

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

**Die Umsetzung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nach-
wuchses an der Universitätsnervenklinik und der Frauenklinik
Tübingen in den Jahren 1933/1934**

Eine Untersuchung der Sterilisationsgutachten bei weiblichen Probanden

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der Medizinischen Fakultät
der Eberhard Karls Universität
zu Tübingen

vorgelegt von
Cindy Miriam Keller
aus
Waiblingen
2009

Dekan: Professor Dr. I.B. Autenrieth

1. Berichterstatter: Professor Dr. K. Foerster

2. Berichterstatter: Professor Dr. R. du Bois

Für Sascha und meine Familie

Inhaltsverzeichnis

1. EINLEITUNG	1
1.1. Studienhintergrund und Problemstellung	2
2. HISTORISCHER ÜBERBLICK	3
2.1. Sozialdarwinismus als Grundlage nationalsozialistischen Denkens	3
2.2. Die Begriffe Rassenhygiene und Eugenik	4
2.3. Voraussetzungen zur Entstehung des Sterilisationsgesetzes	6
2.4. Weitere entscheidende Persönlichkeiten	8
2.5. Das Sterilisationsgesetz	12
2.6. Institutionen im Dienst der Erb- und Rassenhygiene	16
2.7. Krankheitsdefinitionen	19
2.8. Die Realität - Erfahrungsberichte von Betroffenen	24
3. DIE STERILISATIONSPOLITIK	27
3.1. Historische Daten zur Sterilisation im Allgemeinen	27
3.2. Historische Daten zur Gesetzesentwicklung	28
3.3. Methoden zur Sterilisation der Frau	30
3.3.1. blutiges Verfahren	30
3.3.2. unblutiges Verfahren	32
3.4. Folgen der Sterilisation	32
4. ALLGEMEINER TEIL	35
4.1. Auftraggeber	35

4.2.	Gutachten	36
4.3.	Gutachter	36
5.	METHODIK	37
5.1.	Untersuchungsmaterial	37
5.1.1.	Personenspezifische Daten	37
5.1.2.	Gutachtenarten	38
5.1.3.	Form des Gutachtens	38
5.1.4.	Inhalt des Gutachtens	38
5.1.5.	Inhalt der Akten	39
6.	SPEZIELLER TEIL MIT AUSWERTUNG	40
6.1.	Die Sterilisationsgutachten	41
6.1.1.	Allgemeine Informationen	41
6.1.2.	Inhalt der Akten	42
6.1.3.	Erfassung personenspezifischer Daten	44
6.1.4.	Erfassung der Daten aus den Gutachten	53
6.1.5.	Diskussion der Ergebnisse	59
6.2.	Die Gutachten der Frauenklinik	65
6.2.1.	Allgemeine Informationen und Hypothesen	65
6.2.2.	Erfassung der personenspezifische Daten	66
6.2.3.	Erfassung der weiterführenden Daten	69
6.2.4.	Diskussion der Ergebnisse	70
6.3.	Auswertung der mit Hinweis auf eine Sterilisation versehenen Akten	76
6.3.1.	Allgemeine Informationen und Einteilung	76
6.3.2.	Erfassung der personenspezifischen Daten	78
6.3.3.	Erfassung der sterilisationsbedingten Einträge	83
6.3.4.	Diskussion der Ergebnisse	84
6.4.	Auswertung der übrigen Gutachten	88
6.4.1.	Allgemeine Informationen	88
6.4.2.	Erfassung der personenspezifischen Daten	88
6.4.3.	Erfassung der gutachtenspezifischen Daten	91
6.4.4.	Diskussion der Ergebnisse	95
6.5.	Vergleich der einzelnen Auswertungen	98
6.5.1.	Alter	99

6.5.2.	Familienstand	99
6.5.3.	Konfession	99
6.5.4.	Berufe	100
6.5.5.	Aufenthaltsdauer	100
6.5.6.	Diagnosen	100
7.	AUSZÜGE DER AKTEN	102
7.1.	Aussagen der Betroffenen und ihrer Familien	102
7.2.	Aussagen der Gutachter	104
7.3.	Eine beispielhafte Krankengeschichte	108
7.3.1.	Gerichtsbeschluss zur Begutachtung	108
7.3.2.	Auszüge aus den Aufnahmeblättern	109
7.3.3.	Familiäres Umfeld	111
7.3.4.	Reaktionen der Patientin	112
7.3.5.	Die Beurteilung der Patientin	113
8.	ABSCHLIEßENDE DISKUSSION UND ZUSAMMENFASSUNG	117
9.	AUSBLICK	122
10.	LITERATURVERZEICHNIS	124
11.	ANHANG	127
11.1.	Antrag auf Entschädigung wegen Sterilisation vom 15.04.1987	127
11.2.	Schreiben des Schulamtes Zürich bezüglich einer Anfrage der Nervenlinik Tübingen	128
11.3.	Gerichtsbeschluss über Unfruchtbarmachung	129
11.4.	Weiterer kurzer Fallbericht aus einer Akte	130
11.5.	Erhebungsbogen	131
11.6.	Erhebungsbogen gynäkologische Patientinnen	133
11.7.	Originaldokumente der Akten mit Übersetzung	134

1. Einleitung

Der Nationalsozialismus ist eine Epoche der deutschen Geschichte, die viele Menschen noch heute beschäftigt und in der Unzählige großes Leid ertragen mussten - sei es aufgrund der Kriegshandlungen des Zweiten Weltkrieges oder aufgrund von Verfolgung und Diskriminierung durch das Naziregime.

Die hier vorliegende Arbeit soll einen kleinen Einblick geben über den langsamen, kaum spürbaren Prozess, der sich vor allem auf geistiger Ebene vollzog und ausging von einem neuen wissenschaftlichen Weltbild, welches geprägt war durch neu aufkommende Theorien der Naturwissenschaften über die Entstehung und Weiterentwicklung des Menschen. Auf diese naturwissenschaftlichen Ansätze wird in den folgenden Kapiteln noch näher einzugehen sein. Die naturwissenschaftlichen Erkenntnisse dienten den Nationalsozialisten, die von ihnen propagierte Ideologie zu komplettieren.

Die vorliegende Arbeit wird die vom Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vorgeschriebenen Zwangssterilisationen im Dritten Reich und die Entwicklungen, die zur Entstehung der Ideologie des Dritten Reiches und dieses Gesetzes beigetragen haben, beleuchten. Indem die Begutachtungen aufgrund dieses Gesetzes erfasst und aufgearbeitet werden, soll ein Beitrag zur Aufklärung geleistet werden. Die Organisation soll anhand der Gesetzestexte erläutert werden. Ebenso wird in dieser Arbeit ein Einblick in die Folgen einer Sterilisation - psychisch wie physisch - gegeben. Nach Erörterung der Methodik wird die Auswertung und Erfassung der Daten aus der Zeit von 1933/1934 einen Überblick der Datenlage sowohl an der Nervenlinik als auch an der Frauenklinik Tübingen geben. Die Arbeit schließt mit der Darlegung eines authentischen Falls, sowie Originalauszügen aus den untersuchten Akten.

1.1. Studienhintergrund und Problemstellung

Die Arbeit ist ein Teil einer größeren Untersuchung, die sich mit der Gutachtenpraxis an der Universitätsklinik für Nerven- und Gemütskrankungen Tübingen in den Jahren 1933 bis 1945 befasst. Besonders berücksichtigt werden hierbei die so genannten Sterilisationsgutachten, die von Gutachtern der Klinik aufgrund gesetzlich vorgeschriebener Kriterien ausgestellt wurden.

Untersucht wird der Zeitraum der Jahre 1933 und 1934 und berücksichtigt wird ausschließlich das weibliche Patientengut der Nervenklinik. Rechtliche Grundlage der Sterilisationsgutachten war das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, das am 14. Juli 1933 verabschiedet wurde und am 1. Januar 1934 in Kraft trat.

Die Arbeit gliedert sich in einen allgemeinen und speziellen Teil. Der allgemeine Teil vermittelt einen Überblick der geschichtlichen Daten und Fakten, sowie die theoretischen Grundlagen. Im speziellen Teil steht die eingehende Untersuchung der in der Universitätsnervenklinik Tübingen erstellten Gutachten im Vordergrund. Diese Gutachten werden anhand eines Fragebogens, der im Anhang aufgeführt ist, analysiert und ausgewertet. Der Fragebogen ist angelehnt an die entsprechenden Fragebögen anderer Arbeiten, wurde jedoch um einige, meines Erachtens sinnvolle Punkte ergänzt.

Da 1933 und 1934 aufgrund des erst kurzen Zeitraums, in welchem das Gesetz zur Anwendung kam, die Sterilisationsgutachten nicht sehr zahlreich waren, werden in dieser Arbeit sämtliche, bei der Suche nach Sterilisationsgutachten gefundenen Begutachtungen von weiblichen Patienten berücksichtigt. Bei diesen zusätzlich untersuchten Gutachten handelte es vor allem um Begutachtungen zur Erwerbsfähigkeit. Außerdem fanden sich bei der Suche nach Sterilisationsgutachten in manchen Akten Hinweise auf eine Sterilisation. Diese Akten werden ebenfalls berücksichtigt.

2. Historischer Überblick

2.1. Sozialdarwinismus als Grundlage nationalsozialistischen Denkens

Charles Darwin schuf mit seinem 1859 erschienenen Werk „On the origins of species“ die wesentliche Grundlage für die Erforschung der Abstammung des Menschen. Dieses Werk beinhaltete insofern revolutionäre Ansätze, als dass Darwin aus seinen Beobachtungen der Natur völlig neue Erkenntnisse über die Entstehung und Entwicklung der verschiedenen Arten ableitete. Koch betont die Bedeutsamkeit des Werkes:

„Charles Darwin ist das Symbol einer geistigen Revolution, sein Werk ist zu einer der markantesten Zäsuren der Geistesgeschichte des neunzehnten Jahrhunderts geworden.“¹

Ein Grundpfeiler der Darwinschen Evolutionslehre ist die Selektionstheorie. Hierbei wird davon ausgegangen, dass die verschiedenen Tierarten einer ständigen Weiterentwicklung unterworfen sind, wobei diejenigen Lebewesen, die am besten an die gegebenen Umwelteinflüsse angepasst sind, einen Selektionsvorteil erfahren. Dies bedeutet, dass sich diese Individuen eher fortpflanzen und überleben können als andere.

Charles Darwin prägte damit den Begriff „survival of the fittest“, der später seine Bedeutung teilweise durch eine falsche Übersetzung erlangte. Der Ausdruck „survival of the fittest“ wurde häufig mit „Überleben des Stärkeren“ übersetzt, wodurch die ursprüngliche Aussage „Überleben der Angepasstesten“, eine entscheidende Veränderung erfuhr.²

Der wesentliche Fehler bestand darin, die Theorie Darwins, der sich damals auf die Flora und Fauna bezog, im weiteren Verlauf auf die Gesellschaft zu übertragen. Hieraus entstand der neue Begriff des **Sozialdarwinismus**.

¹ Koch, Hansjoachim (1972): *Der Sozialdarwinismus*. München. S.13, zitiert nach Reusch, Tanja (2000): *Die Ethik des Sozialdarwinismus*. Frankfurt am Main: Lang. S.35.

² Vgl. Reusch, Tanja (2000): *Die Ethik des Sozialdarwinismus*. Frankfurt am Main: Lang.

Mithilfe des Sozialdarwinismus und den ergänzenden Aussagen aus der **Rassenhygiene**, wurden Theorien herausgearbeitet, die eine Modifizierung, bzw. Erweiterung der Darwinschen Theorie ermöglichten, womit die Vererbung beim Menschen verständlicher wurde. Letztendlich resultierte daraus die Meinung, man könne durch dieses Verständnis aktiv in eine etwaige „Höherentwicklung der eigenen Rasse“ eingreifen.³

Darwins Theorie wurde als Lösung für politische und gesellschaftliche Probleme angesehen und zahlreiche Wissenschaftler wie zum Beispiel Ernst Haeckel, Alexander Tille, Francis Galton und andere erweiterten und vertieften seine Theorie. Tille bezeichnete 1893 das Elendsviertel Ostlondons, indem damals die Sterblichkeitsrate doppelt so hoch wie die Geburtenrate war, als „Nationalheilanstalt“, da dort nur die „Tüchtigsten“ überleben würden und diese Subkultur somit dem Prinzip der Selektionstheorie entspräche.⁴

Diese auf den Menschen übertragene Selektionstheorie nutzten später die Nationalsozialisten als Grundlage für ihre Rassenpolitik und leiteten daraus die Legitimation der „Vernichtung unwerten Lebens“ ab.

2.2. Die Begriffe Rassenhygiene und Eugenik

Durch Darwins Theorie inspiriert, prägte sein Cousin Francis Galton 1883 den Begriff der **Eugenik**. Hermann Muckermann definiert die Eugenik als „die Lehre von der Erhaltung und Verbesserung der gesunden Abstammungsgrundlagen des Volkes; sie betrifft (besser: bezweckt) eine gute biologische Qualität des Volkes“⁵. Die Eugenik hat das Ziel, die Ausbreitung vorteilhafter Erbanlagen innerhalb einer Population zu begünstigen, während nicht erwünschte Erbanlagen „ausgemerzt“ werden sollten. Man unterscheidet hier zwei mögliche Wege um erwünschte Erbanlagen zu fördern:

Die positive Eugenik versucht die Lebensumstände für das Individuum zu verbessern, so wurden beispielsweise im Dritten Reich Steuernachlässe gewährt,

³ Vgl. Reusch, Tanja [2000]: *Die Ethik des Sozialdarwinismus*. Frankfurt am Main: Lang. S.36.

⁴ Vgl. Bauer, Alfred (1976): *Deutscher Spielfilmanach 1929-1950*, München zitiert nach Rost, Karl-Ludwig (1987): *Sterilisation und Euthanasie im Film des „Dritten Reiches“*. *Nationalsozialistische Propaganda in ihrer Beziehung zu rassenhygienischen Maßnahmen des NS-Staates*. Husum: Matthiesen. S.13.

⁵ Muckermann bei Fassbender, zitiert nach Mayer, Joseph (1927): *Gesetzliche Unfruchtbarmachung Geisteskranker*. Freiburg: Herder. S.19.

Kindergeld oder Ehestandsdarlehen jenen Familien, die als „rassisch wertvoll“ angesehen wurden, zugesprochen. Ein weiterer Grund für diese Bemühungen war die sehr niedrige Geburtenrate. Gütt, Rüdin und Ruttke verfassten eine bevölkerungspolitische Begründung zu dem von ihnen erstellten Gesetz, in dem diese demografische Entwicklung thematisiert wurde:

„Es ist ja eine bekannte Tatsache, daß der Rückgang der Volkszahl gerade in Deutschland zu den schwersten Bedenken Anlaß geben muß. Wir brauchen nur dran zu erinnern, dass in den letzten 60 Jahren die Geburtenzahl von rund 40 a.T. auf 15 a.T. zurückgegangen ist, daß Deutschland im Jahre 1932 nur noch 978.000 Neugeborene aufwies, während es bei einer geringeren Volkszahl im Jahre 1900 noch etwa 2 Millionen waren.“⁶

Die negative Eugenik indes versucht, nicht erwünschte Erbanlagen auszumerzen. Die Methoden, derer man sich bediente, waren unter anderem Sterilisationsmaßnahmen oder Euthanasie. Besonders betroffen von diesen Aktionen waren sensorisch Behinderte, so genannte „Asoziale“ und natürlich auch „Fremdrassige“.

Durch die Wiederentdeckung der von Mendel um 1900 postulierten Vererbungslehre, wurden die Diskussionen der Eugenik neu entfacht. So wurde um diese Zeit erstmals über eine mögliche Heredität von Geisteskrankheiten oder Geistesstörungen spekuliert.⁷

Galton übersetzt den Begriff der Eugenik mit **Rassenhygiene**. Unter Rassenhygiene versteht man also ebenfalls die Förderung der erwünschten Erbanlagen durch Ausmerzungen der unerwünschten, um so ein „höherentwickeltes“ Erbgut zu erhalten.

Alfred Ploetz, der 1905 die *Gesellschaft für Rassenhygiene* gründete, trug mit dieser Gründung wesentlich zur Etablierung der Rassenhygiene als Wissenschaft in Deutschland bei. Den Nationalsozialisten diente die Rassenhygiene als Begründung für ihre radikale Rassen- und quantitative Bevölkerungspolitik.

⁶ Gütt, Arthur/Rüdin, Ernst/Ruttke, Falk (1936) (Bearb.): *Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933 nebst Ausführungsbestimmungen*. München. S.51-54, nach Kaiser, Jochen-Christoph/Nowak, Kurt/Schwartz, Michael (1992): *Eugenik, Sterilisation, „Euthanasie“*. *Politische Biologie in Deutschland 1895-1945. Eine Dokumentation*. Berlin: Union. S.153f.

⁷ Rost, Karl-Ludwig (1987): *Sterilisation und Euthanasie im Film des „Dritten Reiches“*. *Nationalsozialistische Propaganda in ihrer Beziehung zu rassenhygienischen Maßnahmen des NS-Staates*. Husum: Matthiesen. S.13.

2.3. Voraussetzungen zur Entstehung des Sterilisationsgesetzes

Diese eugenischen Bewegungen erlebten vor allem in der Weimarer Zeit einen Aufschwung, ohne den die folgende Diskussion um Euthanasie und Sterilisation undenkbar gewesen wäre.⁸

Als Gründe für den Aufschwung der eugenischen Bewegung lassen sich im Wesentlichen die Niederlage Deutschlands im ersten Weltkrieg und die Wirtschaftskrise anführen. Diesbezüglich äußert sich auch Robert Gaupp, ein radikaler Vertreter unter den Rassenhygienikern und Leiter der Klinik für Nerven- und Gemütskrankungen der Universität Tübingen auf der Jahresversammlung des deutschen Vereins für Psychiatrie:

„Deutschland hat durch den Frieden von Versailles einen zu kleinen Nahrungsspielraum erhalten; seine Bevölkerung vermehrt sich zur Zeit stärker als dieser Nahrungsspielraum gestattet. Trotz der Rationalisierung der Fortpflanzung und der Abtreibungsseuche ist der Geburtenüberschuß gegenwärtig größer als die Möglichkeit der ausreichender Versorgung aller Glieder des Volkes [...] Die Belastung des Deutschen Reiches durch die geistig und sittlich Minderwertigen aller Klassen ist enorm und angesichts unserer Verarmung und unserer schwer ringenden Wirtschaft eine trostlose Belastung [...]“⁹

Es lassen sich nun zwei Strömungen separieren:

Zum einen die als gemäßigt angesehenen Rassenhygieniker, die eine Aufwertung der Rasse und Art durch die „**Ausmerz**ung von Minderwertigem und Schwächlichem“ erreichen wollten; während noch radikalere Vertreter zusätzlich eine so genannte „**Aufn**ordung“ forderten.¹⁰

Der Begriff der Aufnordung geht im Wesentlichen auf die Rassenideologie von Joseph Arthur Gobineau von 1855 zurück, der Arier und Semiten voneinander abgrenzt. So waren in seinen Augen Arier die „wertvollere“ Rasse durch die direktere Abstammung von den Germanen, während die Semiten als „minderwertigere und degenerierte Rasse“ angesehen wurden.

⁸ Vgl. Belling, Curt (1937): *Der Film im Dienste der Partei*. Berlin, zitiert nach Rost, Karl-Ludwig (1987): *Sterilisation und Euthanasie im Film des „Dritten Reiches“*. *Nationalsozialistische Propaganda in ihrer Beziehung zu rassenhygienischen Maßnahmen des NS-Staates*. Husum: Matthiesen. S.14.

⁹ Belling, Curt (1937): *Der Film im Dienste der Rassenpolitik*, *Der Deutsche Film* 11. S.334f. zitiert nach Rost, Karl-Ludwig (1987): *Sterilisation und Euthanasie im Film des „Dritten Reiches“*. *Nationalsozialistische Propaganda in ihrer Beziehung zu rassenhygienischen Maßnahmen des NS-Staates*. Husum: Matthiesen. S.14.

¹⁰ Vgl. Rost, Karl-Ludwig (1987): *Sterilisation und Euthanasie im Film des „Dritten Reiches“*. *Nationalsozialistische Propaganda in ihrer Beziehung zu rassenhygienischen Maßnahmen des NS-Staates*. Husum: Matthiesen. S.15.

Hieraus folgte er, dass durch eine Rassenmischung die arische Rasse vom Aussterben bedroht sei.

Durch Houston Steward Chamberlain wurde diese Theorie gefördert und popularisiert. Er vertrat außerdem die These, dass durch „Höherzüchtung“ der arischen Rasse in geistiger und körperlicher Hinsicht eine Veredelung zu erreichen sei. Diese Thesen kamen für das erschütterte Selbstwertgefühl des deutschen Volkes nach der Kriegsniederlage gerade zur rechten Zeit. Durch diese Ansichtsweisen wurde dem Volk das Gefühl gegeben, hochwertiger und außergewöhnlicher als andere Völker zu sein.

Das „lädierte Selbstgefühl des Bürgertums“¹¹ bekam wieder neuen Auftrieb. Dies muss als ein Grundstein zur Endstehung der Ideologie des Dritten Reichs gelten. Aufgrund der miserablen wirtschaftlichen Lage kam die Frage auf, weshalb man tausende kranker Menschen, die keinen subjektiven „Nutzen“ für die Gesellschaft hatten, in den Heimen verpflegen musste, während man selbst doch am Hungertuch nagte. Ergo fiel die Ideologie der Rassenhygiene auf fruchtbaren Boden, denn es klang einleuchtend, dass sich diejenigen, die an vererbaren Krankheiten litten, sich nicht in dem Maße fortpflanzen sollten wie Gesunde. Man erhoffte sich durch ein gesundes Volk außerdem eine zusätzliche Leistungssteigerung und damit letztendlich den wirtschaftlichen Aufschwung. Als eine Konsequenz der in dieser Zeit sehr populären Thesen der Rassenhygiene, Eugenik und des Sozialdarwinismus ist das 1933 verabschiedete **Gesetz zur Verhütung von erbkranken Nachwuchses** zu verstehen.

¹¹ Boberach, Heinz (Hrsg.) (1965): *Meldungen aus dem Reich. Auswahl aus den geheimen Lageberichten des Sicherheitsdienstes der SS 1939-1944*. Neuwied-Berlin, zitiert nach Rost, Karl-Ludwig (1987): *Sterilisation und Euthanasie im Film des „Dritten Reiches“*. *Nationalsozialistische Propaganda in ihrer Beziehung zu rassenhygienischen Maßnahmen des NS-Staates*. Huum: Matthiesen. S.15.

2.4. Weitere entscheidende Persönlichkeiten

Da viele Personen durch ihre Weltanschauung und ihre Forschungstätigkeit einen Beitrag zur Formulierung und Durchsetzung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses leisteten, sollen im Folgenden nun einige dieser Akteure in Kürze vorgestellt und deren Hauptthesen aufgeführt werden, um die allmähliche Weiterentwicklung der zugrunde liegenden Thesen zu beobachten. Zu diesen „Vordenkern“ gehörten unter anderem Ernst Haeckel, Alfred Ploetz, Alfred Erich Hoche und sein Mitstreiter Karl Binding sowie natürlich in letzter Konsequenz auch Adolf Hitler. Außer diesen Personen soll Robert Gaupp, der bereits in dieser Arbeit zitiert wurde, ebenso angeführt werden, da er nicht nur durch seine zahlreichen Veröffentlichungen starken Einfluss auf die wissenschaftliche Welt hatte, sondern in der Geschichte der Universitätsnervenklinik Tübingen eine wesentliche Rolle spielte.

Ernst Haeckel (1834 - 1919)

Der Zoologe Ernst Haeckel, begeistert von der Evolutionstheorie Darwins, forderte eine breitere Anwendung dieser. Damit überschritt er erstmals die Grenzen der Naturwissenschaften und versuchte, zwischen Philosophen und Naturwissenschaftlern zu vermitteln.¹² Allerdings löste er sich dabei nie vollständig von der Biologie.¹³

Obwohl sich Haeckel der Gefahren bei einer unkritischen Übertragung der Lehre Darwins auf die Entwicklung des Menschen bewusst war, vertrat er dennoch den Standpunkt: „Ich bin ein Mensch – und erfülle meine Sendung – zu arbeiten frisch an der Menschheit Vollendung.“¹⁴ Bereits Haeckel setzte sich schon mit der Euthanasie unheilbar Kranker auseinander, allerdings „müsste auch bei anderen unheilbaren und schwer leidenden Kranken (z.B. Krebskranken, C.K.) die ‚Erlösung vom Uebel‘ nur dann durch eine Dosis schmerzlos und rasch wirkenden Giftes erfolgen, wenn sie ausdrücklich auf deren eigenen, eventuell gericht-

¹² Wedenow, Michael (1959): Der naturhistorische Materialismus Ernst Haeckels. In: Deutsche Zeitschrift für Philosophie 4, Jg. 7. S.562-579, zitiert nach Reusch, Tanja (2000): *Die Ethik des Sozialdarwinismus*. Frankfurt am Main: Lang. S.55.

¹³ Reusch, Tanja (2000): *Die Ethik des Sozialdarwinismus*. Frankfurt am Main: Lang. S.55.

¹⁴ Uschmann, Georg (1958): *Ernst Haeckel - Forscher, Künstler, Mensch*. Jena. S.137, zitiert nach Reusch, Tanja (2000): *Die Ethik des Sozialdarwinismus*. Frankfurt am Main: Lang.

lich protokollierten Wunsch geschähe, und durch eine vereidete Commission ausgeführt würde“.¹⁵

Alfred Ploetz (1860 - 1940)

Wie bereits erwähnt, war der Arzt Alfred Ploetz der Schöpfer des Begriffes der Rassenhygiene. In seinem 1895 erschienenen Werk „*Die Tüchtigkeit unserer Rasse und der Schutz der Schwachen*“ zeigt er eine Gesellschaft auf, in der rassenhygienische Konzepte, wie zum Beispiel Heiratsüberwachung, Kinderzahlkontrolle und ähnliches zur Anwendung kommen.

Allerdings ergänzt er, es handle sich um „eine Art rassenhygienische Utopie, über deren komisches und grausames Aussehen der Leser nicht zu erschrecken braucht“¹⁶.

Somit blieb ihm die Möglichkeit, seine Aussagen zu entschärfen und bei etwaiger Ablehnung der Thesen in der Bevölkerung sich davon zu distanzieren, indem er es als reine theoretische Grundlage betrachtet, die nicht uneingeschränkt in die Praxis umsetzbar ist.¹⁷

Alfred Erich Hoche (1865 - 1934) und Karl Binding (1841 - 1920)

Der Freiburger Psychiater Alfred Hoche veröffentlichte 1920 mit dem Strafrechtler Karl Binding das gemeinsame Werk *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens*.

In dieser Niederschrift finden sich bereits einige Begriffe, die später von den Nationalsozialisten verwendet wurden, wie beispielsweise „geistig völlig Tote“ oder „Ballastexistenzen“¹⁸. Die beiden Verfasser begründeten ihre Thesen mit der oben bereits angesprochenen schlechten wirtschaftlichen Lage, so könne man es sich nicht leisten, derart viele Kranke zu verpflegen, während andere, die ihren Beitrag zur Gesellschaft leisten würden, am Hungertuch nagen müssten.

