nicht Insekten. Es gelingt ihr schwer den Sinn kleiner Geschichten in einen Begriff zu fassen oder abstrakte Dinge zu erklären. Ein Satz aus 3 Worten bilden gelingt prompt und mühelos, dagegen nicht die Umstellprobe mit 7 Worten. Von einem Ebinghaus'schen Lückentext findet sie nur die einfach erklärbaren Lücken, von den Binetbildern wird nur das Blindkuhspiel erkannt. Sie behauptet auch, dass ein Kilo Blei schwerer sei als ein Kilo Federn. Unterschiedsfragen werden besser gelöst. Sprichworte kennt sie kaum und kann diese auch schlecht erklären.

Beurteilung

Die Unterlagen, die über die Sippe von A. vorliegen, lauten durchweg günstig. Die Mutter, die zweifellos als haltlos angesehen werden muss, macht auf uns äusserlich und charakterlich keinen günstigen Eindruck. Nach den zahlreichen Berichten über den

Zwillingsbruder ist dieser charakterlich äusserst minderwertig und nach dem Bericht des Leiters der Fürsorgeanstalt Schelklingen auch debil.

Die Unterlagen über die Familie des Vaters lauten zu allgemein und zu unbestimmt, als dass aus ihnen sichere Schlüsse gezogen werden könnten. Die Familie wird von der Gesundheitspflegerin ohne nähere Angaben als sozial nicht sehr hochwertig bezeichnet. Zwei Geschwister sollen an rachitischem Zwergwuchs leiden. Ob damit die in der Sippentafel angeführten Missbildungen gemeint sind, geht aus den Berichten nicht hervor.

Das Ergebnis der Intelligenzprüfung, welches sich sowohl auf das Gebiet des Schul- und Erfahrungswissen, als auch das der Begriffsbildung, des Urteils- und Kombinationsvermögens erstreckt lag zweifellos unter dem Durchschnitt. Doch möchten wir darauf hinweisen, dass wenigstens teilweise die Ergebnisse des abstrakten Denkens nicht schlecht waren, so dass man annehmen muss, dass A. wenigstens in gewissem Sinne zu selbständigem Denken fähig ist. Die nicht beantworteten Fragen des Schul- und Erfahrungswissens wurden erklärt und dann an einem weiteren Tage noch einmal gefragt. Dabei ergab sich, dass die Antworten zum grossen Teil gemerkt und auch verarbeitet worden waren. Es liegt deshalb der Verdacht nahe, dass A. infolge der ungünstigen häuslichen Verhältnisse und infolge des schlechten Einflusses des Bruders doch etwas in ihrer intellektuellen Entwicklung gehemmt wurde.

Im Gegensatz zu den schlechten Leistungen der Intelligenzprüfung stehen die praktischen Leistungen und das Allgemeinverhalten.

Das günstige Urteil des Arbeitgebers konnten wir bestätigen. Bei Handarbeiten zeigte sich A. recht geschickt, anständig und fleissig, desgl. führte sie auch Hausarbeiten ohne wesentliche Anleitung peinlich und selbstständig aus.

Überblickt man die Vorgeschichte und die darüber entstandenen Unterlagen so ergeben sich keine Anhaltspunkte für besondere charakterliche Mängel. Bei dem sexuellen Vergehen des Bruders war u.E. A. nicht der aktive Teil. Wir gewannen von A. keinen ungünstigen charakterlichen Eindruck, sie war stets willig und hilfsbereit, ordnet sich ein, war keinen besonderen Stimmungsschwankungen unterworfen, geriet nicht in Streit mit andern und war äusserlich im Gegensatz zur Mutter sauber und ordentlich gekleidet.

Die Vorgeschichte und unser körperlicher und neurologischer Befund bieten keine Anhaltspunkte, dass die intellektuellen Minderleistungen auf eine durchgemachte Erkrankung oder Schädigung des Zentralnervensystems zurückzuführen sind.

Zusammenfassend kommen wir zu folgendem Ergebnis:

Bei A. besteht zweifellos eine intellektuelle Minderbegabung, dagegen aber keine bemerkbaren ungünstigen charakterlichen Eigenschaften und eine ausreichende praktische Veranlagung. Da A. erst 16 Jahre alt ist, kann noch kein sicheres Urteil über ihre Lebensbewährung abgegeben werden die u.E. bei den vorhandenen positiven Eigenschaften nicht schlecht zu sein braucht. Um diese Frage entscheiden zu können ist ein Überblick über einen grösseren Zeitraum notwendig. Wir empfehlen deshalb, die Frage der Unfruchtbarmachung in 2 - 3 Jahren noch einmal einer Prüfung zu unterziehen.

Es kann somit u.E. jetzt noch nicht mit der vom Gesetz geforderten Sicherheit entschieden werden ob A. an angeborenem Schwachsinn im Sinne des Gesetzes leidet.

Tübingen, den 09.06.1939

[...]

4.3. Patientenbeispiel 3 – Diagnose Schizophrenie

In der Vorgeschichte beschrieb der Patient seinen Lebenslauf, darin schilderte er seinen schulischen und beruflichen Werdegang und sein ausgeprägtes künstlerisches Interesse. Vielfältige Überanstrengung und nervliche Belastung sah er als auslösende Ursachen die zum ersten Krankenhausaufenthalt führten. Nach zwischenzeitlicher Besserung und Rückkehr in den Beruf mit mehrfachem Stellenwechsel, Heirat und die Geburt von zwei Kindern, folgten nach Überarbeitung und körperlicher Erschöpfung erneute Klinikaufenthalte. Auch ein Aufenthalt in der Heilanstalt Rottenmünster war aufgrund von Halluzinationen, Angstzuständen und Erregungszuständen notwendig. Die letzten Krankheitszeichen und Klinikaufenthalte waren jedoch im Jahr 1934, in der Zwischenzeit traten keine erneuten Krankheitszeichen auf. Herr M. fühlte sich fünf Jahre später vollkommen gesund, Ehe und Beruf waren in bester Ordnung. Die Gutachter bezogen in die Beurteilung die Berichte und die darin gestellte Diagnose einer Schizophrenie aus den jeweiligen Klinikaufhalten mit ein, sowie die Familienanamnese anhand einer Sippentafel. Obwohl der Patient über einen Zeitraum von fünf Jahren keinen Krankheits-

schub mehr hatte und die Möglichkeit einer passageren Erkrankung aus Überlastung bestand, sowie auch familiär und beruflich auf eine gefestigte Existenz verweisen konnte, wurde die Empfehlung zur Unfruchtbarmachung ausgesprochen. Ausschlaggebende Kriterien waren die sichere Diagnose der Schizophrenie, das bedeutete erbkrank im Sinne des GzVeN, und fortpflanzungsfähiges Alter. Die Unfruchtbarmachung wurde bei drei bereits vorhandenen Kindern für den Patienten als nicht so schwerwiegend betrachtet¹⁴⁰.

Fachärztliches Gutachten

Dem Erbgesundheitsgericht Tübingen erstatten wir über die Frage, ob die Voraussetzungen zu Unfruchtbarmachung wegen Schizophrenie bestehen, auf Ersuchen vom 17.4.1939 das nachstehende fachärztliche Gutachten über den 33-Jährigen Lithographen M. Er wurde in unserer Klinik in der Zeit vom 2. - 5.5.1939 eingehend untersucht und beobachtet.

[...]

Beurteilung

M. hat erstmals im Jahre 1926 und erneut im Jahre 1934 jeweils mehrere Monate dauernde seelische Erkrankungen durchgemacht, die in ihrer Erscheinungsform katatonen Gepräge hatte und die als schizophrene Schübe bezeichnet wurden. Die von 4 verschiedenen Fachkliniken bzw. Anstalten einstimmig gestellte Diagnose lässt sich jetzt schwerlich umstossen, insbesondere da sich auch bei epikritischer Beurteilung des Falles kein Anhalt für die überwiegende Bedeutung exogener Momente bei der Entstehung der einzelnen Krankheitsschübe ergibt.

Nach den verschiedenen Krankenblättern war der körperliche Befund stets ohne Besonderheiten, vor allem scheint kein Fieber bestanden zu haben. Und die Psychosen selbst waren frei von amentuellen Zügen. Die dem Ausbruch des 2. Schubs vorausgegangene Gallenblasenentzündung war bei Beginn der eigentlichen Erregung bereits vollkommen behoben.

¹⁴⁰ UAT-Signatur 669/17781.

Ebensowenig ist nach dem jetzt erhobenen körperlichen Befund eine organische Allgemein-Erkrankung bzw. eine solche des Zentralnervensystems als Ursache der früheren schizophrenen Zustandsbilder wahrscheinlich zu machen. M. selbst anerkennt jetzt zwar den Krankheitscharakter jener seltsamen Verhaltensweisen, führt ihr Entstehen allerdings auf starke innere Spannungen und aufregende Erlebnisse bei körperlicher Überanstrengung und Entkräftigung zurück.

Nun trugen die 2 Krankheitsschübe bei M. keineswegs das Gepräge erlebnisbedingter psychischer Ausnahmezustände (solche gehen im allgemeinen mit mehr oder weniger starker Verwirrtheit einher), sondern sie wurden - wie für Schizophrenien nahezu typisch - bewusst erlebt, sind noch heute bis in nebensächliche Einzelheiten rekonstruierbar und liessen damals durch ihr wechselvolles Bild (ihres sozusagen lehrbuchmässigen Ablauf) keine Zweifel an der gestellten Diagnose aufkommen.

Die jetzigen verstandesmässigen Motivierungen (auch dies ist typisch für remittierte Schizophrene) seiner seltsamen Verhaltensweisen stellen natürlich keine normalpsychologischen einfühlbaren Erklärungen dar, gewähren vielmehr Einblick in M.'s damals verändertes und zuweilen typisch schizophren verändertes Umwelterleben.

Auch die Tatsache, dass gröbere Persönlichkeitsdefekte jetzt nicht mehr nachweisbar sind - lediglich eine gewisse Geschraubtheit im sprachlichen Ausdruck ist in dieser Richtung verdächtig - spricht nicht gegen die Diagnose einer Schizophrenie. Im übrigen lassen die Angaben der Frau des M. (vergleiche Krankenblatt Rottenmünster) über dessen Verhalten ausserhalb der Erkrankungen viel mehr die schizoide Grundpersönlichkeit oder auch die postpsychotischen Charakterdefekte erkennen als es bei der jetzigen kurzen klinischen Beobachtung möglich war.

Nicht zuletzt wird die Annahme einer schizophrenen Psychose im Sinne des Erbkrankennachwuchsgesetzes aber erhärtet durch den gelungenen Nachweis einer gleichsinnigen Belastung sowohl in der väterlichen als auch der mütterlichen Vorfahrenlinie.

Es muss zugegeben werden, dass M. aus sozialer Familie stammt und selbst manche als positiv zu wertende Qualitäten besitzt. Nun ist aus der Unfruchtbarmachung selbst eine nachhaltige und ungünstige Beeinflussung seiner Produktivität nicht zu erwarten. Und wennselbst die klinischen Erscheinungsformen der durchgemachten schizophrenen Schübe sich bei ihm selbst auch nicht in sozialer Hinsicht (etwa in der Notwendigkeit

länger dauernder Anstaltsunterbringungen) auswirkten, so besteht doch durchaus die Möglichkeit, dass bei in gleicher Weise erkrankenden Nachkommen die Schizophrenie eine Verlaufsform annimmt, die sich vor allem im sozialen Verhalten äussert, - Andererseits ist auch zu bedenken, dass M. persönlich die Unfruchtbarmachung nicht so hart trifft, da er bereits 3 Kinder hat.

Wir kommen zusammenfassend zu dem Ergebnis, dass die 1926 und 1934 bei M. beobachteten psychischen Erkrankungen endogene, schizophrene Schübe darstellen und dass damit die Voraussetzungen des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses im vorliegenden Falle zutreffen.

Tübingen, den 23.05.1939

[...]

4.4. Patientenbeispiel 4 – Diagnose genuine Epilepsie und angeborener Schwachsinn

Am Beispiel dieses Gutachtens wird der Einfluss der Kriterien Diagnose, fortpflanzungsfähiges Alter und Familienanamnese sehr deutlich. Vor allem bei der Betrachtung der Entscheidungsfindung des Erbgesundheitsgerichtes und im Folgenden der Aufrechterhaltung des Gerichtsbeschlusses bei besonders hoch eingestufte Fortpflanzungsgefahr, entsprechend der Verordnung vom 31. August 1939, wiegen diese Kriterien schwer. Das Gutachten beruhte vor allem auf anamnestischen Angaben. Einen sicheren Nachweis für eine angeblich vorliegende erbliche Belastung für Epilepsie von den beiden Seiten der elterlichen Familien gab es nicht. Bei der Patientin selbst konnte jedoch in der Klinik nur ein einziger durch einen Provokationstest ausgelöster Anfall verzeichnet werden. Eine exogene Ursache der Anfälle wurde aufgrund der körperlichen Untersuchung weitgehend ausgeschlossen. Die mangelnden Leistungen im Intelligenztest wurden von den Gutachtern eher als Denkfaulheit und Oberflächlichkeit eingestuft, „dies würde aber zusammen mit den charakterlichen Mängeln für die Erblichkeit der Epilepsie sprechen“¹⁴¹. Hinzu kam das ungünstig dargestellte Bild der Mutter, die als

¹⁴¹ UAT-Signatur 669/8680.

„sexuell haltlos“¹⁴² und „charakterlich ungünstig“¹⁴³ beschrieben wurde, dabei wurde auf den negativen Einfluss der Mutter auf die Tochter verwiesen. Entgegen der gutachterlichen Empfehlung eine deutlichere Symptomentwicklung der Epilepsie abzuwarten, wurde durch das EGG eine Unfruchtbarmachung angeordnet und diese auch nach dem 31. August 1939 aufrechterhalten.¹⁴⁴

Fachärztliches Gutachten

Dem Erbgesundheitsgericht Tübingen erstatte ich im Auftrag der Direktion der Universitäts-Nervenlinik Tübingen über die 18jährige Frl. G. nachstehendes fachärztliche Gutachten, in welchem dargelegt werden soll, ob sie an angeborenem Schwachsinn und an erblicher Fallsucht leidet.

Das Gutachten stützt sich auf die Kenntnis der vom Gericht übersandten Akten, sowie das Ergebnis der Untersuchungen und Beobachtungen in unserer Klinik, in welcher Obengenannte vom 2. - 24..5.1939 aufgenommen war.

[...]

Beurteilung

Die Sippe Frl. G. ist belastet mit Krampfanfällen, sowohl die mütterliche als auch die väterliche Seite. Die Mutter mache auf uns charakterlich keinen günstigen Eindruck, neben leichter affektiver Erregbarkeit und Unverträglichkeit liegt bei ihr der Verdacht auf Grund der Vorgeschichte auf sexuelle Haltlosigkeit vor.

In Anbetracht dieser Belastung liegt bei Frl. G. der Verdacht nahe, dass die bei ihr im 15. Lebensjahr aufgetretenen Krampfanfälle auf einer vererbten Anlage beruhen.

Spontananfälle konnten in der Klinik nicht beobachtet werden. Es gelang lediglich, einen Anfall mittelst des Wasserstoss-Tonephin-Versuchs zu provozieren. Der positive Ausfall dieses Versuchs ist allerdings für das Vorliegen einer erblichen Fallsucht sehr verdächtig. Ausserdem sind u.E. die Schilderung der Anfälle durch die Mutter so cha-

¹⁴² UAT-Signatur 669/8680.

¹⁴³ Ebd.

¹⁴⁴ Vgl. ebd.

rakteristisch, dass an der Tatsache generalisierter Krampfanfälle wohl kaum zu zweifeln ist.

Die von uns angestellten anamnestischen Erhebungen und klinische Untersuchungen ergaben keinen Anhalt für die exogene Entstehung dieser Anfälle. Die Mutter und Frl. G. selbst berichteten weder von einem Schädeltrauma noch von einer fieberhaften Erkrankung mit Bewusstseinsstörungen. Der körperliche, neurologische und serologische Befund ist vollkommen normal. Für die Entstehung der mässigen Hirnkammererweiterung fand sich anamnestisch kein Anhalt. Die Erweiterung ist aber nicht so hochgradig, dass ihr mit Wahrscheinlichkeit eine ursächliche Bedeutung für die Entstehung der Anfälle zuerkannt werden müsste.

Für einen anlagemässigen Defekt spricht auch der Mangel an Intellekt. Über die Frage, ob dieser so hochgradig ist, dass von Schwachsinn gesprochen werden muss, lässt sich streiten. Einem sehr dürftigen Erfahrungs- und Schulwissen steht ein ausreichendes Begriffsbildungs- und Kombinationsvermögen gegenüber. Wir möchten doch in Erwägung ziehen, dass Frl. G. dem Schulunterricht nicht die nötige Sorgfalt und Ernsthaftigkeit entgegenbrachte. Auch bei uns wirkte sie oberflächlich und denkfaul.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass für die bei Frl. G. bestehenden Krampfanfälle eine vorwiegend exogene Entstehungsursache nicht nachgewiesen werden konnte. Unter Berücksichtigung der erblichen Belastung glauben wir mit sehr grosser Wahrscheinlichkeit annehmen zu können, dass bei Frl. G. erbliche Fallsucht im Sinne des Gesetzes vorliegt. Der anlagemässig bedingte Defekt kommt weiterhin in dem niedrigen Intelligenzgrad und in charakterlichen Mängeln - Haltlosigkeit, Bestimmbarkeit - zum Ausdruck.

Da wir aber nach den zur Verfügung stehenden anamnestischen Unterlagen annehmen müssen, dass noch nicht viele Anfälle aufgetreten sind, stellen wir es der Entscheidung des Gerichtes anheim, die Unfruchtbarmachung so lange hinauszuzögern, bis sich das „fortschreitende Anfallsleiden“ noch etwas deutlicher entwickelt hat. Eine epileptische Wesensveränderung wird jetzt noch vermisst. Bei der Bestimmbarkeit des Mädchens aber und dem ungünstigen Einfluss der Mutter ist Fortpflanzungsgefahr trotz des jugendlichen Alters nicht auszuschliessen.

Tübingen den 08.06.1939

[...]

Amtsgericht Tübingen

Beschluss von 10.08.1939

Frl. G. ist wegen erblicher Fallsucht unfruchtbar zu machen

Gründe

Die Begabung von Frl. G. war für die Volksschule in keiner Weise ausreichend. Frl. G. hätte in die Hilfsschule gehört. Ihr Erfahrungs- und Schulwissen ist sehr dürftig. Besser waren die Ergebnisse der Intelligenzprüfung auf dem Gebiet des Urteils der Begriffsbildung kombinatorischen Denkens. Es kann dahingestellt bleiben, ob diese Mängel ausreichen, um Schwachsinn festzustellen, jedenfalls ergibt sich ein beachtlicher Mangel an Intellekt.

Seit ihrem 15. Lebensjahr leidet Frl. G. an Krampfanfällen. Wieviel Anfälle bis jetzt auftraten, ist nicht genau festzustellen. Während anfänglich der Universitäts-Nervenklinik, wo Frl. G. vom 2.-24.05.1939 zur Beobachtung war, von Frl. G. und ihrer Mutter nur 4-5 Anfälle angegeben wurden, wurden später mehr Anfälle zugegeben, Seit 1938 sei kein Anfall mehr erfolgt. Zungenbisse oder Urinabgang wird verneint. Schon in der Schule und auch jetzt treten bei Frl. G. Zustände auf, in denen sie nicht antworten kann. Ob es sich dabei um Absenzen handelt, ist nicht sicher festzustellen. Bei den Anfällen fällt Frl. G. mit starrem Blick um, liegt steif da, bekommt dann leichte Zuckungen, das Gesicht wird blau, sie atmet angestrengt. Nach den Anfällen ist sie sehr müde und schläft einige Stunden. Von den Anfällen weiss sie nachher nichts.

Die Erforschung der Sippe der Frl. G. ergab folgendes:

Frl. G. ist von den 3 Kindern ihrer Mutter dasjenige, das ehelich geboren wurde. Eine mit 31 Jahren verstorbene Schwester der Mutter litt an Krampfanfällen. Der Vater von Frl. G. wurde vorehelich geboren. Eine Stiefschwester des Vaters befindet sich in der Heil-und Pflegeanstalt Stetten i.R. und leidet an Epilepsie angeblich seit ihrem 20.Lebensjahr.

Anhaltspunkte für eine Entstehung der Anfälle aus äusseren Ursachen wurden von der Klinik nicht gefunden. Den positiven Ausfall eines mittels des Wasserstoss-Tonephin-Versuchs provozierten Anfalls bewertet die Klinik als für das Vorliegen erblicher Fallsucht sehr verdächtig.

Nach der Art der geschilderten Anfälle ist unter Berücksichtigung der erblichen Belastung und des Intelligenzmangels bei dem Fehlen äusserer Ursachen mit ausreichender Sicherheit festzustellen, dass Frl. G. an erblicher Fallsucht leidet. Es ist daher nicht nötig, noch weiter auf die Entwicklung des Anfallsleidens abzuwarten, mit Rücksicht auf die Persönlichkeit der Patientin ist es auch nicht ratsam.

Nach den Erfahrungen der ärztlichen Wissenschaft besteht die grosse Wahrscheinlichkeit, dass, wenn Frl. G. sich fortpflanzt, ihre Nachkommen an schweren geistigen Erbschäden leiden werden. Es war daher - da diese im Interesse der Volksgesundheit verhütet werden muss - dem Antrag des staatl. Gesundheitsamts Reutlingen vom 17.01.1939 zu entsprechen und gemäss §1 Abs. 1 und abs. 2 Ziff. 4 des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses die Unfruchtbarmachung der Erbkranken anzuordnen.

Tübingen den 29.08.1939

[...]

Fortsetzung des Verfahrens nach 31.08.1939

Amtsgericht Tübingen

Beschluss vom 3.10.1939

In der Erbgesundheitssache der Frl. G. wird in Fortsetzung des Verfahrens beschlossen:

Der Beschluss vom 10.08.1939, durch den die Unfruchtbarmachung der Frl. G. wegen erblicher Fallsucht angeordnet wurde, wird aufrecht erhalten.

Gründe

Das Gericht stellte mit Beschluss von 10.08.1939 fest, dass Frl.G. an einer Erbkrankheit, nämlich an erblicher Fallsucht leidet und ordnete daher auf Grund dem § 1 Abs. 1

*und Abs. 2 Nr. 4 des Ges. zur Verhütung erbkranken Nachwuchses ihre Unfruchtbar-
machung an. Auf die Gründe dieses Beschlusses, der den am Verfahren Beteiligten am
29.08.1939 zugestellt wurde, wird verwiesen. Da beim Inkrafttreten der für die Kriegs-
zeit erlassenen Verordnung zur Durchführung des genannten Gesetzes vom 31.08.1939
am 1.09.1939 die Anordnung der Unfruchtbarmachung noch keine Rechtskraft erlangt
hatte, musste nach § 2 dieser Verordnung des Verfahren durch Beschluss vom
08.09.1939 vorläufig eingestellt worden. Der Amtsarzt von Reutlingen hat nunmehr den
Antrag gestellt, das Verfahren fortzusetzen.*

*Der Antrag ist begründet. Angesichts der Persönlichkeit von Frl. G. die wenig intelli-
gent, charakterlich nicht gefestigt und leicht beeinflussbar und den ungünstigen Einfluss
ihrer Mutter ständig ausgesetzt ist, muss die Fortpflanzungsgefahr als besonders gross
angesehen werden. Da die Unfruchtbarmachung der Betroffenen keinen Aufschub dul-
det, war nach § 2 Satz 2 u. 3, § 1 Abs. 1 in der erwähnten Verordnung die Fortsetzung
des Verfahrens anzuordnen und, da sich der Sachverhalt seit des Beschluss vom
10.08.1939 nicht verändert hat, dieser Beschluss aufrechtzuerhalten.*

Tübingen den 07.10.1939

[...]

4.5. Patientenbeispiel 5 – Beschwerde gegen Sterilisationsbeschluss

Beispiel für die Ablehnung einer Beschwerde gegen die Sterilisationsanordnung des
Erbgesundheitsgerichts vor dem Erbgesundheitsobergericht.¹⁴⁵

In diesem Beispiel handelt es sich um den verheirateten Schneidermeister S., der auf
eigenes Ersuchen und auf eigene Kosten, ein Erbgesundheitsgutachten an der Psychiat-
rie Tübingen im Jahr 1939 erstellen ließ. Nach vorhergehendem Sterilisationsbeschluss
vom 21. März 1939 durch das EGG Stuttgart begründet auf dem Vorliegen der als „Erb-
krankheit“ bezeichneten Schizophrenie. Dem Urteil vorangegangen war die Antragstel-
lung durch den Amtsarzt, nachdem der Patient nach zwei aufeinanderfolgenden Aufent-
halten in den psychiatrischen Abteilungen des Bürgerspitals Stuttgart und der Universi-

¹⁴⁵ UAT-Signatur 669/18000.

tätsklinik Freiburg im Jahr 1933 aufgrund einer damals diagnostizierten Schizophrenie im Januar 1939 nach sechs Jahren, anfallsfreier Zeit, erneut im Bürgerspital Stuttgart mit Angst- und Verwirrheitszuständen aufgenommen wurde. Der betroffene Patient machte eine psychische Erschöpfung infolge beruflicher Überlastung als Ursache geltend. Im ersten psychiatrischen Gutachten durch den Nervenarzt Dr. de Ponte wurde die Möglichkeit einer reaktiven Psychose nicht ausgeschlossen, dieser bat jedoch um ein weiteres Gutachten bei nicht sicher festzustellender Diagnose. Dieses zweite Gutachten von Prof. Dr. Wetzel bestätigte die, von der Ärzteschaft des Bürgerspitals, gestellte Diagnose einer Schizophrenie. Geltend gemacht wurde der Hinweis auf einen Rückfall bzw. dem Bild, der einer dem zweiten Krankheitsschub bei endogenen Psychosen vorliegenden Symptomatik. Nach dem Urteil des EGG Stuttgart im März 1939 reichte der o.g. Patient, vertreten durch seinen Anwalt Beschwerde beim Erbgesundheitsobergericht Stuttgart ein. Als Einspruchsgründe aufgeführt wurden, die fehlende Sicherheit der Diagnose bei zwei unterschiedlichen Gutachten, die lange Zwischenzeit ohne Auftreten von Krankheitszeichen sowie mögliche andere Differentialdiagnosen mit ähnlicher Symptomatik. Auch der Hinweis auf die fehlende familiäre Belastung fehlte nicht. Der Bitte um ein erneutes Gutachten, durchgeführt an der Universitäts-Nervenlinik Tübingen auf eigene Kosten, wurde stattgegeben. Infolge des Gutachtens, das die Diagnose einer Erbkrankheit im Sinne des GzVeN bestätigte, wurde die Beschwerde des Patienten als unbegründet zurückgewiesen.