¹⁵ Haeckel, Ernst (1904): *Die Lebenswunder, gemeinverständliche Studien über Biologische Philosophie, Ergänzungsband zu dem Buche über die Welträthsel*. Stuttgart. S.134f.

Anm.: Zitate in alter Rechtschreibung werden in der vorliegenden Arbeit nicht angeglichen.

¹⁶ Ploetz, Alfred (1895): *Die Tüchtigkeit unserer Rasse und der Schutz der Schwachen, ein Versuch über Rassenhygiene und ihr Verhältnis zu den humanen Idealen, besonders zum Sozialismus*. Berlin. S.144, zitiert nach Reusch, Tanja (2000): *Die Ethik des Sozialdarwinismus*. Frankfurt am Main: Lang. S.61.

¹⁷ Vgl. Reusch, Tanja (2000): *Die Ethik des Sozialdarwinismus*. Frankfurt am Main: Lang. S.60f.

¹⁸ Hoche, Alfred Erich, Binding, Karl (1920): *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form*. Leipzig. S.27-29, 31, 33, 51f, 56f.

Hoche lehnte zwar die Tötung von Patienten ab, bei denen noch Hoffnung auf Heilung bestehe, aber er lässt keinen Zweifel daran, dass „wir [...] vielleicht eines Tages zu der Auffassung heranreifen (werden, C.K.), dass die Beseitigung der geistig völlig Toten kein Verbrechen, keine unmoralische Handlung, keine gefühlsmäßige Rohheit, sondern einen erlaubten nützlichen Akt darstellt.“¹⁹

Adolf Hitler (1889 - 1945)

Natürlich beschäftigte sich Adolf Hitler intensiv mit der Rassenhygiene. In seinem Buch *Mein Kampf* lässt er keinen Zweifel daran, dass er die Umsetzung antinatalistischer Programme favorisiert und es als Pflicht des Staates ansieht, die Gesellschaft dementsprechend zu „erziehen“:

„Wer körperlich und geistig nicht gesund und würdig ist, darf sein Leid nicht im Körper eines Kindes verewigen. Der völkische Staat hat hier die ungeheuerste Erziehungsarbeit zu leisten. [...] Er (der Staat, C.K.) hat durch Erziehung den einzelnen zu belehren, daß es keine Schande ist, sondern ein bedauernswertes Unglück ist, krank und schwächlich zu sein, daß es aber ein Verbrechen und daher zugleich eine Schande ist, dieses Unglück durch eigenen Egoismus zu entehren, indem man es unschuldigen Wesen wieder aufbürdet; daß es demgegenüber von einem Adel höchster Gesinnung und bewundernswerter Menschlichkeit zeugt, wenn der unschuldig Kranke, unter Verzicht auf ein eigenes Kind, seine Liebe und Zärtlichkeit einem unbekanntem armen jungem Sprossen seines Volkstums schenkt, der in seiner Gesundheit verspricht, der einst ein kraftvolles Glied einer kraftvollen Gemeinschaft zu werden. [...]“²⁰

Im NS-Staat wurden sowohl antinatalistische Programme, die Sterilisationsverfahren oder Heiratsverweigerung beinhalteten, als auch pronatalistische Programme durchgeführt, mit dem Ziel die Geburtenrate zu steigern.

Zu diesem Zweck gründete Heinrich Himmler im Jahre 1935 die Lebensborn e.V., einen Verein, welcher die folgenden Aufgaben hatte:

- „1. Rassisch und erbbiologisch wertvolle, kinderreiche Familien zu unterstützen;
2. Rassisch und erbbiologisch wertvolle werdende Mütter unterzubringen und zu betreuen, bei denen nach sorgfältiger Prüfung der eigenen Familie und der Familie des Erzeugers durch das Rasse- und Siedlungshauptamt-SS anzunehmen ist, dass gleich wertvolle Kinder zur Welt kommen;

¹⁹ Hoche, Alfred Erich, Binding, Karl (1920): *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form*. Leipzig.

²⁰ Hitler, Adolf (1935): *Mein Kampf*. 158.-159. Auflage. München. S.447f zitiert nach Steinhaus, Hubert (1981): *Hitlers pädagogische Maximen: „Mein Kampf“ und die Destruktion der Erziehung im Nationalsozialismus*. Frankfurt am Main: Lang. S.42.

3. für diese Kinder zu sorgen;
4. für die Mütter der Kinder zu sorgen.“²¹

Außerdem konnten werdende Mütter beim Staat materielle Unterstützung beantragen. Als weitere pronatalistische Maßnahme wurden Abtreibungen gemäß §§ 219 und 220 des Strafgesetzbuches wieder mit höheren Gefängnisstrafen geahndet.

Robert Gaupp (1870 - 1953)

Als weitere wichtige Persönlichkeit soll hier nun Robert Gaupp angeführt werden, der in seiner Eigenschaft als Leiter der Universitätsnervenklinik Tübingen ausschlaggebend für die Gutachtenpraxis und die Umsetzung der Gesetzesvorlage an der Tübinger Klinik gewesen ist.

Robert Gaupp bekleidete von 1906 bis 1936 das Amt des Leiters der Universitätsklinik für Gemüts- und Nervenkrankheiten in Tübingen. Durch seine wissenschaftliche Forschung auf dem Gebiet der Erblichkeitslehre und erbpsychologischen Familienkunde leistete er einen großen Beitrag zur Etablierung dieser „Wissenschaft“.

Gaupp war von der Notwendigkeit der Zwangssterilisation „geistig und sittlich Minderwertiger“²² überzeugt - man könne auf eventuell fragliche Fälle keine Rücksicht nehmen, „da ein solcher Irrtum angesichts des großen Ziels nicht tragisch zu nehmen wäre“.²³

Allerdings sah er sich bei Inkrafttreten der Gesetzesvorlage gezwungen, die rassenhygienischen Fanatiker zu bremsen und immer wieder auf die Notwendigkeit des Vorliegens und des Nachweises einer im Gesetzestext aufgeführten Erkrankung hinzuweisen. In seinem Referat unter dem Titel *Die Unfruchtbarmachung geistig und sittlich Minderwertiger* führte er als ein Argument zur Sterilisation den Zusammenhang zwischen Schwachsinn und Kriminalität an, der mittels Stammbäumen nachgewiesen werden könne. Dieses Schriftstück lässt auch keinen Zweifel daran, dass Gaupp dem Interesse der Gemeinschaft einen

²¹ Lilienthal, Georg (1993): Der „Lebensborn e.V.“. Frankfurt am Main: Fischer. S.43.

²² Vgl. Gaupp, Robert (1925): *Die Unfruchtbarmachung geistig und sittlich Kranker und Minderwertiger*. Berlin.

²³ Ebd.

höheren Stellenwert einräumte, als dem des Einzelnen mit anscheinend erwiesener „Minderwertigkeit“.

Im Jahre 1920 verfasste Robert Gaupp ein Schriftstück mit dem Titel „Gegen die Hätschelung der Wertlosen“ aus dem hier nun einige Auszüge zitiert werden:

„[E]s ist mir im Winter 1916/17, als unser Volk mit dem Hungertod kämpfte, oft nicht leicht geworden, die frühere Sorgfalt in der Pflege wertloser Leben unheilbarer Geisteskranker aufzubringen und um ihre reichliche Ernährung mich zu mühen, während draußen im Leben der Hunger die vollwertigen Menschen schwächte und manche aufs Krankenlager tuberkulösen Siechtums warf, [...].

Aus solchen Stimmungen versteht sich der Binding-Hochesche Vorstoß.“²⁴

Gaupp sah den Hauptgegner der neuen Lehren in der Religion, seiner Meinung nach „steht der Feind des Buches im religiösen Lager und stützt sich auf religiöse Lehren von der Unantastbarkeit des Lebens des von Gott geschaffenen Menschen, [...]“²⁵.

2.5. Das Sterilisationsgesetz

Durch die in dieser Zeit sehr populären Thesen der Rassenhygiene, der Eugenik und des Sozialdarwinismus wurde der Weg für das am 14. Juli 1933 verabschiedete **Gesetz zur Verhütung von erbkranken Nachwuchses** geebnet.

Verfasser dieses Gesetzes waren der Medizinalrat des Reichsinnenministeriums Arthur Gütt, der Jurist Falk Ruttke, sowie der Erbpsychiater Rüdin. Ein eigens zu diesem Zweck ins Leben gerufener „Ausschuss für Rassenhygiene“, welcher später umbenannt wurde in „Sachverständigenbeirat für Bevölkerungs- und Rassenpolitik“, stand den drei Autoren mit Rat und Tat zur Seite.²⁶ Der Gesetzesentwurf durchlief drei verschiedene Fassungen, denn es sollten ursprünglich neben der Zwangssterilisation auch Fragen bezüglich der rassenhygienischen Abtreibung, der medizinisch indizierten Sterilisation und Kastration, sowie der Sterilisation so genannter „Sittlichkeitsverbrecher“ in diesem Gesetz berücksichtigt und geklärt werden. Allerdings wurden nach einem Einwand des

²⁴ Gaupp, Robert (1920): *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens*. In: Deutsche Strafrechtszeitung 7. 1920, H.11/12, S.332-337.

²⁵ Ebd.

²⁶ Vgl. Bock, Gisela (1986): *Zwangssterilisation im Nationalsozialismus: Studien zur Rassenpolitik und Frauenpolitik*. Opladen: Westdeutscher Verlag. S.84.

Reichsjustizministers, man könne nicht die Sterilisation von Erbkranken und Straftätern auf dieselbe Stufe stellen, da sonst die Sterilisation den Aspekt einer Strafe bekommen würde, diese Punkte zunächst einmal zurück gestellt. Auch die Abtreibung an „erbkranken weiblichen Personen“ wurde aus „politischen Erwägungen“²⁷ nicht berücksichtigt, wohl aus dem Grund, dass in der religiös geprägten Gesellschaft der Widerstand bei einer solchen Gesetzesvorlage zu groß gewesen wäre.²⁸

Bekannt gegeben wurde das Gesetz am 26. Juli 1933. Es trat am 1. Januar 1934 in Kraft. Im Folgenden sollen Auszüge des Gesetzes zitiert werden²⁹, da dies die wesentliche Grundlage für die im speziellen Teil analysierten Gutachten darstellt:

§1

- (1) „Wer erbkrank ist, kann durch chirurgischen Eingriff unfruchtbar gemacht (sterilisiert) werden, wenn nach den Erfahrungen der ärztlichen Wissenschaft mit großer Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist, dass seine Nachkommen an schweren körperlichen oder geistigen Erbschäden leiden werden.
- (2) Erbkrank im Sinne dieses Gesetzes ist, wer an einer der folgenden Krankheiten leidet:
 1. angeborener Schwachsinn
 2. Schizophrenie
 3. Zirkulärem Irresein
 4. Erbliche Fallsucht
 5. Erblicher Veitstanz
 6. Erbliche Blindheit
 7. Erbliche Taubheit
 8. Schwere körperliche Mißbildungen
- (3) Ferner kann unfruchtbar gemacht werden, wer an schwerem Alkoholismus leidet.“

²⁷ So Gütt, Arthur (1934) an das Sächsische Ministerium des Inneren. DZA, 15.01/26251, f.104, zitiert nach Bock, Gisela (1986): *Zwangsterilisation im Nationalsozialismus: Studien zur Rassenpolitik und Frauenpolitik*. Opladen: Westdeutscher Verlag. S.86.

²⁸ Vgl. ebd. S.86.

²⁹ Der Gesetzestext aus: Kaiser, Jochen-Christoph/Nowak, Kurt/Schwartz, Michael (1992): *Eugenik, Sterilisation, „Euthanasie“*. *Politische Biologie in Deutschland 1895-1945. Eine Dokumentation*. Berlin: Union. S.126-149.

In **§2** wird festgelegt, dass

„(1) Antragsberechtigt derjenige ist, 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.“

Zusätzlich geht aus diesem Paragraphen in Absatz (2) hervor, dass der approbierte Arzt verpflichtet ist, für die Aufklärung des Patienten zu sorgen. Um die korrekte Aufklärung nachvollziehen zu können, muss er „dem Antrag [...] eine Bescheinigung [...] beifügen, dass der Unfruchtbarzumachende über das Wesen und die Folgen der Unfruchtbarmachung aufgeklärt worden ist“.

Folgenden Personen war es laut **§3** erlaubt den Antrag zur Unfruchtbarmachung zu beantragen: Zum Ersten war dies der beamtete Arzt, zum Zweiten der Anstaltsleiter bei Insassen einer Kranken-, Heil- oder Pflegeanstalt, sowie der Anstaltsleiter einer Strafanstalt. Um solch ein Verfahren in die Wege zu leiten, war der Antrag gemäß

§4:

„[...]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.“

Laut **§11** durfte der chirurgische Eingriff selbst, sprich: die Sterilisation, „[...] nur in einer Krankenanstalt von einem für das Deutsche Reich approbierten Arzt ausgeführt werden. [...]“

Des Weiteren bestimmte die oberste Landesbehörde

„[...] die Krankenanstalt 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.“

§12 beinhaltet die Legitimation zur *Zwangssterilisation*, die notfalls mittels Polizeigewalt durchsetzbar war:

„(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.“

Am 5. Dezember 1933 wurde zudem eine Verordnung zur Durchführung des Gesetzes bekannt gegeben, indem einem chirurgischen Eingriff vorausgesetzt wurde, „dass die Krankheit durch einen für das Deutsche Reich approbierten Arzt einwandfrei festgestellt ist, [...]“³⁰.

Im folgenden Text werden ferner weitere Verordnungen zitiert, um die Umsetzung des Gesetzes zu verdeutlichen. Die Verordnungen zu der Durchführung von **§1 Abs. 1, 2** des Gesetzes lauteten:

„Der Antrag [...] soll nicht gestellt werden, wenn der Erbkranke infolge hohen Alters oder aus anderen Gründen nicht fortpflanzungsfähig ist, oder wenn der zuständige Amtsarzt bescheinigt hat, dass der Eingriff eine Gefahr für das Leben des Erbkranken bedeuteten würde, oder wenn er wegen Anstaltsbedürftigkeit in einer geschlossenen Anstalt dauernd verwahrt wird. Die Anstalt muss volle Gewähr dafür bieten, dass die Fortpflanzung unterbleibt. Ein fortpflanzungsfähiger Erbkranker, der in einer geschlossenen Anstalt verwahrt wird, darf nicht entlassen oder beurlaubt werden, bevor der Antrag gestellt und über ihn entschieden ist.“

Grundsätzlich war nach dieser Verordnung die Unfruchtbarmachung vor dem zehnten Lebensjahr untersagt, bzw. sollte die Sterilisation vor Vollendung des zehnten Lebensjahres nicht durchgeführt werden.³¹ Zu der Durchführung von **§3** und **§4** wurde festgelegt:

„[...] Wird einem approbierten Arzt in seiner Berufstätigkeit eine Person bekannt, die an einer schweren Erbkrankheit (§1 Abs. 1, 2) oder an schwerem Alkoholismus leidet, so hat er dem zuständigen Amtsarzt hierüber [...] unverzüglich Anzeige zu erstatten. [...]

Hält der beamtete Arzt die Unfruchtbarmachung für geboten, so soll er dahin wirken, dass der Unfruchtbarzumachende selbst oder sein gesetzlicher Vertreter den Antrag stellt. Unterbleibt dies, so hat er selbst den Antrag zu stellen. [...]

Dieser Artikel unterstreicht die Rolle des approbierten Arztes in dem ganzen Verfahren. Seine Pflicht war es, einen Verdacht auf Erbkrankheit zu melden, und er hatte ferner die Beweislast, diese Erbkrankheit zweifelsfrei festzustellen. Wies man einem Arzt eine Verletzung der Anzeigenpflicht nach, so musste er laut **Artikel 9** eine Geldbuße entrichten:

³⁰ Vgl. Verordnung zur Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 5. Dezember 1933, Artikel 1 (zu §1 Abs. 1, 2 des Gesetzes), abgedruckt in Kaiser, Jochen-Christoph/Nowak, Kurt/Schwartz, Michael (1992): *Eugenik, Sterilisation, „Euthanasie“*. *Politische Biologie in Deutschland 1895-1945. Eine Dokumentation*. Berlin: Union. S.126-149.

³¹ Vgl. ebd.

„Wer vorsätzlich oder fahrlässig der ihm in §11 Abs. 2 des Gesetzes, [...] auferlegten Anzeigenpflicht zuwider handelt, wird mit einer Geldstrafe bis zu einhundertfünfzig Reichsmark bestraft. [...]“

Abschließend soll darauf hingewiesen werden, dass aufgrund dieses Gesetzes bis 1939 ungefähr 290.000 bis 300.000 Opfer zwangssterilisiert wurden, zwischen 1939 und 1945 sollen es aufgrund der kriegsbedingten Einschränkung der Sterilisationsmaßnahmen auf Fälle „besonders großer Fortpflanzungsgefahr“ immerhin noch etwa 60.000 Sterilisationen vorgenommen worden sein. So ergibt sich, dass insgesamt 350.000 bis 360.000 Zwangssterilisationen durchgeführt wurden. 5000 bis 6000 Frauen und ungefähr 600 Männern, starben an den Folgen des Eingriffes oder begingen aufgrund ihrer Traumatisierung und Stigmatisierung Suizid.³²

Dass Deutschland kein Einzelfall ist, zeigen die Sterilisationszahlen der USA, auch hier wurden in den 70er Jahren Dutzende von indianischen Frauen und „Minderbegabten“ zwangssterilisiert, auch in Schweden wurden zwischen 1935 und 1976 über 60.000 Personen aus eugenischen Gründen sterilisiert.³³

Die Lehren der Abstammung und der Eugenik waren also offensichtlich in weiten Teilen der Welt verbreitet. Das Interesse der Wissenschaftler an den neuen Erkenntnissen war immens, schließlich ergaben sich hier neue Forschungsansätze. Allerdings sollte man trotz der oben genannten Zahlen berücksichtigen, dass die Zwangsterilisationen in Deutschland wesentlich exzessiver, systematischer und in sehr viel größerem Umfang betrieben wurden.

2.6. Institutionen im Dienst der Erb- und Rassenhygiene

Zur Organisation und Überwachung der Sterilisationsverfahren wurden etliche neue Institutionen und Ämter geschaffen. Grundsätzlich hatte jeder Arzt die Pflicht bei Verdacht auf ein Erbleiden das zuständige Gesundheitsamt zu informieren. Das Verfahren selbst wurde von den insgesamt 225 eigens eingerichteten Erbgesundheitsgerichten überwacht. Diese Erbgesundheitsgerichte waren

³² Vgl. Deutscher Bundestag (2006), Drucksache 16/3811, 16. Wahlperiode: *Antrag zur Ächtung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses*.

³³ Vgl. ebd.

nach §5 „zuständig für die Entscheidung“³⁴ über die Durchführung oder die Ablehnung einer Unfruchtbarmachung. Grundsätzlich waren die Erbgesundheitsgerichte nach §6 des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses wie folgt organisiert:

„(1) Das Erbgesundheitsgericht ist einem Amtsarzt anzugliedern. Es (das Erbgesundheitsgericht, C.K.) besteht aus einem Amtsrichter als Vorsitzendem, einem beamteten Arzt und einem weiteren für das Deutsche Reich approbierten Arzt, der mit der Erbgesundheitslehre besonders vertraut ist. [...]“³⁵

Ausdrücklich wird hier darauf hingewiesen, dass der anzeigende Arzt nicht als Mitglied des entscheidenden Gremiums fungieren darf:

„(2) [...] Hat ein beamteter Arzt den Antrag gestellt, so kann er bei der Entscheidung nicht mitwirken.“³⁶

Nach §7 war „das Verfahren vor dem Erbgesundheitsgericht nicht öffentlich“³⁷, außerdem ist in **Absatz 2** festgelegt, dass „Ärzte, ohne Rücksicht auf das Berufsgeheimnis zur Aussage verpflichtet sind“³⁸. Hiermit wird noch einmal deutlich unterstrichen, dass die Ärzte trotz ihrer Schweigepflicht einen Verdacht zu melden hatten. Taten sie dies nicht, so mussten sie mit einer Anzeige und einer entsprechenden Strafe rechnen.

Das zuständige Gericht entschied aufgrund der Stimmenmehrheit. Es konnte Zeugen und Sachverständige vernehmen und darüber hinaus vereidigen lassen.³⁹ Wie eine Entscheidungsfindung zustande kommen sollte, wird in §8 festgelegt:

„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.“⁴⁰

Den Erbgesundheitsgerichten waren weitere 18 Erbgesundheitsobergerichte als Berufungsinstanz übergeordnet, die die Befugnis hatten, notfalls ohne Zeugen-

³⁴ Vgl. §5 des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses.

³⁵ Vgl. §6 des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses.

³⁶ Ebd.

³⁷ Vgl. §7, Abs. (1) des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses.

³⁸ Vgl. §7, Abs. (2) des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses.

³⁹ Ebd.

⁴⁰ Anm.: Ein solcher Beschluss des Gerichtes wird in Kapitel 7.3 im Rahmen der beispielhaften Krankengeschichte zitiert und ist dem Anhang beigefügt.

befragung und sogar in Abwesenheit des Betroffenen eine Entscheidung nur aufgrund des entsprechenden Antrags fällen zu können.⁴¹

Während vor dem Erbgesundheitsgericht gemäß **§9** Widerspruch innerhalb eines Monats eingelegt werden konnte, oblag es den Erbgesundheitsobergerichten, die endgültige Entscheidung zu fällen.⁴² Diese Gerichte waren entsprechend den Erbgesundheitsgerichten laut **§10** wie folgt organisiert:

„(1) Das Erbgesundheitsgericht 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. [...]

(3) Das Erbgesundheitsobergericht entscheidet endgültig.“⁴³

Ins Leben gerufen wurden diese Gerichte **§16** zufolge von den obersten Landesbehörden. Sie hatten die Aufgabe „Sitz und Bezirk der entscheidenden Gerichte“ zu bestimmen, sowie deren Mitglieder und Vertreter zu ernennen.⁴⁴

Die gesamte Organisation der Gerichte zeigt klar, welche große Rolle den Ärzten in diesem System zugedacht war. Sie waren es, die zur Anzeige bei einem begründeten Verdacht einer Erbkrankheit verpflichtet wurden, sie mussten die Gutachten erstellen, aufgrund dessen das Gericht zu einer Entscheidung kam, sie trugen als Mitglieder der Gerichte mit ihrem Fachwissen wesentlich zum Entscheidungsprozess bei, und sie waren es auch, die den sterilisierenden Eingriff mit sämtlichen Risiken einer Operation durchzuführen hatten.

⁴¹ Vgl. §7 des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses.

⁴² Vgl. §10 Abs. (3) des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses.

⁴³ §10 des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses.

⁴⁴ §16 Abs. (1),(2) des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses.

2.7. Krankheitsdefinitionen

In diesem Abschnitt sollen einige der verschiedenen Krankheitsbilder, die oben bereits in den Auszügen des Sterilisationsgesetzes aufgeführt wurden, erläutert werden, um einen kurzen Überblick über die Krankheitssymptome und der durch die Krankheiten verursachten Beeinträchtigungen im täglichen Leben zu geben.

Schizophrenie

Kraepelin, ehemaliger Leiter der Großherzoglichen Badischen Universitätsirrenklinik in Heidelberg, bezeichnete seinerzeit die Krankheit als *Dementia praecox* (vorzeitige Demenz, C.K.). Bald zeigte sich jedoch, dass der von Kraepelin gewählte Begriff nicht die unterschiedlichen Verlaufsformen der Erkrankung berücksichtigte. So führt die Erkrankung nicht zwingend zur Demenz, sondern es gibt gutartige Verlaufsformen, bei denen sich die Symptome zurückbilden können. Deshalb präziserte Eugen Bleuler 1911 die Definition der *Dementia praecox* folgendermaßen:

„E. Bleuler wählte die Bezeichnung ‚Schizophrenie‘, weil die wesentliche Störung in einer Aufspaltung (schizo = ich spalte) des Geistes (phren = Geist), einer Spaltung des Bewußtseins oder der Gesamtpersönlichkeit, einer mangelhaften Einheit des Denkens, Fühlens und Wollens, einer elementaren Schwäche der Integration der Triebe und Gefühle wie des Denkens zu liegen schien.“⁴⁵

Wichtig war ihm, obgleich der ähnlichen Symptome oder des Verlaufes nicht von *einer* Krankheit Schizophrenie zu sprechen, sondern von einer Gruppe der Schizophrenien.⁴⁶

Die Ursache der Schizophrenie ist bislang unbekannt, man kann allerdings davon ausgehen, dass es eine multifaktoriell bedingte Erkrankung ist, so spielen neben genetischen auch soziale, hirnnorganische und biographische Faktoren eine entscheidende Rolle.

⁴⁵ Bleuler, Eugen (1911): *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. In: *Handbuch der Psychiatrie*. Spez. Teil, 4. Abtlg/1. Aschaffenburg G. (Hrsg.). Leipzig, Wien: Deuticke. In: Huber, Gerd (1974): *Psychiatrie Lehrbuch für Studium und Weiterbildung*. 6. Auflage. Stuttgart, New York: Schattauer. S.254.

⁴⁶ Bleuler, Eugen (1983): *Lehrbuch der Psychiatrie*. 15.Auflage. Berlin, Heidelberg, New York: Springer. S.407.

Die Krankheit manifestiert sich am häufigsten im Zeitraum der Pubertät bis zum 30. Lebensjahr. Das Lebenszeitrisko an einer schizophrenen Psychose zu erkranken beträgt 1%. Man unterscheidet verschiedene Unterformen der Schizophrenie, wie zum Beispiel die hebephrene, die katatone oder die paranoide Schizophrenie. Als Symptome der Erkrankung können nach K. Schneider Denkstörungen, Wahnvorstellungen, Sinnestäuschungen, Ambivalenz, Autismus, Störungen der Affektivität oder auch Ich-Erlebnisstörungen auftreten.⁴⁷

Manisch-depressiver Formenkreis

Laut Lange sind manisch-depressive Zustände „erbliche Veranlagung“. Er bezieht sich hierbei auf die Zwillingsforschung, allerdings wird die Möglichkeit eines multifaktoriellen Erbganges erwähnt. Es seien häufig verschiedene Erkrankungen, wie zum Beispiel Diabetes, Fettsucht oder Gicht mit manisch-depressiven Zuständen assoziiert. Die Stimmung der Manie wird von Lange als gehoben, heiter und euphorisch bezeichnet, während in Phasen der Depression (Melancholie) der Erkrankte eine Verarmung der Mimik zeige, Hoffnungslosigkeit und Ratlosigkeit bis hin zur Selbstmordneigung verspüre. Wahnideen könne man in den depressiven Phasen häufiger beobachten als in den manischen.⁴⁸

Bezüglich der Prognose kann man auf die Kreapelinsche Regel verweisen, diese postuliert für eine schizophrene Symptomatik einen ungünstigen Ausgang, während bei anderen depressiv-manischen Symptomatik ein günstiger, phasenhafter Verlauf auftreten kann, sogar bis zur Restitutio ad integrum. Natürlich gibt es Ausnahmen von der Regel.⁴⁹

⁴⁷ Vgl. Huber, Gerd (1974): *Psychiatrie Lehrbuch für Studium und Weiterbildung*. 6. Auflage. Stuttgart, New York: Schattauer. S.253-257.

⁴⁸ Vgl. Hoche A., Aschaffenburg, G., Gruhle, H.W., Lange, J. (1934): *Handbuch der Gerichtlichen Psychiatrie*. Berlin: Springer. S.512-515.

⁴⁹ Vgl. Huber, Gerd (1974): *Psychiatrie Lehrbuch für Studium und Weiterbildung*. 6. Auflage. Stuttgart, New York: Schattauer. S.206.

Hysterie

Im Allgemeinen werden zwei Bedeutungen des Begriffes Hysterie unterschieden:

Primär versteht man darunter eine Persönlichkeitsstörung bei der Geltungsbedürfnis, Egozentrik und das Bedürfnis nach Anerkennung im Vordergrund stehen. Hierbei kommt es zum Beispiel zu Hyperemotionalität mit Übertreibung, Renommieren oder Prahlen. Des Weiteren steht der Begriff für psychogene körperliche Störungen im Sinne einer Konversions- oder Angsthysterie.⁵⁰

Lange schildert die hysterischen Anfälle als mit „Bewusstseintrübung verbundene Erregungstürme, die unter sehr lebhaften, karikierten Ausdrucksbewegungen verlaufen und vielfach einen sehr theatralischen, beabsichtigten, gewollten Eindruck“ hinterließen.⁵¹

Erblicher Veitstanz

Das Krankheitsbild des so genannten erblichen Veitstanzes ist heutzutage hauptsächlich unter dem Begriff der Chorea Huntington bekannt - es handelt sich hierbei um ein „autosomal-dominant erbliche, chronisch-progrediente, gewöhnlich im 3. , 4. oder 5. Lebensjahrzehnt beginnende primäre Hirnatrophie.“⁵²

Neurologisch imponiert ein extrapyramidales Syndrom mit Hyperkinesen, Hypotonie der Muskulatur und choreatischer Bewegungsunruhe.⁵³

Die Erkrankung äußert sich in plötzlich einschießenden unwillkürlich ausgeführten Bewegungen, die nicht unterdrückt werden können; eventuell verschwinden diese Bewegungen im Schlaf. Vor allem betroffen sind die distalen Extremitäten, es wird aber auch eine Beteiligung der Gesichtsmuskulatur beobachtet. Das gegenüber anderen Erkrankungen vergleichsweise späte Manifestationsalter von 30-40 Jahren bringt mit sich, dass in diesem Alter bereits häufig Kinder geboren worden sind, die potentielle Träger dieses dominant vererbten Gens sein können.

⁵⁰ Vgl. Huber, Gerd (1974): *Psychiatrie Lehrbuch für Studium und Weiterbildung*. 6. Auflage. Stuttgart, New York: Schattauer. S.414f.

⁵¹ Hoche, A., et. al. (1934). S.548.

⁵² Huber, Gerd (1974): *Psychiatrie Lehrbuch für Studium und Weiterbildung*. 6. Auflage. Stuttgart, New York: Schattauer. S.138.

⁵³ Vgl. Huber, Gerd (1974): *Psychiatrie Lehrbuch für Studium und Weiterbildung*. 6. Auflage. Stuttgart, New York: Schattauer. S.138.

Lange führt an, dass später Erkrankte schon früh soziale Auffälligkeiten aufweisen können, er nennt in diesem Zusammenhang „Nervosität, Erregbarkeit, Empfindlichkeit, Alkoholmissbrauch, sowie übermäßige sexuelle Ansprechbarkeit“.⁵⁴

Erbliche Taubheit

Man unterscheidet eine autosomal-dominante, sowie eine rezessiv erbliche Form. Bei der Erkrankung können Hypoplasie des Innenohres oder Aplasie, also das vollständige Fehlen des Corti-Organs die Ursache für die Taubheit sein.⁵⁵ Bleuler berichtet über die Taubheit folgendes:

„Der Taube bleibt also, auch wenn er intelligent ist, ohne besonderen Unterricht in den wichtigsten Beziehungen ein geistiger Krüppel, und da er das Verhalten der Umgebung nicht richtig einschätzen kann, wird er reizbar, zornmütig und misstrauisch.“⁵⁶

Schwerer Alkoholismus

Unter dem Begriff des schweren Alkoholismus versteht man den Missbrauch oder die Abhängigkeit von Alkohol mit somatischen, psychischen oder sozialen Folgeschäden. Häufig kommt es in diesem Zusammenhang auch zu einer völligen Verwahrlosung des Suchtkranken.

Laut J. Lange kommt es zu einem „Zurücktreten der höheren sittlichen Gefühle“ und er betont, dass es in solchen Rauschzuständen nicht selten zu „Explosiv- und Triebhandlungen mit schweren forensischen Folgen“ kommen kann.⁵⁷ Gerade bei chronischem Alkoholkonsum würden sich die so genannten Sittlichkeitsdelikte häufen und in diesem Zusammenhang auftretende Verbrechen seien „unzüchtige Handlungen an Kindern, Exhibitionismus, gelegentlich sodomitische Akte und homosexuelle Handlungen“⁵⁸ beobachtet worden, so Lange. Heute bedient man sich zur Erklärung der Entstehung einer Alkoholkrankheit des Biopsychosozialen Modells. Die Ursachen sind also multifaktorieller Gene-

⁵⁴ Hoche et al. (1934). S.454.

⁵⁵ Pschyrembel, Willibald (1998): *Pschyrembel Klinisches Wörterbuch*. 258. Auflage. Berlin: de Gruyter, S.1552.

⁵⁶ Bleuler, Eugen (1983): *Lehrbuch der Psychiatrie*. 15. Auflage. Berlin, Heidelberg, New York: Springer. S.33.

⁵⁷ Hoche et al. (1934). S.465-467.

⁵⁸ Ebd. S.472.

se - diskutiert wird ein gemeinsames Auftreten von bestimmten Persönlichkeitstypen mit niedriger Frustrationstoleranz im Zusammenhang mit begünstigender sozialer Situation („unterprivilegierte Gruppen“), sowie genetisch bedingten Stoffwechselstörungen.⁵⁹

Angeborener Schwachsinn

Als Schwachsinn oder Oligophrenie bezeichnet Lange eine „Störung der allgemeinen seelischen Entwicklung“, wobei diese Entwicklungsstörung vor allem die Intelligenzleistung betreffe, ferner aber zusätzlich noch „Mängel auf dem Gebiete des Charakters“ zu beobachten wären.

Des Weiteren unterscheidet Lange verschiedene Schwachsinngrade: Die sogenannten „Idioten“, also Menschen, die laut Lange zu einer Schulbildung nicht fähig seien, „Imbezille“, deren Geisteszustand sich auf dem Entwicklungsstand eines Pubertierenden befände, sowie „Debile“, die den geistigen Zustand eines Erwachsenen nach vollendeter Pubertät nicht erreichen würden.⁶⁰ Im Lehrbuch der Psychiatrie von E. Bleuler ist die Psychopathologie der Oligophrenien folgendermaßen beschrieben:

„Der Oligophrene gestaltet denkerisch ungenügend; er übersieht Erinnerungen und Wahrnehmungen schlecht und setzt sie ungenügend in Beziehung zueinander; er denkt mehr in unverarbeiteten und sinneshen Vorstellungen als der Vollsinnige; sein Gedankengang klebt oft am Erlebten, am Einfachen, am Unverarbeiteten; er abstrahiert schlecht und bildet nur einfache und oft fehlerhafte abstrakte Begriffe; er hat auch nur eine beschränkte Fähigkeit, einzelne Vorstellungen aus dem einmal erlebten Zusammenhang zu lösen und für neue Überlegungen zu benutzen und „früher Erworbenes in neuer Anordnung wiederzugeben“ (Hoche).“⁶¹

Erbliche Fallsucht

Als erbliche Fallsucht (heute: Epilepsie, C.K.) bezeichnet man paroxysmale Funktionsstörungen des Gehirns infolge exzessiver Entladungen von Neuronen, wobei sich je nach Ausprägung unterschiedliche Formen voneinander abgrenzen lassen. Das Lebenszeitrisiko, eine Epilepsie zu entwickeln, beträgt 5%.

⁵⁹ Vgl. Huber, Gerd (1974): *Psychiatrie Lehrbuch für Studium und Weiterbildung*. 6. Auflage. Stuttgart, New York: Schattauer. S.533.

⁶⁰ Vgl. Hoche et al. (1934): *Handbuch der Gerichtlichen Psychiatrie*. Berlin: Julius Springer. S.407-410.

⁶¹ Bleuler, Eugen (1983): *Lehrbuch der Psychiatrie*. 15.Auflage. Berlin, Heidelberg, New York: Springer. S.589.

Laut aktueller Wissenschaftslage geht man davon aus, dass die Krankheit durch das Zusammenwirken exogener Schadensmechanismen und endogener Faktoren entsteht. Als Symptome können bei einem so genannten Grand Mal, dem klassischen Krampfanfall, generalisierte Muskelkrämpfe mit Zungenbiss und unwillkürlicher Blasenentleerung auftreten. In dem Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie wird bereits zwischen der symptomatischen Epilepsie und der genuinen, also angeborenen Neigung zur Epilepsie, unterschieden. Unter idiopathischer Epilepsie werden alle Formen der epileptischen Erkrankung zusammengefasst, gleichgültig, „ob die Veränderung mit auf die Welt gebracht (genuine Epilepsie, C.K.) oder in einer Periode des extrauterinen Lebens in Folge besonderer Schädlichkeiten erworben wurde“.⁶²

2.8. Die Realität - Erfahrungsberichte von Betroffenen

Im Folgenden werden beispielhafte Erfahrungsberichte von Betroffenen vorgestellt, allerdings nicht aus den hier untersuchten Datenquellen. Die aus diesem Datenmaterial ausgewählten Berichte werden in Kapitel 7 zitiert. Bei dem ersten Bericht handelt es sich um Tagebuchaufzeichnungen des Patienten Günther P. (1893–1971), der sich in den von Bodelschwingschen Anstalten in Bielefeld-Bethel in Behandlung befand.

„1936 mußte ich leider auf meinen Urlaub verzichten, weil in dieser Zeit vom Erbgesundheitsgericht Bestimmungen über mich ergingen. Ich musste vom 14. bis 22. September ins Krankenhaus – Lumbalpunktion durch die Wirbelsäule, Entziehung von Rückenmarkswasser durch Saugapparat. Am 6. Dezember wurde ich dann vor das Erbgesundheitsgericht gerufen. Ich sollte noch einmal ins Krankenhaus, man wollte noch einen operativen Eingriff an mir vollziehen. Entweder ja, ich stimme zu, oder ich würde zeitlebens der Öffentlichkeit entzogen.“

Am 29. Januar wurde also dann die Sterilisation gemacht. Ich bekam einen Ätherrausch und weg war ich. Erst gegen 19.30 Uhr erwachte ich.“⁶³

Der folgende Bericht beinhaltet die Beschwerde des Handwerksmeisters Franz W. gegen die Anordnung seiner Sterilisierung durch das Erbobergericht Hamm/Westfalen. Hier wird deutlich, dass die Urteilsbegründungen für die Be-

⁶² Hoche et al. (1901): *Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie*. Berlin: Hirschwald.

⁶³ Peters, Günther (1936): *Tagebuchaufzeichnungen über seine Zwangssterilisation*, abgedruckt in Kaiser, Jochen-Christoph, Nowak, Kurt & Schwartz, Michael (1992): *Eugenik, Sterilisation, „Euthanasie“*. *Politische Biologie in Deutschland 1895-1945. Eine Dokumentation*. Berlin: Union. S.195.

troffenen häufig schwer nachvollziehbar gewesen sind und die Gründe für eine Sterilisation bei weitem nicht immer hieb- und stichfest angegeben werden konnten. Man war also letztendlich häufig von der Willkür der Gerichte und Gutachter abhängig.

„Zu meiner eingelegten Beschwerde gebe ich folgende Begründung:

Die Entscheidung über meine Unfruchtbarmachung beruht einzig und allein auf einem Gutachten, das zustande gebracht wurde aufgrund einer nur 19tägigen Beobachtung in der Heilanstalt. Ein Gutachten, das sich auf eine solch kurze Frist aufbaut, das des weiteren die gesamte Familiengeschichte, die gesamte Sippe und die weiteren Vorfahren in keiner Weise in den Kreis der ärztlichen Untersuchung einbezogen hat, wie ich durch Nachfrage in der Verwandtschaft festgestellt habe, kann ich nicht für ausreichend halten für eine so schwerwiegende Entscheidung.“⁶⁴

Im Folgenden führt er die Bedingungen an, unter denen, laut Gesetz, eine Unfruchtbarmachung vorgenommen werden kann:

1. „es muß Epilepsie vorliegen
2. diese muß vererbbar sein
3. die vererbbare Epilepsie muß von einem Arzt einwandfrei festgestellt sein.
4. Es muß erbkranker Nachwuchs zu erwarten sein.
5. Das Erbgesundheitsgericht muß sich von dem Vorliegen der Punkte 1-4 selbst überzeugen.“⁶⁵

Es folgt ein Bericht, der Punkt für Punkt die oben genannten Bedingungen in Frage stellt, unter anderem gibt der Patient zu bedenken, dass er elf gesunde Kinder hätte und nicht die Absicht habe, als fünfundfünfzigjähriger nochmals Vater zu werden. Darüber hinaus habe seine Frau das einundfünfzigste Lebensjahr schon überschritten und könne keine Kinder mehr bekommen.

Ein weiterer Gesichtspunkt, den er am Ende seines Berichtes dem Gericht zu bedenken gibt, ist der Umstand in einer Kleinstadt zu wohnen, in der seine Sterilisation sehr schnell bekannt würde und er - und vor allem seine Kinder - von

⁶⁴ aus: Archiv Landschaftsverband Westfalen-Lippe Münster, Bestand Gesundheitsamt Hochsauerlandkreis, abgedruckt in Kaiser, Jochen-Christoph, Nowak, Kurt & Schwartz, Michael (1992): *Eugenik, Sterilisation, „Euthanasie“*. Politische Biologie in Deutschland 1895-1945. Eine Dokumentation. Berlin: Union. S.196.

⁶⁵ Vgl. ebd. S. 197f.

der Dorfgemeinschaft aufgrund der angeblich vorliegenden Erbkrankheit gemieden werden könnten.

Dieser Bericht wirft die Frage auf, ob die Gerichte tatsächlich immer akribisch das Vorliegen einer Erbkrankheit nachprüften und im Zweifelsfall auch die Familiengeschichte und Stammbäume zu Rate zogen. In dem oben genannten Beispiel wurde der Stammbaum des Patienten offensichtlich nicht berücksichtigt, weshalb ihm nicht zum Vorteil gereichen konnte, dass in seiner Familiengeschichte kein dokumentierter Fall von Epilepsie vorlag.⁶⁶

⁶⁶ Vgl. ebd. S.197f.

3. Die Sterilisationspolitik

3.1. Historische Daten zur Sterilisation im Allgemeinen

Die ersten sterilisierenden Operationen wurden bereits im Altertum durchgeführt, allerdings eher in Form von Kastrationen beim Mann, die wesentlich einfacher und risikoärmer durchzuführen waren. Anfang des 19. Jahrhunderts wurden erste Sterilisationen an Frauen vorgenommen, wobei schon hier auf die Gefährlichkeit der Operation, die Schwierigkeiten der Indikationsstellung, sowie die fragliche Berechtigung eines solchen Eingriffs hingewiesen wurde.⁶⁷

In den Vereinigten Staaten wurde bereits im Jahre 1907 das erste einzelstaatliche Sterilisationsgesetz im Bundesstaat Indiana erlassen. Laut diesem Gesetz mussten in der Anstalt befindliche Patienten zwei Chirurgen vorgestellt werden, die zu entscheiden hatten, ob „eine Fortpflanzung der betreffenden Individuen nicht wünschenswert und eine Besserung ihres geistigen Zustandes unwahrscheinlich ist“.⁶⁸ Dieses Gesetz diente ausdrücklich der Eugenik und etliche Einzelstaaten folgten dem Beispiel Indianas. Nur wenige Gesetze wurden als verfassungsmäßig anerkannt.

1928 trat das erste europäische Sterilisationsgesetz im Kanton Waadt in der Schweiz in Kraft, auch hier wurde festgelegt, dass Personen, die an einer Geisteskrankheit leiden durch einen Eingriff unfruchtbar gemacht werden können. Weitere Länder folgten mit eigenen Gesetzen, darunter auch Dänemark im Jahre 1929 - Schweden, Norwegen, Finnland, Estland, Lettland und Island zogen nach.

⁶⁷ Kehrer, F.A. zitiert nach Heiss, Herbert (1969): *Die Sterilisation der Frau*, Stuttgart: Ferdinand Enke. S.3.

⁶⁸ Aussage zitiert nach Heiss, Herbert (1969): *Die Sterilisation der Frau*, Stuttgart: Ferdinand Enke. S.13.

3.2. Historische Daten zur Gesetzesentwicklung

In Deutschland empfahl Medizinalrat Paul Näcke als erster 1899 die Sterilisation für „gewisse Klassen von Degenerierten als wirksamen sozialen Schutz“⁶⁹. Seiner Empfehlung folgte der spätere Mitverfasser des Gesetzes und Münchener Professor Rüdin im Jahre 1903 mit seiner Forderung der Sterilisation „unheilbarer Trinker“. Doch auch wenn dieser damals als gesetzliche Bedingung für die Durchführung einer Sterilisation das Vorliegen einer Einwilligung von Ehefrau und Betroffenen forderte, stieß dieser Vorschlag auf Widerstände.⁷⁰ Erst mit dem Inkrafttreten der amerikanischen und schweizerischen Gesetze verhallte der Widerstand und so wagte Medizinalrat Boeters nach dem Krieg einen erneuten Vorstoß; er reichte am 21. Mai 1923 einen ersten Gesetzesentwurf zur „Verhütung unwerten Lebens durch operative Maßnahmen“ ein. Dieser Entwurf wurde jedoch abgelehnt. Aufgrund seines Vorstoßes unternahm im Jahre 1921 Medizinalrat Professor H. Braun im staatlichen Krankenstift Zwickau bereits erste sterilisierende Operationen an geisteskranken Kindern und Erwachsenen. Jedoch musste man sich hier noch - aufgrund fehlender gesetzlicher Grundlage - um eine Einverständniserklärung der Angehörigen bemühen.⁷¹ Der gemäßigte Eugeniker Hermann Muckermann stellte 1932 erneut Leitlinien für ein Sterilisationsgesetz auf, diese wurden von Grotjahn und Rüdin überarbeitet, so dass am 30. Juli 1932 eine Gesetzesvorlage zur freiwilligen Sterilisation geschaffen war.⁷² Es folgten zahlreiche Stellungnahmen von Psychiatern und Ärzten, bis dem Reichstag am 4. Juli 1914 ein erster Gesetzesentwurf vorgelegt werden konnte. Nachdem dieser aufgrund des einsetzenden Ersten Weltkrieges nicht beraten werden konnte, wurde die Debatte erst 1928 erneut angefangen, denn in

⁶⁹ Vgl. Näcke, Paul (1899): *Moral Insanity*. S.53f zitiert nach Mayer, Joseph (1927): *Gesetzliche Unfruchtbarmachung Geisteskranker*, Freiburg im Breisgau. S.195.

⁷⁰ Rüdin, Ernst (1903): *Der Alkohol im Lebensprozeß der Rasse*. Bericht über den 9. Internationalen Antialkoholkongress in Bremen zitiert nach Mayer, Joseph (1927): *Gesetzliche Unfruchtbarmachung Geisteskranker*, Freiburg im Breisgau. S.194.

⁷¹ Vgl. Mayer, Joseph (1927): *Gesetzliche Unfruchtbarmachung Geisteskranker*, Freiburg im Breisgau. S.200.

⁷² Vgl. Courtade, Francis/Cadars, Pierre (1976): *Geschichte des Films im Dritten Reich, Mit einem Nachwort von Gerd Albrecht*, Frankfurt am Main, Wien, Zürich zitiert nach Rost, Karl-Ludwig (1987): *Sterilisation und Euthanasie im Film des „Dritten Reiches“*. *Nationalsozialistische Propaganda in ihrer Beziehung zu rassenhygienischen Maßnahmen des NS-Staates*. Husum: Matthiesen. S.17.

zahlreichen deutschen Städten wurden Sterilisationen bereits aus eugenischer Indikation ohne rechtmäßige Grundlage durchgeführt. Lange Zeit diskutierte man über die Voraussetzung der Straflosigkeit eines Arztes, bis das StGB letztendlich so abgewandelt wurde, dass eine ärztlich durchgeführte Sterilisation aufgrund eugenischer Indikation möglich wurde. Erst durch diese Änderungen wurde es möglich, das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses zu erlassen.⁷³

Im Gegensatz zu den bereits erwähnten amerikanischen und schweizerischen Gesetzen erlaubte das deutsche Sterilisationsgesetz notfalls den mit Polizeigewalt durchgeführten Eingriff. Die seit dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses durchgeführten Sterilisationen waren somit in den meisten Fällen Zwangssterilisationen, chirurgische Eingriffe also, die gegen den Willen des Betroffenen vollzogen wurden. Falk Ruttke, ein weiterer Mitverfasser des Gesetzes, äußerte sich folgendermaßen zum Thema der Freiwilligkeit: „Der Grundcharakter des deutschen Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses ist die Freiwilligkeit. Hierzu muss das deutsche Volk erzogen werden.“⁷⁴

Ruttke meinte mit seiner Aussage wohl, dass man auf betroffene Personen frühzeitig einwirken solle, so dass Zwangsmaßnahmen nicht nötig wären, da die Betroffenen selbst den Wunsch äußern würden, sterilisiert zu werden, um zu verhindern, dass ihre Krankheit auf ihre Kinder vererbt würde.

Eine weitere interessante Aussage zum Thema der Freiwilligkeit stammt von Walter Groß während seiner Rede an die „deutschen Frauen“ 1934, in der er Sterilisationsgesetzestexte anderer Länder kritisierte:

„Das ist eine Methode der Freiwilligkeit, über die man verschiedener Meinung sein kann. Ich glaube, da ist der deutsche Weg schon der bessere, der anständigere und sauberere, indem wir das taten, was wir meinten und auch das gesagt haben, was wir gemeint haben: Zwang, wenn es not tut.“⁷⁵

⁷³ Heiss, Herbert (1969): *Die Sterilisation der Frau*, Stuttgart: Ferdinand Enke. S.18-21.

⁷⁴ Ruttke, Falk zitiert nach Bock, Gisela (1986): *Zwangssterilisation im Nationalsozialismus: Studien zur Rassenpolitik und Frauenpolitik*. Opladen: Westdeutscher Verlag. S.254.

⁷⁵ Groß, Walter (1935): *Weltanschauung und Rassenhygiene*, München. S.21, zitiert nach Bock, Gisela (1986): *Zwangssterilisation im Nationalsozialismus: Studien zur Rassenpolitik und Frauenpolitik*. Opladen: Westdeutscher Verlag. S.255.

Die Alternative zu einer Sterilisation bestand laut oben bereits zitiertem §1, Abs. 1,2 in lebenslanger Unterbringung in einer geschlossenen psychiatrischen Anstalt. Dies kam jedoch nur bei Inoperabilität in Betracht.

Bezüglich der Gesetze der oben genannten Länder, sowie deren Ausmaße, äußerte sich Walter Schulte wie folgt:

„Formal sehen die Sterilisationsgesetze des Dritten Reiches nicht wesentlich anders als die einiger anderer Länder aus. Grundlegende Unterschiede sind aber in der Handhabung, in der Schnelligkeit und Konsequenz, mit der die Maßnahmen durchgeführt wurden.

Schon im ersten Jahr 1934 wurden in Deutschland 62 463, im zweiten Jahr 71 760 Sterilisationen vorgenommen. Die Gesamtzahl steigerte sich in einem Zeitraum von 5 ½ Jahren, bis zum Kriegsbeginn, auf 200 000 bis 350 000 (F.Lenz). Damit sind in Deutschland in wenigen Jahren mehr Sterilisationen durchgeführt worden als in allen genannten Ländern zusammen seit 1907, obwohl auch hier zum Teil staatliche Zwangsmaßnahmen gesetzlich vorgesehen worden waren. Nur machte man davon offenbar keinen Gebrauch.“⁷⁶

3.3. Methoden zur Sterilisation der Frau

Um einen detaillierten Einblick in den Ablauf eines Sterilisationsvorganges zu bekommen, werden in diesem Kapitel die Methoden der Unfruchtbarmachung erläutert. Voraussetzung für die routinemäßige Durchführung einer Sterilisation war eine gut entwickelte und fundierte, möglichst risikoarme Technik. Vorreiter auf diesem Gebiet war der Heidelberger Professor Ferdinand Adolf Kehrer, der die operative Technik durch die Kombination von Unterbindung und Durchtrennung der Eileiter revolutionierte. Joseph Mayer, Eugeniker, Hochschulprofessor und Moralthologe verfasste 1927 das Buch *Gesetzliche Unfruchtbarmachung Geisteskranker*, er unterscheidet hier im Wesentlichen zwei Hauptmethoden der Sterilisationen:

3.3.1. blutiges Verfahren

Dieses Verfahren beinhaltet die Eröffnung des Bauchraumes durch eine Laparotomie und eine nachfolgende Unterbindung und Durchtrennung des Eileiters. Im weiteren Heilungsverlauf werde, so Kehrer, „eine Verschließung der Schnitt-

⁷⁶ Schulte, Walter (1965): „*Euthanasie*“ und Sterilisation im Dritten Reich. In: Deutsches Geistesleben und Nationalsozialismus. Tübingen: Wunderlich. S.76.

enden beider Teilstücke eintreten, eine Sekretverhaltung aber nicht zu befürchten sein“.⁷⁷

Dieses Verfahren konnte auch ohne Laparotomie durch die Vagina durchgeführt werden. Vorteile dieses Zugangs waren der schnellere Genesungsverlauf und die geringere Narbenbildung. Allerdings konnten beide Verfahren nur unter einer entsprechenden Anästhesie mit all ihren Risiken durchgeführt werden. Der Eingriff selbst dauerte 35 bis 40 Minuten. Die in der hiesigen Literatur angegebene durchschnittliche postoperative Liegedauer der Patientinnen betrug acht bis zehn Tage.⁷⁸ Eine bei ordnungsgemäßer Sorgfalt und Reinlichkeit durchgeführte Operation sei, laut Faulks, die Einfachheit selbst.⁷⁹

Fakt war jedoch, dass bei weitem nicht alle Operationen tatsächlich Erfolg im Sinne einer vollständigen Sterilisation aufwiesen:

„Man hat die Eileiter unterbunden, durchgeschnitten, durchgebrannt und reseziert. Dabei muß man bedenken, daß das angestrebte Ziel, die Unfruchtbarmachung des Weibes, zur größten Blamage des Operateurs nicht immer erreicht wurde.“⁸⁰

In den Akten der hiesigen Frauenklinik in Tübingen fanden sich Aufzeichnungen über die Durchführung solcher Operationen, dabei wurde anhand der von dem Gynäkologen Madlener entwickelten Methode operiert, es folgt ein Aktenauszug:

„Operation nach Madlener

Tube am Isthmus Schlinge abheben nach Madlener in 2 Etagen quetschen und unterbinden. Dabei schneidet man die Tube durch, sodass man den 2 cm langen und am Uterus stehengebliebenen Stumpf nocheinmal mit einem Seidenfaden unterbindet.“⁸¹

Die Operationsmethode nach Madlener, die in der Frauenklinik Tübingen ihre Anwendung fand, ist im Jahr 1974 durch Schreiner untersucht worden.⁸² Die von Schreiner erhobenen Daten werden in der Arbeit von Tjark Ufken zu Sterilisationsvorgängen in der Gynäkologie aufgeführt. Schreiner erfasste über

⁷⁷ Kehrer zitiert nach Mayer, Joseph (1927): *Gesetzliche Unfruchtbarmachung Geisteskranker*, Freiburg im Breisgau. S.155.