Erbgesundheitsobergericht Stuttgart

Beschluss vom 20.Juni 1939

In Sachen des 34jährigen S.

z-Zt. in der Universitäts-Nervenlinik Tübingen,

-Bevollm.: Rechtsanwalt Hering in Stuttgart-

wird die Beschwerde des S. gegen den Beschluss des Erbgesundheitsgerichts Stuttgart vom 21.03.1939 durch welchen seine Unfruchtbarmachung angeordnet worden ist, als unbegründet zurückgewiesen.

Gründe

Das Erbgesundheitsobergericht hat dem Beschwerdeführer gestattet, noch ein Gutachten der Universitäts-Nervenlinik Tübingen beizubringen. Dieses Gutachten hat auf Grund der Durchsicht der Akten und der Krankengeschichte, sowie auf Grund einer zweiwöchigen Beobachtung des S. festgestellt, dass es sich bei seinen beiden Erkrankungen 1933 und 1939 nicht um eine reaktive Psychose gehandelt habe, sondern dass er mit Sicherheit an einer endogenen Psychose, also einer Erbkrankheit i. S. des Gesetzes zur Verhütung

Wg. 110/39

III 78/39

erbkranken Nachwuchses leidet, wobei dahingestellt bleibt, ob diese endogene Psychose in die Kategorie schizophren oder zirkulär einzureihen ist (§1 II s.2 bezw. 3 des Gesetzes).

Im Ergebnis, nämlich in der Bejahung einer Erbkrankheit i.S. d. Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, stimmt also das Gutachten der Universitäts-Nervenlinik Tübingen mit dem Gutachten von Prof. Dr. Wetzel völlig überein. Die Diagnose ist hiernach ärztlich einwandfrei sichergestellt, wie es das Gesetz verlangt. Einen mathematischen Beweis kann es - wie gegenüber der Beschwerdeschrift hervorzuheben ist - in der medizinischen Wissenschaft-, die eine empirische Wissenschaft ist - nicht geben. Positiv unrichtig ist die Behauptung des den Beschwerdeführer vertretenden Rechtsanwalts, dass Dr. de Ponte abweichender Ansicht sei. Er hat vielmehr nur hervorgehoben, dass in dem Krankheitsbild, das im übrigen in den Rahmen der Schizophrenie passe, auch ein reaktives Moment mit hereinspiele und hat es deshalb für geboten erachtet, die Diagnose noch durch ein fachärztliches Gutachten zu sichern. Das ist nunmehr durch zwei fachärztliche Gutachten geschehen. Die Beschwerde war deshalb zurückzuweisen.

Stuttgart, den 20.06.1939

4.6. Patientenbeispiel 6 – Überwachung und Nachuntersuchung

Beispiel für ein Gutachten mit Empfehlung der Überwachung durchs Gesundheitsamt und entsprechenden Nachuntersuchungen in den Folgejahren.¹⁴⁶

Im folgenden Beispiel handelt es sich um ein Gutachten, das kurz vor Kriegsbeginn im August 1939 erstellt wurde. Die Patientin hatte gegen das Sterilisationsurteil des EGG Ulm vom 6. Juli 1939 Beschwerde beim EGOG Stuttgart eingelegt. Bei der betroffenen Patientin handelte es sich um eine ledige junge Mutter. Es sollte die Frage eines erblich bedingten manisch-depressiven (zirkulären) Irreseins geklärt werden. In der Vorgeschichte wurde ein Aufenthalt in der Privatanstalt Göppingen 1930/1931 aufgrund einer geistigen Erkrankung beschrieben. Die Gutachter an der Psychiatrie Tübingen konnten anhand der vorhandenen Krankenunterlagen aus Göppingen, unter anderem mit Hinweis auf die fehlenden feineren differentialdiagnostischen Untersuchungen vor Einführung des GzVeN, eine Diagnose nicht mit Sicherheit stellen. Die Patientin war zum Zeitpunkt der Begutachtung nicht seelisch krank war und hatte bis dahin auch keine weiteren psychischen Krankheitsphasen durchgemacht. Aufgrund dessen wurde von den Gutachtern, unter dem Vorbehalt einer fraglich erblich bedingten psychischen Erkrankung in der Vorgeschichte, die Empfehlung ausgesprochen, eine endgültige Entscheidung von einer Nachuntersuchung nach drei bis vier Jahren abhängig zu machen. In der Zwischenzeit sollte die Patientin vom zuständigen Gesundheitsamt überwacht werden. Sollte zwischenzeitlich eine Heirat geplant werden, wurde eine weitere psychiatrische Untersuchung empfohlen von der die Heiratserlaubnis abhängig gemacht werden sollte. Mit ausschlaggebend für die Gutachterempfehlung war weiterhin das eindeutige Fehlen einer erblichen Belastung in der Erhebung der Familienanamnese. Wie die folgenden Gerichtsurteile zeigen, wurde die Entscheidung, wie von den Gutachtern empfohlen, durch das EGOG zunächst bis in den April 1943 ausgesetzt. Interessanterweise wurde im Jahr 1943 die Klage abgewiesen und die Sterilisation angeordnet. Die dabei aufgeführten Gründe einer nie sicher nachgewiesenen erblich bedingten Geisteskrankheit aus dem Formenkreis der manischen Depression und einer nie sicher nachgewiesenen, nun aber durch das staatliche Gesundheitsamt Göppingen bestätigte, erbliche Belastung sei-

¹⁴⁶ UAT-Signatur 669/8559.

tens der Mutter erscheinen recht fraglich. Ausdrücklich wurde jedoch auf eine erneute außereheliche Schwangerschaft sowie eine hemmungslose und haltlose Veranlagung hingewiesen. Kriterien, die neben der (von Seiten der Gutachter nicht sicher feststellbaren) Diagnose und erblicher Belastung (auch diese von den Gutachtern nicht festgestellt) zum Beschluss der Sterilisation beitragen, könnten in diesem Fall vor allem das fortpflanzungsfähige Alter, das Geschlecht und die soziale Herkunft gewesen sein.

Erbgesundheitsobergericht Stuttgart

Beschluss vom 28.02.1940

In Sachen der 29jährigen Arbeiterin wurde beschlossen:

Die Entscheidung bis 1.04.1943 auszusetzen, da dies nach dem Gutachten der Universitäts-Nervenlinik Tübingen geboten erscheint, um an Hand der weiteren Entwicklung des geistigen Zustands der [...] die Diagnose zu klären.

Sollten noch vor Ablauf der Frist Ereignisse eintreten, welche die Diagnose sicherstellen, so kann das Verfahren jederzeit fortgesetzt werden.

[...]

Stuttgart den 29.02.1940

[...]

Erbgesundheitsobergericht Stuttgart

Beschluss vom 14.07.1943

In Sachen der 32jährigen Arbeiterin wurde beschlossen:

Die Beschwerde gegen den Beschluss des Erbgesundheitsgerichts Ulm a.D. vom 06.07.1939 durch welchen ihre Unfruchtbarmachung wegen manisch-depressiven Irreseins auf Antrag des staatlichen Gesundheitsamts Göppingen angeordnet worden ist, wird als unbegründet zurückgewiesen.

Gründe

Auf die Beschwerde gegen den Beschluss, der Ihre Unfruchtbarmachung wegen manisch-depressiven Irreseins angeordnet hat, ist ihre Begutachtung durch die Universitäts-Nervenlinik Tübingen angeordnet worden. Nach diesen Gutachten Bl. 24-32 der Akten, auf dessen Inhalt verwiesen wird, ist der Verdacht, dass die Patientin an manisch-depressiven Irresein leidet, begründet, aber die weitere Beobachtung zur sicheren Diagnose für notwendig erachtet worden. Nach der Bl. 50/51 der Akten eingeholten Auskunft und nach den Berichten Bl. 40-43 u. 44 der Akten erscheint dem Beschwerdegericht nunmehr die Feststellung gesichert, dass die Patientin die inzwischen wieder ein Kind ausserehelich geboren hat, an einer anlagemässig bedingten, in den Formenkreis des zirkulären Irreseins gehörigen Geisteskrankheit leidet. Hierfür spricht auch die Belastung von mütterlicher Seite her, die durch den Bericht des staatl. Gesundheitsamtes Göppingen Bl.43 a der Akten weiterhin klargestellt worden ist. Bei dieser Erblage und der Hemmungs- und haltlosen Veranlagung der Patientin ist die Gefahr der Erzeugung erkrankten Nachwuchses bei ihr eine besonders grosse, weshalb in ihrem eigenen Interesse und dem Interesse ihrer Familie ihre Unfruchtbarmachung dringend geboten ist.

[...]

Stuttgart den 22.07.1943

[...]

4.7. Patientenbeispiel 7 – Kurzgutachten nach Kriegsbeginn

Beispiele für Kurzgutachten ausgestellt nach der Verordnung zur Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ und des „Erbgesundheitsgesetzes“ vom 31. August 1939. Die zuständigen Ärzte wurden beispielsweise an die Front oder ins Lazarett abgezogen.

An das Erbgesundheitsgericht beim Amtsgericht Rottweil¹⁴⁷

Betr.: 19 jährige Haustochter

Das Gutachten über die Obengenannte kann nicht erstattet werden, da der betr. Arzt zum Frontdienst eingezogen worden ist.

Wir können nur kurz folgende gutachtliche Äusserung abgeben:

Die Diagnose einer erblichen Fallsucht kann nicht mit Sicherheit gestellt werden. Möglicherweise handelt es sich um vasomotorisch bedingte Anfälle.

Die Voraussetzungen des § 1 des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses sind mithin nicht erfüllt.

Heil Hitler!

[...]

4.09.1939

An das Erbgesundheitsgericht Rottweil¹⁴⁸

Betrifft: XIII 97/39

Mit Rücksicht auf gewisse äussere Umstände ist es zur Zeit nicht möglich, das angeforderte Gutachten über Obengenannte zu erstatten. Wir haben sie heute aus der Klinik entlassen.

Vorläufiges Ergebnis der Begutachtung

Hinreichende Anhaltspunkte zu einer Unfruchtbarmachung waren während des Aufenthaltes in unserer Klinik nicht festzustellen, die Diagnose einer erblichen Fallsucht erscheint uns nicht hinreichend gesichert.

26.08.1939

Direktion:

¹⁴⁷ UAT-Signatur 669/8700.

¹⁴⁸ UAT-Signatur 669/8661.

An das Erbgesundheitsgericht Tübingen¹⁴⁹

Betr.: Herr W., Lehrling

Das Gutachten über den Obengenannten kann nicht erstattet werden, da der betr. Arzt bereits zum Frontdienst eingezogen worden ist.

Wir können nur kurz folgende gutachtliche Äusserung abgeben: Die Diagnose lässt sich mit der vom Gesetz geforderten Sicherheit vorerst nicht stellen. Einerseits ist die Zeitdauer der Erkrankung zu kurz und die Anfälle sind zu selten gewesen, als dass man sich bei dem jugendlichen Alter des W. schon mit Sicherheit für eine erbliche Fallsucht entscheiden könnte. Andererseits besteht wegen gewisser tetanischer Symptome, die im Verlaufe eines Hyperventilationsversuches auftraten, Verdacht auf das Vorliegen einer tetanischen Epilepsie.

Die Voraussetzungen des § 1 des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses sind mithin vorerst nicht erfüllt. Nachuntersuchung in einigen Jahren.

Direktion

i.V. Dr. med. habil Oberarzt

Tübingen, den 4.09.1939

4.8. Patientenbeispiel 8 – Einstellung eines Erbgesundheitsverfahrens

Beispiel für die Einstellung eines Erbgesundheitsverfahrens nach § 2 der Verordnung vom 31. August 1939. Im Juli 1939 wurde der ledige 21-jährige Hilfsarbeiter an der Psychiatrie Tübingen im Rahmen der Erbgesundheitsfrage einer endogenen Psychose begutachtet. Die Begutachtung wurde mithilfe eines Formblattgutachtens ausgestellt. Nach mehrfachen Aufenthalten im Bürgerspital Stuttgart infolge psychischer Störungen, wurde bereits 1937 durch Ärzte des Bürgerspitals eine Verdachtsanzeige beim zuständigen Gesundheitsamt wegen endogener Psychose gestellt. Eine erbliche Veranlagung in der Erhebung der Familienanamnese konnte nicht mit Sicherheit festgestellt werden, in der körperlichen Untersuchung fand sich kein Hinweis auf eine exogene Ursache der psychischen Störungen. Die Beurteilung des oben genannten Erbgesundheitsgutachtens

¹⁴⁹ UAT-Signatur 669/18071.

lautete: *Diagnose: „Endogene Psychose sicher. Dem Verlauf nach wohl mehr dem zirkulären Formenkreis zugehörig, inhaltlich aber mit schizophrenen Zügen. Begründung: Fortpflanzungsfähiges Alter.[...]“*¹⁵⁰

Amtsgericht Tübingen

-Erbgesundheitsgericht-

Beschluss vom 07.09.1939

In der Erbgesundheitssache des 21jährigen Hilfsarbeiters wird das Verfahren gemäss § 2 der VO. vom 31.08.1939 eingestellt.

[...]

Tübingen, den 15.09.1939

[...]

Betrachtet man die Gerichtsbeschlüsse aus diesem Patientenbeispiel und dem Patientenbeispiel 6, der jungen ledigen Mutter, scheint das Geschlecht doch ein nicht zu unterschätzendes Entscheidungskriterium in der Frage der Sterilisationsbeschlüsse gewesen zu sein.

4.9. Patientenbeispiel 9 – Sterilisationsbefürwortung durch Hausarzt

Beispiel für einen Hausarzt, der die Sterilisation einer seiner Patientinnen befürwortete und aktiv unterstützte.

Bei der 31-jährigen Hausfrau und Mutter waren kurz nach der Geburt des dritten Kindes körperliche Erschöpfungszustände und Wochenbettdepressionen aufgetreten. Durch ihren Hausarzt wurde sie in die Psychiatrie Tübingen eingewiesen, im Verlauf des stationären Aufenthaltes erfolgte die Anzeige beim zuständigen Gesundheitsamt durch die Ärzteschaft der Psychiatrie. Folgende Briefe, die im Rahmen der Begutachtung für die Beurteilung eingesehen wurden, fanden sich in der Akte der Patientin. Anhand dieser Briefe lässt sich in Ansätzen ein Eindruck über das Mitwirken sowohl einzelner Personen als auch von Behörden im Rahmen der Erbgesundheitsverfahren nachvollziehen.

¹⁵⁰ UAT-Signatur 669/17484.

Der Ehemann wurde aufgefordert bis auf weiteres auf den Verkehr mit der Ehefrau zu verzichten, um weiteren Nachwuchs zu vermeiden, da das Erbgesundheitsverfahren einige Zeit in Anspruch nehmen würde. Über die Reaktion des Mannes liegen keine Kenntnisse vor. Im Erbgesundheitsgutachten der Patientin wurde die Sterilisation letztlich befürwortet.¹⁵¹

Universitätsnervenklinik Tübingen

Zum Schreiben betr. Frau E. von Berghülen.

Die Frau stammt aus einer erblich schwer belasteten Familie, im Jahr 1934 hatte sie einen Abort, dabei trat zum ersten male die Erscheinung eines Hundes vor ihr geistiges Auge. Schliesslich wollte sie sich selber beherrschen und sagte sich „denke doch nicht immer an den Hund, denke lieber an die Arbeit“, aber sie verlor lange Zeit die Erscheinung des Hundes nicht.

Eine Schwester ihres Vaters war lange Zeit melancholisch, schwermütig, wollte immer ins Wasser springen.

Herr F. E., ein Bruder ihres Vaters war schon oft in Schussenried, wegen schwerer Geistesstörung. Als sie an einer Nierenbeckenentzündung krank war, sagte sie immer „ich werde noch wie der F.E.“. Sie kam lange Zeit von diesem Wahn nicht los. Hatte lange Zeit Schwermutsgedanken und Selbstmordgedanken.

Ein Geschwisterkind vom Vater ist 1935 gestorben, war schwermütig, „Sie habe 7 Teufel in sich. Alle sei Nacht um sie, wie mit 7 Decken zugedeckt“.

Als die alte [Name unkenntlich] starb, wurde die Tochter geisteskrank.

Ich persönlich habe keinen Zweifel, dass eine Sterilisation mindestens zweckmässig ist, m.E. dringend notwendig.

Dr. Med. E. Lonhard Arzt

Blaubeuren den 10.04.1939

¹⁵¹ UAT-Signatur 669/8580.

An die

Universitäts-Nervenlinik Tübingen

Betreff: Die 31jährige Frau E. aus Berghülen

Der behandelnde Arzt, Dr. med. Lonhard, Blaubeuren, teilt heute der Kasse folgendes mit:

„Frau E. hat am 02.03.1939 zum 3. Mal geboren. Sie leidet schon seit langer Zeit an Schlaflosigkeit, Aufregungszuständen, die an eine Psychose grenzen. Besonders stark waren die Erscheinungen in den letzten Monaten der Schwangerschaft und es war zu erwarten, dass mit der Geburt oder bald nachher eine Besserung dieses Zustandes eintreten würde. Nun hat sich im Gegenteil der Zustand wieder verschlimmert. Im Interesse der Familie, der 3 Kinder und ihrer selbst wäre eine Beobachtung und Behandlung in der Universitätsnervenlinik in Tübingen dringend erforderlich.“

Auch der Vertrauensarzt der Kasse hält Beobachtung für geboten.

Ich bitte um gefl. Mitteilung, wann Frau E. mit dem Kinde, welches noch gestillt wird, dort aufgenommen werden kann.

Der Leiter der Allgemeinen Ortskrankenkasse Blaubeuren

Blaubeuren den 24.03.1939

[...]

4.10. Patientenbeispiel 10 - Denunziation

Beispiel für Denunziation, Briefe mit ähnlichem Inhalt wurden in einigen Akten gefunden.¹⁵²

Beilage zum Entlass-Zeugnis der 23jährigen Frl. A.

Die in der Anlage aufgeführten Zeugnisse sind nur relativ zu werten, würden also bei einem Vergleich mit denjenigen der Entlass-Schüler der Volksschule wesentlich niedri-

¹⁵² UAT-Signatur 669/9079.

ger lauten. Es kann jedoch daraus gefolgert werden, dass Frl. A. im Rahmen der Hilfsschule eine ganz ordentliche Schülerin war.

Sie ist am 1.04.1927 nach 3-jährigem erfolglosen Besuch der Volksschule in die Hilfsschule aufgenommen worden und darin bis zu ihrer Schulentlassung im Jahre 1931 verblieben. Die vorhandenen Personalakten ergeben leider kein ganz vollkommenes Bild der Schülerin. Ich entnehme denselben folgende Feststellungen:

„Vater 1928 gestorben. Die Mutter kann die zum Teil noch kleinen Kinder nur durch städt. Unterstützung ernähren. Die Schülerin unterstützt die Mutter zu deren vollen Zufriedenheit. Im 12. Lebensjahr noch Bettnässerin. Die Schülerin zeigt schwere Formen der Phantasielüge (wilde Phantasie). Sie unterliegt gern äusseren Einflüssen. Beobachtet wurden öfters Zorn- und Wutanfälle. Sonst gutmütig (gute Freundin, beliebt). Leicht schwachsinnig (debil).

Kann in der Hilfsschule gleichmässig gefördert werden“.

gez. Sulan.

Als frühere Nachbarin und aus der Zusammenarbeit mit meinen Kollegen ist Frl. A. mir persönlich ebenfalls nicht unbekannt. Die oben genannten Äusserungen meines Kollegen muss ich als richtig bezeichnen. Vor allem ist mir noch in bester Erinnerung ihre übergrosse Empfindlichkeit und ihre ebenso grosse Neigung zu trotzigem Verhalten.

Im übrigen halte ich die ganze Familie für ziemlich minderwertig, die meiner Ansicht nach an einer weiteren Fortpflanzung verhindert werden dürfte, trotzdem sonst kein Geschwister der Frl. A. die Hilfsschule besuchte und auch beifolgendes Abgangszeugnis nicht als besonders schlecht bezeichnet werden kann. So erinnere ich mich, dass ihr Bruder seinerzeit von dessen Werkmeister als überaus frech und faul bezeichnet wurde, und wegen Eigentumsvergehen in Verbindung gekommen ist mit dem Gericht. Über die Entwicklung der Familie nach der Schulentlassung der Frl. A. ist mir weiteres nicht bekannt.

Schulleiter der Hilfsschule Schwenningen

Schwennigen a.N. den 25.05.1939

[...]

5. Diskussion

In der vorliegenden Arbeit wurden die im Jahr 1939 an der Universitäts-Nervenlinik erstellten Erbgesundheitsgutachten unter verschiedenen Fragestellungen ausgewertet:

1. Wie sind die in der vorliegenden Arbeit an der Universitäts-Nervenlinik Tübingen im Jahr 1939 durchgeführten Sterilisationsgutachten im Kontext nationaler und in Tübingen durchgeführter Sterilisationsgutachten im Zeitraum von 1934 bis 1945 einzuordnen?
2. Lässt sich anhand der in den Patientenakten vorliegenden Erbgesundheitsgutachten ein allgemein gültiger Aufbau und Ablauf der Sterilisationsgutachten an der Universitäts-Nervenlinik Tübingen im Jahr 1939 erkennen?
3. Lassen sich Kriterien definieren, die die Entscheidung der Gutachter im Jahr 1939 an der Universitäts-Nervenlinik Tübingen bei Sterilisationsgutachten beeinflussten?
4. Inwiefern haben sich die Gutachter an der Universitäts-Nervenlinik Tübingen in ihren Sterilisationsgutachten aus dem Jahr 1939 an das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ gehalten?

Bevor auf die Beantwortung dieser bereits in der Einleitung gestellten Forschungsfragen im Detail eingegangen wird, soll eine allgemeine Betrachtung der hier analysierten Daten stattfinden. So sollten die Vollständigkeit der Datenerhebung und die Ergebnisse der Auswertung unter dem Vorbehalt gesehen werden, dass ein Aktenschwund von 4,17 Prozent bestand sowie teilweise nur rudimentär erhaltene oder nicht einsehbare Akteninhalte vorlagen. Manche Aktennummern und zugehörige Namen konnten folglich nicht eruiert werden (vgl. Kapitel 2.1). Des Weiteren lässt sich im Hinblick auf den Kriegsbeginn im Jahre 1939 mit deutlich reduziertem Personalstand an der Universitäts-Nervenlinik eine mangelnde Dokumentation und Archivierung ausmachen. Aufgrund dessen können die in der vorliegenden Dissertationsarbeit ermittelten Daten die Frage nach der genauen Zahl der tatsächlich erstatteten Sterilisationsgutachten nur tendenziell beantworten. Auch über die auf der Grundlage der verfassten Sterilisationsgutachten ergangenen Gerichtsbeschlüsse können zwar anhand von Beispielen von Einzelfällen in

denen ein Urteil in der Akte vorlag Rückschlüsse gezogen, jedoch keine repräsentative Aussage gemacht werden.

5.1. Die Ergebnisse im kontextuellen Vergleich

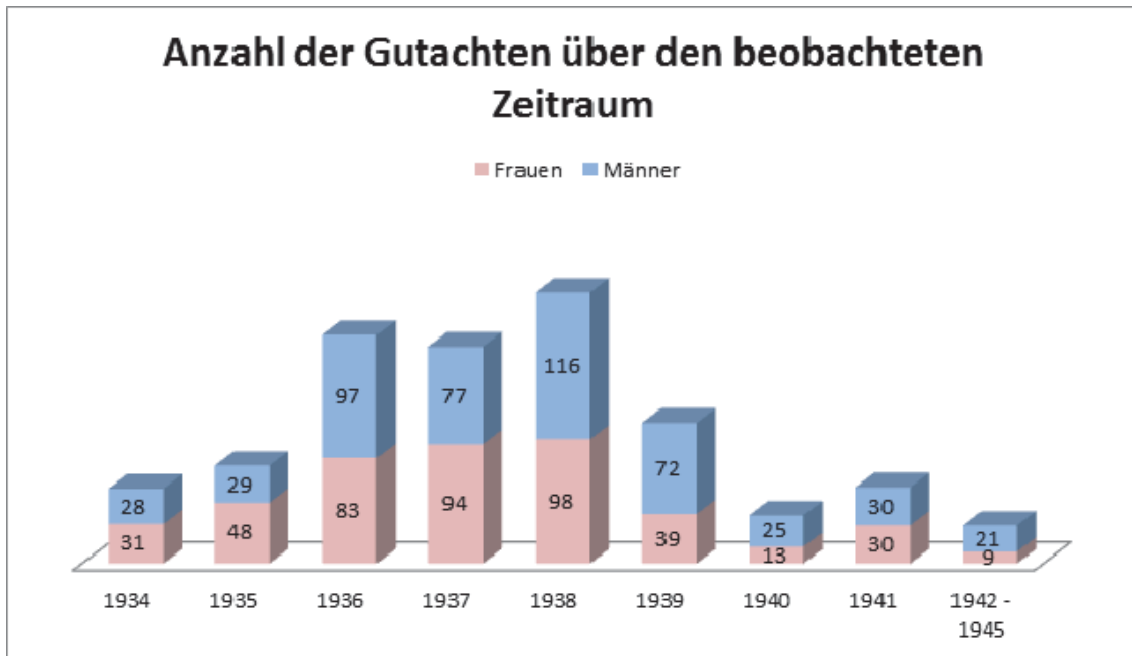


Abbildung 58: Stapeldiagramm Anzahl der Gutachten geschlechtsbezogen über den beobachteten Zeitraum zwischen 1934-1945

Auf der Grundlage der bereits erhobenen Gutachtenzahlen der vorangegangenen Dissertationen¹⁵³ im Rahmen der Untersuchung und Aufarbeitung zur Umsetzung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ an der Universitäts-Nervenlinik Tübingen in dem Betrachtungszeitraum 1934-1945 wurden die in der vorliegenden Arbeit aus dem Jahr 1939 erarbeiteten Auswertungen verglichen und miteingebracht (vgl. Abbildung 58). So wurden an der Universitäts-Nervenlinik Tübingen im Zeitraum 1934-1945 insgesamt 940 Erbgesundheitsgutachten durchgeführt. Davon entfielen 445 Sterilisationsgutachten (entspricht einem Anteil von 47,34 Prozent) auf weibliche Personen und 495 Sterilisationsgutachten (52,65 Prozent) betrafen männliche Patienten. Von den 910 in die Auswertung miteinbezogenen Sterilisationsgutachten sprachen sich die Gutachter an der Universitäts-Nervenlinik in 514 Fällen (56,48 Prozent aller durchgeführ-

¹⁵³ Vgl., Owen, Anna Patricia (2012), S.234f.

ten Gutachten) für die Empfehlung zur Sterilisation aus.¹⁵⁴ Während der Anteil der befürworteten Gutachten bei den weiblichen Begutachteten mit 236 Sterilisationsempfehlungen 45,91 Prozent betrug, waren es bei den männlichen Begutachteten 278 Gutachten mit Sterilisationsempfehlung und somit ein Anteil von 54,09 Prozent.