⁷⁸ Mayer, Joseph (1927): *Gesetzliche Unfruchtbarmachung Geisteskranker*, Freiburg im Breisgau. S.155.

⁷⁹ Faulks zitiert nach ebd. S.155.

⁸⁰ Frank, Fritz zitiert nach ebd. S.157.

⁸¹ Operationsbericht der Akten aus der Frauenklinik aus den Jahren 1933-1934

⁸² Ufken, Tjark (1982): *Die Sterilisation in der Gynäkologie*, Bonn. S.29.

11 663 Sterilisationen, von denen 157 nicht den gewünschten Erfolg brachten, dies ergab eine Rate nicht erfolgreich durchgeführter Eingriffe von 1,35%.⁸³

3.3.2. unblutiges Verfahren

Bei diesem Verfahren bediente man sich der Röntgen- oder Radiumstrahlung. Dieses Verfahren steckte noch in Kinderschuhen und man musste sich erst durch Versuche an die korrekte Dosierung der Strahlen herantasten. Dennoch war man sich der Gefährlichkeit der Strahlen bereits bewusst:

„Andererseits darf nicht übersehen werden, wie Fritz Frank warnend betont, dass man durch eine tiefe Bestrahlung schweren Schaden zufügen kann, vielleicht ohne den Zweck zu erreichen.“⁸⁴

Jedoch wurde die Möglichkeit das Verfahren im Sinne des Gesetzes anzuwenden diskutiert:

„Die Möglichkeit, Minderwertige durch Strahlenbehandlung zu entkeimen, kann unter Umständen unser Problem entscheidend beeinflussen. Sind auch die Versuche über die Dosierung und die Proben über die Heilerfolge noch nicht abgeschlossen, so kann doch heute schon aus den Experimenten, besonders in Frankreich und Amerika, ersehen werden, wie sehr zunächst die Heilbehandlung Geisteskranker und moralisch Degenerierter durch Strahlenanwendung im Vordergrund des Interesses steht.“⁸⁵

3.4. Folgen der Sterilisation

Man muss bei etwaigen Folgen einer Sterilisation zunächst zwischen psychischen und physischen Auswirkungen unterscheiden. Die physischen Folgen werden anhand der durchgeführten Operation deutlich - es wird der Frau durch die an ihr vorgenommene Tubenligatur unmöglich gemacht, Nachwuchs zu bekommen. Doch bedenken wir auch, dass nicht nur das Ergebnis der Operation von Bedeutung ist, sondern auch die Risiken einer solchen, angefangen bei dem Narkoserisiko über die Wundheilungsstörung, Peritonitiden oder extrauterine Schwangerschaften bis hin zur Nachoperation aufgrund Verwachsungen

⁸³ Schreiner, W.E. (1974): *Die operative Sterilisation der Frau*, Schweiz. Rdsch. Med. (Praxis) 63. S. 260.

⁸⁴ zitiert nach Mayer, Joseph (1927): *Gesetzliche Unfruchtbarmachung Geisteskranker*, Freiburg im Breisgau. S.162.

⁸⁵ Mayer, Joseph (1927): *Gesetzliche Unfruchtbarmachung Geisteskranker*, Freiburg im Breisgau, S. 163f.

oder Verklebungen und letztendlich wie bei jeder Operation auch das Risiko des Exitus letalis der Patientin als Folge des Eingriffes. Da es sich um meist junge, gesunde Patientinnen handelte, kann man vermuten, dass die Komplikationsrate gering gehalten wurde, trotzdem ist ein gewisses Risiko, laut Kehrer, von bis zu 1% Mortalitätsrisiko nicht von der Hand zu weisen.⁸⁶

Schwieriger zu fassen ist die psychische Komponente: während Bonhoeffer, Gaupp und andere bei dem ersten Aufkommen der Sterilisationsdiskussion das Vorhandensein psychischer Folgen noch negierten, propagierten Mayer, Lange und weitere als psychische Folgen die „Verminderung der Selbstachtung“ und das Auftreten von „Gemütsdepressionen“. Mayer betonte sogar die „außerordentliche Gefahr“, die bei einer Zwangssterilisation bestünde, im Falle eines durch die Operation verursachten Schadens, bis hin zu einer „fortschreitenden Verblödung“.⁸⁷ Des Weiteren zitiert Mayer H. Ellis, einer der Pioniere auf dem Gebiet der Sexualforschung. Dieser lehnt die unter Zwang durchgeführte Sterilisation aufs schärfste ab:

„Wenn die Sterilisierung gegen den Willen des Patienten ausgeführt wird, kann sie die Psyche aufs schwerste beeinträchtigen und stören und bei schon degenerierten und desäquilibrierten Personen zu Geistesstörung, Kriminalität und antisozialen Tendenzen führen, die viel schlimmer sind als die Ursachen, aus denen die Kastration vorgenommen wurde.“⁸⁸

Man kann sich insbesondere bei der Zwangssterilisation vorstellen, dass die psychischen Aspekte ausgeprägt sein können, da es sich hier nicht um einen von der Patientin gefassten *Entschluss* handelte, sondern um einen aufoktroierten *Beschluss* eines Gerichtes. Dies zeigt sich an den von den Opfern der Zwangssterilisation häufig geäußerten Wünschen, die Operation rückgängig zu machen; Herbert Heiss, Autor des Buches *Die Sterilisation der Frau*, bezieht sich dabei auf Aussagen von Mikulicz-Radecki, Busse und Bosch.

Erste Untersuchungen, die durch den Arzt Hans Binder von 1926 bis 1933 an 293 im Basler Frauenspital sterilisierten Frauen durchgeführt wurden, zeigten

⁸⁶ Vgl. Hoffmann, G.v. (1897): *Rassenhygiene* 101, ZblGyn 964: der unter 118 Fällen nur einen tödlichen Ausgang meldet. Nach Matoni beträgt die Sterblichkeit nicht einmal 1% (MedKlin 1924, 1122). Nach Prof. Popenoe in Kalifornien waren in Nordamerika bei 5000 Operationen nur drei Todesfälle zu verzeichnen: zwei Frauen und ein Mann. Anmerkung nach Mayer, Joseph (1927): *Gesetzliche Unfruchtbarmachung Geisteskranker*, Freiburg im Breisgau. S. 217f.

⁸⁷ Mayer, Joseph (1927): *Gesetzliche Unfruchtbarmachung Geisteskranker*, Freiburg im Breisgau. S. 223.

⁸⁸ Ellis, H.(1910/11): *Geschlecht und Gesellschaft*, 2. Band, Würzburg: Kabitzsch. S.312f.

als psychische Auswirkungen eine „unbefriedigte Mütterlichkeit“ und eine „gestörte körperliche Integrität neben moralisch-religiösen Schuldgefühlen“.⁸⁹ Laut Binder zeigte sich, dass vor allem bei „jungen Patientinnen unter 35 Jahren mit einer geringen Kinderzahl“ (unter 4 Kindern) und bei einem Vorliegen einer „depressiven, ängstlichen, asthenischen, sensitiven Psychopathie“, besonders aber bei „schwerer Neurose“ oder bei Vorliegen eines „schlechten Eheverhältnisses“ sehr ungünstige Prognosen zu erwarten sind.⁹⁰ Wie später im Auswertungsteil dargelegt wird, handelte es sich gerade bei diesen sterilisierten Frauen meist um solche, bei denen sich die ungünstigen Faktoren vereinigten. Dennoch berücksichtigt Heiss in seinem Text auch die Möglichkeit, die durch Oberholzer postuliert wurde, nämlich die, dass bei eugenischen Sterilisationen vor allem bei den Diagnosen angeborener Schwachsinn oder Idiotie ein solcher Eingriff von den Patientinnen nicht als störend empfunden worden wäre, da ein Kinderwunsch gar nicht vorhanden sei.⁹¹

Insgesamt zeigte sich aber, dass die Auswirkungen einer Zwangssterilisation auf die Psyche zu dieser Zeit wenig bekannt waren, dies stellte ein Arzt im Jahre 1936 fest: „Wir kennen noch zu wenig den Einfluß des Bewußtseins, zwangswise sterilisiert zu sein, auf die Psyche des Kranken, namentlich des Geisteskranken.“⁹²

Und man muss ebenfalls berücksichtigen, dass es sich sicher schwierig gestaltete, eine psychische Belastung bei an geistiger Retardierung leidender, die sich eventuell speziellen standardisierten Tests nicht unterziehen können, sicher festzustellen.

⁸⁹ Binder, H.(1937/38): Schweizerisches Archiv für Neurologie und Psychiatrie 40. S.249.

⁹⁰ Ebd. S.254.

⁹¹ Heiss, Herbert (1969): *Die Sterilisation der Frau*, Stuttgart: Enke. S.253

⁹² Arztaussage (1936), zitiert nach Bock, Gisela (1986). S.255.

4. Allgemeiner Teil

4.1. Auftraggeber

Bei den Auftraggebern der Gutachten handelte es sich meist um das jeweils zuständige Erbgesundheitsgericht. Die endgültige Entscheidung darüber, ob ein Gutachten erstellt wurde, fällte das Gesundheitsamt. Gutachten wurden erstellt, wenn das Vorliegen einer Erbkrankheit noch nicht als gesichert galt. War die Notwendigkeit der Erstellung eines Gutachtens gegeben, so musste sich die Patientin für zwei bis vier Tage in der Klinik einfinden, um sich der Untersuchung durch die Fachärzte zu unterziehen. Laut §4 des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses musste dem Antrag auf Unfruchtbarmachung bereits ein Gutachten des jeweils behandelnden Arztes beigelegt werden, und nur wenn dieses Fragen aufwarf, wurde eine Klinik mit der Begutachtung der Patientin beauftragt⁹³.

Das Vorgehen zur Erstellung des Gutachtens war wie folgt: Meist wurde an die Klinik eine formlose Anfrage des Gerichtes geschickt, die sowohl den bis zu diesem Zeitpunkt verhängten Gerichtsbeschluss als auch die Fragestellung für das zu erstellende Gutachten enthielt. Die Patientin selbst erhielt ebenfalls einen Bescheid mit der Aufforderung, sich in der Klinik zur Begutachtung einzufinden. Als Auftraggeber für die Renten- oder Invaliditätsbegutachtungen fungierte meist die Landesversicherungsanstalt oder die entsprechend zuständige Berufsgenossenschaft. Das Vorgehen entsprach dem oben genannten: Nach sorgfältiger Prüfung der Unterlagen erging dann die Aufforderung an die Patientin, sich in die Obhut der Klinik zu begeben.

⁹³ Vgl. §4 des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, S.17.

4.2. Gutachten

Ein Gutachten musste von der Klinik ergo nur dann erstellt werden, wenn es Zweifel an der vom antragsstellenden Arzt ausgefüllten Beurteilung gab. Es gab einerseits formlose Gutachten, also textlich frei verfasste Beurteilungen, die im Wesentlichen den gleichen Aufbau aufwiesen. Auf diesen Aufbau wird später noch näher eingegangen werden. Andererseits finden sich vor gedruckte Gutachtenblätter, auf welchen man die entsprechend geforderten Daten einzutragen hatte. Besonders bei den Invaliditäts- und Rentengutachten bediente man sich solcher vorgegebener Beurteilungsblätter, die von der Landesversicherungsanstalt ausgegeben wurden. Näheres hierzu auch unter Abschnitt 5.1.3.

4.3. Gutachter

Die Anträge des Gerichtes wurden von den Ärzten der Klinik für Gemüts- und Nervenkrankheiten bearbeitet. Sie führten eine entsprechend umfangreiche Diagnostik durch, die aus einer körperlichen Untersuchung, einer ausführlichen Exploration mit Durchführung eines Intelligenztests bestand, sowie in manchen Fällen eine Konsultation anderer Fachgebiete mit einschloss. Auf dieser Basis wurde das Gutachten verfasst, auf Grund dessen das Gericht seine Entscheidung fällte. Die Namen der Gutachter werden in dieser Arbeit aus Datenschutzgründen nicht genannt.

5. Methodik

5.1. Untersuchungsmaterial

Die im Folgenden aufgeführten Daten wurden anhand der Untersuchung der im Universitätsarchiv noch zur Verfügung stehenden Akten erhoben. Unter Zuhilfenahme der *Aufnahmebücher* der Jahre 1933/1934 konnten Namen ermittelt werden, die im Archiv unter Abgleichung der Computerdateien zu den entsprechenden Aktennummern führten.

Um die ermittelten Daten zu überprüfen, wurden *Diagnoseblätter* herangezogen; da diese allerdings nicht nach dem Aufnahmedatum, sondern nach dem Entlassdatum geordnet sind, musste eine größere Zeitspanne - die sich von 1932 bis 1935 erstreckte - mit den aus den Aufnahmebüchern erhobenen Daten verglichen werden. Darüber hinaus konnte mithilfe eines so genannten *Sterilisationsbuches*, in dem anscheinend nur die Fälle erfasst wurden, bei welchen die Möglichkeit einer Sterilisation geprüft wurde oder die eine entsprechende Diagnose aufwiesen, die Korrektheit der Angaben nochmals abgeglichen werden und etwaige bis dato noch fehlende Fälle ausfindig gemacht werden.

Bedauerlicherweise war es nicht möglich, sämtliche mit Hinweis auf ein Gutachten versehene Akten zu finden. Diese müssen wohl in den Wirren des Zweiten Weltkrieges oder bei der Aufbewahrung so sehr in Mitleidenschaft gezogen worden sein, dass eine Restaurierung nicht mehr möglich erschien.

5.1.1. Personenspezifische Daten

Die personenspezifischen Daten umfassen die auf dem Deckblatt der jeweiligen Akte genannten Angaben, hierzu gehören der *Beruf*, der *Familienstand*, die *Konfession*, der *Wohn- und Geburtsort*, das *Alter*, die *einweisende Person*, die *Aufenthaltsdauer* in Tagen und letztendlich der *Aufnahmegrund*, bzw. die *Diagnose*. Die Namen der Patientinnen werden aus Datenschutzgründen nicht aufgeführt.

5.1.2. Gutachtenarten

Die untersuchten Gutachten lassen sich in vier Gruppen einteilen:

- (1) Sterilisationsgutachten
- (2) Erwerbsminderungs- und Rentengutachten
- (3) Forensische Gutachten
- (4) Sonstige

Da im Jahre 1933 das Gesetz zur Verhütung des erbkranken Nachwuchses noch nicht abgesehnet worden war, ließen sich in diesem Jahr auch nicht viele Sterilisationsgutachten finden. Deshalb wurden in der vorliegenden Untersuchung sämtliche der oben genannten Gutachten mit berücksichtigt.

5.1.3. Form des Gutachtens

Zur Form der Gutachten lassen sich zwei Arten unterscheiden zum Ersten das formlose Gutachten, zum Zweiten das vor gedruckte Formblatt.

Während das formlose Gutachten seine Anwendung bei den Sterilisationsgutachten fand, bediente man sich bei Invaliditäts- oder Erwerbsminderungsgutachten häufig eines vierseitigen vor gedruckten Formulars, in das die jeweiligen Daten und die Krankengeschichte eingefügt werden konnten. Bei dem formlosen Gutachten wurde bei der Auswertung die Seitenzahl erfasst, sowie dessen Gliederung und Aufteilung. Die Gliederung der formlosen, frei verfassten Gutachten war meist folgende: Der Nennung der personenspezifischen Daten folgten die Vorgeschichte mit Selbst- und oder Fremdanamnese, ein körperlicher und psychischer Untersuchungsbefund mit eventuellen konsiliarischen Befunden, sowie die eigentliche Beurteilung der Patientin.

Die Gutachten wurden mit Datum und Unterschrift des Untersuchenden abgeschlossen. In manchen Akten fanden sich lediglich Abschriften des Originalgutachtens, erkenntlich an der fehlenden Unterschrift bei den formlosen Gutachten oder durch das Vorhandensein von Durchschlägen vor gedruckter Bögen.

5.1.4. Inhalt des Gutachtens

Der Inhalt der Gutachten wurde gesondert anhand spezieller Fragen analysiert. Hier wurde die Fragestellung der Gutachten eruiert, das Ausstellungsdatum, der Gutachter sowie sein Titel. Außerdem wurden die durch die Gutachter erstellten

Beurteilungen und die Diagnosen erfasst. Darüber hinaus gingen aus den Gutachten noch einige personenspezifische Daten hervor, unter anderem wie viele Geschwister vorhanden waren, ob bereits Kinder geboren worden waren oder eine Abtreibung/Fehlgeburt erlitten worden war, ob eine familiäre Belastung vorlag, wie die schulischen Leistungen ausfielen und ob sich die Patientin im Kindes- und Jugendalter normal entwickelt hatte.

5.1.5. Inhalt der Akten

Leider sind die weiteren Aktenunterlagen, insbesondere die Aufnahmebögen, in den meisten Fällen handschriftlich verfasst, was das Lesen sehr erschwert und oftmals unmöglich macht. Bei Abgleichung mit den Gutachten fand sich aber, dass die wesentlichen Daten dieser Unterlagen in die Gutachten übernommen wurden. In dieser Arbeit wird daher auf eine genauere Untersuchung jedes einzelnen Aufnahmebogens verzichtet. Bedauerlicherweise ist nur in sehr wenigen Akten ein Gerichtsurteil entweder zur Durchführung eines Gutachtens oder zur Vollziehung einer Sterilisation zu finden, was es schwer bis unmöglich macht, noch etwas über das weitere Schicksal der begutachteten Frauen zu erfahren. Wenn einer Akte ein Gerichtsbeschluss beigelegt ist, so wird dies im Auswertungsteil erwähnt.

6. Spezieller Teil mit Auswertung

Da sich bei der Datenerfassung der Sterilisationsakten herausstellte, dass es sich nur um sehr wenige, nämlich 31 Akten handelt, die für eine genauere Betrachtung, im Sinne des dafür erstellten Erhebungsbogens, in Frage kommen, werden in dieser Arbeit sämtliche Gutachten der 650 untersuchten Akten berücksichtigt. So werden ferner Renten- und Invaliditätsgutachten, forensische Gutachten, und weitere in die Untersuchung mit eingeschlossen. Darüber hinaus werden jene Akten genauer untersucht, in denen zum Beispiel ein Hinweis auf eine Sterilisation oder ein Gerichtsverfahren zu finden war, ein Gutachten jedoch fehlte.

Erstmals gehen auch Daten aus Akten der Frauenklinik Tübingen in die Untersuchung mit ein. Der freundlichen Unterstützung der hiesigen Klinikleitung ist es zu verdanken, dass eine Auswertung der Frauenklinikakten möglich war. Durch die Erhebung dieser Daten lässt sich das Schicksal der Patientinnen über die Mauern der Nervenklinik hinaus rekonstruieren und den Eingriff an sich mit all seinen Risiken zu untersuchen und darzustellen.

Aus den oben geschilderten Gegebenheiten entsteht nun folgende Einteilung: Im ersten Abschnitt findet sich die ausführliche Analyse der Sterilisationsgutachten, angelehnt an die Untersuchungen der dieser Arbeit vorausgehenden Doktorarbeiten. Im zweiten Abschnitt werden die Daten der Frauenklinik dargestellt, die anhand eines speziell dafür entworfenen Erhebungsbogens analysiert wurden.⁹⁴

Im dritten Abschnitt des speziellen Teils finden sich die Akten, die mit einem Hinweis auf eine Sterilisation versehen waren. Diese werden nochmals gesondert eingeteilt - je nach Inhalt der Akte. Der vierte und damit letzte Abschnitt schließt mit einer kurzen Analyse der Gutachten, die in diesen Jahren bezüglich Invaliditätsfragen oder ähnlichem erstellt wurden und im Rahmen der Suche nach Sterilisationsgutachten gefunden wurden.

⁹⁴ Dieser Erhebungsbogen ist im Anhang aufgeführt.

6.1. Die Sterilisationsgutachten

6.1.1. Allgemeine Informationen

Aufgrund der in den Aufnahmebüchern vermerkten Namen konnte festgestellt werden, dass im Jahre 1933 606 und im Jahre 1934 752 Patientinnen in die Klinik aufgenommen wurden. Hierbei sind alle Patientinnen genannt, auch diejenigen mit nicht unter das Sterilisationsgesetz fallenden Diagnosen. Insgesamt handelte es sich also um einen Datensatz von 1358 Namen. Von diesen 1358 Namen konnten 808 Patientinnen ermittelt werden, die eine laut Sterilisationsgesetz relevante Einweisungsdiagnose zeigten. Im Anschluss wurde versucht, durch die Datenbankrecherche im Archiv der Universitätsbibliothek, den Namen die entsprechenden Aktennummern zuzuordnen. 57 (7,1%) dieser 808 Namen, die im Aufnahmebuch aufgeführt waren, konnten aufgrund nicht lesbaren Namens und/oder fehlendem Geburtsdatum nicht den entsprechenden Akten des Archivs zugeordnet werden. In diesen Fällen ist nicht sicher, ob die Akten verschollen sind oder einfach mit diesen spärlichen Informationen aus dem Aufnahmebuch in der Datenbank nicht zu finden sind. Bedauerlicherweise handelte es sich hierbei auch um Akten, bei welchen aufgrund entsprechender Bemerkungen auf den Diagnoseblättern möglicherweise mit Sterilisationsgutachten zu rechnen gewesen wäre. So konnten 19 (2,4%) Akten, die einen sicheren Hinweis auf eine Sterilisation oder eine Begutachtung trugen, nicht in den Archivdatenbanken gefunden werden. Insgesamt konnte von 751 Namen mit den passenden Diagnosen die zugehörige Aktennummer herausgefunden werden, von diesen wurden 650 Akten gesichtet und ausgewertet. Bei den verbleibenden 101 Patientinnen, mit einer unter das Gesetz fallenden Diagnose, konnte weder ein Hinweis auf die Durchführung eines Gutachtens ermittelt werden, noch waren diese Namen im Sterilisationsbuch aufgeführt, so dass im Rahmen der vorliegenden Arbeit auf eine Durchsicht dieser Akten verzichtet werden konnte. Von den 650 untersuchten Akten waren 599 (92,2% von 650) Namen auch im Sterilisationsbuch aufgeführt. Bei den 31 (4,8% von 650) Akten, die ein Sterilisationsgutachten enthielten, wurde nur eine Patientin bereits im November des Jahres 1933 in die Klinik aufgenommen, eine Begutachtung dieser erfolgte aber erst im August des darauf folgenden Jahres. Die gesamten Gutach-

ten, die gefunden wurden, trugen das Ausstellungsdatum von 1934; 1933 waren keine dieser Gutachten zu finden, was mit dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses im Jahre 1934 zu erklären ist.

Sechs weitere Gutachten, die zu finden waren, stammten aus späteren Jahren. Diese verteilten sich folgendermaßen: Vier Gutachten wurden 1935 erstellt, zwei 1937 und einer Begutachtung, die 1935 durchgeführt wurde, schloss sich im Jahre 1940 nochmals eine Folgebegutachtung an. Diese Gutachten werden in der vorliegenden Arbeit nicht berücksichtigt, da diese nicht in den zu untersuchenden Zeitrahmen fallen.

6.1.2. Inhalt der Akten

Der Inhalt der Akten unterschied sich meist nur durch die Anzahl an Pflege- und Aufnahmebögen, sowie durch etwaige vorhandene Befunde. Im Wesentlichen waren in einer Akte immer die so genannten Aufnahmebögen enthalten, also Bögen auf denen der Untersuchende Notizen zur Anamnese tätigte, hier finden sich sowohl die Befunde der körperlichen Untersuchung als auch der weitere Verlauf der Krankheit während des Aufenthaltes, der mit Datum versehen dokumentiert wurde. Ergänzt wurden diese Angaben durch die Pflegebögen, auf denen die Pflegekräfte die Möglichkeit der Dokumentation des Verlaufs aus ihrer Sicht wahrnahmen. Manche Akten enthielten Fieberkurven, in die Puls, Blutdruck und Temperatur eingetragen wurden. In den meisten Fällen war auf die Innenseite der Akten eine Fotografie der jeweiligen Patientin aufgeklebt. Oft enthielten die Akten auch einen von der Patientin verfassten Lebenslauf, die Größe und das Gewicht bei der Aufnahme, sowie einen Urinstatus. Ergänzt wurde die Akte durch die Befunde aus entsprechenden Kliniken, wie beispielsweise der HNO-Klinik, der Augenklinik, der Medizinischen- oder Chirurgischen Poliklinik, sowie der Frauenklinik. Außerdem wurde sämtliche Korrespondenz mit anderen Kliniken, Heilanstalten, Krankenkassen oder niedergelassenen Kollegen in den Akten abgelegt. In manch seltenen Fällen waren der Akte Briefe der Patientin an die Familie oder Zeichnungen der Erkrankten beigelegt. Oftmals fand sich ein Intelligenztest, bzw. ein vor gedruckter Intelligenzprüfungsbogen - ein solcher ist beispielhaft dem Anhang beigelegt. In sehr seltenen Fällen fanden sich Angaben über eine bereits durchgeführte Sterilisation.

In nur zwei Akten, die Sterilisationsgutachten aufwiesen, waren Gerichtsbeschlüsse zur Durchführung, bzw. Ablehnung einer Sterilisation beigelegt. In zwei weiteren Akten fanden sich Gerichtsbeschlüsse über die Anforderung eines Gutachtens. In nur einem Fall bediente man sich bei der Gutachtenerstellung eines Formulars (siehe Anhang) und nicht der sonst gewählten freien Textform. Außerdem befand sich in einer Akte ein Entschädigungsschreiben aus späteren Jahren, in dem versucht wurde, eine Entschädigung für den an der Patientin durchgeführten Eingriff zu erhalten. Leider wurde das Ergebnis dieses Entschädigungsprozesses der Akte nicht beigelegt.

6.1.3. Erfassung personenspezifischer Daten

Altersverteilung

Bei der Auswertung zeigte sich, dass die jüngste Patientin 14 Jahre und die älteste 43 Jahre alt war, der Altersdurchschnitt lag bei 24 Jahren, die Standardabweichung beträgt 10,5. Zur Vereinfachung und Schematisierung wurden nun neun Altersgruppen gebildet. Diese Einteilung wird bei den nachfolgenden Auswertungsteilen der anderen Gutachten beibehalten. Die erste Altersgruppe wird gebildet durch die 10 bis 15jährigen, die zweite von den 16 bis 20jährigen,

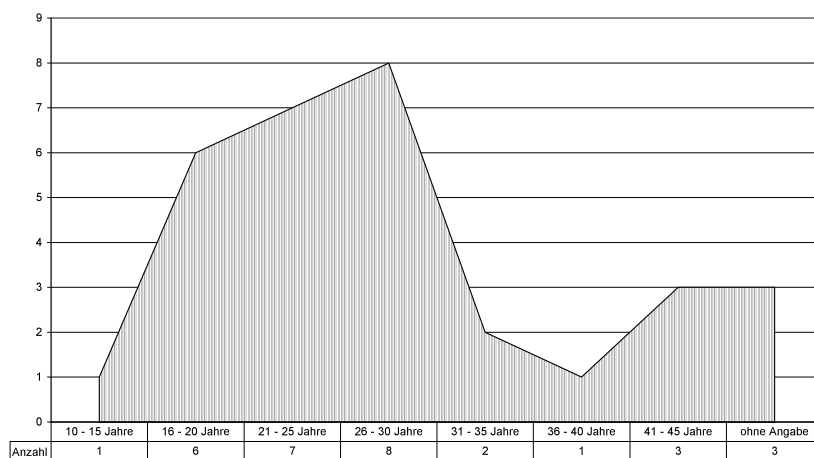


Abb. 1: Altersverteilung der Sterilisationspatientinnen.

die dritte von den 21 bis 25jährigen, die vierte von den 26 bis 30jährigen, die fünfte von den 31 bis 35jährigen, die sechste von den 36 bis 40jährigen und die siebte Kategorie

umfasst die 41 bis 45jährigen Patientinnen. In der letzten Altersgruppe finden sich die über 45jährigen, die in diesem Auswertungsteil nicht vertreten sind. In der Altersgruppe von 10 bis 15 Jahren fand sich lediglich eine Patientin (3,2%), 16 bis 20 Jahre waren sechs (19,4%) Patientinnen, 21 bis 25 Jahre sieben (22,6%) und 26 bis 30 Jahre waren acht (25,8%) der begutachteten Frauen alt. In die Altersgruppe von 31 bis 35 Jahre fielen zwei (6,5%) und in die von 36 bis 40 Jahre fiel eine (3,2%) Patientin. Drei (9,7%) der Begutachteten waren zwischen 41 und 45 Jahre alt. In drei (9,7%) der Akten fanden sich keine Altersangaben. Zum Vergleich wird auf Abbildung 1⁹⁵ verwiesen.

⁹⁵ Anmerkung des Verfassers: Ist bei den folgenden Diagrammen nichts anderes genannt, so wird auf der y-Achse die Anzahl und auf der x-Achse die jeweilige Kategorie, hier Alter in Jahren, abgetragen.

Familienstand und familiäre Vorbelastung

Bei der Exploration des Familienstandes der Patientinnen fand sich folgende Konstellation: 28 (90,3%) Frauen waren ledig, während drei (9,7%) Frauen verheiratet gewesen sind. Verwitwet oder geschieden war keine der Begutachteten.

Um die Betrachtung der Familienverhältnisse zu komplettieren, wird in diesem Abschnitt die Anzahl der Geschwister der Patientinnen aufgeführt, sowie die Anzahl der bereits geborenen Kinder, bzw. die schon erlittenen Abtreibungen oder Fehlgeburten erwähnt. Des Weiteren soll in diesem Abschnitt auf die erbliche Vorbelastung - soweit aus den Akten eruierbar - eingegangen werden.

Die durchschnittliche Geschwisterzahl betrug vier, wobei das Maximum bei 14 Geschwistern lag. Die Mehrzahl der Begutachteten war kinderlos, nur eine der Patientinnen war Mutter dreier Kinder. Interruptiones, bzw. Fehlgeburten wurden im Durchschnitt keine erlitten, das Maximum an Interruptiones betrug zwei.

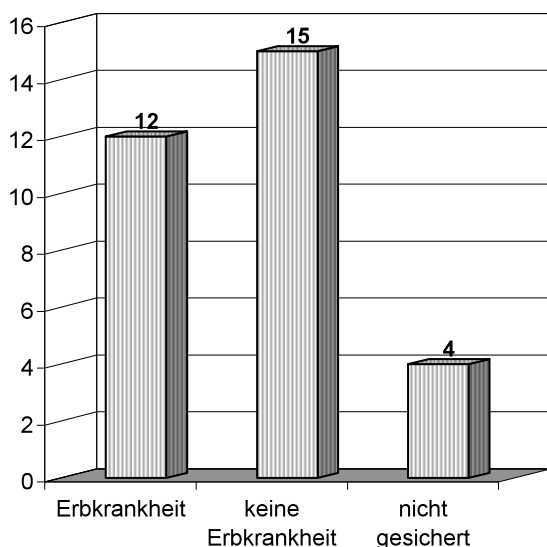


Abb. 2: Erbliche Vorbelastung der Sterilisationspatientinnen.

Eine Erbkrankheit lag in zwölf (38,7%) Fällen in der Familie der Begutachteten vor, in 15 (48,4%) Fällen war die Familienanamnese bezüglich der erblichen Vorbelastung negativ. Es zeigte sich außerdem, dass in vier (12,9%) Fällen keine Angaben zur Erblichkeit innerhalb der Familie gemacht werden konnten. Die Ergebnisse zur familiären Vorbelastung werden in Abbildung 2 nochmals veranschaulicht.

Ausbildung und Beruf

Dieser Punkt soll einen Einblick in den sozialen Stand der Erkrankten ermöglichen, hierbei wird der auf dem Aktendeckblatt genannte Beruf aufgeführt und - soweit dies möglich war - anhand der Aufzeichnungen des untersuchenden Arztes in Gutachten oder Aufnahmeblättern die schulischen Leistungen eruiert. Leider fand sich nicht immer eine Angabe über die Leistungen in der Schulzeit, geschweige denn eine Bemerkung über den Abschluss der Schülerin oder die besuchte Schulform. Darüber hinaus soll in diesem Unterkapitel die körperliche

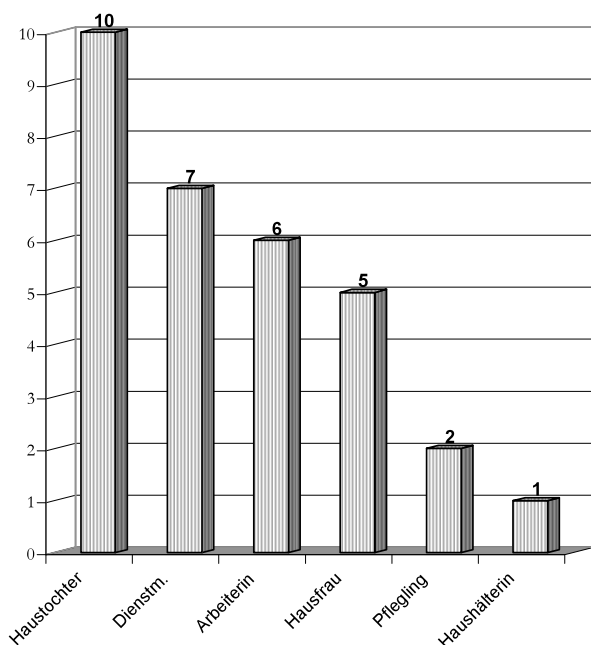


Abb. 3: Berufsverteilung der Sterilisationspatientinnen.

und geistige Entwicklung der Patientinnen aufgeführt werden. Mit Abstand am häufigsten - nämlich in zehn (32,2%) Fällen - wurde der Beruf der Haustochter genannt, wobei nicht ganz klar wird, ob es sich hierbei einfach um die Tochter des Hauses handelte, also kein Beruf erlernt wurde, oder ob man mit diesem Begriff die junge Hausangestellte mit Familienanschluss umschrieb. Dies geht leider nicht klar aus den Akten hervor, deswegen wird diese Berufsbezeichnung separat aufgeführt und nicht mit der Kategorie der Dienstmädchen, die mit sieben (22,6%) Fällen vertreten war, zusammengefasst. Die dritthäufigste Profession, die auftauchte, war die der Arbeiterin mit sechs (19,4%) Fällen, es folgte die der Hausfrau, die durch fünf (16,1%) Fälle repräsentiert wurde, und letztendlich gab es unter den Begutachteten zwei (6,5%) Pflegerinnen sowie eine Haushälterin (3,2%). Vergleiche hierzu auch Abbildung 3.

Die schulischen Leistungen werden eingeteilt in sehr gut gelernt, gut gelernt, mittelmäßig gelernt und ausreichend gelernt; die letzte Kategorie umfasst diejenigen, die sehr schwer, also mangelhaft gelernt haben, bzw. ein- oder mehrmals nicht versetzt wurden. Es zeigten sich sehr unterschiedliche Leistungen, die nochmals in Abbildung 4 verdeutlicht werden. Die Auswertung zeigt, dass keine der Begutachteten sehr gute Schulleistungen aufwies, allerdings erreichten acht (25,8%) gute und neun (29%) mittelmäßige Noten, zwei (6,5%) zeigten ausreichende Schulleistungen, während weitere acht (25,8%) mangelhaft lernten oder Klassen wiederholen mussten. In vier (12,9%) Fällen waren keine Angaben zu schulischen Leistungen zu finden.

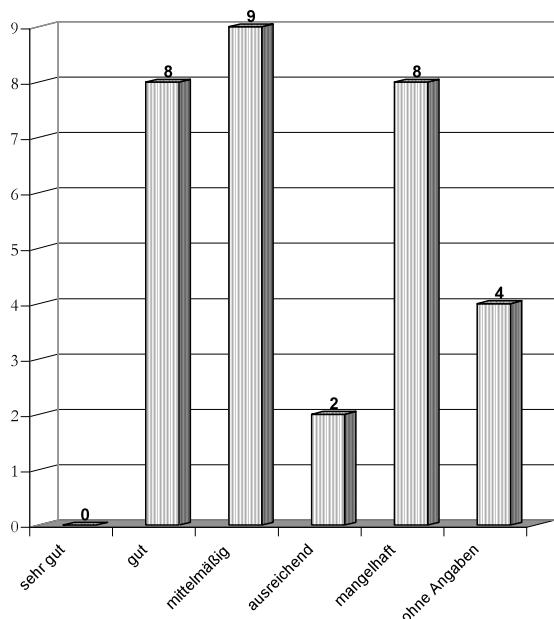


Abb. 4: Schulleistungen der Sterilisationspatientinnen.

Die Auswertung zeigt, dass keine der Begutachteten sehr gute Schulleistungen aufwies, allerdings erreichten acht (25,8%) gute und neun (29%) mittelmäßige Noten, zwei (6,5%) zeigten ausreichende Schulleistungen, während weitere acht (25,8%)

mangelhaft lernten oder Klassen wiederholen mussten. In vier (12,9%) Fällen waren keine Angaben zu schulischen Leistungen zu finden.

Zur geistigen und körperlichen Entwicklung der Begutachteten fanden sich folgende Ergebnisse: In 25 (80,6%) Fällen war die geistige sowie körperliche Entwicklung unauffällig. In vier (12,9%) Fällen zeigte sich eine verzögerte Entwicklung, die sich meist in einer verspäteten Lauf- oder Sprechfähigkeit äußerte. In zwei (6,5%) weiteren Fällen konnten keine Angaben hinsichtlich der Kindesentwicklung eruiert werden. Die Akten enthielten in 19 (61,3%) Fällen Intelligenztests, die Ergebnisse dieser Tests flossen in die Beurteilung mit ein. In 12 (38,7%) Fällen war kein Intelligenztest zu finden.

Wohn- und Geburtsort

Da Wohn- und Geburtsort in den meisten Fällen übereinstimmten, wird hier nur der Wohnort der Erkrankten näher betrachtet. Mittels „Google Earth“, einem Programm welches sich unter anderem von der NASA (= National Aeronautics and Space Administration) der Allgemeinheit zur Verfügung gestellten Satelli-

tenbildern bedient, wurde die Entfernung von der Universitätsstadt Tübingen zu den einzelnen Wohnorten per Luftlinie bestimmt und folgendermaßen eingeteilt: Zu Tübingen direkt werden alle Orte nicht weiter entfernt als fünf Kilometer Entfernung gezählt, es folgen die Wohnorte im Umkreis von zehn, zwanzig, dreißig, fünfzig, sechzig, achtzig und über hundert Kilometer Entfernung von Tübingen.

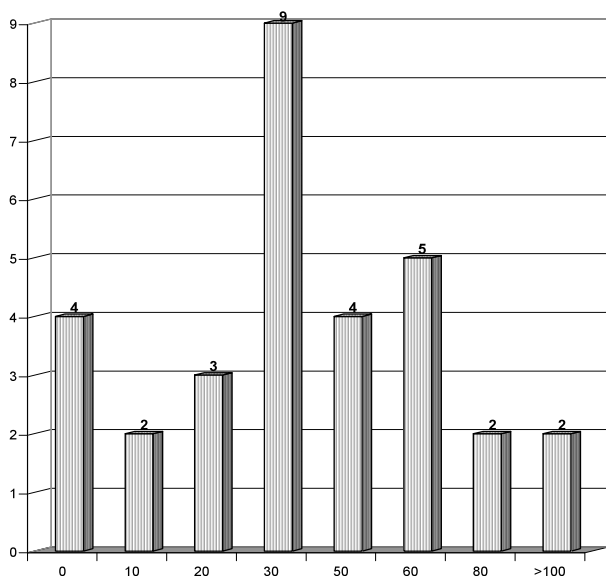


Abb. 5: Entfernung des Wohnortes der Sterilisationspatientinnen von der Universitätsnervenklinik Tübingen in km.

Vier (12,9%) der Begutachteten kamen aus Tübingen oder aus den umliegenden Dörfern. Zehn Kilometer entfernt wohnten zwei (6,5%) Patientinnen während drei (9,7%) weitere im Umkreis von zwanzig Kilometern behilflich waren. Neun (22,5%) Frauen wohnten in dreißig Kilometer Entfernung, vier (12,9%) im Umkreis von fünfzig Kilometern und fünf (16,1%) in sechzig Kilometer Entfernung.

80 Kilometer entfernt lebten nur zwei (6,5%) Patientinnen, in über hundert Kilometern hatten ebenfalls zwei (6,5%) Patientinnen ihren Wohnsitz. Im Durchschnitt befand sich der Heimatort der in der Klinik aufgenommenen Frauen 47 Kilometer entfernt von Tübingen, wobei die maximale Entfernung bei 120 Kilometern lag. Zur Veranschaulichung der in diesem Unterkapitel genannten Daten wird auf Abbildung 5⁹⁶ verwiesen.

Konfession

Bei der Konfession wird die Einteilung in protestantischen und katholischen Glauben unternommen, diese Aufzählung wird ergänzt durch die Kategorie der Ungetauften, der des jüdischen Glaubens und derjenigen ohne Angabe der Konfession. Bei den Gutachten fanden sich 14 (45,2%) Patientinnen katholischen und 17 (54,8%) Patientinnen evangelischen Glaubens. Andere Glau-

⁹⁶ Anmerkung: Auf der x-Achse ist die Entfernung in km angegeben.

bersichtungen fanden sich bei diesen Akten nicht, siehe auch nachfolgende Tabelle 1:

	evangelisch	katholisch	jüdisch	ungetauft
Anzahl	17	14	0	0
Prozentsatz	54,8%	45,2%	0%	0%

Tab. 1: Konfessionsverteilung der Auswertung „Sterilisationsgutachten“.

Prognose

Die Prognose der jeweiligen Erkrankung der Patientinnen wurde auf dem Deckblatt der Akte angegeben, es ergab sich folgende Aufteilung, die hier übernommen wurde:

- (1) Geheilt
- (2) Ungeheilt
- (3) Gebessert
- (4) Nicht geisteskrank

Zehn (32,3%) Patientinnen wurden als ungeheilt entlassen, in gebessertem Zustand verließen sechs (19,4%) Frauen die Klinik und bei fünf (16,1%) Patientinnen konnte das Vorliegen einer Geisteskrankheit nicht bestätigt werden. In neun (29%) Fällen fand sich keine Angabe zur Prognose und in nur einem (3,2%) Fall galt die Patientin als geheilt. Vergleiche auch Abbildung 6.

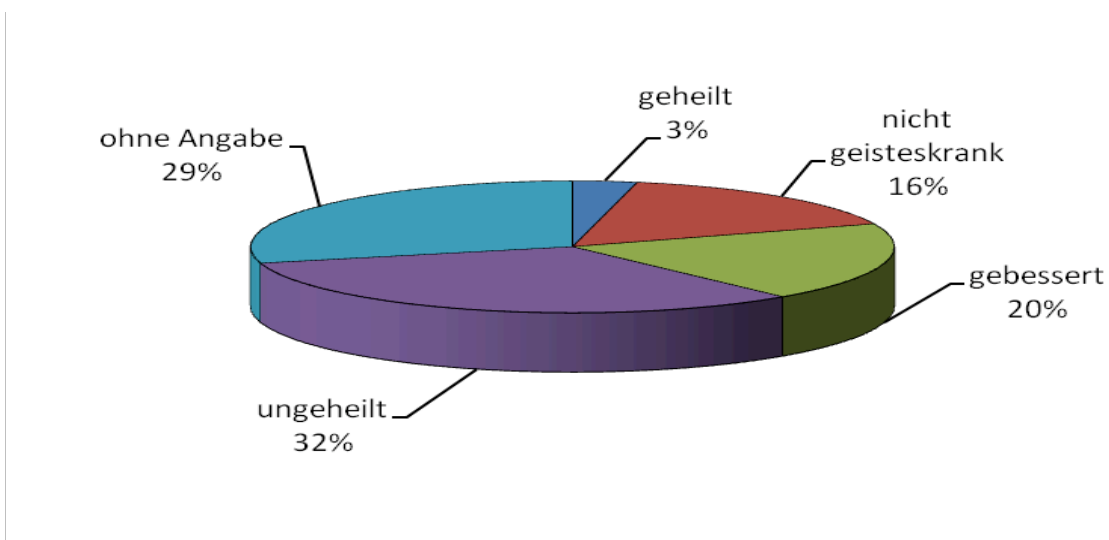


Abb. 6: Prognose der Erkrankungen der Sterilisationspatientinnen.

Einweisung

Bei der Einweisung wird auf dem Aktendeckblatt zwischen freiwilliger Aufnahme, durch Familienangehörige erwirkte Aufnahme, vom Gericht zur Beobachtung eingewiesenen Personen, sowie oberamtlich geschickte Patientinnen unterschieden. Diese Unterscheidung wird hier der Einfachheit halber übernommen. In den Daten finden sich folgende Ergebnisse: 15 (48,4%) Patientinnen

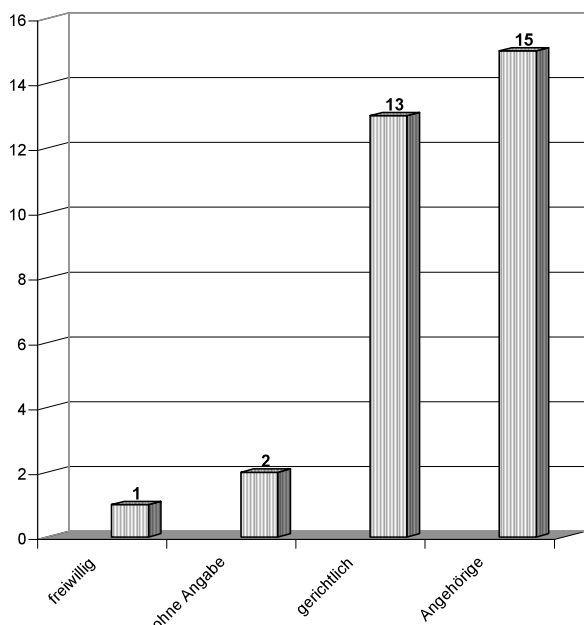


Abb. 7: Verteilung der Einweisenden der Sterilisationspatientinnen.

wurden von Familienangehörigen eingewiesen, während 13 (41,9%) Patientinnen aufgrund eines gerichtlichen Beschlusses zur Beobachtung und nachfolgender Begutachtung aufgenommen wurden. In zwei (6,5%) Fällen fehlten die Angaben zur Einweisung. In einem einzigen Fall (3,2%) wies sich die Patientin freiwillig ein. Eine „oberamtliche“ Einweisung tauchte in dieser Datenauswertung nicht auf. Vergleiche auch Abbildung 7.

Aufenthaltsdauer, weitere Aufnahmen und Anstaltsunterbringung

Die Aufenthaltsdauer umfasst den Zeitraum, in dem die Patientinnen in der Klinik anwesend waren. Sie wird angegeben in Tagen und errechnet sich aus dem Zeitraum zwischen Aufnahme- und Entlassungstag. Diese Daten konnten anhand des Aufnahmebuches erhoben werden, sowie aus den Diagnoseblättern und den Aktendeckblättern, sodass eine Überprüfung der erhobenen Daten möglich wurde. Im Durchschnitt hielten sich die Patientinnen 62,29 Tage in der Nervenklinik auf, die kürzeste Dauer betrug einen Tag, die längste 369 Tage, also ein Jahr und 4 Tage. In diesem Unterkapitel werden ferner etwaige weitere Aufnahmen berücksichtigt. So zeigte sich, dass frühere Aufnahmen bei sieben (22,5%) Patientinnen zu finden waren, während bei vier (12,9%) der Begutach-

teten ein späterer Aufenthalt in der Nervenlinik nachfolgte. Die anderen zwanzig (64,5%) Patientinnen wurden nicht noch einmal in die Klinik aufgenommen. Der letzten Punkt, den es in diesem Kapitel abzuhandeln gilt, wäre die Anstaltsunterbringung, wobei sich bei zehn (32,3%) Patientinnen Anhaltspunkte in der Akte zu einem Aufenthalt in einer öffentlichen Anstalt fanden. In den weiteren 21 (67,7%) Fällen konnte kein Anzeichen auf eine Anstaltsunterbringung gefunden werden. Betrachtet man nun noch die Entlassorte, also die auf die Klinikunterbringung folgenden Aufenthaltsorte, wird deutlich, dass die Mehrzahl, nämlich 28 (90,3%) wieder nach Hause entlassen wurden, während sich bei zweien (6,5%) eine direkte Anstaltsunterbringung anschloss. In einem Fall wurde die Patientin in der Heilanstalt Rottenmünster untergebracht, eine weitere wurde in die Heilanstalt Christophsbad überwiesen. Eine Patientin (3,2%) verstarb während des Aufenthaltes in der Nervenlinik Tübingen an progressiver Paralyse. In diesem Fall fand sich allerdings nur ein auswärts ausgestelltes Gutachten mit der Empfehlung zur Sterilisation und Interruptio.

Aufnahmegrund

Der Aufnahmegrund geht im Wesentlichen aus den Aufnahmebüchern hervor, wobei aufgrund der handschriftlichen Ausführung vieles nur schwer entziffert werden konnte. Weitere Quellen für die Erfassung des Aufnahmegrundes waren die Aktendeckblätter und wiederum die Diagnoseblätter, was eine Überprüfung und Vervollständigung der aus den Aufnahmebüchern erhobenen Daten ermöglichte. Der Aufnahmegrund repräsentiert im eigentlichen die Einweisungsdia­gnose. Eine Einteilung zur Vereinfachung und Zusammenfassung der Diagnosen wurde wie folgt vorgenommen:

- (1) Endogene Depression, depressiver Verstimmungszustand
- (2) Epilepsie, Chorea Huntington
- (3) Schizophrenie, Psychose
- (4) Kommutationsfolgen
- (5) angeborener Schwachsinn
- (6) manisch-depressives Irresein
- (7) organische Ursache der Erkrankung, Multiple Sklerose
- (8) senile Demenz

(9) Psychopathie, Neurose, Hysterie⁹⁷

Am häufigsten war die Diagnose des angeborenen Schwachsinn in elf (35,5%) Fällen angegeben, es folgten mit sechs (19,6%) Fällen die Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, mit je vier (12,9%) Fällen waren epileptische und depressive Erkrankungen vertreten. Je zwei (6,5%) Patientinnen litten an Erkrankungen organischer Genese oder Psychopathien. In nur einem (3,2%) Fall konnte keine Diagnose gestellt werden und in einem weiteren Fall (3,2%) wurde die Diagnose manisch-depressives Irresein angegeben. Kommotionsfolgen traten ebenso wenig auf wie Demenzerkrankungen. In Abbildung 8 soll dies noch einmal veranschaulicht werden.

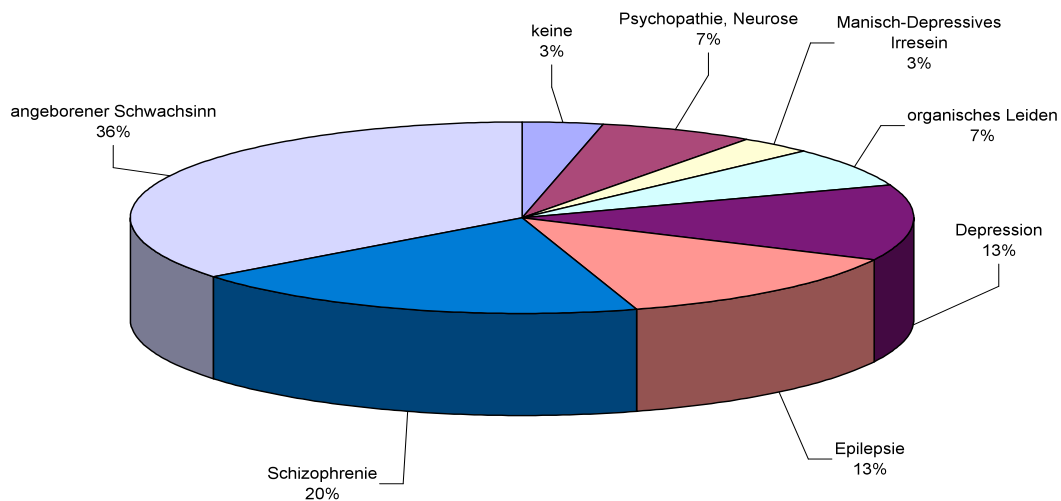


Abb. 8: Diagnosenstellung der Sterilisationspatientinnen bei Klinikaufnahme.

Weiterführende Diagnostik

In zwölf (38,7%) Fällen wurde eine weiterführende Diagnostik betrieben, das bedeutet, die Erkrankung oder Begleiterkrankung der Patientin wurde in anderen Kliniken konsiliarisch abgeklärt. 19 (61,3%) Patientinnen erhielten keine weiterführende Diagnostik.

Beschwerden

In 30 (96,8%) Fällen fanden sich keine Hinweise auf eine Beschwerde gegen das von der Klinik erstellte Gutachten. Eine (3,2%) Patientin legte gegen das

⁹⁷ Meine Einteilung. C.K.

Gutachten und die Entscheidung des Gerichtes Beschwerde ein. In dieser Akte fand sich ferner ein Schreiben aus Nachkriegsjahren, das zur Prüfung der Unterlagen bezüglich möglicher Entschädigung aufrief.