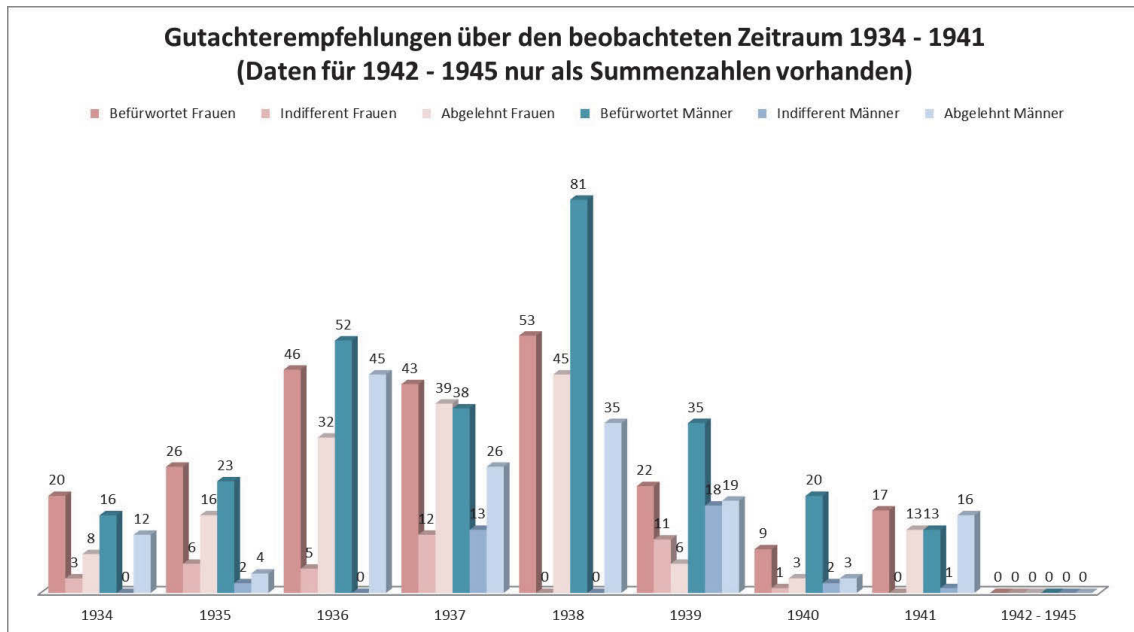


Abbildung 59: Balkendiagramm Gutachterempfehlungen über den beobachteten Zeitraum 1934-1941.

Innerhalb der Geschlechtergruppen betrug der Anteil der im Sinne des GzVeN positiv begutachteten Patienten bei den Frauen mit 236 Sterilisationsempfehlungen von insgesamt 445 Gutachten 53,03 Prozent bzw. bei 436 in die Auswertung miteinbezogenen Gutachten 54,12 Prozent (vgl. Abbildung 59). Bei insgesamt 495 durchgeführten Sterilisationsgutachten männlicher Patienten, von denen 474 Gutachten in der Auswertung berücksichtigt wurden, entspricht der Anteil der 278 sterilisationsbefürwortenden Gutachten einem Prozentsatz von 56,16 Prozent bzw. 58,65 Prozent. An der Universitätsklinik Tübingen wurden in den Jahren 1934-1945 somit mehr männliche als weibliche

¹⁵⁴ Aus den Jahren 1942-1945 liegen nur Daten zur Gesamtzahl der an der Universitäts-Nervenlinik Tübingen durchgeführten Gutachten vor, jedoch sind keine Zahlen zur den jeweiligen Gutachterempfehlungen vorhanden. Die 30 Gutachten aus diesem Zeitraum tauchen deshalb nur in der Anzahl der gesamten Gutachten auf und werden nicht in den Auswertungen der einzelnen Gutachterempfehlungen berücksichtigt, welche mit dem Jahr 1941 enden. Die Gesamtzahl der in die Auswertung miteinbezogenen Gutachten mit Gutachterempfehlungen beträgt nach Abzug dieser 30 Gutachten 910 Gutachten mit Gutachterempfehlungen, 436 Gutachten mit Empfehlungen bei den Frauen und 474 Gutachten mit Empfehlungen bei den Männern.

Personen im Rahmen der Erbgesundheitsverfahren begutachtet. Auch die Empfehlung zur Sterilisation wurde bei den männlichen Begutachteten häufiger ausgesprochen als bei den weiblichen.

Die 57 Sterilisationsempfehlungen der insgesamt 111 Erbgesundheitsgutachten aus dem Jahr 1939 zeigen mit einem Anteil von 51,35 Prozent einen deutlich niedrigeren Anteil als der Durchschnittswert der im gesamten Betrachtungszeitraum ausgesprochenen Sterilisationsempfehlungen, der bei 56,48 Prozent liegt. Die Sterilisationsempfehlungsrate der Frauen liegt dabei mit 22 befürworteten Sterilisationsgutachten von 39 Gutachten im Jahr 1939 und somit 56,41 Prozent etwa gleichhoch wie der Durchschnittswert und die der männliche Betroffenen mit 35 von 72 Gutachten liegt mit 48,61 Prozent deutlich unter dem Durchschnittswert des untersuchten Betrachtungszeitraum. Die Empfehlungen in den restlichen Gutachten aus dem Jahr 1939 gliedern sich folgendermaßen auf: In 29 Gutachten konnte eine Erbkrankheit nicht mit der vom Gesetz geforderten Sicherheit festgestellt werden. In 16 Fällen wurde keine Erbkrankheit im Sinne des GzVeN diagnostiziert und in weiteren sechs Fällen wurde die Sterilisation als nicht dringend erforderlich eingestuft, unter anderem mit dem Verweis auf das fortgeschrittene Alter. In den restlichen drei Fällen wurde die Anwendung des § 1 des Ehegesundheitsgesetzes empfohlen. Vergleiche hierzu auch Kapitel 3.2.

Im Rahmen der unter der Leitung der Forensischen Sektion der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie initiierten Studie, die sich mit der Aufarbeitung der Umsetzung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ an der Universitäts-Nervenlinik Tübingen in den Jahren 1934-1945 befasste, ließ sich anhand der untersuchten Akten somit aufzeigen, dass in den Jahren 1936 bis 1938 an der Universitäts-Nervenlinik die meisten Erbgesundheitsgutachten durchgeführt wurden. Den absoluten Höhepunkt markierte das Jahr 1938 mit insgesamt 214 Gutachten. Tübingen hatte als die einzige psychiatrische Universitätsklinik im Land Württemberg ein großes Einzugsgebiet.¹⁵⁵

¹⁵⁵ Vgl. Wiesing, Urban et al. (Hrsg.) (2010), S.1114.

Vergleicht man die Zahlen von Tübingen mit anderen Gebieten in Deutschland, wie zum Beispiel in den bei Bock aufgelisteten Zahlentabellen¹⁵⁶ von Sterilisanden und Sterilisandinnen an Erbgesundheitsgerichten in Berlin, München und Nürnberg, so war der Höhepunkt der gestellten Anträge in den Anfangsjahren vor allem im Jahr 1934 in Berlin zu verzeichnen. Während die Zahlen aus Nürnberg denen in Berlin glichen, wurden in München die meisten Sterilisationsanträge vor den Erbgesundheitsgerichten im Jahr 1936 gestellt. Auch in Hamburg wurden, laut Rothmaler¹⁵⁷, in der Anfangszeit viele Anzeigen gestellt. Diese kamen vor allem aus Kliniken, großen Anstalten wie Heimen, Fürsorgebehörden, Arbeitsämtern und Gefängnissen. So lassen sich diese hohen Antragszahlen zu Beginn des GzVeN vor allem darauf zurückführen, dass zunächst vor allem die Patienten in den Anstalten betroffen waren und dieser Bestand bis Ende 1935 zum größten Teil bereits erfasst und sterilisiert worden war.¹⁵⁸ Interessant mutet vor diesem Hintergrund die doch recht niedrige Anzahl der Gutachten in den Jahren 1934-1935 an der Nervenlinik Tübingen an. Keller weist diesbezüglich jedoch auf Anfangsschwierigkeiten in der Dokumentation und eine unvollständige Datenlage hin.¹⁵⁹

Die deutlich rückläufigen Zahlen der Erbgesundheitsgutachten ab 1939 und in den folgenden Kriegsjahren lassen sich zum einen auf die zuletzt genannten Gründe zurückführen und zum anderen darauf, dass zu dieser Zeit der Widerstand innerhalb der Bevölkerung zunahm und die Sterilisationsbehörden Erlasse zum vorsichtigeren Vorgehen in der Umsetzung des Gesetzes erhielten. Natürlich markierte die Kriegserklärung im September 1939 einen Einschnitt in der Durchführung von Gutachten und konsekutiv in der Zahl der Antragstellungen zur Einleitung eines Erbgesundheitsverfahren (vgl. Kapitel 3.20). Zusätzlich forcierte die Verordnung zur Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 31. August 1939 den Rückgang. Sie schrieb fest, dass das Erbgesundheitsverfahren schwerpunktmäßig nur noch bei dringlichen Fällen durchgeführt werden sollte (vgl. Kapitel 1.3.2.4). Hier sei auf die Patientenbeispiele 4.7

¹⁵⁶ Vgl. Bock, Gisela (1986), S.424-430.

¹⁵⁷ Vgl. Rothmaler, Christiane (1993), S.137-140.

¹⁵⁸ Vgl. Bock, Gisela (1986), S.241, S.260ff.

¹⁵⁹ Vgl. Keller, Cindy (2009), S.118ff.

und 4.8 verwiesen. Ungefähr zum gleichen Zeitpunkt lief im September 1939 die sogenannte „Vernichtungsaktion von lebensunwertem Leben“ an (vgl Kapitel 1.3.4.2).

Das Jahr 1939 liegt mit 111 Gutachten zur Erbgesundheitsfrage im gesamten betrachteten Zeitraum somit an vierter Stelle in der Häufigkeit der erstellten Erbgesundheitsgutachten in Tübingen. Vergleicht man die Zahlen von durchgeführten Anträgen vor den Erbgesundheitsgerichten der bereits oben erwähnten Untersuchungen in anderen Ländern, weisen diese, wie bei Bock und Rothmaler aufgezeigt¹⁶⁰, im Jahr 1939 bereits einen wesentlich deutlicheren Abwärtstrend als in Tübingen auf. So wurde in den Ergebnissen unter Kapitel 3.20 und 3.21 ausführlich dargestellt, dass in der Tübinger Psychiatrie der Einbruch im August anfing und sehr deutlich im September 1939 ersichtlich wurde. Dieser Verlauf lässt sich mit dem Beginn des Krieges im September 1939 hinreichend erklären. So wurde Personal zum Wehrdienst abgezogen und Klinikräume, Geräte sowie Personal wurden in Vorbereitung zur Aufnahme von Kriegsverwundeten vorbereitet und bereitgestellt. Nach Geschlechtern getrennt betrachtet waren hier keine signifikanten Differenzen im Verlauf zu verzeichnen.

So lässt sich festhalten, dass in der Psychiatrie Tübingen die meisten Sterilisationsgutachten in den Jahren 1936 bis 1938 erstellt wurden. Das Jahr 1939 markiert, insbesondere durch den Kriegsbeginn im Herbst, einen markanten Einschnitt mit stark rückläufigen Gutachtenzahlen. Im nationalen Vergleich ist im Jahr 1939 ebenfalls ein starker Rückgang der Gutachtenzahlen zu verzeichnen.

Nachdem die allgemeine Anzahl der an der Universitäts-Nervenklinik Tübingen im Jahr 1939 durchgeführten Sterilisationsgutachten ausführlich im Kontext von nationalen sowie insgesamt in Tübingen verfassten Gutachten im Zeitraum von 1934 bis 1945 betrachtet wurden, soll im Folgenden ein allgemein gültiger Ablauf und Aufbau der Sterilisationsgutachten aus dem Jahr 1939 untersucht werden.

¹⁶⁰ Vgl. Bock, Gisela (1986), S.423ff, vgl. Rothmaler, Christiane (1993), S.137, S.143.

5.2. Allgemein gültiger Ablauf und Aufbau der Sterilisationsgutachten im Jahr 1939

Als Teil dieser Arbeit soll die Frage geklärt werden ob sich anhand der in den Patientenakten vorliegenden Erbgesundheitsgutachten ein allgemein gültiger Aufbau und Ablauf der Sterilisationsgutachten an der Universitäts-Nervenlinik Tübingen im Jahr 1939 erkennen lässt.

Wie in Kapitel 3.14 ausgeführt, befand sich nur ein geringer Anteil der Patienten für die im Jahr 1939 ein Erbgesundheitsgutachten erstellt wurde, aufgrund einer akuten Erkrankung oder infolge einer Verlegung aus einer anderen Klinik oder Anstalt, in der Universitäts-Nervenlinik. So stellte der häufigste Aufnahmegrund die Begutachtung im Auftrag der zuständigen Erbgesundheitsgerichte dar. In einigen Fällen fand dies infolge einer Nachbegutachtung bei nicht eindeutigem Ergebnis der Erstbegutachtung statt. Darüber hinaus beauftragten die zuständigen Erbgesundheitsobergerichte die Erstellung eines erneuten Gutachten im Zuge eines Revisionsverfahrens nach Widerspruch durch die Betroffenen bzw. deren Angehöriger.

In Kapitel 3.16 ließ sich zudem darstellen, dass die meisten Anträge auf die Durchführung eines Erbgesundheitsgutachten durch die beamteten Ärzte eines Gesundheitsamtes bzw. dessen angegliederten Erbgesundheitsgerichten und den Erbgesundheitsobergerichten gestellt wurden. Dies entspricht der Vorgabe im § 3 Abs. 1 des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“. In keinem der ausgewerteten Gutachten fand sich als Antragsteller ein Arzt der Universitäts-Nervenlinik Tübingen oder ein Anstaltsleiter bzw. Klinikleiter einer anderen Einrichtung, die in § 3 Abs. 2 auch als antragsberechtigt galten. Als Erklärung herangezogen werden könnte, wie bei Rothmaler beschrieben, dass in der Anfangsphase des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vor allem die Patienten zwangsweise sterilisiert wurden, die in Heil- und Pflegeanstalten untergebracht waren.¹⁶¹ In den folgenden Jahren wurden unter anderem durch ausweitende Änderungen des GzVeN sowie der Verabschiedung des „Ehe-

¹⁶¹ Vgl. Rothmaler, Christiane (1993), S.143.

gesundheitsgesetzes“ und des „Blutschutzgesetzes“ die Möglichkeiten der Erfassung potentieller „Sterilisierungsoffer“ erweitert. Sämtliche Ämter, Schulen und öffentliche Behörden wurden so miteingebunden.

In keiner der Akten aus dem Jahr 1939 fand sich ein Hinweis auf die Antragstellung auf Unfruchtbarmachung durch den Betroffenen selbst. Ließen sich die Ärzte der Nerven-klinik nicht unter den Antragstellern finden, ergab die Auswertung der Frage nach den Anzeigestellenden ein anderes Bild. Wie in Kapitel 3.17 dargestellt, fand sich in 28,83 Prozent der Akten mit Sterilisationsgutachten eine Anzeige mit der Unterschrift eines Arztes der Universitäts-Nerven-klinik. Hier fanden sich die Amtsärzte nur mit einem Anteil von 6,31 Prozent und ein verschwindend geringer Anteil der Anzeigen wurde durch Hausärzte gestellt.

Daraus könnte die Schlussfolgerung gezogen werden, dass die Ärzte der Kliniken sich eher an die Gesetzesvorgaben hielten und so eine große Zahl der Betroffenen durch den Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik erfasst wurden. Wie im vorherigen Kapitel bereits angesprochen, hatte sich im Jahr 1939 ein deutlicher Widerstand in großen Teilen der Bevölkerung gegen die Erbgesundheitsgesetze gebildet, sodass eventuell die niedergelassenen Ärzte den Vertrauensverlust ihrer Patienten befürchten mussten und aus diesem Grund zurückhaltender agierten.

Der Aufbau der Sterilisationsgutachten an der Psychiatrie Tübingen war dabei immer derselbe. Die Gutachter hatten zwei Möglichkeiten ein Gutachten zu verfassen und erstellen einerseits einen vierseitigen offiziellen Formularvordruck (siehe Anhang 7), der zur Erleichterung des Verfahrens eingeführt wurde. Andererseits wurde ein individuelles und frei formuliertes Gutachten (siehe Anhang 6) verwendet, welches von einer ausführlichen Anamnese über die körperliche Untersuchung und erweiterten Diagnostik bis zur ausführlichen Darstellung der Diagnosefindung mit Begründung der Empfehlung reichte. Die in der vorliegenden Arbeit durchgeführte Analyse ergab interessanterweise, dass bei 26 von 28 erstellten Formblattgutachten in 26 Gutachten (92,86 Prozent) die Empfehlung zur Sterilisation ausgesprochen wurde (vgl. Kapitel 3.13). Bei den 83 individuell verfassten Gutachten beinhalteten die Beurteilungen in 37,7 Prozent der Fälle eine Sterilisationsempfehlung und in 33,7 Prozent der Fälle war die Diagnose nicht sicher. Bei 19,2% Keine Sterilisationsempfehlung wurde bei 19,2 Prozent der Patienten

ausgesprochen. Bei den Frauen wurde mit 13 von 39 Gutachten (33,33 Prozent) das Formblattgutachten angewendet und bei den Männern nur bei 15 von 72 Gutachten (20 Prozent). Daraus ergibt sich der Schluss, dass für Frauen in Begutachtungen häufiger das Formblattgutachten verwendet und prozentual häufiger die Empfehlung zu Sterilisation ausgesprochen wurde.

In Kapitel 3.22 und Kapitel 3.22.1 wurde der Mittelwert der Verweildauer der Patienten in der Nervenklinik in Zusammenhang mit Diagnosestellung und Form des Gutachtens untersucht. Hier zeigte sich, dass die mittlere Aufenthaltsdauer an der Nervenklinik zwischen 15 und 51 Tagen betrug. Den längsten mittleren Aufenthalt hatten die Patienten, die eine Sterilisationsempfehlung erhalten hatten. Die kürzeste mittlere Aufenthaltsdauer ließ sich bei den Patienten feststellen, bei denen die Anwendung des § 1c empfohlen wurde. Überraschenderweise hatten die Patienten, deren Gutachten als kurzes Formblattgutachten ausgestellt wurde, mit einem Mittelwert von 91 Tagen die längere Verweildauer. Die mittlere Aufenthaltsdauer der Patienten mit Individualgutachten betrug hingegen nur 18 Tage. So lässt sich die Vermutung anstellen, dass die Diagnose nicht erbkrank schneller und eindeutiger zu stellen war als die folgenschwere Diagnose einer Erbkrankheit. Um die notwendige Sicherheit zu haben, wurden die Patienten länger unter stationärer Beobachtung gehalten. Möglich wäre auch, dass die Patienten etwa zu versuchsweisen Anwendungen der verschiedenen Therapiemethoden in der Klinik behalten wurden. Über die tatsächlichen Gründe für die Länge der Aufenthaltsdauer lässt sich an dieser Stelle allerdings nur spekulieren, da diese nicht in der Auswertung der Gutachten ersichtlich waren.

Die Erstellung der Gutachten von Anamnese über klinische Untersuchung, apparativer und Labordiagnostik und gegebenenfalls der Überprüfung mittels Intelligenztests wurde in den meisten Fällen durch Assistenzärzte, also Ärzten in Weiterbildung, ausgeführt. In einigen wenigen Fällen wurden die Gutachten von den Oberärzten persönlich durchgeführt. Unterschrieben waren die Gutachten mit „Einverstanden“ oder „Einverstanden auf Grund eigener Untersuchung und persönlicher Urteilsbildung“.

Betrachtet man die hier vorgestellten Ergebnisse bezüglich eines allgemein gültigen Ablaufs und Aufbaus der an der Psychiatrie Tübingen im Jahr 1939 durchgeführten Sterilisationsgutachten, so lässt sich feststellen, dass diese meist nach demselben Muster

abliefern. So gestaltete sich der Ablauf nach den Vorgaben des Gesetzes. Auf die Anzeige folgte die Antragsstellung auf Unfruchtbarmachung, welche eine Begutachtung nach sich zog. Basierend auf dem Sterilisationsgutachten und den darin festgehaltenen Empfehlungen der Ärzte entschied das Erbgesundheitsgericht über die Durchführung einer Sterilisation. Die Sterilisationsgutachten hatten dabei immer dieselbe Form: entweder bestanden sie aus einem vorgegebenem Formblatt oder einem Individualgutachten. Dieses hatte stets den gleichen Aufbau und hielt den Aufnahmegrund, Begutachtungsgrund, die Anamnese, Untersuchung und die abschließende Beurteilung fest.

Beeindruckend sind die Empfehlungen der Gutachter in den Sterilisationsgutachten, denen eine Anzeige der Ärzteschaft der Universitäts-Nervenlinik zugrunde lag. Hier wurde in 29 von 32 Gutachten die Empfehlung zur Sterilisation ausgesprochen. Begründen könnte man dies einerseits, dass die anzeigenden Ärzte häufig auch als Gutachter tätig waren und andererseits, dass die in den Anzeigen gestellten Diagnosen allesamt unter die im „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ aufgeführten „Erbkrankheiten“ fielen. Wie in Kapitel 3.17 beschrieben, lautete in 75 Prozent der von der Ärzteschaft der Nervenlinik gestellten Anzeigen die Diagnose Schizophrenie. Am zweithäufigsten wurde zirkuläres Irresein/manische Depression angezeigt. In den Anzeigen der Haus- und Amtsärzte war die Diagnose angeborener Schwachsinn die am häufigsten gestellte Diagnose. Dies muss jedoch unter dem Vorbehalt diskutiert werden, dass für alle sogenannten Erbkrankheiten bis zu diesem Zeitpunkt kein Nachweis über die tatsächliche Erblichkeit geführt werden konnte. Auf die Diagnose soll im folgenden Kapitel näher eingegangen werden.

5.3. Definition von Entscheidungskriterien

Lassen sich Kriterien definieren, die die Entscheidung der Gutachter im Jahr 1939 an der Universitäts-Nervenlinik Tübingen bei Sterilisationsgutachten beeinflussten?

Zur Beantwortung dieser Forschungsfrage wurde die Anamnese der Tübinger Sterilisationsgutachten aus dem Jahr 1939 genauer betrachtet. Es ist darauf hinzuweisen, dass im Vergleich zur Gegenwart, die zusätzlich zu Anamnese und klinischer Untersuchung auf vielfältige apparative Diagnostik und Labormedizin zugegriffen werden kann, die Diagnosefindung zum damaligen Zeitraum deutlich in ihren Möglichkeiten eingeschränkt war. Siehe hierzu Kapitel 3.4.

Bei Braß¹⁶² findet sich eine Tabelle, in der die Häufigkeit der Antragsdiagnosen in anderen Teilen Deutschlands wie Berlin, Hamburg, Frankfurt, Köln, Marburg, Göttingen und dem Saarland aufgelistet ist. Dabei stellt in allen aufgeführten Regionen der angeborene Schwachsinn vor der Schizophrenie die am häufigsten genannte Antragsdiagnose dar. Im Vergleich dazu war die Schizophrenie in den an der Universitäts-Nervenklinik verfassten Erbgesundheitsgutachten von 1939 mit 43,24 Prozent die am häufigsten diagnostizierte Erbkrankheit (vgl. Kapitel 3.4 und 3.6). Danach folgten der angeborene Schwachsinn (22,52 Prozent) und die angeborene Fallsucht (22,52 Prozent). Nur bei wenigen lautete die Diagnose manisch depressives Irresein, Medikamentenmissbrauch oder schwere körperliche Missbildungen. Krankheiten wie erbliche Blindheit, erbliche Taubheit, Chorea Huntington oder auch schwerer Alkoholismus wurde unter den im Jahre 1939 gestellten Diagnosen nicht gefunden.

In den Gutachten, in denen die Sterilisation empfohlen wurde, nahm der Anteil der mit Schizophrenie diagnostizierten Patienten einen Anteil von 68,8 Prozent ein. Angeborener Schwachsinn lautete bei 50 Prozent der weiblichen und 46,7 Prozent der männlichen sterilisationsbefürwortenden Gutachten die Diagnose. Dies stimmt mit der Aussage Bocks¹⁶³ überein, dass anteilig mehr Frauen aufgrund der Diagnose angeborener Schwachsinn einem Sterilisationsverfahren unterzogen wurden als Männer. Im Allgemeinen wurde die Diagnose angeborener Schwachsinn vor allem bei unverheirateten Frauen und ledigen Müttern sowie Frauen, die nicht dem damals vorherrschenden Bild der Frau und Mutter entsprachen, diagnostiziert. Unter Debilität waren auch die sogenannte mangelnde „Lebensbewahrung“, „sexuelle Haltlosigkeit und Abartigkeit“, oder auch Promiskuität miteingeschlossen. Folgern könnte man daraus, dass sich mit der Diagnose Schwachsinn zahlreiche Möglichkeiten der Indikation für eine Zwangsterilisation ergaben.¹⁶⁴In den in Tübingen erstellten Gutachten fand sich unter den Diagnosen angeborener Schwachsinn und angeborene Epilepsie häufiger die Empfehlung: „Diagnose nicht mit der vom Gesetz geforderten Sicherheit feststellbar“ oder „Sterilisation nicht dringend erforderlich bei nur geringer oder unwahrscheinlich vorliegender Fort-

¹⁶² Vgl. Braß, Christop(2004), S.91.