6.1.4. Erfassung der Daten aus den Gutachten

Die Erbgesundheitsgerichte

Anhand der Gutachten konnten die für die jeweilige Patientin zuständigen Erbgesundheitsgerichte ermittelt werden. Leider fand sich in den wenigsten Akten ein schriftlicher Nachweis über eine gerichtliche Anfrage zur Erstellung eines Gutachtens. Ferner fanden sich nur in den seltensten Fällen die auf Grundlage des Gutachtens gefällten Gerichtsbeschlüsse. Die Akten, die durch einen solchen Beschluss des Erbgesundheitsgerichtes komplettiert wurden, allerdings kein Gutachten aufwiesen, werden in vorliegender Arbeit gesondert untersucht,

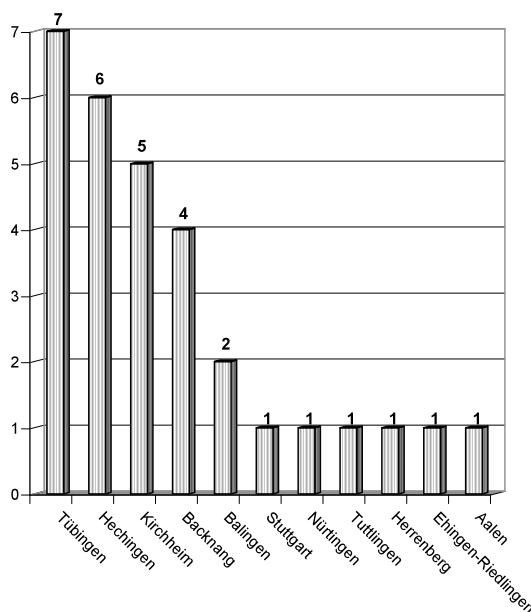


Abb. 9: Verteilung der für die Sterilisationspatientinnen zuständigen EGG's.

ich verweise auf das entsprechende Unterkapitel 6.3. Es folgt eine Aufstellung über die am häufigsten in Anspruch genommenen Erbgesundheitsgerichte. Hier fällt auf, dass mit sieben (22,6%) Fällen das Erbgesundheitsgericht Tübingen die meisten Anzeigen bearbeitet hat, mit sechs (19,4%) Fällen folgte das Erbgesundheitsgericht Hechingen, mit fünf (16,1%) das Kirchheimer Gericht und mit vier (12,9%) Fällen war das Erbgesundheitsgericht Backnang betraut gewesen. Das Balingener Erbgesundheitsgericht bearbeitete zwei (6,5%) Fälle, während die Erbgesundheitsgerichte Stuttgart, Herrenberg, Tuttlingen, Nürtingen, Aalen und Ehingen-Riedlingen mit jeweils einem (3,2%) Fall vertreten waren. In einem Fall konnte das zuständige Erbgesundheitsgericht aufgrund fehlender Angaben nicht ermittelt werden. Vergleiche hierzu Abbildung 9.

Fragestellung und Übereinstimmung hinsichtlich der Fragestellung

Da in den ausgewerteten Akten in nur einem Fall eine schriftliche Anfrage des Gerichtes hinsichtlich der Erstellung eines Gutachtens zu finden war, soll dieses Dokument als Beispiel dienen. Man kann davon ausgehen, dass sich die jeweiligen Anfragen des Gerichtes nicht sonderlich unterschieden haben. Im Wesentlichen handelte es sich um den gleichen Kontext, es änderte sich nur die Krankheit, aufgrund derer die Untersuchung eingeleitet wurde. Die wesentlichen Fragen, die es im Rahmen eines Gutachtens zu klären galt, waren erstens, ob eine unter das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses fallende Erkrankung bei der jeweiligen Person zu diagnostizieren war, zweitens wie hoch die so genannte „Fortpflanzungsgefahr“ eingeschätzt wurde, sowie drittens eine Risikoeinschätzung der Möglichkeit des Auftretens kranker Nachkommen im Falle einer Schwangerschaft. Anhand der daraufhin erstellten Beurteilung und Einschätzung durch den Gutachter entschied das Gericht über die Notwendigkeit zur Durchführung einer Operation. Folgende Ergebnisse lassen sich erheben: In 20 (64,5%) Fällen wurde eine Sterilisation aufgrund der während der Exploration der Patientin erhobenen Daten befürwortet. In acht (25,8%) Fällen hingegen wurde die Durchführung einer Sterilisation abgelehnt, sprich die zuvor gestellte Diagnose einer Erbkrankheit bestätigte sich nicht, oder die „Fortpflanzungsgefahr“ erwies sich als zu gering. Drei (9,7%) Gutachten ließen die Frage nach einer Sterilisation offen, bei einem dieser Gutachten konnte die weitere Entwicklung der Patientin nicht näher eingeschätzt werden, bei dem zweiten Gutachten war die Beurteilung leider, aufgrund des desolaten Zustandes der Akte nicht mehr entzifferbar, während bei dem letzten Gutachten zwar eine Sterilisation befürwortet wurde, da aber die „Fortpflanzungsgefahr als gering“ eingestuft wurde, hatte man von der Durchführung der Operation aufgrund der Risiken eher abgeraten. Dies war das einzige Gutachten, in welches die Risikoabschätzung einfluss. In Abbildung 10 soll das oben erwähnte nochmals veranschaulicht werden:

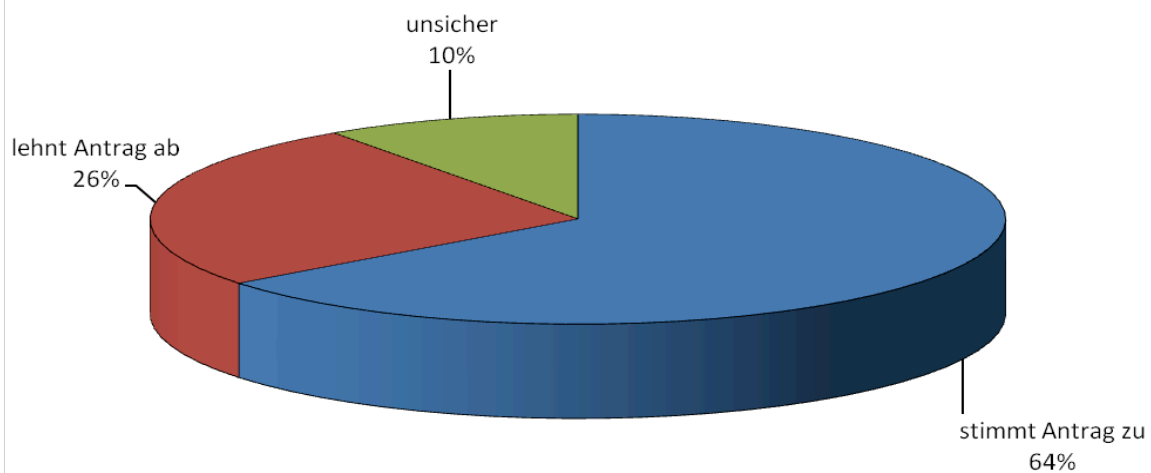


Abb. 10: Ergebnisse der Sterilisationsgutachten.

Länge und Form der Gutachten

Die Gutachten in den Jahren 1933/34 wurden bis auf ein Gutachten⁹⁸ nicht mit standardisierten Formblättern durchgeführt, sondern es handelte sich hierbei um frei geschriebene Texte, die mehr oder weniger einem identischen Schema folgten. So begann jedes Gutachten mit der Nennung des zuständigen Erbgesundheitsgerichtes, es folgten die Personalien der Patientin. Erst jetzt begann das eigentliche Gutachten mit einer Fremdanamnese, wobei zur Exploration meist die Familienangehörigen herangezogen wurden. Dem schloss sich die Eigenanamnese, also die Exploration der Patientin an, es folgte ein Ganzkörperstatus, der eine internistische, neurologische, sowie etwaige weiterführende, in anderen Kliniken durchgeführte Untersuchungen beinhaltete. Die psychiatrische Untersuchung mit Beurteilung der Gemütslage, der Intelligenz, des Auftretens der Patientin usw. rundete das Bild ab. Abgeschlossen wurden die Gutachten mit der eingehenden Beurteilung der Patientin und einer Empfehlung der Gutachter hinsichtlich der Sterilisationsfrage mit Einschätzung des „Fortpflanzungsrisikos“. Formal wurden die Gutachten beendet mit dem Ort und dem Datum der Ausstellung, außerdem dem Rang und der Unterschrift des Gutachters. Im Durchschnitt wiesen die Gutachten eine Länge von sieben Seiten auf, wobei

⁹⁸ Dieses Gutachten ist dem Anhang in Kopie beigefügt.

das längste Gutachten 22 Seiten umfasste und das kürzeste auf eine Seite beschränkt war.

Diagnosen der Gutachter

Interessant sind ferner die Diagnosen, die von den Gutachtern gestellt wurden, vor allem im Vergleich zu den Einweisungsdiagnosen, die bereits oben in dem Abschnitt ‚Aufnahmegrund‘ Berücksichtigung gefunden haben. So fällt auf, dass auch hier die Diagnose des angeborenen Schwachsinn mit zehn (32,3%) Fällen (Aufnahmegrund elf Fälle) führend war. Als nächstes folgten in sechs (19,4%) Fällen die schizophrenen Erkrankungen (Aufnahmegrund sechs Fälle), in vier (12,9%) Fällen die Diagnose Epilepsie (Aufnahmegrund vier Fälle) und in drei (9,7%) Fällen wurden organische Ursachen (Aufnahmegrund zwei Fälle) angegeben. In jeweils zwei (6,5%) Fällen handelte es sich um Erkrankungen aus dem depressiven Formenkreis (Aufnahmegrund vier Fälle), sowie aus dem manisch-depressiven Formenkreis (Aufnahmegrund ein Fall). In vier (12,9%) Fällen konnte nach der Begutachtung das Vorhandensein einer Erbkrankheit nicht bestätigt werden. Die Diagnose Psychopathie tauchte in den Gutachten nicht mehr auf, im Gegensatz zur Aufnahmegrund. Vergleicht man nun die Diagnosen vor und nach Begutachtung so wurde die Diagnose in 24 (77,4%) Fällen durch den Gutachter bestätigt, während sich in sieben (22,5%) Fällen die Diagnose nach bzw. aufgrund der Begutachtung veränderte. Vergleiche Abbildung 11:

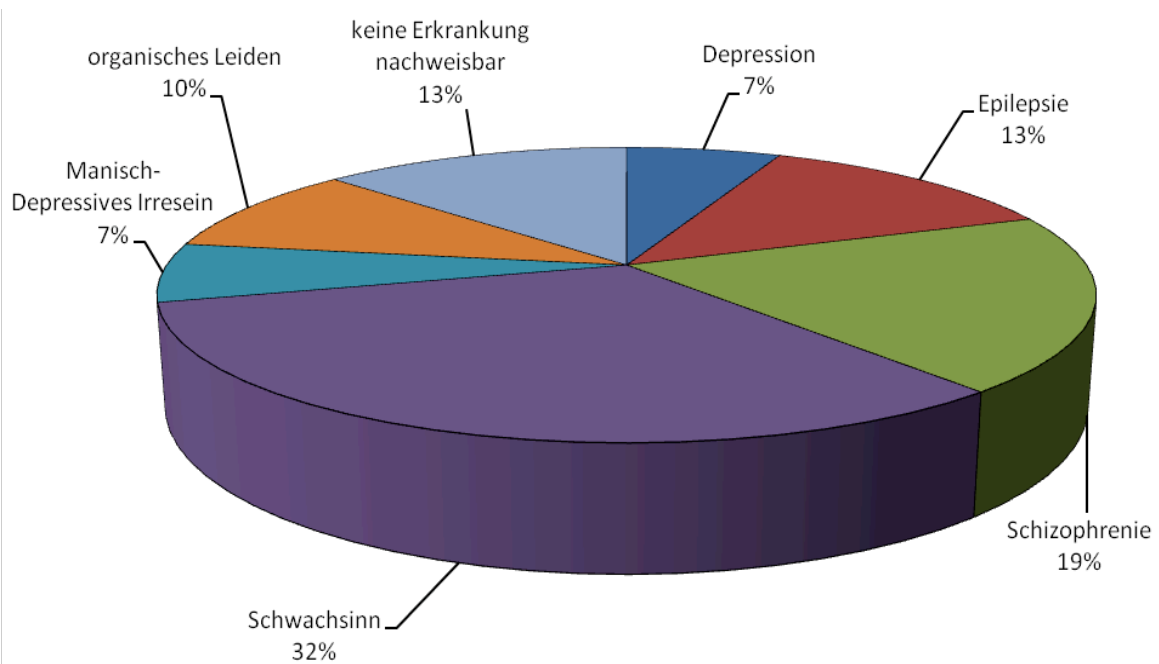


Abb. 11: Diagnosen, die bei der Erstellung des Gutachtens bei den Sterilisationspatientinnen erhoben wurden.

Rang der Gutachter

Des Datenschutzes wegen muss hier auf die Nennung jeglicher Namen von Gutachtern verzichtet werden, allerdings ist es interessant zu sehen, welchen Rang die Gutachter bekleideten. Man kommt zu dem Ergebnis, dass die Gutachtenerstellung in den meisten Fällen Aufgabe der Assistenzärzte/innen gewesen ist. Insgesamt erhoben die Assistenten/innen 19 (61,3%) Gutachten, wobei die Assistentenärztinnen mit 17 Gutachten deutlich mehr Gutachten erstellten. Bei sieben (22,5%) Gutachten fanden sich keine Angaben über den Rang des Gutachters. Oberärzte, Professoren und Privatdozenten waren nur in insgesamt vier (12,9%) Fällen vertreten. Ein Gutachten (3,2%) wurde von einem Facharzt für Innere Medizin erstellt.

Dieses Gutachten wurde in dieser Arbeit mit berücksichtigt, obwohl es nicht direkt in der Nervenklinik erstellt wurde, sondern zur Weiterleitung an das Erbgesundheitsgericht durch die weiterbehandelnde Nervenklinik bestimmt war. Veranschaulicht werden die Ergebnisse nochmals in Abbildung 12:

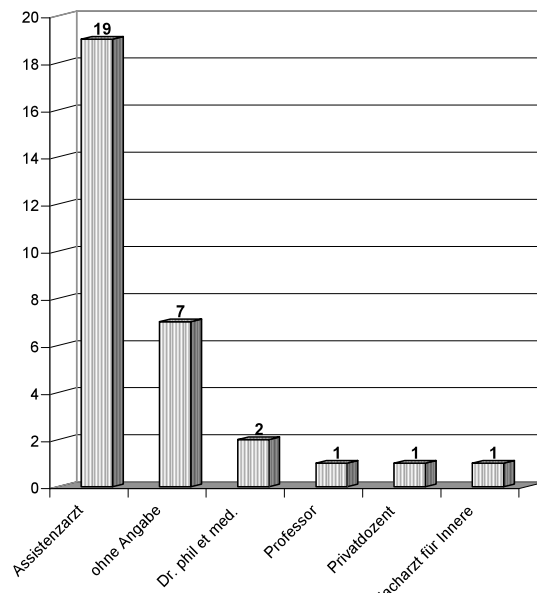


Abb. 12: Rang der Gutachter bei Erstellung der Sterilisationsgutachten.

Meldung und Zeitpunkt der Begutachtung

Von den 31 begutachteten Personen wurden 16 (51,6%) direkt von der Universitätsnervenklinik an den zuständigen Oberamtsarzt gemeldet - hier wurde sogar das genaue Datum auf dem Aktendeckblatt notiert - bei weiteren 12 (38,7%) wurde die Meldung schon durch niedergelassene Ärzte vor der Klinikeinweisung vorgenommen. Nur bei drei (9,6%) Patientinnen konnte überhaupt kein Hinweis auf eine Meldung eruiert werden - so war weder ein Datum noch ein Vermerk auf eine bereits außerhalb der Klinik erfolgte Meldung zu finden. Diese hier einfließenden Daten stützen sich zum einen auf die Angaben des Deckblattes der jeweiligen Akte und zum anderen auf die des Sterilisationsbuches.

Durch die Daten, die anhand des Sterilisationsbuches gewonnen wurden, konnte nun die durchschnittliche Zeitdauer ermittelt werden, die von dem Tag der Meldung an den Oberamtsarzt bis zu der daraufhin veranlassten Begutachtung verging - sie betrug 55,12 Tage, wobei sich der längste Zeitraum über 287 Tage, der kürzeste über 17 Tage erstreckte. Leider konnte in elf (35,5%) Fällen das genaue Datum der Meldung nicht festgestellt werden, weshalb diese elf Fälle nicht in die statistische Erfassung des Zeitraumes zwischen Meldung und Begutachtung eingehen können. In einem Gutachten fehlte das Ausstellungsdatum, weshalb dieses ebenso wenig in die Erfassung eingehen kann. Somit ist

die Analyse nur in 19 (61,3%) von 31 Fällen möglich, aus diesen ist der oben genannte Durchschnittswert ermittelt worden.

6.1.5. Diskussion der Ergebnisse

Bei der Suche nach Akten war ein Verlust von insgesamt rund 7% zu vermerken. Die Suche nach Akten mit Sterilisationsgutachten ergab einen Verlust von rund 2,4%. Geht man von der Annahme aus, dass diese 19 verschollenen Akten tatsächlich ein Gutachten enthielten, so ergibt sich eine Gesamtanzahl von 50 (31 erhaltene und 19 verschollene) Gutachten, die in der Nervenklinik in diesen beiden Jahren erstellt wurden. Mit diesen Zahlen ergäbe sich ein Aktenchwund für die Akten mit Sterilisationsgutachten von 38%. Bei der Interpretation dieses relativ hohen Prozentsatzes muss allerdings berücksichtigt werden, dass die Namen oft schwer entzifferbar waren und, sofern kein Geburtsdatum in Aufnahme-, Diagnose-, oder Sterilisationsbuch festzustellen war, sich die Suche in den Datenbanken als äußerst schwierig erwies. Ergo kann nicht pauschalisiert werden, dass alle diese Akten vernichtet wurden. Häufig wechselte mit einer Heirat der Name der Patientin, so dass allein durch diese Tatsache manche Akten nicht gefunden werden konnten. Des Weiteren bleibt anzumerken, dass die Akten wohl über Jahre hinweg im ehemaligen Kohle- und Kartoffelkeller der Nervenklinik gelagert wurden, wobei einige Akten so sehr in Mitleidenschaft gezogen wurden, dass eine Restauration in vielen Fällen unmöglich geworden war. Bis auf einen Fall wurden alle Namen, deren Akten ein solches Gutachten enthielten, im Sterilisationsbuch genannt. Warum dieser eine Fall nicht im Sterilisationsbuch verzeichnet worden ist, kann nicht mehr geklärt werden, vermutlich handelt es sich um einen Dokumentationsfehler.

Wie sich bei der Auswertung bezüglich der Altersverteilung zeigte, gab es interessanterweise eine bimodale Verteilung, wobei sich ein Altersgipfel von ca. 16 bis 30 Jahre erstreckte - in diese Altersgruppe fielen insgesamt 17 der Begutachteten, während sich der zweite Gipfel ab 41 Jahren mit insgesamt nur drei Patientinnen abzeichnete. Der Altersdurchschnitt lag mit 23 Jahren unter dem der nachfolgenden Auswertungen. Das relativ junge Durchschnittsalter könnte daherrühren, dass man eine Sterilisation in möglichst jungem Alter durch-

führen wollte, da damit die Gefahr, dass eine Weitergabe der Erkrankung durch eine Schwangerschaft bereits erfolgt war, als relativ gering einzustufen ist. Diese Annahme wird unterstützt durch den hohen Prozentsatz (90,3%) an ledigen Frauen.

Auffällig ist außerdem, dass die begutachteten Frauen häufig, zumindest gemäß der heutigen Sichtweise, aus sehr kinderreichen Familien stammten. Im Durchschnitt hatten die Patientinnen vier Geschwister. Fraglich ist, ob all diese Geschwister ebenso auf eine erblich bedingte Erkrankung untersucht wurden. Hierauf ergeben sich in den Akten keine weiterführenden Hinweise. Eine mit 20 Jahren relativ junge Patientin hatte schon zwei Interruptiones erlitten. Ob diese beiden Schwangerschaftsunterbrechungen aufgrund des Gesetzes nötig wurden, ging aus der Akte nicht hervor. Dieses Mädchen wurde im Anschluss an den Aufenthalt in der Frauenklinik in eine Erziehungsanstalt eingewiesen - die Empfehlung zur Durchführung einer Sterilisation wurde seitens der Ärzte jedoch nicht eindeutig ausgesprochen.

Immerhin hatten neun Frauen bereits ein Kind, eine der Patientinnen war sogar Mutter dreier Kinder. In den meisten Fällen handelte es sich hier um unehelich geborene Kinder. Nur zwei der Mütter waren verheiratet, darunter auch die Mutter dreier Kinder. Man könnte sich vorstellen, dass mit der Empfehlung zur Sterilisation eventuell auch das Auftreten von unehelich gezeugten Kindern reduziert werden sollte.

Bei den Schulleistungen zeigten mit 54% mehr als die Hälfte befriedigende bis gute Schulleistungen. Dieser Prozentsatz ist einigermaßen erstaunlich, wenn man bedenkt, dass die Patientinnen an schwerwiegenden psychischen Erkrankungen litten. Mangelhafte Schulergebnisse waren bei rund 25% der Patientinnen zu verzeichnen. Diese fanden sich allesamt bei Patientinnen mit der Diagnose angeborener Schwachsinn, eine Patientin mit ähnlich mangelhaften Schulleistungen war an Schizophrenie erkrankt. Die Ergebnisse der Schulleistung stützen sich im Wesentlichen auf die Aussagen der Patientinnen - in wie weit diese Angaben tatsächlich der Wahrheit entsprachen, kann nicht festgestellt werden. Ob diese Ergebnisse aber Rückschlüsse auf die Intelligenz einer Patientin zulassen, bleibt ebenso fraglich. Zur weiteren Analyse wurde ein Intel-

Intelligenztest⁹⁹ durchgeführt, der die intellektuelle Leistung der Patientinnen widerspiegeln sollte. Tatsache ist, dass die Schulergebnisse und das Ergebnis der Intelligenzprüfung, neben dem Eindruck aufgrund des Arzt-Patienten-Gesprächs, in das Gutachten mit einfließen.

Überraschende Ergebnisse lieferte die Betrachtung der familiären Vorbelastung. So ergab die Auswertung, dass immerhin in rund 49% **keine** Erbkrankheit in der Familie nachgewiesen werden konnte. Dies ist insofern erstaunlich als dass man eher erwartet hätte, dass bei einer größeren Anzahl der Patientinnen die jeweilige Erkrankung in der Familie bereits einmal aufgetaucht wäre. Vermutlich war man des Glaubens, den ersten Fall in der Familie entdeckt zu haben und so wäre mit der Sterilisation eine Möglichkeit gegeben, die Weitergabe der Erkrankung zu verhindern.

Rund 73% der Frauen arbeiteten in hauswirtschaftlichen Berufen, viele halfen im Haushalt der Eltern mit. Vermutlich konnten die meisten der Patientinnen sehr gut im hauswirtschaftlichen Bereich arbeiten, da sie von Kindheit an mit diesen Tätigkeiten betraut wurden, und ihnen dadurch und sicherlich auch aufgrund der vertrauten Umgebung diese Arbeit leicht von der Hand ging.

Bezüglich der Konfession zeigte sich, dass über die Hälfte (54%) der Frauen protestantischen Glaubens waren, was wohl mit der starken Verbreitung des Protestantismus in der Region um Tübingen zusammenhängt.

Knapp ein Drittel der begutachteten Frauen (29,1%) stammte aus Tübingen und der näheren Umgebung bis ca. 20 Kilometer Umkreis. Allerdings fanden sich ebenso Patientinnen, die aus wesentlich weiterer Entfernung anreisen mussten. Zwei Patientinnen zum Beispiel hatten ihren Wohnsitz in über 100 Kilometern Entfernung, was zeigt, welch großes Einzugsgebiet die Tübinger Nervenklinik hatte.

Die Mehrzahl (22%) der Gutachten wurde vom Erbgesundheitsgericht Tübingen angefordert, allerdings ergab die Auswertung, dass das Erbgesundheitsgericht Backnang immerhin rund 13% der Fälle bearbeitet hatte. Anscheinend war für diesen Landkreis die Tübinger Nervenklinik die zuständige und nicht eine näher liegende, beispielsweise in Stuttgart befindliche Klinik. Das Erbgesundheitsgericht Stuttgart war nur in rund 3% der Fälle vertreten, wahrscheinlich wurden die

⁹⁹ Dieser Intelligenztest ist dem Anhang beigelegt.

meisten, in Stuttgart registrierten Fälle direkt in den dort ansässigen Kliniken bearbeitet.

Die Mehrheit der Patientinnen wurde durch die Eltern in die Klinik eingewiesen, vermutlich weil diese eine Veränderung im Verhalten ihrer Tochter am ehesten bemerkten. Immerhin wurde knapp die Hälfte (41%) durch einen gerichtlichen Beschluss in die Klinik eingewiesen, was zeigt, dass in diesen Fällen eine Überprüfung durch den zuständigen Medizinalrat bereits durchgeführt worden war und nun zur endgültigen Klärung der Sachlage eine ausführliche Begutachtung folgen sollte.

Im Durchschnitt blieben die Patientinnen 62 Tage in der Klinik, wobei eine weite Spanne der Aufenthaltsdauer existierte, so betrug der kürzeste Zeitraum einen Tag und die längste Aufenthaltsdauer 369 Tage. Diese starken Variationen liegen wahrscheinlich in der unterschiedlichen Schwere und individuellen Verläufe der jeweiligen Erkrankung begründet.

Die überwiegende Mehrheit von 90% wurde nach dem Klinikaufenthalt wieder zurück nach Hause entlassen. Ein Drittel (32%) war oder wurde in einer Anstalt untergebracht, allerdings schloss sich bei nur rund 7% die Anstaltsunterbringung direkt an den Klinikaufenthalt an. Wie bereits oben erwähnt, verstarb eine Patientin während ihres Klinikaufenthaltes.

Gut ein Drittel (35%) wurde zu einer erneuten Behandlung in die Klinik aufgenommen, was wiederum ein Indiz für die Schwere und Unheilbarkeit der jeweiligen Erkrankungen ist. Dieser Prozentsatz deckt sich mit den Zahlen bezüglich der Prognose des Verlaufs der Erkrankungen, hier zeigte sich, dass ebenfalls rund ein Drittel (32,3%) aus der Klinik als ungeheilt entlassen wurde. Es erscheint logisch, dass bei einer unheilbaren Erkrankung ein erneuter Klinikaufenthalt wahrscheinlicher ist, als bei einer Restitutio ad integrum. Es konnte auch nur eine Patientin als geheilt entlassen werden, diese war an einer endogenen Depression erkrankt.

Bei der Betrachtung der Diagnosen aus dem Aufnahmebuch ergab sich, dass rund ein Drittel (38%) an angeborenem Schwachsinn, bzw. Deбилität litt. Schizophrenieerkrankte waren mit rund 20% vertreten, diese beiden Erkrankungsentitäten stellten also den größten Anteil mit insgesamt 58%. Die Erkrankungen organischer Ursache sind erwartungsgemäß mit 7% wenig vertreten. In einem

Fall wurde die Verdachtsdiagnose einer Epilepsie gestellt, allerdings musste diese Diagnose revidiert werden, es handelte sich letzten Endes um eine Multiple Sklerose, also eine Erkrankung, die nicht unter das Erbgesundheitsgesetz fiel. In diesem Fall wurde eine Sterilisation denn auch abgelehnt. Vergleicht man nun die Erstdiagnose, also die im Aufnahmebuch verzeichnete Diagnose mit der tatsächlichen Diagnose aus den Gutachten so ergibt sich zusammenfassend folgendes: In rund 77% der Fälle fand sich eine Übereinstimmung hinsichtlich der Erstdiagnose, während sich in rund 23% der Fällen die Erstdiagnose und die vom Gutachter gestellte Diagnose nicht deckten. In rund 16% konnte das Vorliegen einer Erbkrankheit nicht bestätigt werden.