¹⁶³ Vgl. Bock, Gisela (1986), S.400ff.

¹⁶⁴ Vgl. ebd., S.402-416

pflanzungsgefahr“¹⁶⁵. Folglich bestand für die Gutachter die Möglichkeit in enger Auslegung des Gesetzes Patienten vor der Zwangssterilisation zu bewahren. Die Sterilisationsempfehlung wurde von den Tübinger Gutachtern bei Vorliegen der Diagnose angeborener Schwachsinn deutlich seltener ausgesprochen als in den Gutachten mit der Diagnose Schizophrenie, siehe hierzu Kapitel 3.6. Da in den Erläuterungen des GzVeN die einwandfrei diagnostizierte Schizophrenie als sicher erbkrank bezeichnet wurde und damit die Indikation zur Sterilisation gegeben war, scheinen sich hier die Gutachter an der Nervenlinik Tübingen eng an das Gesetz gehalten haben. An dieser Stelle soll auf das Kapitel 5.4 verwiesen werden, welches diesen Sachverhalt näher betrachtet.

Gleichzeitig wurde die Fortpflanzungsgefahr, wie in Kapitel 3.5 ersichtlich, bei den an Schizophrenie erkrankten Personen als sehr hoch eingeschätzt. Vergleicht man die Ergebnisse der vorliegenden Dissertationsarbeit mit vorhergehenden Dissertationen dieser Studie, ergibt sich ein leicht abgewandeltes Bild: So wurden im Jahr 1936 bei 98 von 180 Gutachten (54,44 Prozent) die Sterilisation empfohlen. Die häufigsten Diagnosen lauteten hierbei genuine Epilepsie, auch erbliche Fallsucht genannt (38,8 Prozent), erbliche Schizophrenie (29,6 Prozent), angeborener Schwachsinn (19,4 Prozent) und manisch-depressives Irresein (4,1 Prozent).¹⁶⁵ Zusammenfassend kann jedoch gesagt werden, dass die Dissertation hinsichtlich der am häufigsten genannten Diagnosen erbliche Fallsucht, erbliche Schizophrenie, angeborener Schwachsinn und manisch-depressives Irresein übereinstimmten, wenn auch in unterschiedlicher Ausprägung und somit Häufigkeit. Wie bei Kaasch¹⁶⁶ lässt sich auch in dieser Arbeit ein relativ niedriger Prozentsatz von Patienten ausmachen, die infolge der Diagnose manisch-depressives Irresein begutachtet wurden. Leonhardt wies bereits 1996 auf die zurückhaltende und vorsichtige Sterilisationspraxis in Tübingen gegenüber den von dieser Erkrankung Betroffenen hin.¹⁶⁷

Betrachtet man die Alterspyramide (vgl. Abbildung 1 in Kapitel 3.1) der im Jahr 1939 an der Universitäts-Nervenlinik im Rahmen der Erbgesundheitsfrage begutachteten Patienten, war der jüngste Patient 13 und der älteste 48 Jahre alt. Bei den Frauen lag die

¹⁶⁵ Vgl. Wiesing, Urban et al. (Hrsg.) (2010), S.1115.

¹⁶⁶ Vgl. Kaasch, Imke Marion (2006), S.119.

¹⁶⁷ Vgl. Leonhardt, Martin (1996), S.87.

Altersspanne zwischen 16 bis 39 Jahren. Die Vorgaben des Gesetzes bezüglich eines Mindestalters von 10 Jahren und dem Ausschluss betagter Personen wurden somit eingehalten. Das Durchschnittsalter aller Begutachteten lag bei 27,93 Jahren. Damit wurden vor allem Personen begutachtet, die sich im fortpflanzungsfähigen Alter befanden und zu 85,59% unverheiratet waren (vgl. Kapitel 3.10). So konnte mit der Sterilisation dieser betroffenen Personen die Zeugung „erbkranken Nachwuchses“ möglichst früh verhindert werden. Jedoch wurden auch dreizehn verheiratete Personen begutachtet, unter denen sich Eltern von Kindern befanden - unter anderem war ein Vater von acht Kindern darunter (vgl. Kapitel 3.10).

Wie bisher ausgeführt und diskutiert, waren Kriterien für die Entscheidungsfindung der Gutachter die Diagnose einer gesetzlich vorgegebenen Erbkrankheit, die Ausprägung der Erkrankung, das Alter und das Fortpflanzungsrisiko. Inwieweit der soziale Stand der begutachten Personen die Entscheidung der Gutachter beeinflusste wurde in Kapitel 3.8 erhoben. Patientenbeispiele sind in den Kapiteln 4.4 und 4.6 zu finden. Die Ergebnisse lassen den Schluss zu, dass bereits bei der Erfassung der zu Begutachtenden die Schichtzugehörigkeit eine mitentscheidende Rolle spielte. So befand sich unter den weiblichen Begutachteten an der Nervenklinik in Tübingen keine Person, die einer höheren Schicht als der oberen Unterschicht angehörte. Mit 21 von insgesamt 39 Gutachten, gehörte mehr als die Hälfte der im Jahr 1939 in Tübingen begutachteten Frauen der Klasse der „sozial Verachteten“ an. Dazu gehörten beispielsweise Personen, die als Hilfsarbeiter, Tagelöhner oder ungelernete Arbeiter ihren Unterhalt verdienten. Auch ledige Mütter fielen darunter. Für Frauen aus der oberen Unterschicht, zu welcher bspw. Fabrikarbeiter, Köche oder Handwerksgesellen gehörten, wurden zwölf Sterilisationsgutachten erstellt. Die restlichen Gutachten entfielen auf eine Frau aus der unteren Unterschicht sowie auf fünf Patientinnen, die unter der Kategorie „Sonstige“ eingeordnet wurden. Dieser Kategorie gehörten Hausfrauen, Pfleglinge und Zöglinge an.

Bei den männlichen Begutachteten war die Schichtzugehörigkeit weiter gestreut. Hier befand sich eine Person aus der oberen Mittelschicht unter den Patienten: ein Arzt, der infolge Medikamentenabusus auffällig wurde. Bei ihm wurde die Sterilisation nicht befürwortet. Darüber hinaus wurden mit zwei Kaufmännern und einem höheren Verwaltungsangestellten drei Männer aus der mittleren Mittelschicht begutachtet. Die meisten der Erbgesundheitsgutachten für männliche Personen wurden für Zugehörige der

oberen Unterschicht erstellt. In der Schicht der „sozial Verachteten“ wurden 21 Gutachten verfasst, neun für Zugehörige der unteren Unterschicht und zwei Gutachten entfielen auf „Sonstige“. Die Ergebnisse der vorliegenden Auswertung der in Tübingen erstellten Erbgesundheitsgutachten aus dem Jahr 1939 sowie die Ergebnisse der ebenfalls im Rahmen dieser Studie veröffentlichten Dissertationen stimmen folglich mit den Aussagen von Zimmermann¹⁶⁸ und Rothmaler¹⁶⁹ überein. Diese hielten fest, dass in Göttingen und Hamburg vor allem die Angehörigen der sozialen Unterschichten zu dem von den Erbgesundheitsgesetzen am stärksten betroffenen Personenkreis gehörten:

„Die Hauptbetroffenen der Sterilisationen waren Angehörige der sozialen Unterschicht, die Auffälligen und nicht Funktionierenden, die als ungelernte oder angelernte Lohnarbeiter/-innen ihren Lebensunterhalt verdienten [...] eine ungenügende Schulbildung erhalten hatten [...] es waren die „minderwertigen“ Arbeitsfähigen, die „minderwertigen“ arbeitsfähigen Arbeitsscheuen und „Asozialen“ und die „minderwertigen“, nicht mehr arbeitsfähigen „unnützen Esser.“¹⁷⁰

Mit 90,1 Prozent gehörten nahezu alle in Tübingen begutachteten Personen den sozialen Unterschichten an. Die soziale Schichtzugehörigkeit lässt sich somit neben den bereits aufgeführten Einflussfaktoren als weiterer Einflussfaktor festhalten. Dabei wurde das Kriterium der sozialen Indikation zur Unfruchtbarmachung in den Begründungen zum GzVeN als „Tatbestand der Körperverletzung“¹⁷¹ bewertet und unter Strafverfolgung gestellt.¹⁷²

Keine Entscheidungskriterien scheinen hingegen die Religions- oder Staatszugehörigkeit gewesen zu sein. Alle Personen, die an der Universitäts-Nervenklinik im Jahr 1939 im Rahmen des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ begutachtet wurden, waren deutscher Herkunft und Nationalität (vgl. Kapitel 3.28). Wie Gisela Bock in ihren Studien zur Rassenpolitik und Frauenpolitik ausführte, siehe auch Kapitel 1.3.2.3, be-

¹⁶⁸ Vgl. Zimmermann, Volker (1992), S.77.

¹⁶⁹ Vgl. Rothmaler, Christiane (1993), S.143ff.

¹⁷⁰ Ebd., S.143.

¹⁷¹ Gütt, Arthur et al (1936a), S.79.

¹⁷² Vgl. ebd.

deutete Rassismus nicht nur die Diskriminierung „fremder Völker“ sondern auch die Diskriminierung von „Minderwertigen“ der eigenen ethnischen Gruppe.¹⁷³ Mit der Auswertung der Frage der Nationalität der Sterilisationsgutachten im Jahr 1939 kann diese Aussage von Bock unterstrichen werden. Im Weiteren ergab die vorliegende Erhebung, dass nahezu alle Personen (97,3 Prozent), die im Jahr 1939 an der Universitäts-Nervenlinik im Rahmen eines Sterilisationsgutachtens untersucht wurden, der christlichen Religion angehörten (vgl. Kapitel 3.12). Davon war der überwiegende Teil evangelisch. Keine der begutachteten Personen war jüdischen Glaubens, Sinti oder Roma. Nur eine Person gehörte einer anderen Glaubensrichtung an und zwei Personen waren konfessionslos. An dieser Stelle sollte kurz erwähnt werden, dass ein Teil der evangelischen Kirche der nationalsozialistischen Idee und der gesetzlichen Umsetzung der Rassenhygiene von Beginn an aufgeschlossen gegenüberstand während diese von der katholischen Kirche abgelehnt wurde.

So lässt sich abschließend festhalten, dass die Entscheidungskriterien bei den im Jahr 1939 in Tübingen durchgeführten Sterilisationsgutachten die Diagnose, Erblichkeit, Familienanamnese und Fortpflanzungsgefahr sowie das Alter, Geschlecht und die soziale Klasse der Patienten waren. Eine besondere Rolle kam hierbei der Diagnose sowie dem Alter und der Fortpflanzungsgefahr zu. Die Diagnose der Erbkrankheiten bestimmte maßgeblich die Empfehlung zur Sterilisation. Diese wurde lediglich durch das Alter der Patienten bestimmend beeinflusst. Bei einem hohen Alter der Patienten wurde die Diagnose und Sterilisationsempfehlung relativiert, bei einem jungen geschlechtsreifen Alter dagegen bestärkt und auf die Fortpflanzungsgefahr verwiesen.

5.4. Übereinstimmung mit dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“

In diesem Abschnitt soll die Frage geklärt werden, inwiefern sich die Gutachter an der Universitäts-Nervenlinik Tübingen in ihren Sterilisationsgutachten aus dem Jahr 1939 an das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ gehalten haben.

¹⁷³ Vgl. Bock, Gisela (1986), S.16.

In Kapitel 3.26 wurde auf die in den Gutachten geäußerte Prognose zur Einschätzung des weiteren Krankheitsverlaufs des jeweiligen Patienten eingegangen. Dabei konnte aufgezeigt werden, dass wenn sich die Gutachter bezüglich der Prognose waren, auch die entsprechende Empfehlungen abgaben. In den 57 Gutachten, in denen die Gutachter die Sterilisation aufgrund einer sicher im Sinne des GzVeN vorliegenden Erbkrankheit und/oder einem im fortpflanzungsfähigen Alter befindlichen Begutachteten befürworteten, waren sich die Gutachter bezüglich der Einschätzung der Prognose sicher. Ebenfalls waren sich die Gutachter der Psychiatrie Tübingen in den elf Gutachten, in denen sie die Sterilisation ablehnten, in der Prognoseeinschätzung sicher.

In den 35 Gutachten, in denen die Gutachter bei Einschätzung der Prognose unsicher waren, wurde keine Empfehlung zur Sterilisation ausgesprochen. Von diesen 35 unsicheren Prognosen konnte in 25 Fällen die Diagnose nicht mit der vom Gesetz geforderten Sicherheit gestellt werden. Folglich wurden die Ärzte in ihrer Prognose bestätigt. Bei 41 Gutachten haben die Gutachter die Chance auf eine Heilung verneint, woraufhin in 32 Fällen die Sterilisation empfohlen wurde. Bestand hingegen eine Chance auf Heilung oder eine positive Entwicklung des Krankheitsverlaufs, wurde die Sterilisationsempfehlung von den Gutachtern in Tübingen nicht bzw. zurückhaltend ausgesprochen. Allerdings muss gesehen werden, dass eine Heilung oder eine positive Prognose bei einer als sicher diagnostizierten Erbkrankheit praktisch als nicht möglich gewertet wurde (siehe auch Kapitel 3.11 und 4.2).

Mit dem Wissen, dass nur 44 Patientenakten Hinweise auf die Gerichtsentscheidung enthielten, ist die Datenlage zur statistischen Beurteilung sehr gering. Jedoch lässt sich tendenziell eine Übereinstimmung der Gerichtsbeschlüsse mit den Gutachterempfehlung erkennen (siehe Kapitel 3.24). In allen Fällen, in denen die Gutachter keine Sterilisation empfohlen hatten, lehnten auch die Richter die Unfruchtbarmachung ab. Von den 14 Gerichtsbeschlüssen, in denen die Unfruchtbarmachung durch das EGG angeordnet wurde, enthielten elf Gutachten eine Sterilisationsempfehlung. Im Allgemeinen kann die Aussage getroffen werden, dass die Richter sich in allen Gerichtsbeschlüssen des Erbgesundheitsobergerichts entsprachen diese den Empfehlungen der Gutachter. Richtet man den Blick auf die Möglichkeit der Patienten sich gegen die Beschlüsse zu wehren, so lag die Erfolgchance bei knapp 50 Prozent. Vergleiche hierzu auch die Kapitel 3.23 und 3.24.

Aufgrund des geringen Datenmaterials kann an dieser Stelle nur unter Vorbehalt auf den offensichtlichen Einfluss der Gutachterempfehlungen auf die Entscheidung der Richter sowohl am EGG als auch am EGOG verwiesen werden. In vielen Akten fanden sich jedoch keine Hinweise auf die Meinung der Patienten (siehe Kapitel 3.25).

So lässt sich anhand der vorhandenen Sterilisationsgutachten aufzeigen, dass sich die Begutachtungspraxis der Psychiatrie Tübingen weitgehend an die Vorgaben des Gesetzes hielt. Als maßgebliche Einflusskriterien auf die Entscheidung der Gutachter ließen sich die Diagnose, fortpflanzungsfähiges Alter bzw. Fortpflanzungsrisiko, weibliches Geschlecht, eine positive Familienanamnese sowie die soziale Schichtzugehörigkeit nachweisen. Über persönliche Einstellungen und Beweggründe der Gutachter sowie über persönliche Repressalien können anhand der erfassten Daten keine Rückschlüsse getätigt werden. Allerdings könnte die bei Leonhardt aufgezeigte Neigung der vorsichtigen und zurückhaltenden Begutachtungspraxis in Erbgesundheitsfragen an der Psychiatrie Tübingen¹⁷⁴ mit 51,3 Prozent Sterilisationsempfehlungen ähnlich den bereits verfassten Dissertationen belegt werden. (siehe auch Patientenbeispiel 4.2).

5.5. Schlussfolgerung

In der Zeit von 1933 bis 1945 wurden in Deutschland zwischen 360.000 und 400.000 Zwangssterilisationen durchgeführt. Wie viele davon in Tübingen im Jahr 1939 vollzogen wurden, kann an dieser Stelle basierend auf den in dieser Arbeit erhobenen Daten nicht gesagt werden. Abschließend lässt sich jedoch festhalten, dass das Jahr 1939 innerhalb des betrachteten Zeitraums von 1933-1945 einen markanten Einschnitt mit deutlich abfallenden Gutachtenzahlen ab Herbst 1939 aufzeigt. Weiterhin konnte in der Auswertung der Patientenakten der Psychiatrie Tübingen festgestellt werden, dass zwar mehr männliche als weibliche Personen im Rahmen der Gesundheitsfrage begutachtet wurden, jedoch bei Frauen die Sterilisationsempfehlung, wahrscheinlich aufgrund ihrer Gebärfähigkeit¹⁷⁵, häufiger ausgesprochen wurde. Entsprechend den Vorgaben des GzVeN waren die begutachteten Patienten im fortpflanzungsfähigen Alter und zum

¹⁷⁴ Leonhardt, Martin (1996), S.86.

¹⁷⁵ Vgl. Bock, Gisela (1986), S.373.

größten Teil unverheiratet. Als Einflusskriterien konnten Diagnose, Alter, Fortpflanzungsrisiko, Geschlecht und soziale Herkunft aufgezeigt werden. Schizophrenie, angeborener Schwachsinn und genuine Epilepsie stellten in den Sterilisationsgutachten die am häufigsten genannten Diagnosen dar. Die in der vorliegenden Arbeit durchgeführte Analyse konnte zudem aufzeigen, dass die Gutachter der Psychiatrie Tübingen sich weitgehend an die Vorgaben des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ hielten. Innerhalb dieser Vorgaben wiesen sie jedoch eine eher zurückhaltende Begutachtungspraxis auf.

6. Zusammenfassung

Die Umsetzung des "Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses" (GzVeN) vom 14. Juli 1933 an der Psychiatrie Tübingen in den Jahren der nationalsozialistischen Diktatur von 1933 bis 1945 ist Thema einer von der Sektion der forensischen Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen veranlassten retrospektiven Studie. Im Rahmen dieser Studie beschäftigt sich die vorliegende Arbeit mit der Anwendung und Durchführung des GzVeN im Jahr 1939 an der Psychiatrie in Tübingen. Hierbei sollte in der Dissertationsarbeit den Fragen nach einem allgemein gültigen Ablauf und Aufbau der Sterilisationsgutachten im Jahr 1939, erkennbaren Einflusskriterien auf diese sowie die Vereinbarkeit des Handelns der Ärzte an der Universitäts-Nervenlinik Tübingen mit dem GzVeN nachgegangen werden.

Wichtigstes Auswahlkriterium für das Auffinden der für die Arbeit relevanten Patientenakten waren die im „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ aufgeführten Diagnosen. Durch die Recherche in den Diagnose- und Aufnahmebüchern des Archivs der Universitätsnervenlinik aus den Jahren 1933 bis 1945 und den im Archiv der Universität Tübingen aufbewahrten Diagnoseblättern konnten aus den 2031 Patientenaufnahmen des Jahres 1939 an der Universitätsnervenlinik Tübingen 575 Patienten mit entsprechenden Diagnosen herausgefiltert werden. Dabei waren bei 24 Patienten die angeforderten Patientenakten nicht auffindbar. Die auffindbaren 551 im Original erhaltenen Patientenakten enthielten in 111 Akten ein Erbgesundheitsgutachten. Davon betrafen 72 Gutachten männliche und 39 Gutachten weibliche Personen. Die Datenerfassung der Aktenausarbeitung erfolgte mittels eines für diese Arbeit erstellten Codebuchs. Dieses basierte auf einem speziell auf die in der Einleitung der Arbeit gestellten Forschungsfragen entwickelten Erhebungsbogen. Die Fragen waren dabei die Folgenden:

Anhand der Auswertung der 1939 an der Psychiatrie Tübingen erstellten Sterilisationsgutachten ließen sich unter Berücksichtigung der Anordnungen und Forderungen des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ der Sterilisationsgutachten folgende Ergebnisse aufzeigen. Als wichtigstes Kriterium in der Beurteilung der Sterilisationsgutachten wurde die Diagnose und die Frage der Erbllichkeit der Erkrankung herausgearbeitet. Die meisten der Gutachten enthielten die Diagnose Schizophrenie, angeborener Schwachsinn oder erbliche Fallsucht. Dies entspricht den anderen der im Rahmen

dieser Studie bereits verfassten Dissertationen. Die Sterilisation wurde bei Vorliegen der Diagnose Schizophrenie in 68,8 Prozent der Fälle befürwortet. Während 48 Prozent der befürworteten Sterilisationsgutachten die Diagnose angeborener Schwachsinn beinhaltete, wurde bei weiteren 32 Prozent die Diagnose erbliche Fallsucht getroffen.

Als weitere schwerwiegende Beurteilungskriterien erwiesen sich Alter und Fortpflanzungsrisiko. Die begutachteten Patienten befanden sich allesamt, wie im Gesetz gefordert, im fortpflanzungsfähigen Alter. So war der jüngste männliche Patient 13 Jahre und der älteste 48 Jahre alt. Bei den Frauen bewegte sich die Altersspanne zwischen 16 und 39 Jahren. Durchschnittlich waren die im Rahmen von Erbgesundheitsfragen begutachteten Patienten 27,93 Jahre alt und zu 85,58 Prozent unverheiratet. Es konnte aber auch aufgezeigt werden, dass Menschen, die bereits Kinder hatten oder auch verheiratet waren nicht von dem Gesetz verschont blieben. Hier waren vor allem junge ledige Mütter betroffen. Dies wiederum belegt, wie bereits in anderen zu diesem Thema verfassten Arbeiten, den Einfluss der sozialen Schichtzugehörigkeit.

Die Erbgesundheitsgutachten betrafen zu 90 Prozent Angehörige der „sozialen Unterschicht“. So waren sämtliche weibliche betroffene Personen der „sozialen Unterschicht“ zugehörig. Eine Häufung der Gutachten fand sich bei weiblichen Personen, die den „sozial Verachteten“ zugerechnet wurden. Auch bei den Männern gehörten die meisten Begutachteten der „sozialen Unterschicht“ an. Hier zeigte sich die Häufung bei Zugehörigen der „oberen Unterschicht“. Betrachtet man Geschlecht, Anzahl und Beurteilung der Gutachten, ließ sich im Allgemeinen feststellen, dass zwar mehr Männer als Frauen Erbgesundheitsgutachten erhielten, die Empfehlung zur Sterilisation dagegen bei Frauen häufiger ausgesprochen wurde. Als weiteres wichtiges Einflusskriterium auf die Beurteilung der Gutachten ließ sich die Familienanamnese ausmachen. So konnte in 46 von 111 Gutachten eine positive Familienanamnese festgestellt werden, von welchen in 67 Prozent der Fälle die Sterilisation befürwortet wurde. In 43 Fällen konnte keine positive Familienanamnese nachgewiesen werden, dennoch wurde in 32 Prozent der Gutachten die Sterilisation befürwortet. Hier war die sichere Diagnosestellung am ehesten ausschlaggebend. Religionszugehörigkeit und Nationalität spielten in den bearbeiteten Akten als Einflusskriterium keine Rolle. Beinahe alle Patienten gehörten den christlichen Kirchen an und waren deutscher Nationalität.

In rund 82 Prozent der Gutachten war die Durchführung eines Erbgesundheitsgutachtens der Grund für die stationäre Aufnahme. Bei den restlichen 18 Prozent der Patientenaufnahmen lag eine akute Erkrankung vor oder die Aufnahme erfolgte infolge einer Verlegung aus einer anderen Anstalt. Bei einem Patienten erfolgte die Begutachtung im Rahmen eines Beschwerdeverfahrens vor dem Erbgesundheitsobergericht auf eigenen Wunsch. Keine der Aufnahmen wurde unter Anwendung von staatlicher Gewalt durchgeführt. Bei rund 96 Prozent der Patienten wurde die Durchführung eines Erbgesundheitsgutachtens von einem den Erbgesundheitsgerichten bzw. den Erbgesundheitsobergerichten angegliederten Amtsarzt beantragt. In rund 60 Prozent der Akten fanden sich dagegen keine Angaben über die Anzeigensteller. Bei wenigen Patienten waren darüber hinaus der Hausarzt oder Angehörige der öffentlichen Verwaltung die Anzeigenden. Rund sechs Prozent der Anzeigen erfolgten durch den Amtsarzt. Die Mehrheit der aufgefundenen Anzeigen wurde durch die Ärzteschaft der Psychiatrie Tübingen gestellt. In diesen war mit 75 Prozent die Diagnose Schizophrenie die am häufigsten genannte Begründung der Anzeige.

In 90 Prozent der durch die Ärzte der Psychiatrie Tübingen angezeigten Fälle wurde die Sterilisation in den Erbgesundheitsgutachten befürwortet. Interessant erscheint auch, dass in Gutachten, die anhand eines Formvordrucks erstellt wurden Sterilisationen zu rund 93 Prozent befürwortet wurden und in keinem Fall abgelehnt wurden. Bei den individuell erstellten Gutachten zeigte sich dagegen nur in 37 Prozent die Befürwortung der Sterilisation und in 20 Prozent sogar eine Ablehnung. Vor diesem Hintergrund ist darauf zu verweisen, dass die Formblattgutachten bei rund 50 Prozent der weiblichen und nur bei rund 25 Prozent der männlichen Begutachteten verwendet wurden. Infolge von in 44 Patientenakten vorgefundenen Hinweisen auf Gerichtsbeschlüsse konnte aufgezeigt werden, dass sich die Erbgesundheits- bzw. Erbgesundheitsobergerichte in der überwiegenden Mehrheit an die Empfehlung der Gutachter hielten. Unter diesen 44 vorgefundenen Gerichtsbeschlüssen waren 13 Urteile von Erbgesundheitsobergerichten. Dabei konnte festgestellt werden, dass die Erfolgchance einer Beschwerde bei knapp 50 Prozent lag. Anhand einiger Patientenbeispiele mit teilweise im Original übernommenen Textabschnitten konnten in der Diskussion vorgestellten Ergebnisse unterstrichen werden.