In 64% der Fälle wurde eine Sterilisation von den Gutachtern aufgrund der eingehenden Untersuchung und Exploration der Patientin befürwortet. Bei diesen Patientinnen lag meist eine unter das Gesetz fallende Erkrankung vor, dies wurde formuliert mit dem Zusatz: „Erbkrank im Sinne des Gesetzes“¹⁰⁰. In manchen Fällen wurde eine Sterilisation aufgrund „hoher Fortpflanzungsgefahr“¹⁰¹ befürwortet.

Bei rund 26% der Begutachtungen wurde die Sterilisation abgelehnt, meist handelte es sich hier um Grenzfälle, die nicht eindeutig geklärt werden konnten oder um sehr mild ausgeprägte Krankheitsbilder. Ein wichtiges Kriterium zur Befürwortung oder Ablehnung einer Sterilisation war die Einschätzung des Risikos einer Schwangerschaft. So wurde zum Beispiel bei ‚erotisch enthemmten Frauen‘ eher eine Sterilisation. Auch bei Frauen, die vehement und glaubhaft bestritten, jemals sexuelle Kontakte gehabt zu haben und in Zukunft haben zu wollen, wurde die Entscheidung zur Sterilisation eher zurückhaltend gehandelt. Die übrigen rund 10% der Gutachten enthielten keine genaue Empfehlung hinsichtlich einer Durchführung der Operation.

Da die Gutachten - mit einer Ausnahme - ohne Vorlage, also formlos erstellt wurden, variierte die Gutachtenlänge je nach dem, wie ausführlich ein Gutachten ausfiel. Im Durchschnitt lag die Seitenanzahl bei sieben und beinhaltete neben der Beurteilung die Personalien, die Anamnese und Krankengeschichte, sowie den körperliche und psychischen Befund. Das längste Gutachten zählte

¹⁰⁰ Formulierungen aus Beurteilungen, die in den Gutachten angeführt wurden.

¹⁰¹ Ebd.

22 Seiten, hier handelte es sich um ein sehr ausführliches Gutachten einer debilen Patientin. Diese sehr interessante Krankengeschichte wird am Ende dieser Arbeit exemplarisch diskutiert. Das Gutachten beinhaltet die gesamte Krankengeschichte mit ausführlichster Familienanamnese, zusätzlich wurde der Akte noch ein Familienregister beigelegt.

Die Mehrzahl der Gutachter (61%) waren Assistenzärzte und -ärztinnen, nur in einem Fall wurde ein Gutachten von Professor Gaupp persönlich erstellt. So kann man festhalten, dass die Gutachtenerstellung im Wesentlichen Aufgabe der Assistenten und Assistentinnen gewesen ist.

In 61% der Fälle wurde bei der Untersuchung ein Intelligenztest durchgeführt, dessen Ergebnisse in die Beurteilung einfließen. Wichtig waren die Tests insbesondere zur Feststellung eines angeborenen Schwachsinn.

Die Mehrzahl der Patientinnen (51%) wurde von der Nervenlinik Tübingen aus direkt dem Amtsarzt gemeldet. Im Durchschnitt vergingen 55 Tage bis zur Begutachtung, wobei auch 287 Tage Wartezeit vorkamen. Leider konnte die Ursache für diese lange Wartezeit nicht eruiert werden, eventuell dauerte die Überprüfung und Bearbeitung der Krankenakte durch den Medizinalrat länger als sonst üblich.

In nur einem Fall wurde eine Beschwerde gegen die Entscheidung eingelegt, in der Akte fand sich ein Entschädigungsschreiben der Nachkriegsjahre, indem, wie bereits oben erwähnt, die Unterlagen entsprechend zu prüfen waren, ob der Patientin aufgrund der an ihr vorgenommenen Zwangssterilisation eine Entschädigung gewährt werden könne.

6.2. Die Gutachten der Frauenklinik

Erstmals wurden im Rahmen der größeren Untersuchung der Gutachtenpraxis der Universitätsnervenklinik die Daten der Frauenklinik Tübingen miteinbezogen und ausgewertet. Dies ermöglicht einen umfassenderen Überblick der Datenlage.

6.2.1. Allgemeine Informationen und Hypothesen

Bei den Untersuchungen stellte sich heraus, dass aus dieser Zeit noch 20 Akten für die Auswertung zur Verfügung stehen. Von 20 Patientinnen, die in der Frauenklinik aufgenommen wurden, hatte nur eine Patientin sich auch tatsächlich zuvor in der Nervenklinik Tübingen aufgehalten. Die übrigen Patientinnen wurden direkt von den jeweiligen Erbgesundheitsgerichten eingewiesen, bzw. erhielten eine schriftliche Aufforderung per Post, dass sie sich in der hiesigen Frauenklinik zu dem sterilisierenden Eingriff einzufinden hatten.

Diese Erkenntnis ist insofern interessant, als dass zwei Hypothesen im Raum standen, zum ersten ob sich vielleicht in den Akten der Frauenklinik weitere Gutachten der Nervenklinik finden lassen, und zum zweiten ob sich die jeweiligen Patientinnen alle zuvor in der Psychiatrischen Klinik einer Untersuchung unterzogen haben. Auf diese Punkte wird in der nachfolgenden Diskussion noch einzugehen sein.

6.2.2. Erfassung der personenspezifische Daten

Altersverteilung und Familienstand

Es zeigte sich, dass der Altersdurchschnitt der 20 Patientinnen bei 27 Jahren lag, die Standardabweichung beträgt 7,4. Die älteste Patientin, die zur Sterilisation

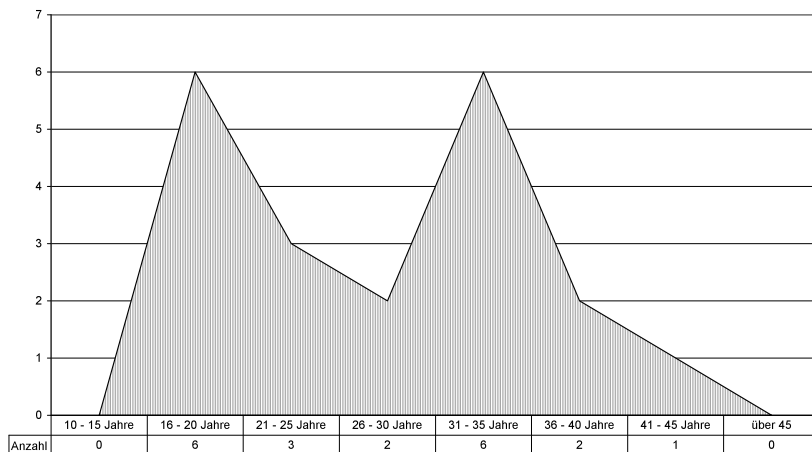


Abb. 13: Altersverteilung der Patientinnen der Frauenklinik.

eingewiesen wurde, war 41 Jahre alt, die jüngste Patientin 17. Die Abbildung 13 zeigt deutlich zwei Gipfel, wobei sich der erste von 16 bis 24 Jahre mit neun (45%) Patientinnen und der zweite von 31 bis 36 Jahren mit sieben

(37,3%) Patientinnen erstreckt. Bezüglich des Familienstandes ergab sich, dass die meisten Frauen, nämlich 17 (85%), noch ledig waren, wohingegen nur drei (15%) der Frauen bereits liiert waren. Zum Vergleich wird auf Abbildung 13 verwiesen.

Beruf

Da nur eine Patientin den Beruf der Hausangestellten ausübte, wird der Übersichtlichkeit wegen die Berufsbezeichnung „Hausangestellte“ gleichgesetzt mit der Berufsbezeichnung „Dienstmädchen“. Des Weiteren wurde die Berufsbezeichnung „Verkäuferin“ in die Kategorie der „Arbeiterinnen“ aufgenommen, sowie in Anlehnung an die Patientinnen der Sterilisationsgutachten die Bezeichnung „Fürsorgezögling“ gleichgesetzt mit dem Ausdruck „Pflegling“. Ergo ergibt sich folgende Verteilung bezüglich der von den Frauen ausgeübten Tätigkeiten: Am häufigsten vertreten, nämlich in zehn (50%) von 20 Fällen fand sich keine Berufsbezeichnung. Die Profession des Dienstmädchens wurde in sechs (30%) Fällen genannt, die der Arbeiterinnen mit drei (15%) Patientinnen.

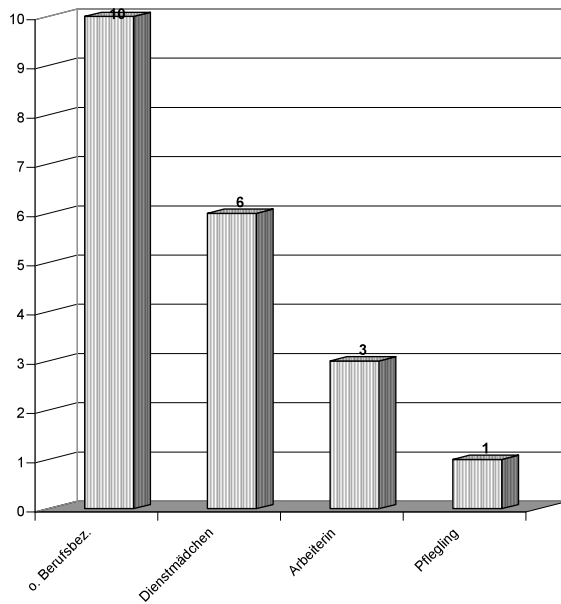


Abb. 14: Verteilung der Berufe der Patientinnen der Frauenklinik.

Bei einer Patientin (5%) wurde als Profession „Pflegerin“ angegeben. Zur Veranschaulichung wird auf Abbildung 14 verwiesen.

Partus

Bei der Datenerhebung wurden die Geburtenzahl, sowie etwaige Fälle von Interruptiones mit erfasst. Es zeigte sich, dass die Frauen im Durchschnitt ein Kind hatten, die Majorität, sprich 12 (60%), hatten zwar kein Kind geboren, aber vier (20%) Frauen besaßen ein Kind, zwei (10%) hatten jeweils drei Kinder geboren, eine (5%) hatte vier und ebenfalls eine (5%) fünf Kinder. Fälle von

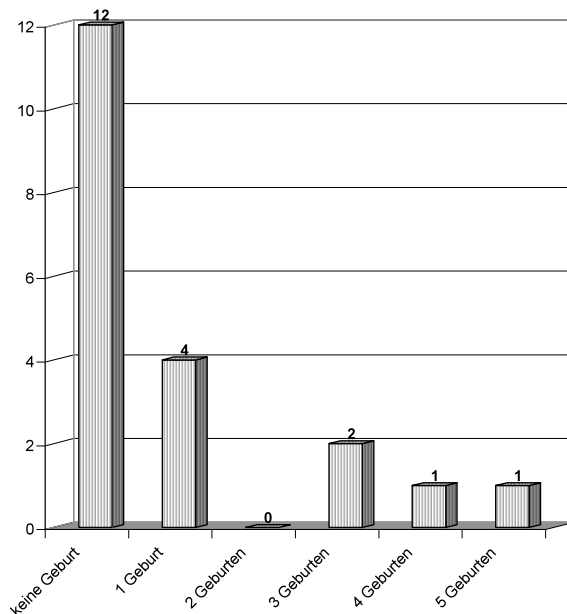


Abb. 15: Geburtenanzahl der Frauen, deren Sterilisation in der Frauenklinik durchgeführt wurde.

Schwangerschaftsunterbrechungen waren in den Akten nicht zu finden, allerdings wurde bei einer schwangeren Patientin eine Interruptio einzeitig mit der Sterilisation durchgeführt. Vergleiche Abbildung 15.

Aufenthaltsdauer

Die Aufenthaltsdauer wird hier in Tagen angegeben und berechnet sich ab dem Aufnahme- bis zum Entlassungstag. Sie betrug im Durchschnitt 27,25 Tage, wobei die längste Aufenthaltsdauer bei 54 Tagen lag und die kürzeste Dauer 15 Tagen betrug.

Diagnosen

Bei den Diagnosen der Patientinnen ergab sich folgende Verteilung: Mit 11 (55%) Fällen am häufigsten vertreten war die Diagnose des angeborenen Schwachsinn, es folgte mit fünf (25%) Fällen die der Schizophrenie. In weiteren drei (15%) Fällen wurde Epilepsie und in nur einem (5%) Fall wurde als Begründung für die Sterilisation die Diagnose des manisch-depressiven Irreseins angegeben. Vergleiche hierzu Abbildung 16.

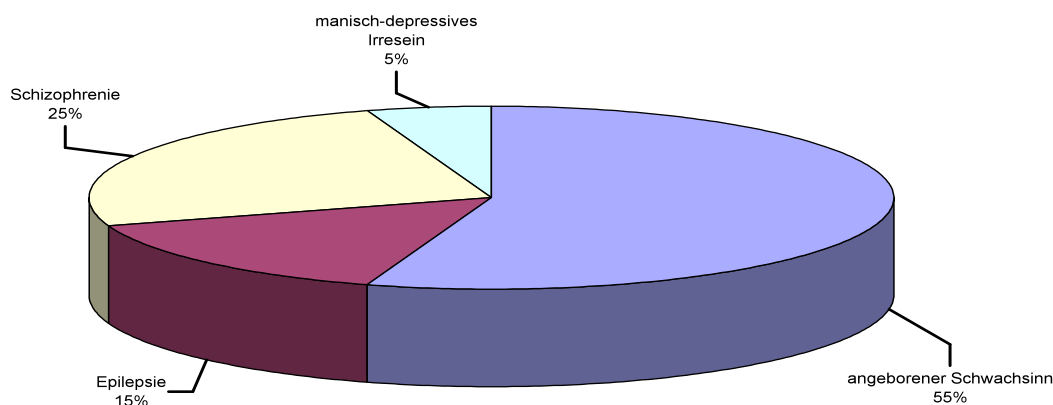


Abb. 16: Diagnosen bei der Aufnahme in die Frauenklinik.

6.2.3. Erfassung der weiterführenden Daten

Einweisende Gerichte

Da die meisten der Patientinnen direkt von den entsprechenden Erbgesundheitsgerichten eingewiesen wurden, sollen diese in ihrer Verteilung nun näher betrachtet werden. Wie aus der nebenstehenden Abbildung 17 hervorgeht, sind

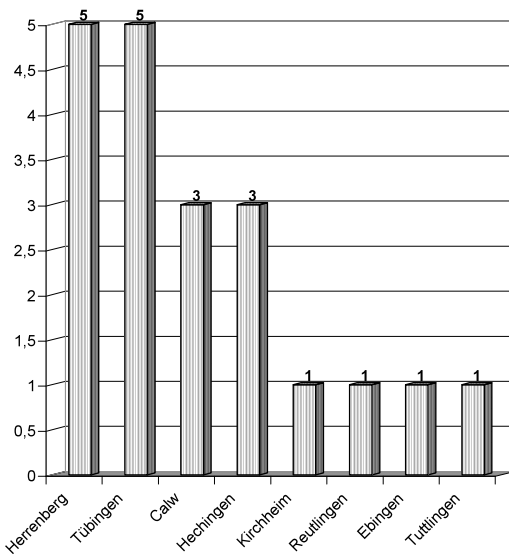


Abb. 17: Verteilung der zuständigen EGG's der Patientinnen der Frauenklinik.

die beiden am häufigsten genannten die Erbgesundheitsgerichte Tübingen und Herrenberg, die in jeweils fünf (25%) Patientinnen in die Frauenklinik einwiesen. Die Gerichte von Calw und Hechingen sind mit jeweils drei (15%) Fällen am zweithäufigsten vertreten. Die Erbgesundheitsgerichte Tuttlingen, Ebingen, Reutlingen und Kirchheim hingegen bearbeiten je einen (5%) Fall.

Wartezeit

Die Wartezeit bis zum Eingriff wird berechnet aus der Zeit zwischen Beschluss des Gerichtes bzw. Benachrichtigung der Patientinnen sowie dem eigentlichen Eingriff in der Frauenklinik. Im Durchschnitt mussten die Frauen etwa 78,46 Tage, also umgerechnet rund 11,2 Wochen, auf eine Aufnahme zur Sterilisation warten.

Postoperativer Verlauf

Um einen Eindruck zu gewinnen wie häufig Komplikationen nach einer Sterilisationsoperation auftraten, wurden diese Daten - soweit dies möglich war - erfasst und sollen im weiteren Verlauf dargestellt werden. Dabei zeigte sich, dass es in drei (15%) Fällen protrahierte Verläufe gegeben hat, wobei in einer Akte kein Vermerk zu finden war, um welche Komplikation es sich gehandelt hat. In den

anderen beiden Fällen wurde der Verlauf im ersten Fall kompliziert durch das Auftreten eines Bauchdeckenhämatoms, im zweiten Fall durch die Entwicklung einer Bronchopneumonie, an deren Komplikationen die Patientin im weiteren Verlauf verstarb. Die übrigen 17 (85%) postoperativen Genesungsprozesse scheinen im Wesentlichen komplikationslos gewesen zu sein. Es zeigte sich, dass die Patientinnen im Durchschnitt am 10. postoperativen Tag zum ersten Mal aufstanden. Die längste Liegezeit betrug 30 Tage infolge des oben schon erwähnten Bauchdeckenhämatoms, während die kürzeste Liegezeit sieben Tage andauerte.

6.2.4. Diskussion der Ergebnisse

Bei der nachfolgenden Diskussion der Ergebnisse der Frauenklinik muss darauf hingewiesen werden, dass nur 20 Fälle berücksichtigt werden konnten. Dies waren die einzigen Akten, die aus der Zeit 1933/34 im Archiv noch vorhanden waren. Somit müssen die vorliegenden Ergebnisse unter dem Aspekt der geringen Fallzahl und der daraus resultierenden geringen Repräsentativität betrachtet werden.

Bei der Betrachtung der Familienverhältnisse bestätigte sich auch hier die Annahme, dass die meisten der Patientinnen noch ledig sein müssten. 85% der Patientinnen waren bei Aufnahme in die Klinik noch nicht verheiratet, dies entspricht in etwa dem Ergebnis der Aktenauswertung der Nervenklinik. Der Grund für die hohe Rate an ledigen Frauen ist wohl, wie bereits oben erläutert, darin begründet, dass eine Sterilisation möglichst vor einer Heirat stattfinden sollte, um die Wahrscheinlichkeit einer Schwangerschaft zu minimieren. Fraglich ist, ob eine junge, gebärunfähige Frau überhaupt noch große Chancen hatte, sich zu verheiraten, da sie das damals herrschende Frauenbild nicht mehr erfüllen konnte. Außerdem steht fest, dass sie durch den Eingriff per se als schwer psychisch Erkrankte gebrandmarkt war, die für die Gesellschaft nicht von großem Nutzen - sondern sogar eher eine „Belastung“ wäre.

Die Auswertung zeigte, dass eine relativ lange Wartezeit von durchschnittlich rund 11 Wochen vom Eintreffen des Gerichtsbeschlusses bis zum Operationstermin in der Frauenklinik verging. Eine wohl recht zermürende Wartezeit,

wenn man bedenkt, dass es sich nicht um freiwillig durchgeführte Eingriffe gehandelt hat. Außerdem zeigt sich an der im Schnitt 10tägigen postoperativen Liegedauer, dass diese Operation keine leichte gewesen ist. Dieses Ergebnis entspricht durchaus dem in der Literatur für diese Operation angegebene Liegedauer, so gibt Faulks die durchschnittliche postoperative Liegedauer mit 8-10 Tagen an.¹⁰²

Aufgrund der relativ langen Immobilisation steigt das Risiko postoperativer Komplikationen sprunghaft an, wie zum Beispiel das Auftreten immobilitätsbedingter Thrombosen, bzw. daraus resultierenden Lungenembolien, oder durch muskulären Abbau bedingte Gehschwierigkeiten, sowie Kreislaufschwäche mit Sturzgefahr und dem damit erhöhtem Risiko eine Fraktur zu erleiden.

Bei der Auswertung der hier gefunden Fälle zeigte sich eine Komplikationsrate von 15%. In einem Fall handelte sich hierbei um ein Bauchdeckenhämatom, das sich postoperativ ausbildete. In einem weiteren Fall entwickelte die Patientin eine Bronchopneumonie, die eine Folge der langen Liegezeit gewesen sein kann. Da die Patientin an der Bronchopneumonie verstarb, ergibt sich daraus eine Todesrate von 5% bei 20 Patientinnen. Die normalerweise angegebene Mortalitätsrate bei dieser Operation betrug zu jener Zeit bis zu rund 1%.¹⁰³ In einem weiteren Fall wurde nur das Auftreten von Komplikationen erwähnt, allerdings nicht näher ausgeführt, um welche Komplikation es sich hier handelte. Aus der Betrachtung dieser wenigen Fälle ergibt sich also eine relativ hohe Komplikationsrate, wobei der Eingriff selbst wohl meist gut verlief und erst postoperativ die oben genannten Komplikationen auftraten. So wurde in nur einem Fall über Narkoseschwierigkeiten berichtet. Leider findet sich in den Akten kein Vermerk über den tatsächlichen Erfolg einer Operation - also der vollständigen Sterilisation der Patientinnen. Madlener selbst untersuchte zwischen 1910 und 1919 89 Sterilisationen, 1919 führte er anscheinend nur erfolgreiche Sterilisationen durch. Allerdings verlor er drei Patientinnen aufgrund einer Sepsis. Dies

¹⁰² Faulks zitiert nach Mayer, Joseph (1927): *Gesetzliche Unfruchtbarmachung Geisteskranker*, Freiburg im Breisgau. S.155.

¹⁰³ Mayer, Joseph (1927): *Gesetzliche Unfruchtbarmachung Geisteskranker*, Freiburg im Breisgau, S. 163f.

ergibt eine Mortalitätsrate von rund 3,4%, also wesentlich mehr als bei Faulks (siehe oben) angegeben wurde.¹⁰⁴

Aufgrund der relativ langen Liegedauer ergibt sich insgesamt eine durchschnittliche Aufenthaltsdauer von 27 Tagen. Der längste Aufenthalt betrug 54 Tage, also knapp zwei Monate, der Grund für diese lange Aufenthaltszeit konnte nicht eruiert werden, da hier keine Angaben zu möglicherweise aufgetretenen Komplikationen gemacht wurden. Die oben genannte Patientin mit postoperativer Bronchopneumonie verstarb am 18. Aufenthaltstag. Die Patientin, die postoperativ ein Bauchdeckenhämatom erlitt, wurde am 42. Aufenthaltstag entlassen.

Die Auswertung nach Sitz des einweisenden Erbgesundheitsgerichte ergab wenig überraschende Ergebnisse: Die nächstliegenden Städte Tübingen und Herrenberg sind in 50% der Fälle genannt - vermutlich nutzten die Gerichte die Möglichkeit, die Frauen in die nächstgelegene Klinik zu überweisen.

Die erste oben genannte Hypothese, die sich nicht bestätigte, war, dass sich weitere Sterilisationsgutachten, bzw. deren Kopien eventuell in den Akten der Frauenklinik finden würden. Die Frauenklinik erhielt ihre Informationen wohl eher von den Erbgesundheitsgerichten, denn aus der Nervenlinik¹⁰⁵.

Die zweite Vermutung¹⁰⁶, dass die meisten Frauen sich zuerst in der Nervenlinik Tübingen aufhielten und von dort direkt in die Frauenklinik eingewiesen wurden, bestätigte sich ebenso wenig, denn es fand sich nur ein Fall, in dem die Patientin von der Nervenlinik direkt in die Frauenklinik verlegt wurde. Leider fand sich kein Sterilisationsgutachten in der entsprechenden Akte der Nervenlinik und auch sonst konnten bei der Durchsicht dieser Akte außer einem Meldedatum und einer unter das Gesetz fallende Diagnose keinerlei weitere Informationen eruiert werden, die auf ein Sterilisationsverfahren hin deuteten.

Beim Vergleich des gesamten Datensatzes der Nervenlinik mit den Namen der Patientinnen der Frauenklinik ergab sich, dass außer dem oben genannten Fall, weitere fünf Patientinnen in der Nervenlinik gewesen sein mussten. Diese Patientinnen haben sich also 1934 in der Nervenlinik aufgehalten und wurden erst im weiteren Verlauf, nach einem kurzen Aufenthalt zuhause, in die Frauenklinik eingewiesen. Zwei dieser Patientinnen wurden zwar in der Frauenklinik

¹⁰⁴ Ufken, Tjark (1982): *Die Sterilisation in der Gynäkologie*, Bonn, S.29.

¹⁰⁵ Vgl. Hypothese, Abschnitt 6.2.1. S.61.

¹⁰⁶ Vgl. Ebd.

sterilisiert, die zugehörigen Krankenakten der Nervenlinik sind aber leider verschollen, nur die Namen konnten im Aufnahmebuch gefunden werden.

Interessanterweise weist gerade jene Patientin, die direkt von der Nervenlinik eingewiesen wurde, die kürzeste Aufenthaltsdauer mit 15 Tagen auf, vermutlich wurde sie nach der Operation relativ schnell wieder in die Nervenlinik zurückverlegt und dort der postoperative Verlauf weiter überwacht. Zumindest gab es in einigen wenigen Akten kurze Berichte der Pflegekräfte über eine Rückverlegung und weitere Genesung nach dem Eingriff.

In die Untersuchung wurden die gynäkologischen Datenblätter von 1933 bis 1945 mit eingeschlossen. Dabei fanden sich weitere drei Patientinnen, deren Namen im Aufnahmebuch der Nervenlinik auftauchen. Diese drei Patientinnen wurden allesamt in der Nervenlinik Tübingen begutachtet und sollten sich einer Sterilisation unterziehen. Sie wurden jedoch alle erst nach 1934 in der Frauenlinik sterilisiert.

Normalerweise erhielten die Patientinnen per Post die Aufforderung des Gerichtes, sich sterilisieren zu lassen und von der Frauenlinik den Termin, an dem sie sich in der Klinik einzufinden hatten. Die Frauenlinik musste also von dem Gerichtsbeschluss unterrichtet werden. Anschließend musste über die Durchführung der Sterilisation Rechenschaft abgelegt werden, indem nach der Operation ein entsprechender Bericht an das Gericht versandt wurde.

Betrachtet man den gesamten Datensatz des Sterilisationsbuches, so fanden sich nur zehn (1,7% von 599) Patientinnen, die im Sterilisationsbuch genannt sind, auch tatsächlich zur Sterilisation in der Frauenlinik ein. Beachtet werden muss allerdings, dass ferner Unstimmigkeiten bezüglich der Namen auffielen, was wohl eine Folge der oftmals schwer leserlichen Schrift gewesen ist. In manchen Fällen unterschied sich der Name in der gedruckten Vorlage der Frauenlinik, die vom Archiv erstellt wurde, das Geburtsdatum stimmte aber überein, so dass man davon ausgehen konnte, dass es sich um dieselbe Person handelte und sich nur Übertragungsfehler eingeschlichen haben. Deshalb besteht durchaus die Möglichkeit, dass weitere Frauen, deren Namen im Sterilisationsbuch genannt sind, in der Frauenlinik gewesen sind und möglicherweise nur aufgrund von Fehlern bei der Datenübertragung nicht mehr ermittelt werden können.