Betrachtet man die Sterilisationsgutachten des Jahres 1939 im Hinblick auf den gesamten beobachteten Zeitraum der Studie von 1933-1945 kann ab Herbst 1939 ein deutlicher Rückgang der Gutachtenzahlen festgestellt werden. Weiterhin lassen die erarbeiteten Ergebnisse den Schluss zu, dass an der Psychiatrie Tübingen im Jahr 1939 den Gesetzesvorlagen entsprechend begutachtet wurde, jedoch im Rahmen dieser Vorgaben eher zurückhaltend Sterilisationsempfehlungen ausgesprochen wurden. Eine Aussage über die Zahl der tatsächlich durchgeführten Sterilisationen kann aufgrund fehlender Daten an dieser Stelle nicht gemacht werden.

7. Quellen und – Literaturverzeichnis

7.1. Unveröffentlichte Quellen

7.1.1. Archiv der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen

Ohne Signatur Diagnosebuch der Universitäts-Nervenlinik
Frauen 1934 – 1941
Männer 1934 - September 1939
Männer Oktober 1939 – Juli 1944

Ohne Signatur Aufnahmebuch der Universitäts-Nervenlinik Tübingen

7.1.2. Universitätsarchiv Tübingen (UAT)

Signatur 669 Stationäre Krankenakten der Universitäts- Nervenlinik Tübingen
Signatur 675 Ambulanzakten der Universitäts-Nervenlinik Tübingen
Signatur 648 Diagnoseblätter der Universitäts-Nervenlinik Tübingen
Signatur 126/126a Lehrkörperakten des akademischen Rektoramtes der Universität
Tübingen
Signatur 155 Assistentenakten das akademischen Rektoramtes der Universität
Tübingen
Signatur 308 Personalakten der Universitäts-Nervenlinik Tübingen
Signatur 187 Rechnungsjahre Personal Universität Tübingen

7.1.3. Landesarchiv Baden-Württemberg, Hauptstaatsarchiv Stuttgart

Signatur N 110 Kartengut Land Baden und Württemberg
Signatur E 151/54 Merkblätter, Formulare, Korrespondenz, Innenministerium
Württemberg
Signatur E 151/53 streng vertrauliche Akten, Innenministerium Württemberg

7.1.3.1. Landesarchiv Baden-Württemberg Staatsarchiv Sigmaringen

Signatur Wü 13 T 2 Nr. 2537/370 Staatskommissariat für politische Säuberung
1945-1952

7.1.3.2. Archiv Württembergische Landesbibliothek

Signatur AHa Schriften zu Württembergischen Staatswesen

Signatur Z 535 Schriften zur politischen Bildung

Signatur WLB 9a/86 Der Amtsarzt

7.2. Veröffentlichte Literatur

Arbeitsgemeinschaft Bund der „Euthanasie“-Geschädigten und Zwangssterilisierten BEZ (Hrsg.) (2013): Entschädigung. Im Internet: www.euthanasiegeschaeDIGte-zwangssterilisierte.de/bez_entschaedigung.html, letzter Zugriff am 04.04.2013.

Bastian, Till (2001): Furchtbare Ärzte. Medizinische Verbrechen im Dritten Reich. München: Verlag C.H. Beck.

Binding, Karl / Hoche, Alfred (1920): Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form. Leipzig: Verlag von Felix Meiner. Im Internet: www.staff.uni-marburg.de/~rohrmann/Literatur/binding.html, letzter Zugriff am: 01.04.2013.

Bleker, Johanna / Jachertz, Norbert (Hrsg.) (1993): Medizin im „Dritten Reich“. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Bock, Gisela (1986): Zwangssterilisation im Nationalsozialismus. Studien zur Rassenpolitik und Frauenpolitik. Opladen: Westdeutscher Verlag GmbH.

Bothe, Detlef (1991): Neue deutsche Heilkunde: 1933-1945; dargestellt anhand der Zeitschrift „Hippokrates“ und der Entwicklung der volksheilkundlichen Laienbewegung. Husum: Matthiesen Verlag Ingwer Paulsen jr.

Braß, Christoph (2004): Zwangssterilisation und „Euthanasie“ im Saarland 1935-1945. Paderborn: Verlag Ferdinand Schöningh.

Braun, Kathrin / Herrmann, Svea Luise (2010): Der Geist des Gesetzes. Das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses und der Umgang mit den Opfern in der Bundesrepublik. Im Internet: www.erj-projekt.uni-hannover.de/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&file=uploads/media/HERRMANN_BRAUN_2010_Geist_des_GzVeN.pdf&t=1365961328&hash=9fa145fc1625467a4e71610756e5ad3d72d97c41, letzter Zugriff am 04.04.2013.

Bundesministerium der Justiz (Hrsg.) (2008): § 228 Einwilligung. Im Internet: www.gesetze-im-internet.de/stgb/_228.html, letzter Zugriff am: 13.04.2013.

Clees, Ernstwalter (1997): Zwangssterilisationen in Skandinavien. Weitverbreitete Ideologie der Eugenik. Im Internet: www.aerzteblatt.de/archiv/7893/Zwangssterilisation-in-Skandinavien-Weitverbreitete-Ideologie-der-Eugenik, letzter Zugriff am 05.04.2013.

Der Spiegel (Hrsg.) (2005): Weizsäcker-Rede 1985: „8. Mai war ein Tag der Befreiung“. Im Internet: <http://www.spiegel.de/politik/deutschland/weizsaecker-rede-1985-8-mai-war-ein-tag-der-befreiung-a-354568.html>, letzter Zugriff am 10. April 2013.

Der Spiegel (Hrsg.) (1979): Ganzlich schmerzlos. Im Internet: www.spiegel.de/spiegel/print/d-39868796.html, letzter Zugriff am 03.04.2013.

Dörner , Klaus (1993): Anstaltsalltag in der Psychiatrie und NS-Euthanasie. In: Bleker, Johanna / Jachertz, Norbert (Hrsg.) (1993): Medizin im „Dritten Reich“. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, S.175-182.

F.A. Brockhaus (Hrsg.) (1986): Brockhaus-Enzyklopädie. Band 1. Mannheim: F.A. Brockhaus.

Friedrich, Hannes / Matzow, Wolfgang (Hrsg.) (1992): Dienstbare Medizin. Ärzte betrachten ihr Fach im Nationalsozialismus. Göttingen: Verlag Vandenhoeck & Ruprecht.

Gansel, Dennis (2004): NAPOLA. Elite für den Führer. Deutschland: Olga Film.

Gerrens, Uwe (1996): Medizinisches Ethos und theologische Ethik. Karl und Dietrich Bonhoeffer in der Auseinandersetzung um Zwangssterilisation und „Euthanasie“ im Nationalsozialismus. München: R. Oldenburg Verlag GmbH.

Gütt, Arthur (1936): IV. Erb- und Rassenpflege. In: Gütt, Arthur et al. (1936): Der Amtsarzt. Ein Nachschlagewerk für Medizinal- und Verwaltungsbeamte. Jena: Verlag von Gustav Fischer, S. 172-214.

Gütt, Arthur et al (1936a): Zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. Gesetz und Erläuterungen. München: J. F. Lehmanns Verlag.

Gütt, Arthur et al. (1936b): Der Amtsarzt. Ein Nachschlagewerk für Medizinal- und Verwaltungsbeamte. Jena: Verlag von Gustav Fischer.

Haidlmayr, Theresia (1997): „Zwangssterilisation – Menschenrechtsverletzung oder medizinische Notwendigkeit?“. Im Internet: http://bidok.uibk.ac.at/library/haidlmayr-einleitung_zwangssterilisation.html, letzter Zugriff am: 05.04.2013.

Held, Kathrin Charlotte (1995): Untersuchung der Gutachten der Universitätsnervenklinik Tübingen aus dem Jahr 1938 unter besonderer Berücksichtigung der Sterilisationsgutachten. Universität Tübingen: Medizinische Dissertationsschrift.

Hennig, Valentin (1999): Zur Wiedergutmachung von Zwangssterilisation im Nationalsozialismus: eine Dokumentation. Berlin: Frieling&Partner.

Hitler, Adolf (1940): Mein Kampf. München: Zentralverlag der NDSAP, Frz. Eher Nachf. GmbH.

Hundt, Helmut Erhard (1996): Die Betrachtung ärztlicher Gutachten der Universitätsnervenklinik des Jahres 1937 unter besonderer Berücksichtigung der Indikation zur Sterilisation. Universität Tübingen: Medizinische Dissertationsschrift.

Jütte, Robert (1996): Geschichte der alternativen Medizin: von der Volksmedizin zu den unkonventionellen Therapien von heute. München: C.H. Beck'sche Verlagsbuchhandlung.

Kaasch, Imke Marion (2006): Zur Alltagsgeschichte des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses am Beispiel der Begutachtung von Frauen an der Universitätsnervenklinik Tübingen im Jahr 1936. Universität Tübingen: Medizinische Dissertationsschrift.

Keller, Cindy (2009): Die Umsetzung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses an der Universitätsnervenklinik und der Frauenklinik Tübingen in den Jahren

1933/1934. Eine Untersuchung der Sterilisationsgutachten bei weiblichen Probanden. Universität Tübingen: Medizinische Dissertationsschrift.

Kießling, Constanze (2005): Die Umsetzung des nationalsozialistischen Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses an der Universitätsnervenklinik Tübingen am Beispiel der im Jahr 1936 begutachteten Männer. Universität Tübingen: Medizinische Dissertationsschrift.

Klee, Ernst (2012): Auschwitz, die NS-Medizin und ihre Opfer. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.

Klee, Ernst (2011): Das Personenlexikon zum Dritten Reich. Wer war was vor und nach 1945. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.

Klee, Ernst (2010): „Euthanasie“ im Dritten Reich. Die „Vernichtung lebensunwerten Lebens“. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag. Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag GmbH.

Klee, Ernst (2001): Deutsche Medizin im Dritten Reich. Karrieren vor und nach 1945.

Kleining, Gerhard / Moore, Harriett (2012): Soziale Selbsteinstufung (SSE). Ein Instrument zur Messung sozialer Schichten. Im Internet: www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/3088/ssoar-kzfss-1968-3-kleining_et_al-soziale_selbsteinstufung_sse.pdf?sequence=1, letzter Zugriff am 10.04.2013.

Lang, Hans-Joachim (2011): Die Frauen von Block 10. Medizinische Versuche in Auschwitz. Hamburg: Hoffmann und Campe Verlag.

Leonhardt, Martin (1996): Hermann F. Hoffmann (1891-1944). Die Tübinger Psychiatrie auf dem Weg in den Nationalsozialismus. Sigmaringen: Jan Thorbecke Verlag.

Ley, Astrid (2004): Zwangssterilisation und Ärzteschaft. Hintergründe und Ziele ärztlichen Handelns 1934-1945. Frankfurt am Main: Campus Verlag.

LGL Landesamt für Geoinformation und Landesentwicklung Baden-Württemberg.

Kommission für geschichtliche Landeskunde Baden-Württemberg / Landesamt für Geoinformation und Landesentwicklung (1945): Karte Staatliche Gliederung bis Kriegsende 1945 in Gebiet des heutigen Landes Baden-Württemberg.

Lifton, Robert Jay (1996): Ärzte im Dritten Reich. Stuttgart: Klett-Cotta

Merle, Robert (2011): Der Tod ist mein Beruf. Berlin: Aufbau Verlag GmbH & Co. KG.

Mitscherlich, Alexander / Mielke, Fred (1978): Medizin ohne Menschlichkeit. Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.

Mosse, George L. (2006): Die Geschichte des Rassismus in Europa. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.

Owen, Anna Patricia (2012): Die psychiatrische Begutachtung an der Universitätsnervenklinik Tübingen im Jahre 1941 unter besonderer Berücksichtigung der Sterilisationsgutachten. Universität Tübingen: Medizinische Dissertationsschrift.

Pitzke, Marc (2012): Zwangssterilisation in den USA: Die verdrängte Schande. Im Internet: www.spiegel.de/panorama/zwangssterilisation-in-den-usa-die-verdraengte-schande-a-806709.html, letzter Zugriff am 04.04.2013.

Presse- und Informationsamt der Bundesregierung (Hrsg.) (2011): Neufassung der Richtlinien der Bundesrepublik über Härteleistungen an Opfer von nationalsozialistischen Unrechtsmaßnahmen im Rahmen des Allgemeinen Kriegsfolgengesetzes (AKG-Härterichtlinien). Im Internet: www.verwaltungs-vorschriften-im-internet.de/bsvwvbund_28032011_BMF.htm, letzter Zugriff am 04.04.2013.

Quinkert, Babette et al. (Hrsg.) (2010): Beiträge zur Geschichte des Nationalsozialismus Band 26. Krieg und Psychiatrie 1914 – 1950. Göttingen: Wallstein Verlag.

Rothmaler, Christiane (1993): Zwangssterilisationen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“. In: Bleker, Johanna / Jachertz, Norbert (Hrsg.) (1993): Medizin im „Dritten Reich“. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, S.137-149.

Schleiermacher, Sabine / Schagen, Udo (Hrsg.) (2008): Die Charité im Dritten Reich. Zur Dienstbarkeit medizinischer Wissenschaft im Nationalsozialismus. Paderborn: Ferdinand Schöningh.

Schmuhl, Hans-Walter (1987): Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie. Von der Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ 1890-1945. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Sigot, Marion (2005): Stolperstein der Woche 52. Diskussion um Sterilisation rührt an der Selbstbestimmung betroffener Menschen. Im Internet: wwwu.uni-klu.ac.at/bmkz/stolpersteine/st52.htm, letzter Zugriff am 14.04.2013.

SOCIALinfo (Hrsg.) (2011): Zwangssterilisation. Im Internet: www.socialinfo.ch/cgi-bin/dicopossode/show.cfm?id=757, letzter Zugriff am 04.04.2013.

Sparing, Frank / Heuser, Marie-Luise (Hrsg.) (2001): Erbbiologische Selektion und „Euthanasie“. Psychiatrie in Düsseldorf während des Nationalsozialismus. Essen: Klartext Verlag.

Strupp, Christoph (2011): „Machtergreifung“ aus Diplomatsicht. „Na, es hätte schlimmer ausfallen können.“ Im Internet: <http://einestages.spiegel.de/s/tb/27221/machtergreifung-hitlers-aus-sicht-der-diplomaten.html>, letzter Zugriff am 14.04.2013.

Vonmont, Anita (2007): „Ethische Fragen gibt es immer noch!“, Im Internet: www.snf.ch/SiteCollectionDocuments/horizonte/72/72_14_15_d.pdf, letzter Zugriff am 04.04.2013.

Walther, Therese (2004): Die „Insulin-Koma-Behandlung“. Erfindung und Einführung des ersten modernen psychiatrischen Schockverfahrens. Berlin: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag.

Weingart, Peter et al. (1992): Rasse, Blut und Gene. Geschichte der Eugenik und Rassenhygiene in Deutschland. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.

Wiesing, Urban et al. (Hrsg.) (2010): Die Universität Tübingen im Nationalsozialismus. 73 Contubernium. Tübinger Beiträge zur Universität- und Wissenschaftsgeschichte. Stuttgart: Franz Steiner Verlag.

Wiesing, Urban (Hrsg.) (2000): Ethik in der Medizin. Ein Reader. Stuttgart: Philipp Reclam jun. GmbH & Co.

Winau, Rolf (1993): Die Freigabe der Vernichtung „lebensunwerten Lebens“. In Bleker, Johanna / Jachertz, Norbert (Hrsg.) (1993): Medizin im „Dritten Reich“. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, S.162-174.

8. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Fortpflanzungsgefahr geschlechtsbezogen.....	66
Tabelle 2 : Anteil Formblattgutachten versus individuelles Gutachten nach Geschlecht getrennt.....	94
Tabelle 3: prozentuale Angaben der Diagnosen pro Anzeigenden	104
Tabelle 4: prozentuale Aufteilung der Diagnosen.....	105

9. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Balkendiagramm Alterspyramide der Patienten mit Sterilisationsgutachten im Jahr 1939 getrennt nach Geschlecht, Stichtag 31.12.1939.....	60
Abbildung 2: Balkendiagramm Anzahl Sterilisationsgutachten gesamt aus dem Jahre 1939 gekreuzt mit Stellungnahme der Gutachter	62
Abbildung 3: Balkendiagramm Anzahl Sterilisationsgutachten mit Stellungnahme der Gutachter, Frauen	63
Abbildung 4: Balkendiagramm, Anzahl Sterilisationsgutachten mit Stellungnahme der Gutachter, Männer	63
Abbildung 5: Stapeldiagramm Stellungnahme der Gutachter im Hinblick auf Fortpflanzungsgefahr gesamt	64
Abbildung 6: Stapeldiagramm Stellungnahme der Gutachter bezogen auf Fortpflanzungsgefahr getrennt nach Geschlechtern	65
Abbildung 7: Kreisdiagramm mit prozentual dargestelltem Anteil der im GzVeN genannten Erbkrankheiten in den Erbgesundheitsgutachten aus dem Jahr 1939 ...	67
Abbildung 8: Kreisdiagramm mit prozentual dargestelltem Anteil der im GzVeN genannten Erbkrankheiten in den Erbgesundheitsgutachten aus dem Jahr 1939, getrennt nach Geschlechtern.....	68
Abbildung 9: Kreisdiagramme Fortpflanzungsgefahr mit Kurzdiagnostik gekreuzt, gesamt.....	69
Abbildung 10: Kreisdiagramme Fortpflanzungsgefahr mit Kurzdiagnostik gekreuzt, getrennt nach Geschlechtern.....	71
Abbildung 11: Kurzdiagnostik gekreuzt mit Stellungnahme der Gutachter gesamt.....	72
Abbildung 12: Kreisdiagramme Kurzdiagnostik gekreuzt mit Stellungnahme der Gutachter, getrennt nach Geschlechtern.....	73
Abbildung 13: Stapeldiagramm schulische Bildung gekreuzt mit Stellungnahme der Gutachter gesamt	74
Abbildung 14: Stapeldiagramm schulische Bildung gekreuzt mit Stellungnahme der Gutachter, weiblich.....	76
Abbildung 15: Stapeldiagramm schulische Bildung gekreuzt mit Stellungnahme der Gutachter, männlich.....	77

Abbildung 16: Stapeldiagramm Soziale Klasse gekreuzt mit Stellungnahme der Gutachter, weiblich.....	79
Abbildung 17: Stapeldiagramm Soziale Klasse gekreuzt mit Stellungnahme der Gutachter, männlich.....	81
Abbildung 18: Stapeldiagramm Familienanamnese gekreuzt mit Stellungnahme der Gutachter	82
Abbildung 19: Balkendiagramm Familienanamnese und Diagnose	84
Abbildung 20:Stapeldiagramm Familienstand gekreuzt mit Stellungnahme der Gutachter gesamt	85
Abbildung 21: Stapeldiagramm Familienstand gekreuzt mit Stellungnahme der Gutachter, Frauen	86
Abbildung 22: Stapeldiagramm Familienstand gekreuzt mit Stellungnahme der Gutachter, Männer	87
Abbildung 23: Stapeldiagramm, Heilungschancen gekreuzt mit Stellungnahme der Gutachter	88
Abbildung 24: Stapeldiagramm Konfession gekreuzt mit Stellungnahme der Gutachter	90
Abbildung 25: Kreisdiagramm Anzahl Fromblattgutachten versus individuelles Gutachten.....	92
Abbildung 26: Stapeldiagramm Anzahl Formblattgutachten versus Individualgutachten zu Stellungnahme der Gutachter.....	93
Abbildung 27: Stapeldiagramm Prozentsatz Formblattgutachten versus Individualgutachten zu Stellungnahme der Gutachter.....	94
Abbildung 28: Stapeldiagramm Form des Gutachten mit Stellungnahme der Gutachter nach Geschlecht getrennt.....	95
Abbildung 29: Stapeldiagramm Grund der Aufnahme gesamt gekreuzt mit Stellungnahme der Gutachter	96
Abbildung 30: Balkendiagramm Grund der Aufnahme nach Geschlecht getrennt mit Stellungnahme der Gutachter	97
Abbildung 31: Kreisdiagramm Art der Aufnahme prozentual aufgezeigt	98
Abbildung 32: Kreisdiagramme Art der Aufnahme prozentual und nach Geschlecht getrennt.....	99

Abbildung 33: Stapeldiagramm Antragsteller für Gutachten gekreuzt mit Stellungnahme der Gutachter	100
Abbildung 34: Balkendiagramm Anzeige gestellt durch... prozentual	102
Abbildung 35: Stapeldiagramm Anzeige durch ... gekreuzt mit Stellungnahme der Gutachter	103
Abbildung 36: Kreisdiagramm Anzahl der Anzeigen durch Oberarzt Ederle gekreuzt mit Stellungnahme der Gutachter	106
Abbildung 37: Kreisdiagramm mit prozentuaalem Anteil der Anzeigen durch Oberarzt Ernst gekreuzt mit Stellungnahme der Gutachter	107
Abbildung 38: Balkendiagramm Ergebnis Nachbegutachtung nach fraglichem Ergebnis bei Erstuntersuchung mit Stellungnahme der Gutachter	108
Abbildung 39: Balkendiagramm Anzahl Zweitgutachten gekreuzt mit Stellungnahme der Gutachter, vorausgegangener Sterilisationsbeschluss nach EGG, getrennt nach Geschlecht	109
Abbildung 40: Stapeldiagramm Name Erstgutachter gekreuzt mit Stellungnahme der Gutachter	110
Abbildung 41: Stapeldiagramm Name Zweitgutachter gekreuzt mit Stellungnahme der Gutachter	111
Abbildung 42: Balkendiagramm Aufnahmen pro Monat in Prozentangaben	113
Abbildung 43: Balkendiagramm Anzahl der Aufnahmen pro Monat	114
Abbildung 44: Balkendiagramm Anzahl der Aufnahmen pro Monat nach Geschlecht getrennt	115
Abbildung 45: Stapeldiagramm Anzahl der Aufnahmen pro Monat mit Art der Aufnahme	116
Abbildung 46: Balkendiagramm mit prozentuaalem Anteil der Patientenentlassungen pro Monat im Jahr 1939	117
Abbildung 47: Balkendiagramm Anzahl der Entlassungen pro Monat nach Geschlechtern getrennt	118
Abbildung 48: Balkendiagramm mit mittlerer Aufenthaltsdauer gekreuzt mit Stellungnahme der Gutachter	119
Abbildung 49: Balkendiagramm Form des Gutachtens bezogen auf die mittlere Verweildauer an Universitäts-Nervenklinik	120

Abbildung 50: Balkendiagramm Zusammenhang zwischen Entlassung, Dauer der Gutachtenerstellung und Gutachtenform.....	121
Abbildung 51: Stapeldiagramm Datum der Gutachten gekreuzt mit Anzahl und Stellungnahme der Gutachten im Jahr 1939.....	122
Abbildung 52: Balkendiagramm, Anzahl Akten ohne Gerichtsbeschluss, Anzahl unterschiedlicher Gerichtsbeschlüsse.....	123
Abbildung 53: Stapeldiagramm, Gerichtsbeschlüsse in Bezug zu Stellungnahme der Gutachter.....	124
Abbildung 54: Stapeldiagramm, Gerichtsbeschlüsse und Gutachten ohne Gerichtsbeschluss in Bezug zu Stellungnahme der Patienten/Angehörigen.....	126
Abbildung 55: Stapeldiagramm Prognose gekreuzt mit Stellungnahme der Gutachter	129
Abbildung 56: Stapeldiagramm Entlassungsort gekreuzt mit Stellungnahme der Gutachter.....	130
Abbildung 57: Balkendiagramm Nationalität der in den Sterilisationsgutachten begutachteten Patienten.....	131
Abbildung 58: Stapeldiagramm Anzahl der Gutachten geschlechtsbezogen über den beobachteten Zeitraum zwischen 1934-1945.....	163
Abbildung 59: Balkendiagramm Gutachterempfehlungen über den beobachteten Zeitraum 1934-1941.....	164
Abbildung 60: Karte Staatliche Gliederung bis Kriegsende 1945 in Gebiet des heutigen Landes Baden-Württemberg; Herausgegeben von: Kommission für geschichtliche Landeskunde Baden-Württemberg; Landesamt für Geoinformation und Landesentwicklung Anmerkung: Sitze der EGG und EGOG manuell nachbearbeitet.....	195

10. Anhänge

Anhang 1: Karte Staatliche Gliederung bis Kriegsende 1945 im Gebiet des heutigen Landes Baden und Württemberg

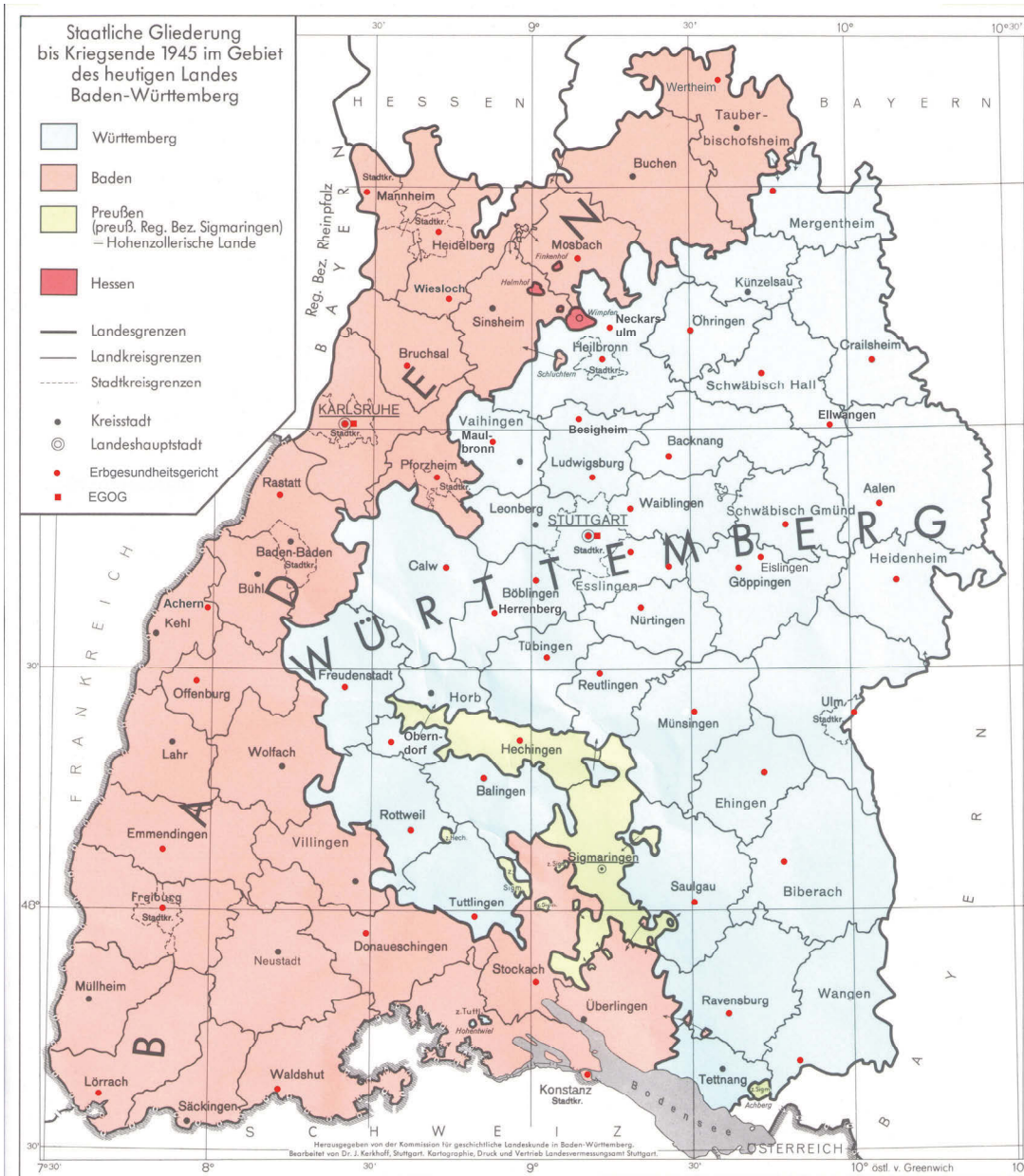


Abbildung 60: Karte Staatliche Gliederung bis Kriegsende 1945 in Gebiet des heutigen Landes Baden-Württemberg; Herausgegeben von: Kommission für geschichtliche Landeskunde Baden-Württemberg; Landesamt für Geoinformation und Landesentwicklung

Anmerkung: Sitze der EGG und EGOG manuell nachbearbeitet

Anhang 2: Auszug aus der Benutzungsordnung für das Universitätsarchiv

§ 8 Abs. 1 der Benutzungsordnung für das UAT

Auszug aus der Benutzungsordnung für das Universitätsarchiv

Vom 27. Juli 1989

§ 8 Sperrfristen

(1) Gemäß § 6 Abs. 2. ff. des Landesarchivgesetzes gelten für Unterlagen, die nicht schon bei ihrer Entstehung zur Veröffentlichung bestimmt oder der Öffentlichkeit zugänglich aufbewahrt waren, folgende Sperrfristen:

1. Archivgut darf nicht vor Ablauf von 30 Jahren seit der Entstehung der Unterlagen benutzt werden.
2. Unterlag Archivgut Rechtsvorschriften über Geheimhaltung, darf es frühestens 60 Jahre nach Entstehung der Unterlagen benutzt werden.
3. Bezieht sich Archivgut nach seiner Zweckbestimmung auf eine natürliche Person, so darf es unbeschadet der Fristen gemäß Abschnitt 1 und 2 frühestens 10 Jahre nach deren Tod benutzt werden. Kann der Todestag nicht oder nur mit unvertretbarem Aufwand festgestellt werden, so endet die Sperrfrist 90 Jahre nach der Geburt.
4. Der Universitätspräsident kann Sperrfristen um höchstens 20 Jahre verlängern, wenn dies im öffentlichen Interesse liegt oder wenn schutzwürdige Belange des Betroffenen dies erfordern.

Anhang 3: Anzeigeformular

Anzeige

(gemäß Artikel 3 Abs. 4 der Verordnung zur Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 5. Dezember 1933 — Reichsgesetzbl. I S. 1021)

Der¹⁾ — Die —
(Familiename)
(Vorname)
geboren am
in Kreis
derzeitiger Aufenthaltsort:
.....
leidet an¹⁾ — ist verdächtig zu leiden an — angeborenem Schwachsinn — Schizophrenie — zirkulärem (manisch-depressivem) Irresein — erblicher Fallsucht — erblichem Weitsinn (Huntington'sche Chorea) — erblicher Blindheit — erblicher Taubheit — schwerer erblicher körperlicher Mißbildung — schwerem Alkoholismus —

Ort:, den .. 19 ..

Straße:

Name:

Stand:

An
den Herrn²⁾
in

¹⁾ Das Nichtzutreffende ist jeweils zu durchstreichen.

²⁾ Die Mitteilung ist dem für den Wohn- und Aufenthaltsort der vorbezeichneten Person zuständigen Amtsarzt zu übersenden.

Anhang 4: Antragsformular auf Unfruchtbarmachung

Nr. 138 — Tag der Ausgabe: Berlin, den 7. Dezember 1933

1025

Anlage 4

Antrag auf Unfruchtbarmachung

Auf Grund der §§ 1 bis 3 des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933 (Reichsgesetzbl. I S. 529) beantrage ich — meine Unfruchtbarmachung —¹⁾

die Unfruchtbarmachung — des — der —

zur Zeit wohnhaft in

Ich — Der — Die — Genannte leide(t) an

Zur Glaubhaftmachung der vorstehenden Angabe beziehe ich mich — auf $\frac{\text{das}}{\text{mein}}$ anliegende(s) ärztliche —
amtsärztliche — Gutachten — auf das Zeugnis der nachbezeichneten Personen:

.....
.....
.....
.....

Ort:, den 19.....

Des Antragstellers { Name und Vorname,
Stand,
Wohnort,
Straße

An
die Geschäftsstelle des Erbgesundheitsgerichts
in

¹⁾ Nichtzutreffendes ist jeweils zu durchstreichen.

Anhang 5: Vordruck Sterilisationsaufklärung und Merkblatt

88

Ausführungsverordnung (Text)

Anlage 1

Ärztliche Bescheinigung

(gemäß § 2 Abs. 2 des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933
— Reichsgesetzbl. I S. 529)

Ich bescheinige hiermit, daß der¹⁾ — die —

zur Zeit wohnhaft in

über das Wesen und die Folgen der Unfruchtbarmachung aufgeklärt worden ist. Dem — Der —
Genannten ist gleichzeitig das Merkblatt über die Unfruchtbarmachung ausgehändigt worden.

Ort:, den 19

Straße:

Name:

Stand:

¹⁾ Nichtzutreffendes ist jeweils zu durchstreichen.

Anlage 2

Merkblatt über die Unfruchtbarmachung

(gemäß Artikel 2 Abs. 3 der Verordnung zur Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 5. Dezember 1933 — Reichsgesetzbl. I S. 1021)

Die Unfruchtbarmachung, d. h. die Aufhebung der Zeugungsfähigkeit männlicher oder weiblicher Personen, hat den Zweck, die Weiterverbreitung von Erbkrankheiten zu verhindern. Solche Krankheiten sind: angeborener Schwachsinn, Schizophrenie, zirkuläres (manisch-depressives) Irresein, erbliche Fallsucht, erblicher Weitsinn (Huntingtonsche Chorea), erbliche Blindheit, erbliche Taubheit, schwere erbliche körperliche Mißbildung, ferner schwerer Alkoholismus.

Die Unfruchtbarmachung erfolgt in der Weise, daß ohne Entfernung der Hoden oder Eierstöcke die Samenleiter oder Eileiter verlegt, undurchgängig gemacht oder durchgetrennt werden. Die Eingriffe werden von Fachärzten in den dazu bestimmten Krankenanstalten ausgeführt.

Irgendwelche gesundheitlichen Störungen sind von der Unfruchtbarmachung weder beim Manne noch bei der Frau zu befürchten. Das Geschlechtsempfinden und die Fähigkeit zum Geschlechtsverkehr werden durch die Operation nicht beeinträchtigt.

Anhang 6: Beispiel fachärztliches Gutachten / Individualgutachten

Tübingen, den 8. Mai 1939.

Fachärztliches Gutachten.

Dem Erbgesundheitsgericht Tübingen erstatte ich nachstehend im Auftrag der Direktion der Universitäts-Nervenlinik Tübingen das gewünschte ärztliche Gutachten über den ledigen Schreiner

geb. _____, wohnhaft daselbst.

Das Gutachten stützt sich auf die übersandten Akten, sowie auf die eingehende Untersuchung und Beobachtung des Obengenannten in unserer Klinik in der Zeit vom 26. April - 10. Mai 1939.

Das Gutachten soll sich zu der Frage äussern, ob bei _____ angeborener Schwachsinn vorliegt.

Aus den A k t e n geht hervor, dass O. bei einer Untersuchung durch das staatl. Gesundheitsamt Calw, zu der er zwecks Erlangung eines Ehestandsdarle-

sonst sehr selten vorkommt. Auch hat er mir gegenüber schon ganz verständige Ansichten geäußert. Ausser einigen Polizeistrafen wegen Nachtruhestörung und Polizeistundenübertretung hat auch er keine Vorstrafen. Bei der Bevölkerung gilt er als durchaus normal.

Im Übrigen ist über die Familie in erbgesundheitlicher und sozialer Hinsicht nichts Nachteiliges bekannt."

Schliesslich sind noch einige bei den Akten befindliche Auskünfte über O. erwähnenswert. K _____ (Möbelwerkstätte) bei dem O. von 1925 - 28 in der Lehre war, bezeichnet diesen als mittelmässig. J _____, bei welchem O. mehrere Jahre arbeitete, beurteilte O. nicht schlecht. Er sagte über ihn, dass er arbeitswillig sei und dass er ihn auch für fähig halte ohne fremde Hilfe ein Möbelstück anfertigen zu können.

Der Stadt- und Distriktsarzt von Halterbach Dr. med. Wenger schreibt unter dem 28.12.39 auf Anforderung des Herrn Bürgermeisters in einem ärztlichen Zeugnis: "gesundheitlich und erbbiologisch ist _____ von hier ohne Besonderheiten."

Aus der Sippentafel geht hervor, dass die Geschwister des O. teilweise schlechte Begabung aufweisen. Auch ein unehelicher Sohn des Vaters des Probanden wird als schwach begabt bezeichnet, er soll dabei

aber sozial geordnet sein. Über das Vorkommen von Erbkrankheiten in der Familie ist nichts zu entnehmen.

Das Schulzeugnis des _____ : weist in nahezu sämtlichen Fächern ungenügende Noten auf, dagegen wird sein Betragen als sehr-gut bezeichnet. Er sass als 12. unter 12 Schülern, ebenso übrigens wie sein Bruder _____, der in der Mehrzahl der Fächer die Note gug erhielt. (gug = ganz ungenügend)

Angaben der Schwester, _____, Landwirtsehefrau: Soviel sie sich erinnern könne, sei ihr Bruder _____ früher nie ernstlich krank gewesen. Er habe auch nie einen Unfall oder dergl. gehabt. In der Schule habe er schlecht gelernt. Nach Schulentlassung sei er in die Schreinerlehre gekommen und habe nach deren Abschluss die Gesellenprüfung abgelegt. Es sei ihr bisher nicht aufgefallen, dass ihr Bruder schwachsinnig sei, er sei zwar nicht "der Hellste", er sei aber sonst sehr tüchtig und sparsam. Er genieße Ansehen und Achtung in der Gemeinde und könne ihrer Ansicht nach gut eine Frau und Kinder verhalten.

In der Familie sei über das Vorkommen von Geisteskrankheiten oder Schwachsinn nichts bekannt. Der Vater sei mit 59 Jahren an Magenkrebs, die Mutter mit 56 Jahren an Asthma gestorben. Insgesamt seien sie sie-

Eigene Angaben des O.: Als Kleinkind sei er einmal krank gewesen, er wisse dies aber nur von Erzählungen. Später dagegen sei er niemals mehr ernstlich krank gewesen. In der Schule habe er schlecht gelernt, er sei einmal sitzen geblieben in der 5. oder 6. Klasse. Während der Schulzeit habe er immer dem Vater in der Landwirtschaft geholfen. Nach Schulentlassung habe er zunächst noch ein Jahr zu Hause in der elterlichen Landwirtschaft mitgeholfen. Übrigens sei der elterliche Besitz, der überschuldet gewesen sei, später verkauft worden. Von 1925 - 28 habe er das Schreinerhandwerk erlernt und die Gesellenprüfung mit gut bestanden. Als Gesellenstück habe er eine Waschkommode angefertigt. Er arbeite hauptsächlich im Möbelbau. Verschiedentlich schon habe er seine Stellen gewechselt u.A. habe er einige Zeit in der Möbelfabrik Koller und der Möbelwerkstätte Ruoss gearbeitet. Im letzten Jahr habe er aber auch einmal auf Bau gearbeitet u.zw. habe er damals einem seiner Brüder geholfen. Dabei Türen und Bodenbeläge ohne besondere Anleitung selbständig angefertigt. Er sei sparsam und fleissig, sei seinen Verpflichtungen bisher immer nachgekommen, ^{habe} auch am öffentlichen Leben teilgenommen, längere Zeit seine Mutter und seine Brüder unterstützt, auch sonst jederzeit für öffentliche Zwecke z.B. für das W.H.W. gestiftet und damit auch seinerseits

zum allgemeinen Aufbau beigetragen. Er wisse ja, dass er dumm sei aber schwachsinnig sei er nicht. In seinem Leben habe er immer hart arbeiten müssen und daher nicht die nötige Zeit gefunden sich mit anderen Dingen als mit seinem Beruf zu beschäftigen. In seinem Fach aber, da wisse er Bescheid und jeder Meister sei bisher mit ihm zufrieden gewesen. Er verdiene jetzt auch RM. -.72 in der Stunde und das sei nicht wenig.

Untersuchungs-Befund.

28jähriger Mann von 172 cm. Grösse und 59 kg. Körpergewicht in gutem Ernährungs- und Kräftezustand. Hautfarbe etwas blass, Schleimhäute gut durchblutet. Kopf: normal konfiguriert, Nase und Ohren äusserlich o.B. Gebiss in schlechtem Pflegezustand. Zunge trocken, etwas belegt. Gaumenbögen und Rachen gerötet. Tonsillen o.B. Hals: frei beweglich. Geringe diffuse Vergrösserung der Schilddrüse. Brustkorb: symmetrisch gebaut, kein Nachschleppen einer Seite. Herz und Lungen o.B. (Auch bei der ~~in~~ hiesigen med. Poliklinik vorgenommene Röntgenuntersuchung dieser Organe konnte ein krankhafter Befund nicht erhoben werden.) Blutdruck: 130/75 mm Hg.

Die Bauchorgane sind ohne Besonderheiten. Die Gliedmaasse sind aktiv und passiv frei beweglich.

Wassermann'sche Reaktion im Blut: negativ.

Neurologisch: Augen frei beweglich, Pupillen mittelweit, reagieren prompt auf Licht und Converganz. Gesichtsfelder und Augenhintergrund normal.

Abgesehen von allgemein etwas lebhaften Sehnenreflexen, einer fraglichen Differenz in der Stärke der Patellar- und Achillessehnenreflexe, weist der neurologische Befund keine Anomalien auf.

Die Gehirn-Rückenmarksflüssigkeit weist sowohl bezügl. der Eiweisswerte als auch der Kolloidkurven und der Zellzahl normale Verhältnisse auf.

Eine angefertigte Schädelleeraufnahme ergab einen normalen Befund.

Psychischer Befund.

Während der mehr als 14tägigen Beobachtung an unserer Klinik verhält sich O. stets geordnet. Er wurde von uns nach den ersten Tagen schon in unserer Schreiberei beschäftigt. Er liess dort zweifellos einige handwerkliche Geschicklichkeit erkennen und arbeitet fleissig und pünktlich. In charakterlicher Beziehung konnten besondere Anomalien nicht festgestellt werden. Wir ge-

wannen den Eindruck, dass es sich bei O. um einen ehrlichen, arbeitsamen und hilfsbereiten Menschen handelt. Es ergab sich aber, dass bei ihm erhebliche Störungen der intellektuellen Fähigkeiten vorliegen. Zuzugeben ist, dass O. ein gewisses, rein gedächtnismässiges ~~prak-~~tisches Erfahrungswissen besitzt, mit dem er in gewissem Umfange seine geistige Unzulänglichkeit zu verbergen vermag, so fällt beispielsweise auch auf, dass er sich ~~bei~~ der Unterhaltung vorwiegend auf die Wiedergabe allgemeiner Redensarten beschränkt.

Die eigentliche Intelligenzprüfung wurde in zahlreichen Explorationen schrittweise vorgenommen. Meist geriet dabei O. in eine gewisse Erregung und betonte dann unter starker affektiver Beteiligung, dass er sich mit solchen Dingen wie man ihn jetzt frage nie beschäftigt habe. Er sei dumm, das wisse er, aber deswegen könne man ihn doch heiraten lassen, er sei doch kein Depp u.s.w. Er zeigte im Ganzen für den Sinn der Untersuchung keinerlei Verständnis, sondern bat im Gegenteil immer wieder in recht einsichtsloser Weise, dass man ihm doch zur Erlangung der Heiratsgenehmigung verhelfen solle.

Intelligenzprüfung.

0. ist über Ort, Zeit und eigene Person orientiert.

Merkfähigkeit: 3 7 8 2 nachsprechen! 7 3 8 2
Erst nach 3maligem Wiederholen der Zahlenreihe vermag 0 die 4 Zahlen in der richtigen Reihenfolge nachzusprechen.

Zündholzfabrik nachsprechen: +
4 6 1 " +
1 3 1 2 " +

Erste Zahl? 7 3 8 2

Gemerktes Wort? Zündholzfabrik

Nachsprechen von Sätzen:

Im Herbst schüttelt man die Äpfel von den Bäumen (12 Silben): +

Im Dezember werden die Nächte am längsten und die Tage am kürzesten. (20 Silben); Im Dezember werden die Tage am längsten und die Nächte am kürzesten.

In den Steppen Russlands fallen oft hungrige Wölfe in grossen Scharen die Reisenden an (24 Silben); In Steppen in Russland fallen viele Wölfe.

Rechnen:

8 x 4 = 32	6 x 3 = 18	5 x 7 = 35
8 x 7 = 72	9 x 8 = 54	6 x 9 = 54
24 + 13 = 41	27 + 19 = 45	
48 - 26 = 18	86 - 39 = 46	

Wenn 3 Pf. Mehl RM.-90 kosten, was kosten dann 5 Pfund?
Antwort: 5 Pfund kosten dann RM. 1.20

Eine Mutter verteilt 20 Äpfel unter ihre Kinder. Jedes bekommt 5 Stück. Wieviel Kinder sind es? Trotz mehrfachen Wiederholens der Aufgabe und Hilfe richtige Lösung nach langem Nachdenken.

Jemand verdient wöchentlich RM. 30.-. Gibt RM. 24.- in der Woche aus. Wieviel spart er in 50 Wochen?

Die Aufgabe wird richtig wiederholt. Die Ausrechnung gelingt aber auch mit Nachhilfe nicht, es ist dem Prob. lediglich möglich den Wochenverdienst von RM. 6.-- auszurechnen.

Schulwissen:

Hauptstadt von Deutschland? +
" " Frankreich ? -
" " England ? -
" " Spanien ? -
" " Russland ? -
Wer war Luther ? 1. Bibelforscher.
Welche Dichter kennen Sie ? keinen.
Wieviel Erdteile ? -
Erdteil in dem wir leben ? Deutschland.
Was wissen Sie von der Entdeckung Amerikas? Nichts, mit diesen Sachen habe ich mich nicht abgegeben.
Wann Weltkrieg ? Jetzt weiss ich nicht, 1870 oder
Zwischen wem ? Herr Dr. das tut mir leid, diese Sachen weiss ich nicht.

Allgemeines Lebenswissen:

Wie gross ist Ihr Heimatort? 1800 Einwohner.
Nächster Fluss ? Nagold.
Wie fliesst diese zum Meer ? Immer abwärts.
Wie kommt es, dass das Meer nicht überläuft, da doch ständig viele grosse Flüsse ins Meer fliessen? -
Woher kommt der Wechsel zwischen Tag und Nacht? -
was ist das Gegenteil von:
gross : klein, viel : wenig,
eng : breit, schnell : langsam,
hart : weich, trüb : -
fleissig : müde, dumm : gescheit,
freigebig : gut, krank : gesund,
warm : kalt, dunkel : hell,
flüssig : - leicht : schwer,
lustig : krank, satt : genügend,
stolz : weiss nicht, wie man das gerade ausdrückt,
lumpig,
dick : leicht, lang : kurz,
eckig : rund, krumm : gerade,
sonnig : Schatten, alt : jung,

richtig	:	-	reich	:	arm,
mager	:	stark,	niedrig	:	schön,
trocken	:	nass,	leise	:	-
offen	:	zu,	tot	:	Leben,
sparsam	:	wenn ich mein Geld kaput mache,			
schmutzig	:	schön.			

Was wissen Sie von der Sonne, vom Mond, von den Sternen?
Die Sonne geht im Norden auf, im Westen unter. Von den Sternen weiss ich nichts. Vom Mond, wenn er auf und untergeht. Wenn er abnimmt, ausgangs vom Monat.

Geschichte der letzten Jahre, wichtige neue Gesetze, politische Tagesereignisse? Unser Führer hat Österreich geholt. Von Politik verstehe ich nichts.

Inhalt der gestern gehörten Führerrede? Dass es mit dem Ausland nicht stimmt, dass es keinen Frieden gibt, wenn der Amerikaner nicht zufrieden ist.

Was heisst N.S.D.A.P.? Nationalsozialist.
Was ist das ? Das ist unserem Führer sein Name.

Name und Geburtstag des Führers? +

Name von Reichsministern ? Dr. Göbbels, Göring.

Frage nach Herkunft bekannter Stoffe:

Benzin	:	Weiss ich nicht.
Erdöl	:	" " "
Kohle	:	Vom Ausland.
Wolle	:	Von den Schafen.

Wie macht man Butter? Die Milch von der Kuh wird zentrifugiert (fugiert), dann ist die Magermilch und der Rahm für sich, der geplozt wird.

Wie gross ist 1 Morgen?	32 ar,
1 ha	? 64 ar,
1 ar	? ?

Wieviel Zentner Kartoffel auf 1 Morgen?	5
" " Ernte	? so 20 Zentner
Ist das eine gute Ernte	? nicht so arg gut.

Unterschiedsfragen:

Unterschied zwischen Luftschiiff - Luftballon? Luftschiiff fährt im Wasser, Ballon geht in die Luft.

Fluss - Teich? Im Fluss läuft das Wasser, im Teich steht das Wasser.

Treppe - Leiter? Treppe läuft man, Leiter steigt man.

Irrtum - Lüge? Wenn mich einer angelogen hat, das ist

ein Irrtum.

Kuh - Pferd ? Kuh hat einen langen Schwanz, Pferd hat einen kurzen. Kuh hat Hörner, Pferd hat eine Mähne.

Gerste - Weizen? Gerste gibt Schwarz- und Weizen Weissmehl.

Kind - Zwerg? Kind ist klein, Zwerg ist auch klein. Das Kind wächst, der Zwerg bleibt klein.

Definitionen:

Was ist eine Insel? Eine Insel ist auf dem Fluss draussen. Auf Wiederholen der Frage: Von Stein.

Was ist ein Kanal ? Ein Bach.

" " Mitleid ? Wenn eins krank ist, dann hat man Mitleid.

Sprichwörter: Der Sinn auch der bekanntesten Sprichwörter ist dem Prob. fremd, z.B.

Viele Köche verderben den Brei: Wenn sie zuviel haben, dann verderben sie es.

Sittliches Empfinden:

Warum sorgen die Eltern für ihre Kinder? Dass sie später zu etwas kommen.

Warum darf man sein eigenes Haus nicht anzünden? Das ist ein Vergehen.

Geschichte nacherzählen: (Milchmädchen)

Das Mädchen trägt die Milch auf dem Kopf. Nimmt das Geld von der Milch und kauft sich ein Korb Eier und bekommt Hühner. Dann kauft sie sich ein Kleid und geht zum Tanz. Dann begegnet ihr ein Haufen Burschen, dann schickt sie alle fort.

Der Sinn der Geschichte wird nicht erkannt.

Binet-Bilder:

Grusscene: Ein Mann mit einer Frau und ein Kind, oben zwei Fräulein und unten liegt noch einmal ein Mann.

Was stellt das Bild dar? Eine Freude, dass der Mann wiedergekommen ist.

Blindekuhspiel: Da haben sie Streit, der schmeisst alles übersche.

Bilder aus ihren Umrissen zu erkennen, gelingt ihm nur mangelhaft. Eine Kirche z.B. wird bei meiner Serie von 4 Bildern erst nach Zeigen des 3. Bildes, das schon Einzelheiten enthält, erkannt.

Ordnen von 5 Gewichte: Ein Fehler, wird auf Vorhalt verbessert.

Farbenerkennen: +.

Beurteilung.

Aus den vorhandenen Unterlagen und auf Grund der Beobachtung in unserer Klinik ergibt sich folgendes Bild:

In der Schule hat O. sehr schlecht gelernt, in nahezu sämtlichen Fächern erhielt er ungenügende Zensuren und musste auch einmal zurückversetzt werden. Besonders schlecht waren seine Leistungen in Rechnen, Rechtschreiben, Aufsatz, Geschichte und Lesen. Aber selbst die geringen Kenntnisse, die O. in der Schule erlangt hatte, hat er nicht weiterentwickelt sondern im Gegenteil zum grössten Teil wieder vergessen. Z.B. ist O. jetzt nur mehr in der Lage einzelne Buchstaben zu erkennen und seinen Namen zu schreiben. Er kann aber praktisch weder lesen noch schreiben, sodass er als Analphabet bezeichnet werden muss. Man kann schon

allein aus dieser Tatsache wohl ableiten, dass bei O. das Bedürfnis sich wenigstens ein bescheidenes "Allgemeinwissen" anzueignen, nicht besteht. Bei der Beobachtung des O. ergab sich denn auch, dass O. neben seinem Beruf keine Interessen hat, nicht einmal für Politik oder Tagesfragen liess er eine nennenswerte Anteilnahme erkennen. Wie aus dem Intelligenzprüfungsbogen im Einzelnen hervorgeht, besitzt O. wohl ein gewisses, rein gedächtnismässig erworbenes Erfahrungswissen. Die Fragen jedoch, die selbständiges Denken voraussetzen, konnten von O. nur unzureichend beantwortet werden. Es zeigte sich neben einer ausgesprochenen Urteilsschwäche besonders eine Schwerfälligkeit der Auffassung und eine Verlangsamung des Gedankenablaufes. Es ergab sich weiterhin, dass O. als wir ihm in unserer Schreinerei Gelegenheit zu handwerklicher Betätigung gaben, ein williger, fleissiger und manuell recht geschickter Arbeiter ist. Sowie man aber von ihm selbständige Handlungen verlangte, die theoretische Überlegungen erforderten, versagte er erheblich. Man darf demnach annehmen, dass die Anforderungen, welche die Tätigkeit als Möbelschreiner an ihn intelligenzmässig stellt, doch recht gering und mehr mechanischer Art sind.

Wenn auch an der sozialen Brauchbarkeit des O. nicht gezweifelt werden soll, so spricht diese noch

nicht gegen das Vorhandensein von Schwachsinn; denn wie auch das staatl. Gesundheitsamt schon betont hat, kommt es nicht nur auf befriedigende, berufliche Leistungsfähigkeit unter günstigen Bedingungen an, zumal Berufsfähigkeit noch keineswegs Lebensbewährung bedeutet. Zu einer Arbeitsleistung, die eine Fähigkeit voraussetzt, sich auf neue, verschiedenartige Forderungen des täglichen Lebens weitgehend einzustellen, dürfte O. nicht in der Lage sein.

Über das Vorkommen von Erbkrankheiten in der Familie ist nichts bekannt, jedoch geht aus den Akten hervor, dass ein Stiefbruder des O. schwach begabt ist, und dass auch die Geschwister des O. in der Schule recht schwer gelernt haben.

Wir kommen zusammenfassend zu der Ansicht, dass O. trotz der sozialen Brauchbarkeit und der nicht zu verkennenden guten charakterlichen Veranlagung als schwachsinnig zu bezeichnen ist. Da die eingehende klinische Untersuchung irgendwelche Anhaltspunkte dafür, dass der Schwachsinn erworben sein könnte, nicht ergeben hat, handelt es sich bei O. um angeborenen Schwachsinn, und wir halten die Voraussetzungen des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses für gegeben.

Dr.

(Krais)

Einverstanden auf Grund
eigener Untersuchung und
persönlicher Urteilsbildung.

Redaktion :

Anhang 7: Beispiel Formblattgutachten

Amtsärztliches - Ärztliches¹⁾ - Gutachten

(gemäß § 4 Satz 2 des Gesetzes zur Verhütung erkrankten Nachwuchses vom 14. Juli 1933 — Reichsgesetzbl. I S. 529)

Name und Vorname:
(für Frauen als Mädchennamen)

Beruf: Mechaniker.

Geboren am: 1913 zu Kreis: Esslingen

Religion: ev.

Letzter Wohnort: Altbach Kreis: "

Straße:

Anschrift der Eltern: Altbach Kreis: "

Straße:

Anschrift des Pflegers oder Vormunds: Kreis:

Wieviel Kinder? Totgeburten: Fehlgeburten:

Personenstand — ledig — verheiratet — verwitwet — geschieden —

I. Angaben über die näheren Familienangehörigen

Name des Ehegatten:

Wohnort: Kreis: Straße:

Ist der Ehegatte gesund?

Wieviel Kinder? Totgeburten? Fehlgeburten:

Name des Vaters: Schlosser.

Wohnort: Kreis: Esslingen Straße:

Name der Mutter:

Wohnort: Kreis: Esslingen Straße: "

Waren die Eltern blutsverwandt?

¹⁾ Nichtzutreffendes 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 nachstehend unter 1 und 2.

Angeblich nichts bekannt.

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 Mädchenname —, Geburtsort, Geburtsdatum — Tag, Monat, Jahr —, Konfession, Wohnort, Sterbeort, Sterbejahr anzugeben.

1. Sind in der Familie²⁾ die im § 1 Abs. 2 und 3 des Gesetzes genannten Krankheiten oder Zustände¹⁾ vorgekommen? (Welche und bei wem?)

Angeblich nichts bekannt.

2. Sind in der Familie²⁾ noch andere körperliche oder geistige Leiden oder Abnormitäten erblicher oder nichterblicher Natur vorgekommen? (z. B. Giftsucht, Selbstmorde, Selbstmordversuche, auffallende Charaktere, verbrecherische oder asoziale Veranlagungen, Psychopathien, andere Geisteskrankheiten, Stoffwechselstörungen usw. (Welche und bei wem?)

Vater leicht erregbar.

Grossvater mütterlicherseits soll Trinker gewesen sein.

Sonst angeblich nichts bekannt.

II. Eigene Vorgeschichte des E.

1. Allgemeines

a) Durchgemachte körperliche Krankheiten (Infektionskrankheiten, sonstige Allgemeinerkrankungen, Organkrankheiten, Unfälle usw.) ausschl. Nerven- und Geisteskrankheiten:

Geburt und frühkindliche Entwicklung normal. Keine Kinderkrankheiten. Mittlerer Schüler. Leicht beeinflussbar, allerdings auch Neigung zu Trotzständen. Zu normaler Zeit vom Bettlägeren entwöhnt. Nach der Schulentlassung Mechanikerlehre. Wegen der gehäuften Anfälle seine Tätigkeit als Schweizer aufgeben. Habe jetzt eine leichtere Beschäftigung.

b) Wie war die geistige Entwicklung des (der) E. (Schulleistungen bzw. -erfolge, Interesse an der Politik usw.)?

c) Hat der (die) E. an Krämpfen gelitten? Welcher Art waren diese? Hat der (die) E. Krankheiten des Zentralnervensystems oder geistige Störungen durchgemacht? Welche? Wann?

Angeblich noch keinen Sexualverkehr.

d) Angaben über das Sexualleben (bei Frauen außerdem über Regel- und Schwangerschaftsstörungen):

s. oben.

e) Wie war die soziale Entwicklung des (der) E. (Berufsausbildung, Erfolge bzw. Mißerfolge im Berufsleben)?

angeblich nichts bekannt.

f) Ist der (die) E. mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen? Wann? Wodurch?

"

g) Alkoholismus, Mißbrauch von Rauschgiften:

2. Entwicklung des Lebens, das Anlaß zum Antrag auf Unfruchtbarmachung gibt (erstes Auftreten, Verlauf usw.):

1. Anfall mit 17 Jahren während der Bettruhe aus dem Schlaf heraus. Aufgetreten mit Bewusstlosigkeit, Steifwerden der Arme und Blauwerden des ganzen Gesichts und Aussetzen der Atmung.

¹⁾ Erbkrank (im folgenden abgekürzt: E) im Sinne des Gesetzes ist, wer an einer der folgenden Krankheiten leidet: 1. Angeborenem Schwachsinn, 2. Schizophrenie, 3. Itzulären (manisch-depressivem) Irresein, 4. Erblicher Fallsucht, 5. Erblichem Weitzanz (Huntingtonische Chorea), 6. Erblicher Blindheit, 7. Erblicher Taubheit, 8. Schwere erblicher körperlicher Mißbildung. Ferner kann unfruchtbar gemacht werden, wer an schwerem Alkoholismus 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? (Genaue Anschriften):

In der Univ.-Nervenklinik.
Zur Begutachtung auf Veranlassung des Erbges.
Gerichts Esslingen. (19.12.35 - 11.1.36).
Städtisches Krankenhaus Esslingen.

III. Befund

1. Körperlicher Befund

a) Allgemeinzustand, Mißbildungen und Fehler des Knorpelsystems, Brustkorb, Wirbelsäule, Gliedmaßen und Allgemein-krankheiten, Stoffwechselkrankheiten, Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe, Haut, Drüsen:

Größe: 177 cm.

Gewicht: 35 Kg.

Bei Frauen: Meneses.

Mann in sehr gutem Ernährungs- und Kräftezustand. Haut und sichtbare Schleimhäute gut durchblutet. Keine Varizen, keine Oedeme, keine Exantheme.

Der körperliche wie neurologische Befund zeigt keinerlei Auffälligkeiten und steht mit dem jetzigen Leiden in keinem nachweisbaren Zusammenhang.

Insbes. waren die Sinnesorgane intakt, die Schädelleeraufnahme o.B., auch zeigte das angefertigte Enzephalogramm keine Besonderheiten.

Der Liquorbefund war normal.

b) Organbefund (Lunge, Herz, sonstige Eingeweide, Geschlechtsorgane, Schilddrüse):

Puls: 78

Blutdruck:

Eiweiß: neg.

Harn: klar

Zucker: neg.

Wa.R. in Blut und Liquor negativ.

Blutkörperchengeschwindigkeit 2/4 mm

c) Nervensystem:

Stirnerven (ausschl. Befunde am Auge und Ohr), Kopfkupplung, Druckpunkte am Kopfe, Zunge, Gaumensegel, Würgereflex, Geruch, Geschmack.

Reflexe:

Vasomotor. Nadröten, mechan. Muskel-erregbarkeit, Radusperlostreflex, Patellarreflex, Patellarclonus, Achillessehnenreflex, Dorsalcronus, Plantarreflex, Babinski, Oppenheim, Bauchreflexe, Cremasterreflex, Armbewegungen.

Sensibilität:

Berührungsempfindlichkeit, Lokalisation, Schmerzempfindlichkeit.

Ataxie:

Statischer Tremor, Händedruck, Zeigefingersuch, Beinbewegungen, Gang, Romberg. Sonstige körperliche Zeichen einer Erkrankung des Z. N. S., Zungenbrennen, Lähmungen, Tonus der Muskulatur, Speichelfluß, organische Sprachstörung usw., wenn nötig serologische Reaktion im Blut und Liquor.

d) Augen:

Bewegungen, Cornealreflex, Pupillen, Augenhintergrund.

e) Ohren:

Spiegelbefund, Hörschärfe, Gleichgewichtsorgan.

2. Psychiatrischer Befund

1. Allgemeines Verhalten:
Zugänglich, freundlich, mißtrauisch, ablehnend.
2. Stimmungs- und Affektlage:
Stumpf, gleichgültig, läppisch, traurig, ängstlich, ratlos, entschlußlos, heiter, albern, jörnig, sexuell-zudringlich.
3. Willenssphäre:
Hemmung, Sperrung, Stupor, Kataleptie, Befehlsautomatie, Negativismus, Mutismus, Erregung, Befehlsdrang, impulsive Handlungen, sinnlose Handlungen, Rededrang, Fortlaufen, Manieren, Stereotypien, Sprachmanieren, Grimassieren.
4. Bewußtseinslage:
Auffassung, Besonnenheit, Aufmerksamkeit, Bewußtlosigkeit, Koma, Sopor, Somnolenz, Bewußtseinsstrübungen, Desorientiertheit, Verwirrtheit, delirante Zustände, Dämmerzustände, Bewußtseinseingengung, Abfenzeln.
5. Gedankenablauf:
Formale Störungen, Denkhemmung, Denkspernung, gemachte Gedanken, Gedankenentzug, Ideenflucht, Inkohärenz, Perseveration, Zerfahrenheit, Steifheit, inhaltliche Störungen, Sinnestäuschungen der verschiedenen Sinnesgebiete, Wahnideen (Größen-, Kleinheits-, Verfolgungs-, Verfündigungs-wahn usw.), Zwangsvorstellungen (Phobien usw.).
6. Sexuelle Perversionen:
7. Anfälle:
Beginn, Häufigkeit, Dauer, motorisches Verhalten, Zungenbiß, Einnässen, Verletzungen im Anfall, Verhalten nach dem Anfall (Schlaf, Dämmerzustände usw.), petits maux.
Bei Schwachsinnigen ist der Intelligenzprüfungsbogen auszufüllen (Anlage 6a).

Es fällt während den einzelnen Explorationen wie auch während seines Aufenthaltes auf der Station die deutliche Zudringlichkeit, Geschwätzhaftigkeit und eine gewisse Klebrigkeit auf.

Bezüglich der Anfälle machte er folgende Angaben: erster Anfall mit 17 Jahren. (Verlauf siehe oben). Später zunächst in Pausen bis zu 6 Monaten aufgetreten, später etwa alle 3 Wochen bei gleichbleibendem Verlauf. Dann, vor allem seit dem Jahre 1936, seien auch kurze Zustände von Bewusstseinsverlust mit mimischer Starre, Verdrehen des Kopfes nach links und nachfolgendem vorübergehendem Fehlen des Sprachverständnisses aufgetreten. Seit der Untersuchung in unserer Klinik im Dezember 1935 bzw. Januar 1936 traten grosse Anfälle nur in Zeitabständen von 4 - 5 Wochen auf, die kleinen Anfälle in mehrtägigen Abständen. Sie seien bis zu einem gewissen Grad abhängig von Aufregungen, auch von schwerer körperlicher Arbeit. Zeitweilig treten sie auch ohne äusseren Anlass auf. Zungenbiß sei in der Zwischenzeit auch schon vorgekommen. Wir selbst haben in der Klinik wiederholt Anfälle beobachtet, die ohne äusseren Anlass auftretend mit einer erheblichen Rötung des Gesichts und gleichzeitiger Drehung des Kopfes nach links begannen, wonach der Pat. vom Stuhl zu Boden sank, tonische Streckkrämpfe mit anschliessend klonischen Zuckungen, begleitet von Schaumaustritt ohne Zungenbiß zeigte mit Sistieren der Atmung. Dauer 40-50 Sekunden. Auf Grund der jetzigen Untersuchung konnten wir trotz röntgenologischer und Liquoruntersuchung keinen Anhalt für eine organische Affektion des Zentralnervensystems gewinnen, so dass bei Sch. doch mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit eine genuine Epilepsie angenommen werden muss, dem auch das Fehlen einer bes. familiären Belastung mit Anfällen nicht entgegensteht.

1. Diagnose:

Epilepsie.

2. Begründung:

Fortpflanzungsfähiges Alter.

Ort: Tübingen, den 14 April 1939.

Straße: Oslanderstr. 22.

Einverstanden. D i r e k t i o n:
i. V. Dozent Dr.

Oberarzt

Dienststempel oder Stempel

(Ernst)

Name: Dr.

(Schäfer)

Amtsstellung: ASS.-ARZT.

Anhang 8: Codebuch mit Häufigkeiten

Aktennummer NNN/NNNNN

Name Geburtsname Geburtsname, max. 17 Alphazeichen

Vorname Vorname (n), max. 13 Alphazeichen

Laufnummer

Format: NNN/NNNN

Geschlecht

1	= weiblich	Anzahl: 39 (= 35,1%)
2	= männlich	Anzahl: 72 (= 64,9%)

Kurzdiagnostik entspricht Gutachtendiagnose

2	= Schizophrenie/endogene Psychose	Anzahl: 48 (= 43,2%)
3	= zirkuläres (manisch depressives) Irresein	Anzahl: 4 (= 3,6%)
5	= erblicher Veitstanz (Chorea Huntington)	Anzahl: 0 (= 0,0%)
6	= erbliche Blindheit	Anzahl: 0 (= 0,0%)
7	= erbliche Taubheit	Anzahl: 0 (= 0,0%)
8	= schwere erbliche körperliche Missbildung	Anzahl: 2 (= 1,8%)
9	= Schwerer Alkohol-, Drogen- und Medikamentenmißbrauch	Anzahl: 1 (= 0,9%)
10	= Chorea Minor	Anzahl: 1 (= 0,9%)
11	= Schwachsinn/Debilität angeboren/erblich	Anzahl: 25 (= 22,5%)
12	= Schwachsinn/Debilität erworben / äußere Ursachen	Anzahl: 1 (= 0,9%)
13	= Schwachsinn/Debilität Abklärung erblich o. erworben	Anzahl: 3 (= 2,7%)

41	= Fallsucht/Epilepsie erblich	Anzahl: 25 (= 22,5%)
42	= Fallsucht/Epilepsie erworben/äußere Ursachen	Anzahl: 0 (= 0,0%)
43	= Fallsucht/Epilepsie Abklärung erblich oder erworben	Anzahl: 1 (= 0,9%)

Wohnort Wohnort, max. 70 Alphanumerische Zeichen

Familienstand

1	= ledig	Anzahl: 95 (= 85,6%)
2	= verheiratet	Anzahl: 13 (= 11,7%)
3	= geschieden	Anzahl: 2 (= 1,8%)
4	= verwitwet	Anzahl: 0 (= 0,0%)
5	= getrennt lebend	Anzahl: 1 (= 0,9%)

Konfession

1	= evangelisch	Anzahl: 70 (= 63,1%)
2	= römisch katholisch	Anzahl: 34 (= 30,6%)
3	= neuapostolisch	Anzahl: 4 (= 3,6%)
4	= andere	Anzahl: 1 (= 0,9%)

Stand Beruf

28 alphanumerische Zeichen

Schulische Bildung

0	= keine/minimale/Sonderschule/ungenügend	Anzahl: 5 (= 4,5%)
1	= Volksschule	Anzahl: 56 (= 50,5%)
2	= Oberschule / Gymnasium	Anzahl: 4 (= 3,6%)
3	= Gewerbeschule / Handelsschule	Anzahl: 23 (= 20,7%)

4	= nur Grundschule	Anzahl: 0 (= 0,0%)
5	= Realschule	Anzahl: 1 (= 0,9%)
6	= keine Angaben	Anzahl: 12 (= 10,8%)
7	= Landwirtschaftliche Schule / Winterschule	Anzahl: 10 (= 9,0%)

Schulische Schwierigkeiten

0	= keine schulische Schwierigkeiten	Anzahl: 81 (= 73,0%)
1	= schulische Schwierigkeiten	Anzahl: 30 (= 27,0%)

Berufliche Bildung

0	= keine Ausbildung	Anzahl: 22 (= 19,8%)
1	= Angelernt	Anzahl: 45 (= 40,5%)
2	= Berufsausbildung	Anzahl: 29 (= 26,1%)
3	= Meisterschule	Anzahl: 5 (= 4,5%)
4	= Studium	Anzahl: 2 (= 1,8%)
5	= keine Angaben	Anzahl: 8 (= 7,2%)

Zeitweilig in öffentl. Einrichtungen 0 (= keine Unterbringung)

0	= Nein	Anzahl: 93 (= 83,8%)
1	= Ja	Anzahl: 18 (= 16,2%)

Zeitweilig in öffentl. Einrichtungen 1 (= Fürsorgeheim)

0	= Nein	Anzahl: 110 (= 99,1%)
1	= Ja	Anzahl: 1 (= 0,9%)

Zeitweilig in öffentl. Einrichtungen 2 (= Waisenheim)

0	= Nein	Anzahl: 111 (= 100,0%)
1	= Ja	Anzahl: 0 (= 0,0%)

Zeitweilig in öffentl. Einrichtungen 3 (= Psychiatrische Anstalt)

0	= Nein	Anzahl: 71 (= 64,0%)
1	= Ja	Anzahl: 40 (= 36,0%)

Zeitweilig in öffentl. Einrichtungen 4 (= Krankenhaus)

0	= Nein	Anzahl: 67 (= 60,4%)
1	= Ja	Anzahl: 44 (= 39,6%)

Zeitweilig in öffentl. Einrichtungen 5 (= Gefängnis)

0	= Nein	Anzahl: 106 (= 95,5%)
1	= Ja	Anzahl: 5 (= 4,5%)

Zeitweilig in öffentl. Einrichtungen 6 (= keine Angaben)

0	= Nein	Anzahl: 91 (= 82,0%)
1	= Ja	Anzahl: 20 (= 18,0%)

Zeitweilig in öffentl. Einrichtungen 7 (Familienpflege)

0	= Nein	Anzahl: 109 (= 98,2%)
1	= Ja	Anzahl: 2 (= 1,8%)

Aufnahmedatum

Datumsformat: = TTMMJJJJ

Aufnahmemonat

Datumsformat: = JJMM

Entlassdatum

Datumsformat: = TTMMJJJJ

Entlassmonat

Datumsformat: = JJMM

Aufenthaltstage

Datumsformat Tage = NNN

Anzahl der Aufnahmen mit Datum

1	= 1 Aufnahmen	Anzahl: 89 (= 80,2%)
2	= 2 Aufnahmen	Anzahl: 22 (= 19,8%)

Art der Aufnahme

0	= keine Angaben	Anzahl: 0 (= 0,0%)
1	= freiwillig (d. h. ohne Polizeimaßnahmen	Anzahl: 1 (= 0,9%)
2	= öffentl. Institution / Truppenarzt / Amtsarzt	Anzahl: 93 (= 83,8%)
3	= Hausarzt	Anzahl: 8 (= 7,2%)
4	= akutes Geschehen	Anzahl: 6 (= 5,4%)
5	= Andere (Bekannte, Bürgermeister etc.)	Anzahl: 1 (= 0,9%)
6	= Überweisung aus anderem Krankenhaus	Anzahl: 2 (= 1,8%)

Grund der Aufnahme

1	= Erbgesundheitsgutachten	Anzahl: 91 (= 82,0%)
2	= Andere (z.B. akutes Geschehen)	Anzahl: 20 (= 18,0%)

Anzahl der Gutachten

1	= 1 Gutachten	Anzahl: 102 (= 91,9%)
2	= 2 Gutachten	Anzahl: 9 (= 8,1%)

Länge des ersten Gutachtens

0	= 0 Seiten	Anzahl: 1 (= 0,9%)
1	= 1 Seite	Anzahl: 4 (= 3,6%)
4	= 4 Seiten	Anzahl: 32 (= 28,8%)
5	= 5 Seiten	Anzahl: 1 (= 0,9%)
6	= 6 Seiten	Anzahl: 1 (= 0,9%)
7	= 7 Seiten	Anzahl: 5 (= 4,5%)
8	= 8 Seiten	Anzahl: 6 (= 5,4%)
9	= 9 Seiten	Anzahl: 10 (= 9,0%)
10	= 10 Seiten	Anzahl: 11 (= 9,9%)
11	= 11 Seiten	Anzahl: 14 (= 12,6%)
12	= 12 Seiten	Anzahl: 11 (= 9,9%)
13	= 13 Seiten	Anzahl: 3 (= 2,7%)
14	= 14 Seiten	Anzahl: 4 (= 3,6%)
15	= 15 Seiten	Anzahl: 1 (= 0,9%)
16	= 16 Seiten	Anzahl: 2 (= 1,8%)
17	= 17 Seiten	Anzahl: 2 (= 1,8%)
18	= 18 Seiten	Anzahl: 1 (= 0,9%)
19	= 19 Seiten	Anzahl: 2 (= 1,8%)

Länge des zweiten Gutachtens

0	= 0 Seiten	Anzahl: 103 (= 92,8%)
4	= 4 Seite	Anzahl: 1 (= 0,9%)
6	= 6 Seiten	Anzahl: 1 (= 0,9%)
7	= 7 Seiten	Anzahl: 1 (= 0,9%)
8	= 8 Seiten	Anzahl: 1 (= 0,9%)
9	= 9 Seiten	Anzahl: 3 (= 2,7%)

12 = 12 Seiten Anzahl: 1 (= 0,9%)

Fragestellung im Gutachten

2	= Schizophrenie / endogene Psychose	Anzahl: 46 (= 41,4%)
3	= zirkuläres (manisch-depressives) Irresein	Anzahl: 6 (= 5,4%)
5	= erblicher Veitstanz (Chorea Huntington)	Anzahl: 0 (= 0,0%)
6	= erbliche Blindheit	Anzahl: 0 (= 0,0%)
7	= erbliche Taubheit	Anzahl: 0 (= 0,0%)
8	= schwere erbliche körperliche Missbildung	Anzahl: 2 (= 1,8%)
9	= schwerer Alkohol-, Drogen u. Medikamenten- mißbrauch	Anzahl: 1 (= 0,9%)
10	= Chorea Minor	Anzahl: 0 (= 0,0%) ^c
11	= Schwachsinn/Debilität angeboren/erblich	Anzahl: 25 (= 22,5%)
12	= Schwachsinn/Debilität erworben/äußere Ursachen	Anzahl: 0 (= 0,0%)
13	= Schwachsinn/Debilität Abklärung erblich/ erworben	Anzahl: 6 (= 5,4%)
41	= Fallsucht / Epilepsie angeboren / erblich	Anzahl: 22 (= 19,8%)
42	= Fallsucht / Epilepsie erworben / äußere Ursachen	Anzahl: 0 (= 0,0%)
43	= Fallsucht / Epilepsie Abklärung erblich/ erworben	Anzahl: 3 (= 2,7%)

Antragsteller für Gutachten

0	= keine Angaben	Anzahl: 1 (= 0,9%)
1	= Nervenlinik	Anzahl: 0 (= 0,0%)
2	= EGG / staatl. Gesundheitsamt	Anzahl: 90 (= 81,1%)
3	= EGOG	Anzahl: 17 (= 15,3%)
4	= Andere	Anzahl: 2 (= 1,8%)
5	= Selbst	Anzahl: 1 (= 0,9%)

Anzeige durch (1)

0	= keine Angabe	Anzahl: 67 (= 60,4%)
1	= Nervenlinik Tübingen Ärzteschaft	Anzahl: 32 (= 28,8%)
2	= Hausarzt	Anzahl: 3 (= 2,7%)
3	= Amtsarzt	Anzahl: 7 (= 6,3%)
4	= öffentliche Verwaltung	Anzahl: 2 (= 1,8%)

Anzeige durch 2 (= Oberarzt Dr, Ernst)

0	= Nein	Anzahl: 84 (= 75,7%)
1	= Ja	Anzahl: 27 (= 24,3%)

Anzeige durch 3 (= Oberarzt Dr. Ederle)

0	= Nein	Anzahl: 106 (= 95,5%)
1	= Ja	Anzahl: 5 (= 4,5%)

Grund der Begutachtung 1 (= abnormes Verhalten)

0	= Nein	Anzahl: 62 (= 55,9%)
1	= Ja	Anzahl: 49 (= 44,1%)

Grund der Begutachtung 2 (= Wesensveränderung)

0	= Nein	Anzahl: 72 (= 64,9%)
1	= Ja	Anzahl: 39 (= 35,1%)

Grund der Begutachtung 3 (= Körperliche (Entwicklungs-) Störung)

0	= Nein	Anzahl: 103 (= 92,8%)
1	= Ja	Anzahl: 8 (= 7,2%)

Grund der Begutachtung 4 (= geistige / intellektuelle Entwicklungsstörungen)

0	= Nein	Anzahl: 83 (= 74,8%)
1	= Ja	Anzahl: 28 (= 25,2%)

Grund der Begutachtung 5 (= psychische Erkrankungen)

0	= Nein	Anzahl: 83 (= 74,8%)
1	= Ja	Anzahl: 28 (= 25,2%)

Grund der Begutachtung 6 (= sexuelle Auffälligkeiten)

0	= Nein	Anzahl: 106 (= 95,5%)
1	= Ja	Anzahl: 5 (= 4,5%)

Grund der Begutachtung 7 (= beobachtete Anfälle (auch von Laien))

0	= Nein	Anzahl: 89 (= 80,2%)
1	= Ja	Anzahl: 22 (= 19,8%)

Grund der Begutachtung 8 (= (religiöse) Wahnhalte)

0	= Nein	Anzahl: 91 (= 82,0%)
	= Ja	Anzahl: 20 (= 18,0%)

Grund der Begutachtung 9 (= Zweitgutachten für EGOG nach vorangegangenem Sterilisationsbeschluss durch EGG)

0	Nein	Anzahl: 94 (= 84,7%)
1	Ja	Anzahl: 17 (= 15,3%)

Grund der Begutachtung 10 (= Gutachten (selbst bezahlt u. beantragt) um Wiederaufnahme des EG)

0	= Nein	Anzahl: 110 (= 99,1%)
1	= Ja	Anzahl: 1 (= 0,9%)

Grund der Begutachtung 11 (Nachbegutachtung nach fraglichem Ergebnis Erstuntersuchung / Erstbegutachtung)

0	= Nein	Anzahl: 105 (= 94,6%)
1	= Ja	Anzahl: 6 (= 5,4%)

Grund der Begutachtung 12 (Familiäres Umfeld)

0	= Nein	Anzahl: 108 (= 97,3%)
1	= Ja	Anzahl: 3 (= 2,7%)

Äußere Umstände 0 (= keine Angaben)

0	= Nein	Anzahl: 76 (= 68,5%)
1	= Ja	Anzahl: 35 (= 31,5%)

Äußere Umstände 1 (= Verwahrlosung)

0	= Nein	Anzahl: 103 (= 92,8%)
1	= Ja	Anzahl: 8 (= 7,2%)

Äußere Umstände 2 (= Drogen- / Alkoholprobleme)

0	= Nein	Anzahl: 106 (= 95,5%)
1	= Ja	Anzahl: 5 (= 4,5%)

Äußere Umstände 3 (= Arbeitslosigkeit)

0	= Nein	Anzahl: 109 (= 98,2%)
1	= Ja	Anzahl: 2 (= 1,8%)

Äußere Umstände 4 (= häufiger Arbeitsplatzwechsel)

0	= Nein	Anzahl: 102 (= 91,9%)
1	= Ja	Anzahl: 9 (= 8,1%)

Äußere Umstände 5 (= häufiger Wohnortwechsel)

0	= Nein	Anzahl: 111 (= 100,0%)
1	= Ja	Anzahl: 0 (= 0,0%)

Äußere Umstände 6 (keine Besonderheiten)

0	= Nein	Anzahl: 82 (= 73,9%)
1	= Ja	Anzahl: 29 (= 26,1%)

Äußere Umstände 7 (= unehelich geboren)

0	= Nein	Anzahl: 108 (= 97,3%)
1	= Ja	Anzahl: 3 (= 2,7%)

Äußere Umstände 8 (= in Pflegefamilie aufgewachsen)

0	= Nein	Anzahl: 108 (= 97,3%)
1	= Ja	Anzahl: 3 (= 2,7%)

Äußere Umstände 9 (schwierige Kindheit (zu Hause aufgewachsen, früher Verlust eines Elternteils))

0	= Nein	Anzahl: 93 (= 83,8%)
1	= Ja	Anzahl: 18 (= 16,2%)

Äußere Umstände 10 (= Erschöpfung durch Überlastung (häuslich/beruflich))

0	= Nein	Anzahl: 109 (= 98,2%)
1	= Ja	Anzahl: 2 (= 1,8%)

Äußere Umstände 11 (= schwere Erkrankung)

0	= Nein	Anzahl: 106 (= 95,5%)
1	= Ja	Anzahl: 5 (= 4,5%)

Äußere Umstände 12 (= Beziehungsprobleme)

0	= Nein	Anzahl: 108 (= 97,3%)
1	= Ja	Anzahl: 3 (= 2,7%)

Äußere Umstände 13 (= Andere)

0	= Nein	Anzahl: 102 (= 91,9%)
1	= Ja	Anzahl: 9 (= 8,1%)

Diagnose zum Gutachten 1 (= organisch)

0	= Nein	Anzahl: 99 (= 89,2%)
1	= Ja	1 Anzahl: 2 (= 10,8%)

Diagnose zum Gutachten 2 (psychisch)

0	= Nein	Anzahl: 49 (= 44,1%)
1	= Ja	Anzahl: 62 (= 55,9%)

Diagnose zum Gutachten 3 (organisch & psychisch)

0	= Nein	Anzahl: 99 (= 89,2%)
1	= Ja	Anzahl: 12 (= 10,8%)

Diagnose zum Gutachten 4 (gesund)

0	= Nein	Anzahl: 109 (= 98,2%)
1	= Ja	Anzahl: 2 (= 1,8%)

Diagnose zum Gutachten 5 (nicht eindeutig)

0	= Nein	Anzahl: 89 (= 80,2%)
1	= Ja	Anzahl: 22 (= 19,8%)

Diagnose zum Gutachten 6 (exogene Ursachen (Alkohol, Nikotin))

0	= Nein	Anzahl: 109 (= 98,2%)
1	= Ja	Anzahl: 2 (= 1,8%)

Diagnose zum Gutachten 7 (geheilt)

0	= Nein	Anzahl: 108 (= 97,3%)
1	= Ja	Anzahl: 3 (= 2,7%)

Ergebnis der Beurteilung

1	= sicher	Anzahl: 73 (= 65,8%)
2	= unsicher	Anzahl: 37 (= 33,3%)
3	= keine	Anzahl: 1 (= 0,9%)

Zusammenhang zw. Grund der Begutachtung und Ergebnis

1	= zutreffend	Anzahl: 58 (= 52,3%)
2	= bedingt zutreffend	Anzahl: 41 (= 36,9%)
3	= nicht zutreffend	1 Anzahl: 2 (= 10,8%)

Empfehlung der Gutachter 0 (= keine angeb. Krankheit i. S. G. z. V. e. N. (d.h. keine Sterilisation))

0	= Nein	Anzahl: 84 (= 75,7%)
1	= Ja	Anzahl: 27 (= 24,3%)

Empfehlung der Gutachter 1(=Krankheit i. S. G. z. V. e. N. (d.h. Sterilisation))

0	= Nein	Anzahl: 48 (= 43,2%)
1	= Ja	Anzahl: 63 (= 56,8%)

Empfehlung der Gutachter 2 (= § 1C)

0	= Nein	Anzahl: 96 (= 86,5%)
1	= Ja	Anzahl: 15 (= 13,5%)

Empfehlung der Gutachter 3 (= Pfleger / Vormund)

0	= Nein	Anzahl: 109 (= 98,2%)
1	= Ja	Anzahl: 2 (= 1,8%)

Empfehlung der Gutachter 4 (= andere)

0	= Nein	Anzahl: 109 (= 98,2%)
1	= Ja	Anzahl: 2 (= 1,8%)

Empfehlung der Gutachter 5 (= erneutes Gutachten zu einem späteren Zeitpunkt)

0	= Nein	Anzahl: 97 (= 87,4%)
1	= Ja	Anzahl: 14 (= 12,6%)

Empfehlung der Gutachter 6 (= weitere Beobachtung durch das staatl. Gesundheitsamt)

0	= Nein	Anzahl: 106 95,5%
1	= Ja	Anzahl: 5 4,5%

Empfehlung der Gutachter 7 (= Festsetzen der Anstaltsbedürftigkeit)

0	= Nein	Anzahl: 109 98,2%
1	= Ja	Anzahl: 2 1,8%

Prognose

1	= sicher	Anzahl: 76 (= 68,5%)
2	= unsicher	Anzahl: 35 (= 31,5%)

Grund für weitere Gutachten

0	= keine Angaben	Anzahl: 84 (= 75,7%)
1	= ja (unsichere Prognose)	Anzahl: 20 (= 18,0%)
2	= Nein	Anzahl: 7 (= 6,3%)

Heilungschancen

0	= keine Angaben	Anzahl: 67 (= 60,4%)
1	= Ja	Anzahl: 3 (= 2,7%)
2	= Nein	Anzahl: 41 (= 36,9%)

Familienanamnese Besonderheiten

0	= keine Angaben	Anzahl: 10 (= 9,0%)
1	= Ja	Anzahl: 46 (= 41,4%)
2	= Nein	Anzahl: 43 (= 38,7%)
3	= nicht mit Sicherheit	Anzahl: 12 (= 10,8%)

Stellungnahme der Gutachter zur Sterilisation

0	= Nein	Anzahl: 16 (= 14,4%)
1	= Ja	Anzahl: 57 (= 51,4%)
2	= Diagnose d. Erblichkeit nicht mit d. v. Gesetz geforderten Sicherheit zu stellen	Anzahl: 29 (= 26,1%)
3	= nicht dringend erforderlich	Anzahl: 6 (= 5,4%)
4	= nicht ersichtlich	Anzahl: 0 (= 0,0%)
5	= Sterilisation nein, aber §1C	Anzahl: 3 (= 2,7%)

Stellungnahme des Patienten bzw. der Familie zur Sterilisation

0	keine Angaben	Anzahl: 67 (= 60,4%)
1	ja (Zustimmung)	Anzahl: 3 (= 2,7%)
2	nein (Ablehnung)	Anzahl: 24 (= 21,6%)
3	Widerspruch eingelegt	Anzahl: 17 (= 15,3%)

Werdegang des Patienten 0 (= keine Auffälligkeiten)

0	= Nein	Anzahl: 76 (= 68,5%)
1	= Ja	Anzahl: 35 (= 31,5%)

Werdegang des Patienten 1 (= Besonderheiten Geburt)

0	= Nein	Anzahl: 110 (= 99,1%)
1	= Ja	Anzahl: 1 (= 0,9%)

Werdegang des Patienten 2 (= Besonderheiten körperlich)

0	Nein	Anzahl: 104 (= 93,7%)
1	Ja	Anzahl: 7 (= 6,3%)

Werdegang des Patienten 3 (= Besonderheiten geistig)

0	= Nein	Anzahl: 93 (= 83,8%)
1	= Ja	1 Anzahl: 8 (= 16,2%)

Werdegang des Patienten 4 (= Besonderheiten schulisch/beruflich)

0	Nein	Anzahl: 86 (= 77,5%)
1	Ja	Anzahl: 25 (= 22,5%)

Werdegang des Patienten 5 (= Besonderheiten familiär)

0	= Nein	Anzahl: 88 (= 79,3%)
1	= Ja	Anzahl: 23 (= 20,7%)

Werdegang des Patienten 6 (= Besonderheiten sozial)

0	= Nein	Anzahl: 97 (= 87,4%)
1	= Ja	Anzahl: 14 (= 12,6%)

Werdegang des Patienten 7 (= Besonderheiten psychisch)

0	= Nein	Anzahl: 81 (= 73,0%)
1	= Ja	Anzahl: 30 (= 27,0%)

Werdegang des Patienten 8 (= Erkrankungen / Unfälle)

0	= Nein	Anzahl: 97 (= 87,4%)
1	= Ja	Anzahl: 14 (= 12,6%)

Entlassung nach

0	= keine Angaben	Anzahl: 7 (= 6,3%)
1	= nach Hause	Anzahl: 89 (= 80,2%)
2	= andere Klinik	Anzahl: 0 (= 0,0%)
3	= Heilanstalt / psychiatrische Klinik	Anzahl: 9 (= 8,1%)
4	= Fürsorgeheim	Anzahl: 4 (= 3,6%)
5	= Gefängnis	Anzahl: 1 (= 0,9%)
6	= andere	Anzahl: 1 (= 0,9%)

Formblatt körperliche Untersuchung Intelligenztest

0	= kein Formblatt	Anzahl: 48 (= 43,2%)
1	= Formblatt	Anzahl: 63 (= 56,8%)

Intelligenztest

0	= kein Formblatt	Anzahl: 76 (= 68,5%)
1	= Formblatt	Anzahl: 2 (= 1,8%)
2	= frei	Anzahl: 33 (= 29,7%)

Besonderheiten sprachlich

1	= Ja	Anzahl: 20 (= 18,0%)
2	= Nein	Anzahl: 91 (= 82,0%)

Besonderheiten gutachterlich

1	= Ja	Anzahl: 44 (= 39,6%)
2	= Nein	Anzahl: 67 (= 60,4%)

Form des Gutachtens

1	= Formblatt	Anzahl: 28 (= 25,2%)
2	= individuelles Gutachten	Anzahl: 83 (= 74,8%)

Länge des Gutachtens

0	= 0 Seiten	Anzahl: 1 (= 0,9%)
1	= 1 Seite	Anzahl: 4 (= 3,6 %)
4	= 4 Seiten	Anzahl: 32 (= 28,8%)
5	= 5 Seiten	Anzahl: 1 (= 0,9 %)
6	= 6 Seiten	Anzahl: 1 (= 0,9%)
7	= 7 Seiten	Anzahl: 5 (= 4,5%)
8	= 8 Seiten	Anzahl: 6 (= 5,4 %)
9	= 9 Seiten	Anzahl: 10 (= 9,0%)
10	= 10 Seiten	Anzahl: 11 (= 9,9%)
11	= 11 Seiten	Anzahl: 14 (= 12,6%)
12	= 12 Seiten	Anzahl: 11 (= 9,9%)
13	= 13 Seiten	Anzahl: 3 (= 2,7 %)
14	=14 Seiten	Anzahl: 4 (= 3,6%)
15	= 15 Seiten	Anzahl: 1 (= 0,9%)
16	= 16 Seiten	Anzahl: 2 (= 1,8%)
17	= 17 Seiten	Anzahl: 2 (= 1,8 %)
18	= 18 Seiten	Anzahl: 1 (= 0,9%)
19	= 19 Seiten	Anzahl: 2 (= 1,8%)

Datum des Gutachtens

Datumsformat: TTMMJJJJ

Name Erstgutachter

0	= keine Angaben	Anzahl: 12 (= 10,8%)
1	= Dr. Rembold	Anzahl: 10 (= 9,0%)
2	= Dr. Thiel	Anzahl: 8 (= 7,2%)
3	= Dr. Hirschmann	Anzahl: 14 (= 12,6%)
4	= Dr. Stutte	Anzahl: 17 (= 15,3%)
5	= OA Dr. Ederle	Anzahl: 10 (= 9,0%)
6	= Dr. Kraus	Anzahl: 7 (= 6,3%)
7	= Dr. Zoller	Anzahl: 1 (= 0,9%)
8	= Dr. Froriep	Anzahl: 13 (= 11,7%)
9	= Dr. Schäfer	Anzahl: 14 (= 12,6%)
10	= Dr. Riemann	Anzahl: 4 (= 3,6%)
11	= OA Dr. Ernst	Anzahl: 1 (= 0,9%)

Name Zweitgutachter

0	= keine Angaben	Anzahl: 21 (= 18,9%)
1	= Dr. Rembold	Anzahl: 0 (= 0,0%)
2	= Dr. Thiel	Anzahl: 0 (= 0,0%)
3	= Dr. Hirschmann	Anzahl: 0 (= 0,0%)
4	= Dr. Stutte	Anzahl: 0 (= 0,0%)
5	= OA Dr. Ederle	Anzahl: 12 (= 10,8%)
6	= Dr. Kraus	Anzahl: 0 (= 0,0%)
7	= Dr. Zoller	Anzahl: 0 (= 0,0%)
8	= Dr. Froriep	Anzahl: 0 (= 0,0%)
9	= Dr. Schäfer	Anzahl: 0 (= 0,0%)
10	= Dr. Riemann	Anzahl: 0 (= 0,0%)
11	= OA Dr. Ernst	Anzahl: 70 (= 63,1%)
12	= Prof. Dr. Hoffmann	Anzahl: 8 (= 7,2%)

Gerichtsbeschlüsse

0	= Nein	Anzahl: 67 (= 60,4%)
1	= EGG Beschluss Sterilisation „Ja“	Anzahl: 14 (= 12,6%)
2	= EGG Beschluss Sterilisation „Nein“	Anzahl: 7 (= 6,3%)
3	= EGG Beschluss Sterilisation „Andere“	Anzahl: 4 (= 3,6%)
4	= EGOG Beschluss Sterilisation „Ja“	Anzahl: 7 (= 6,3%)
5	= EGOG Beschluss Sterilisation „Nein“	Anzahl: 6 (= 5,4%)
6	= EGOG Beschluss Sterilisation „Andere“	Anzahl: 0 (= 0,0%)
7	= EGG Beschluss Sterilisation „Nein“ aber § 1C	Anzahl: 1 (= 0,9%)
8	= EGOG Beschluss Sterilisation „Nein“ aber § 1C	Anzahl: 0 (= 0,0%)
9	= Einstellung des Verfahrens wg. Kriegsbeginn § 2 / VO 31.08.1939	Anzahl: 5 (= 4,5%)

Geburtsdatum

Datumsformat: TTMMJJJJ

Alter zum 31.12.1939

13	= 13 Jahre	Anzahl: 1 (= 0,9%)
14	= 14 Jahre	Anzahl: 2 (= 1,8%)
15	= 15 Jahre	Anzahl: 2 (= 1,8%)
16	= 16 Jahre	Anzahl: 5 (= 4,5%)
17	= 17 Jahre	Anzahl: 2 (= 1,8%)
18	= 18 Jahre	Anzahl: 3 (= 2,7%)
19	= 19 Jahre	Anzahl: 3 (= 2,7%)
20	= 20 Jahre	Anzahl: 5 (= 4,5%)
21	= 21 Jahre	Anzahl: 2 (= 1,8%)
22	= 22 Jahre	Anzahl: 1 (= 0,9%)
23	= 23 Jahre	Anzahl: 6 (= 5,4%)
24	= 24 Jahre	Anzahl: 4 (= 3,6%)
25	= 25 Jahre	Anzahl: 6 (= 5,4%)

26	= 26 Jahre	Anzahl: 6 (= 5,4%)
27	= 27 Jahre	Anzahl: 2 (= 1,8%)
28	= 28 Jahre	Anzahl: 8 (= 7,2%)
29	= 29 Jahre	Anzahl: 4 (= 3,6%)
30	= 30 Jahre	Anzahl: 6 (= 5,4%)
31	= 31 Jahre	Anzahl: 6 (= 5,4%)
32	= 32 Jahre	Anzahl: 5 (= 4,5%)
33	= 33 Jahre	Anzahl: 3 (= 2,7%)
34	= 34 Jahre	Anzahl: 4 (= 3,6%)
35	= 35 Jahre	Anzahl: 5 (= 4,5%)
36	= 36 Jahre	Anzahl: 5 (= 4,5%)
37	= 37 Jahre	Anzahl: 2 (= 1,8%)
38	= 38 Jahre	Anzahl: 2 (= 1,8%)
39	= 39 Jahre	Anzahl: 2 (= 1,8%)
42	= 42 Jahre	Anzahl: 2 (= 1,8%)
43	= 43 Jahre	Anzahl: 1 (= 0,9%)
44	= 44 Jahre	Anzahl: 3 (= 2,7%)
46	= 46 Jahre	Anzahl: 1 (= 0,9%)
47	= 47 Jahre	Anzahl: 1 (= 0,9%)
48	= 48 Jahre	Anzahl: 1 (= 0,9%)

Bild in der Akte

1	= Ja	Anzahl: 96 (= 86,5%)
2	= Nein	Anzahl: 15 (= 13,5%)

Nationalität / Abstammung

1	= Deutsch	Anzahl: 111 (= 100,0%)
---	-----------	------------------------

Kinderanzahl

0	= kein Kind	Anzahl: 55 (= 49,5%)
---	-------------	----------------------

11	= 1 Kind / ledig	Anzahl: 7 (= 6,3%)
12	= 1 Kind / verheiratet	Anzahl: 1 (= 0,9%)
13	= mit Kind schwanger	Anzahl: 1 (= 0,9%)
14	= Partnerin mit Kind schwanger	Anzahl: 1 (= 0,9%)
21	= 2 Kinder / ledig	Anzahl: 0 (= 0,0%)
22	= 2 Kinder / verheiratet	Anzahl: 4 (= 3,6%)
31	= 3 Kinder / ledig	Anzahl: 0 (= 0,0%)
32	= 3 Kinder / verheiratet	Anzahl: 2 (= 1,8%)
82	= 8 Kinder / verheiratet	Anzahl: 1 (= 0,9%)
98	= keine Angaben	Anzahl: 38 (= 34,2%)
99	= unklare Anzahl Kinder	Anzahl: 1 (= 0,9%)

Vormund / Pfleger

0	= keine Angaben	Anzahl: 66 (= 59,5%)
1	= Ja	2 Anzahl: 1 (= 18,9%)
2	= Nein	Anzahl: 16 (= 14,4%)
3	= beantragt	Anzahl: 7 (= 6,3%)
4	= wieder aufgehoben	Anzahl: 1 (= 0,9%)

Geschwister

0	= keine Angaben	Anzahl: 34 (= 30,6%)
1	= Ja	Anzahl: 75 (= 67,6%)
2	= Nein	Anzahl: 2 (= 1,8%)

Berufliche Ausbildung mindestens eines Elternteils

0	= keine Angaben	Anzahl: 75 (= 67,6%)
1	= Ja	Anzahl: 27 (= 24,3%)
2	= Nein	Anzahl: 3 (= 2,7%)
3	= Akademiker	Anzahl: 2 (= 1,8%)
4	= Hilfsarbeiter	Anzahl: 4 (= 3,6%)

Gefahr der Fortpflanzung

0	= keine Angaben	Anzahl: 15 (= 13,5%)
1	= sicher	Anzahl: 74 (= 66,7%)
2	= wahrscheinlich	Anzahl: 5 (= 4,5%)
3	= unwahrscheinlich / gering	Anzahl: 17 (= 15,3%)

Soziale Schichtzugehörigkeit/Beruf

"Sozial Verachtete":

Hilfs- und Gelegenheitsarbeiter wie Handlanger, Saisonarbeiter, Tagelöhner, Viehhüter, ungelernete Arbeiter wie Gepäckträger, Parkwächter

Untere Unterschicht:

Berufe mit harter körperlicher Arbeit im Freien wie Bauarbeiter, Straßenarbeiter, Hafenarbeiter, Holzfäller, einfache landwirtschaftliche Arbeiter

Obere Unterschicht:

Untere Angestellte, Handwerksgesellen, Inhaber von kleinsten Geschäften, Masse der Industriearbeiter

Untere Mittelschicht:

Masse der Angestellten und unteren Beamten, Handwerksmeister mit kleinen eigenen Betrieben. Die oberste Gruppe der Arbeiter wie Werk-/Maschinenmeister, Werkstattleiter, Facharbeiter mit besonderer Ausbildung

Mittlere Mittelschicht:

Mittlere Angestellte, Inhaber mittelgroßer Geschäfte, mittlere Verwaltungsbeamte, freie Berufe wie Apotheker, Dentisten

Obere Mittelschicht:

Führungspositionen in der Industrie, leitende Angestellte großer und mittlerer Un-

ternehmen, Technische und kaufmännische Direktoren, Abteilungsleiter, höhere Beamte, Schuldirektoren, Personalchefs, freie Berufe mit Universitätsausbildung wie selbstständige Rechtsanwälte, Universitätsprofessoren, Fachärzte, Richter

Oberschicht:

Inhaber großer Unternehmen, Großgrundbesitzer , Adel, Prestige-Berufe in Politik, Wirtschaft, Rechtswesen, Universitätsdirektoren

0	= Sonstige	Anzahl: 7 (= 6,3%)
1	= Sozial Verachtete	Anzahl: 42 (= 37,8%)
2	= untere Unterschicht	Anzahl: 10 (= 9,0%)
3	= obere Unterschicht	Anzahl: 43 (= 38,7%)
4	= untere Mittelschicht	Anzahl: 5 (= 4,5%)
5	= mittlere Mittelschicht	Anzahl: 3 (= 2,7%)
6	= obere Mittelschicht	Anzahl: 1 (= 0,9%)
7	= Oberschicht	Anzahl: 0 (= 0,0%)

11. Danksagung

Recht herzlich möchte ich mich zunächst bei Herrn Prof. Dr. Klaus Foerster, Sektion für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Tübingen, für die Überlassung des Themas, für die unendliche Geduld sowie für die freundliche Betreuung bei der Anfertigung dieser Arbeit bedanken

Weiterhin danke ich den Mitarbeiterinnen vom Archiv der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen; Frau Bauer vom Universitätsarchiv Tübingen und den Mitarbeitern des historischen Lesesaals der Universitätsbibliothek Tübingen für ihre Arbeit und Unterstützung bei der Beschaffung der Akten.

Auch möchte ich mich bei meinem Mann und meinen Kindern für das aufgebrachte Verständnis und die Rücksichtnahme während meiner Datenerhebung und der Ausarbeitung dieser Doktorarbeit bedanken.

12. Curriculum Vitae

Persönliche Daten:

Name: Hannelore Maria Schneider, geb. Nägele
Geboren am: 7. April 1959
Geburtsort: Bissingen an der Teck
Familienstand: Verheiratet, 5 Kinder

Ausbildung:

1979 Allgemeine Hochschulreife am Ludwig-Uhland-Gymnasium; Kirchheim / Teck
1979 - 1982 Berufspädagogische Hochschule Esslingen
2002 Beginn des Humanmedizinstudiums an der Eberhard-Karls-Universität Tübingen
2004 Erster Abschnitt der ärztlichen Prüfung
2007 – 2008 Praktisches Jahr im Klinikum Esslingen und in der Allgemeinarztpraxis Dr. med. M. Frommhold, Neuffen
4. November 2008 Abschluss des Humanmedizinstudiums mit dem zweiten Abschnitt der ärztlichen Prüfung
2009 - 2012 Klinische Weiterbildung Klinikum Esslingen; Abteilung Kardiologie, Pneumologie, Angiologie zur Fachärztin Allgemeinmedizin
Seit 2012 Weiterbildung Fachärztin Allgemeinmedizin Allgemeinarztpraxis Dr. med. J. Haas, Wernau

Kindererziehung:

1983 – 2002 Schwerpunkt Kindererziehung