Mehr als der Hälfte der Gutachten (55%), wiesen die Diagnose angeborener Schwachsinn auf, während bei den Sterilisationsgutachten in rund 33% diese Erkrankung festgestellt wurde. Auch die Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis dominierten mit 25% der Diagnosen der Frauenklinik deutlicher als bei denen der Sterilisationsgutachten mit 19%. Da diese Erkrankungen in beiden Datenquellen am häufigsten vertreten sind, erlaubt dies die These, dass das Vorhandensein einer solchen Erkrankung meist zur Sterilisation führte.

Wenden wir uns nun der Betrachtung der Altersverteilung zu. Wie oben genannt, zeigt Abbildung 13¹⁰⁷ deutlich zwei Altersgipfel (bimodale Verteilung), der erste von 16 bis 24 Jahren, also in einem relativ jugendlichen Alter, während sich der zweite Gipfel von 31 bis 36 Jahren erstreckt. Dass eine Sterilisation, mit der Intention Nachkommen zu verhindern, in möglichst jungem Alter und bei noch ledigen Frauen stattfinden sollte, erscheint, wie bereits oben ausgeführt, verständlich, weil davon auszugehen ist, dass die ersten Sexualkontakte nach diesem Alter und oft erst nach einer Heirat stattfanden. Dies würde den ersten Gipfel in der Altersverteilung erklären. Woher rührt allerdings der zweite Gipfel in der Altersverteilung? Ein möglicher Grund hierfür könnte sein, dass die Patientinnen erst in diesem Alter Auffälligkeiten in ihrer Persönlichkeit entwickelten, die auf das Vorliegen einer psychischen Erkrankung hinweisen könnten. So ist beispielsweise die Schizophrenie eine Erkrankung, die sich mit Positivsymptomen (zum Beispiel Wahnvorstellungen) erst im höheren Alter manifestiert und aufgrund gering ausgeprägter Minussymptomatik (zum Beispiel Depression, mangelndes Konzentrationsvermögen) in den Anfangsjahren schwer feststellbar ist. Von den fünf Patientinnen mit Schizophrenie waren immerhin drei über 30 Jahre alt. Allerdings muss man erwähnen, dass fünf der über 30jährigen auch an angeborenem Schwachsinn litten - eventuell zeigten sich hier progressive Verläufe, so dass die Erkrankung erst in späteren Jahren diagnostiziert werden konnte.

Ein weiterer Grund für diesen zweiten Altersgipfel könnte sein, dass das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses erst vor kurzer Zeit verabschiedet worden war. In dieser Anfangszeit wurden eben nicht nur junge Patientinnen erfasst, die erst seit kurzem Symptome zeigten, sondern ebenfalls ältere Per-

¹⁰⁷ Vgl. Abb. 13, Abschnitt *Altersverteilung und Familienstand*, S.61

sonen, die schon längere Zeit Symptome zeigten, deren Sterilisation jedoch jetzt erst aufgrund der neuen Gesetzeslage legitim erschien.

Hinsichtlich der in den Akten gefundenen Beschwerden gegen die Durchführung des Eingriffs zeigte sich folgendes: In zwei Akten fanden sich Hinweise auf später eingereichte Beschwerden bezüglich der durchgeführten Sterilisation. Eine Beschwerde stammt aus dem Jahr 1959 - interessanter scheint jedoch ein Beschwerdefall von 1947: Der Akte ist ein Schreiben des damals behandelnden niedergelassenen Gynäkologen beigelegt, den die Patientin aufgrund ihres Kinderwunsches aufgesucht hatte. Dieser Gynäkologe beabsichtigte eine Operation durchzuführen, um die Sterilisation möglicherweise zu revidieren. Der Zwangscharakter der vorgenommenen Sterilisation tritt hierdurch deutlich zu Tage.

6.3. Auswertung der mit Hinweis auf eine Sterilisation versehenen Akten

6.3.1. Allgemeine Informationen und Einteilung

Bei der Aktendurchsicht stellte sich heraus, dass nicht nur Akten mit einem Gutachten existierten, sondern auch solche, in denen sich allenfalls ein Hinweis auf die Durchführung einer Sterilisation, bzw. auf die Ablehnung einer solchen fand. Insgesamt wurden 106 Akten unter diesem Gesichtspunkt erfasst. In weiteren elf Akten der Jahre 1933 und 1934 fanden sich Hinweise auf eine Bearbeitung hinsichtlich einer Erbgesundheitssache in späteren Jahren. In der Mehrzahl dieser elf Fälle wurde durch den zuständigen Medizinalrat um Akteneinsicht aufgrund einer Überprüfung auf das Vorliegen einer Erbkrankheit gebeten. In zwei Fällen wurde das Verfahren ausgesetzt.

Es konnten außerdem noch Akten gefunden werden, in denen Gutachten beigefügt waren, die erst in späteren Jahren erstellt wurden. Die Verteilung der Gutachten auf die späteren Jahre war wie folgt: zwei Gutachten konnten dem Jahr 1935 zugeschrieben werden, vier dem darauf folgenden, weitere vier Gutachten trugen ein Datum des

Jahres 1937 und ein Gutachten wurde 1938 erstellt.

Doch wenden wir uns nun der genaueren Betrachtung der Akten des Zeitraumes 1933 bis 1934 zu:

Da die Hinweise auf eine Erbgesundheitsangelegenheit vielfältig sind, wurde versucht, gemeinsame Nenner zu bilden um diese dann in Kategorien zusammenzufassen.

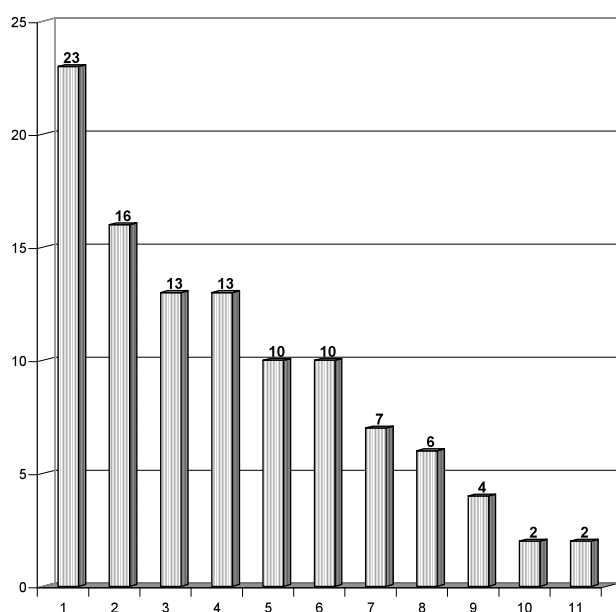


Abb. 18: Einteilung der mit einem Hinweis auf eine Sterilisation versehenen Akten.

1	Befunde der Frauenklinik	
2	Sonstige	
3	Akteneinsicht durch den Medizinalrat	
4	Beschluss des Gerichtes	
5	Meldung beim Oberamtsarzt	
6	Sterilisation durchgeführt	76
7	Ärztliches Zeugnis	

Es wurden elf Kategorien gebildet: Die erste umfasst die schriftlichen Befunde, die von der Frauenklinik bei einer routinemäßigen Untersuchung beigelegt wurden, es fanden sich 23 (21,7%) solcher Berichte in den Akten; die zweite Kategorie wird durch die Akten gebildet, in denen sich ein eindeutiger Vermerk zur Durchführung einer Sterilisation fand, dies war bei zehn (9,4%) Akten der Fall. Um Akteneinsicht durch die zuständigen Gerichte oder Medizinalräte wurde in 13 (12,6%) Fällen gebeten und in 13 (12,6%) weiteren Akten waren Gerichtsbeschlüsse über die Durchführung einer Sterilisation beigelegt. In vier (3,8%) Fällen lagen Schwangerschaften vor und es wurde neben der Sterilisation in einem Fall eine Interruptio angestrebt. In sechs (5,7%) Akten war ein klarer

ab. 2: Einteilung der Akten mit Hinweis auf ihren Sterilisationsvorgang.

Vermerk gegen eine Operation notiert, in sieben (6,6%) Akten waren keine Gutachten sondern lediglich ärztliche Atteste oder Zeugnisse über das Vorliegen einer Erbkrankheit zu finden. In jeweils zwei (1,9%) Fällen war die Aufforderung zur Gutachtenerstellung beigelegt, sowie eine Aufforderung zur Aussetzung des Verfahrens. In zehn (9,4%) Fällen wurde außer der Meldung beim Oberamtsarzt kein Hinweis auf eine Sterilisation gefunden. In die Kategorie „Sonstige“ fallen mit 16 (15,1%) Akten diejenigen, die sich nicht in die anderen Kategorien einteilen lassen. Um einige wichtige zu nennen, folgen nun Beispiele: Ein Sippenfragebogen, der dem Anhang beigelegt ist, eine Erwähnung eines Gutachtens, das aber nicht zu finden war, eine Einwilligungserklärung einer Patientin und eines Vaters einer Patientin, eine Anfrage der Rassenhygienischen Forschungsstelle mit der Bitte um Akteneinsicht, ein Hinweis auf ein Antragsformular zur Operationsdurchführung, die Erlaubnis zur Durchführung einer eugenischen Sterilisation in Absprache mit Professor Gaupp, die Frage nach der Ehe-tauglichkeit und ähnliches. Um die Ergebnisse zu veranschaulichen ist Abbildung 18 und Tabelle 2 beigelegt.

6.3.2. Erfassung der personenspezifischen Daten

Beruf

Am häufigsten vertreten war in 47 (44,3%) Fällen der Beruf der „Hausfrau“, weitere 30 (28,3%) arbeiteten als „Haustöchter“. Sieben (6,6%) Frauen waren „Arbeiterinnen“ und fünf (4,7%) verdienten sich als „Angestellte“ ihren Unterhalt. Viermal (3,7%) war der Beruf des „Dienstmädchens“ vertreten, in drei (2,8%) Fällen handelte es sich um „Auszubildende“, zwei (1,8%) Patientinnen arbeiteten als „Näherinnen“ und eine (0,9%) als „Haushälterin“. Bei sieben (6,6%) Patientinnen fehlte eine entsprechende Berufsbezeichnung. Unter die Kategorie „Auszubildende“ fallen eine Studentin, eine Schülerin und eine Praktikantin, während durch die Kategorie „Angestellte“ ein Servierfräulein, eine Kontoristin, eine Altenpflegerin, eine Kindergärtnerin und eine Krankenschwester zusammengefasst werden. Die Profession „Näherin“ wird gesondert und nicht in der Kategorie „Arbeiterinnen“ aufgeführt, da diesen Beruf einige Patientinnen ausübten. Siehe auch Abbildung 19.

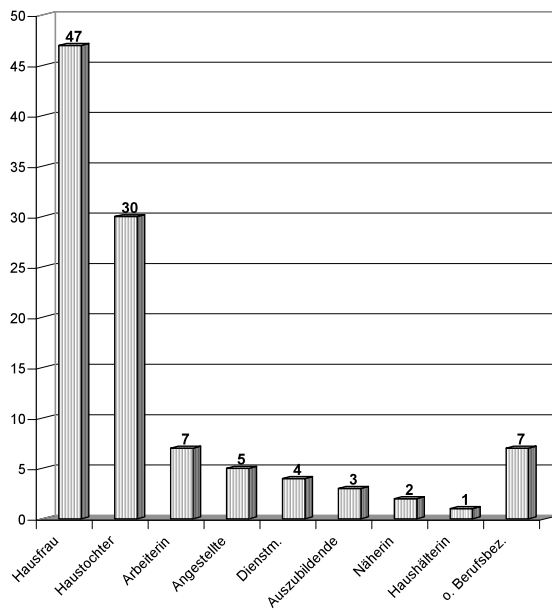


Abb. 19: Verteilung der Berufe der Patientinnen mit Hinweis auf eine Sterilisation.

Bei sieben (6,6%) Patientinnen fehlte eine entsprechende Berufsbezeichnung. Unter die Kategorie „Auszubildende“ fallen eine Studentin, eine Schülerin und eine Praktikantin, während durch die Kategorie „Angestellte“ ein Servierfräulein, eine Kontoristin, eine Altenpflegerin, eine Kindergärtnerin und eine Krankenschwester zusammengefasst werden. Die Profession „Näherin“ wird gesondert und nicht in der Kategorie „Arbeiterinnen“ aufgeführt, da diesen Beruf einige Patientinnen ausübten. Siehe auch Abbildung 19.

Familienstand

Die meisten der Frauen, nämlich 55 (51,9%) waren noch nicht liiert, während 42 (39,6%) bereits verheiratet waren. Unter den Frauen waren sechs (5,8%) Witwen, geschiedene Ehen tauchten in dieser Statistik nicht auf. Bei drei (2,8%) Frauen konnte eine Angabe zum Familienstand nicht gefunden werden.

Altersverteilung

Bei der Altersverteilung zeigt sich folgendes: In die Kategorie der 10 bis 15jährigen fielen drei Patientinnen (2,8%), von 16 bis 20 Jahren fanden sich acht (7,5%), 21 bis 25 Jahre alt waren 22 (20,8%) Frauen und 26 bis 30 Jahre zählten 17 (16,0%) Patientinnen. Ebenso 21 (19,8%) Frauen waren 31 bis 35 Jahre alt und weitere 18 (17,0%) waren 36 bis 40 Jahre. Nur drei (2,8%) Patientinnen fielen in die Kategorie 41 bis 45 Jahre und über 45 Jahre waren noch 13 (12,3%) Frauen zu finden. Bei einer (0,9%) Patientin konnte keine Altersangabe oder ein Geburtsdatum gefunden werden.

Damit ergibt sich ein Durchschnittswert von 32 Jahren, die Standardabweichung beträgt 11,59. Die jüngste Patientin war 14, die älteste 67 Jahre alt.

Zur Veranschaulichung wird auf Abbildung 20 verwiesen.

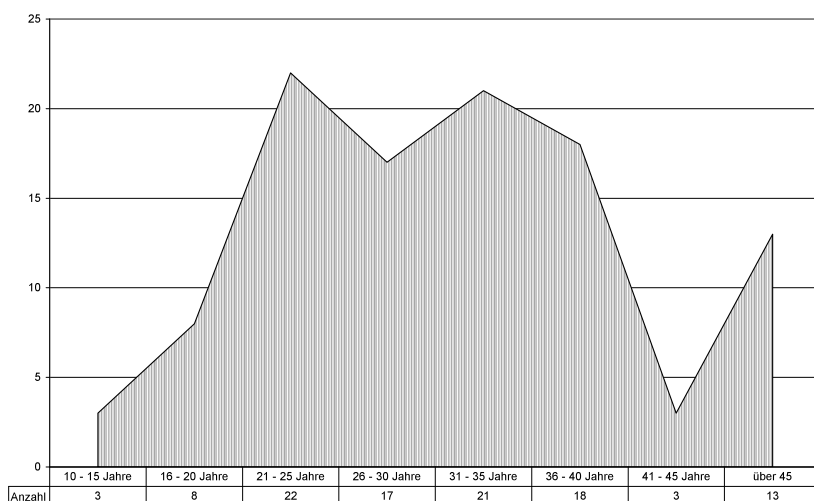


Abb. 20: Altersverteilung der Patientinnen mit Hinweis auf eine Sterilisation.

Prognose und Konfession

Folgendes Bild zeigte sich bei der Auswertung der Akten hinsichtlich der Konfession: In 71 (67,0%) und damit der überragenden Mehrzahl der Fälle waren die Patientinnen evangelischen Glaubens. 31 (29,2%) Frauen waren katholisch, in zwei (1,9%) Fällen gab es keine Angabe zur Konfession und in jeweils einem (0,9%) Fall war eine Patientin ungetauft, bzw. jüdischen Glaubens.

Ich verweise zum Vergleich auf Tabelle 3, in der die beiden Fälle ohne Angaben zur Konfession nicht aufgeführt sind.

	evangelisch	katholisch	jüdisch	ungetauft
Anzahl	71	31	1	1
Prozentsatz	67,0%	29,2%	0,9%	0,9%

Tab. 3: Konfessionsverteilung der Auswertung „Akten mit Hinweis auf eine Sterilisation“.

Bezüglich der Prognose, also der Heilungschancen einer Patientin, ergab sich, dass 40 (36,7%) Personen als gebessert entlassen wurden, 31 (29,2%) galten als ungeheilt und in 23 (21,7%) Akten war keine Angabe zur Prognose zu finden. Weitere acht (7,5%) Patientinnen wurden als nicht geisteskrank eingestuft und nur vier (3,8%) wurden aus der Klinik als geheilt entlassen.

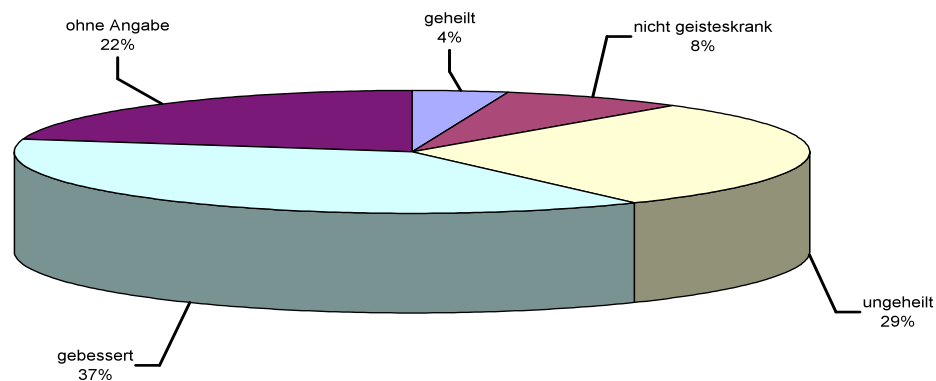


Abb. 21: Prognose der Erkrankungen der Patientinnen mit Hinweis auf eine Sterilisation.

Diagnosen

Bei der Erfassung der Diagnosen zeigte sich, dass weitaus am häufigsten die Diagnose Schizophrenie mit 39 (36,8%) Fällen auftrat, es folgten mit 16 (15,1%) Fällen die organischen Erkrankungen, mit acht (7,5%) Fällen die manisch-depressiven Erkrankungen, ebenso wie die Diagnose angeborener Schwachsinn. Die Erkrankungen aus dem depressiven Formenkreis waren mit elf (10,4%) Fällen vertreten. Die Epilepsie trat ebenfalls in elf (10,4%) Fällen als Diagnose auf. Die Psychopathie war in 10 (9,4%) Fällen als Diagnose angegeben. In einem (0,9%) Fall war die Demenz Grund für die Aufnahme. Bei der Analyse dieser Akten ist die Diagnose Kommotionsfolgen nicht vertreten gewe-

sen. In zwei (1,9%) Fällen konnte keine Diagnose eruiert werden. Siehe hierzu auch die nachfolgende Abbildung 22.

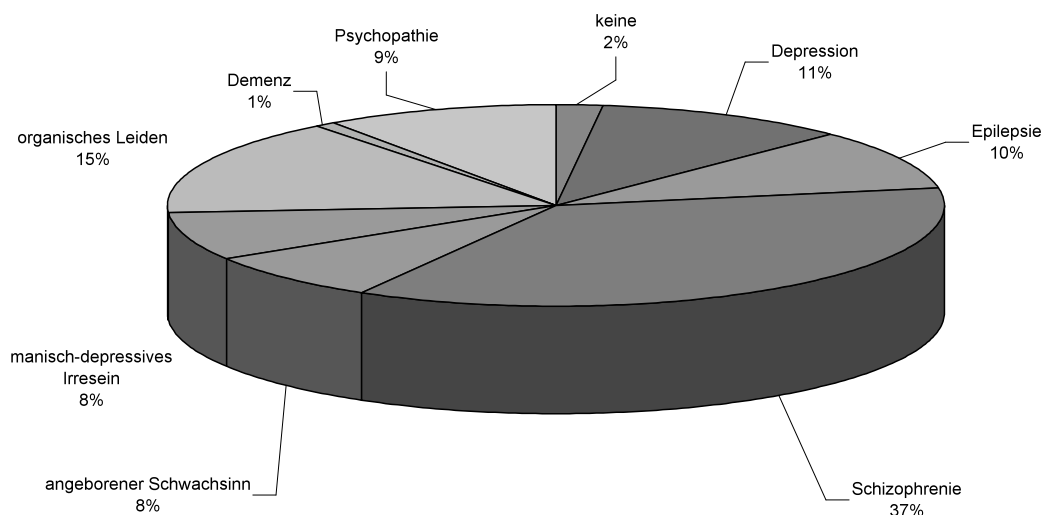


Abb. 22: Verteilung der Diagnosen bei der Aufnahme der Patientinnen mit Hinweis auf eine Sterilisation.

Betrachtet man jetzt nur jene 20 Fälle, in denen eine Sterilisation durch eine Datumsangabe gesichert scheint, ergibt sich eine andere Diagnosenverteilung. Es finden sich rund 10 Fälle (50%) mit der Diagnose Epilepsie, weitere 5 Fälle (25%) weisen die Diagnose angeborener Schwachsinn auf. Es folgen mit jeweils 2 Fällen (10%) die Erkrankungen organischer Genese, sowie des manisch-depressiven Formenkreises. In einem (5%) Fall wurde die Diagnose Schizophrenie festgestellt. Siehe auch Tabelle 3.

Erkrankung	Epilepsie	Ang. Schwachsinn	Manisch-depressiv	Org. Erkrankung	Schizophrenie
Sterilisation in Fällen	10	5	2	2	1

Tab. 4: Auflistung der Diagnosen, bei denen eine Sterilisation durchgeführt wurde, bezogen auf die Akten mit Hinweis auf eine Sterilisation.

Familiäre Vorbelastung

In 47 (44,3%) Fällen konnte keine Erbkrankheit, bzw. familiäre Vorbelastung nachgewiesen werden, während bei 39 (36,8%) Patientinnen eine Erbkrankheit vorlag. Keine gesicherten Angaben konnten bei 16 (15,1%) Patientinnen gemacht werden und in weiteren vier (3,8%) Fällen waren keine Angaben zur Familienanamnese zu finden. Die beigefügte Abbildung 23 veranschaulicht diese Fakten nochmals:

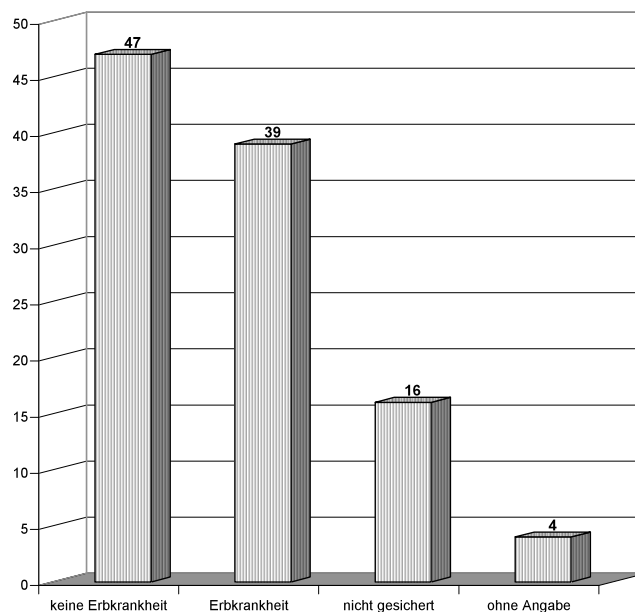


Abb. 23: Erbliche Vorbelastung der Patientinnen mit Hinweis auf eine Sterilisation.

Aufenthaltsdauer

Die Aufenthaltsdauer dieses hier ausgewerteten Patientenguts betrug im Durchschnitt 59 Tage. Das Minimum lag bei einem Tag, diese Patientin wurde sofort in die Frauenklinik überwiesen, in dieser Akte fand sich ein Bescheid der Frauenklinik über die durchzuführende Operation und eine Einwilligungserklärung des Ehemannes. Vermutlich war die Aufenthaltsdauer so kurz, weil es sich hier um einen Fall handelte, bei welchem bereits eine Einwilligungserklärung vorlag und die Frauenklinik schon unterrichtet worden war.

Die längste Aufenthaltsdauer betrug 361 Tage. Hier handelte es sich um eine Patientin, die an Schizophrenie erkrankt war und sich im Rahmen ihres Aufent-

haltes in der Nervenlinik der Sterilisation in der Frauenklinik unterziehen musste. Nach der Sterilisation wurde sie wieder in die Nervenlinik zurückverlegt.

6.3.3. Erfassung der sterilisationsbedingten Einträge

Sterilisation und Meldung

Bei diesen 106 Akten konnte in 20 (18,9%) Fällen eine Sterilisation anhand des im Sterilisationsbuch eingetragenen Datums als gesichert angenommen werden. 60 (56,6%) von den 106 Patientinnen wurden dem Oberamtsarzt gemeldet, in 46 (43,4%) Fällen konnte kein Meldedatum ermittelt werden. Diese Daten wurden erstens erhoben anhand der Eintragung im Sterilisationsbuch und zweitens waren die Akten auf dem Deckblatt mit einem Stempel versehen, wenn die Patientin dem Oberamtsarzt gemeldet worden war. Bei den 60 (56,6%) Fällen, in denen ein Meldedatum festgestellt werden konnte, war es allerdings in nur neun (8,5%) Fällen durch das gleichzeitige Vorhandensein des Meldedatums und des Datums der Operation möglich, die Wartezeit für eine Sterilisation zu ermitteln. Berechnet man aus diesen neun Fällen den Durchschnitt so ergibt sich, dass im Schnitt 155 Tage von der Meldung bis zur Operation verstrichen. Die geringste Wartezeit lag bei sieben Tagen, die höchste betrug 335 Tage.

Weiter ist noch zu erwähnen, dass sich 89 (84,0%) Namen im Sterilisationsbuch wieder fanden, während 12 (11,3%) anhand der Diagnoseblätter - die versehen waren mit dem Hinweis auf eine Begutachtung - gefunden werden konnten und fünf (4,7%) weitere Namen aus dem Aufnahmebuch stammten ohne eine wesentliche Kennzeichnung einer Bearbeitung im Sinne einer Erbgesundheitsangelegenheit zu tragen.

Frauenklinikaufenthalte

Da die Hypothese im Raum stand, ob die Nennung einer Patientin im Sterilisationsbuch eventuell im Zusammenhang steht mit einer Überweisung in die hiesige Frauenklinik wurde bei den 106 Akten dieser Aspekt näher betrachtet, was zu folgendem Ergebnis führte: In 41 (38,7%) Fällen konnte eine Einweisung in die Frauenklinik anhand eines kurzen Befundberichtes der Frauenklinik nachgewiesen werden. Es handelt sich hierbei aber nicht nur um Berichte bezüglich

einer möglichen Sterilisation, wie sie in der Kategorie oben aufgeführt worden sind, sondern ferner um ganz normale Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen der Abklärung eventueller Beschwerden oder Erkrankungen. Die übrigen 65 (61,3) Akten wiesen keinen Befundbericht der Frauenklinik auf, so dass davon auszugehen ist, dass keine Konsultation der Frauenklinik stattgefunden hat. In der Diskussion der Ergebnisse wird auf die oben genannte Hypothese noch näher einzugehen sein.

6.3.4. Diskussion der Ergebnisse

Bei der Untersuchung der Akten ergab sich, dass in rund 19% der Fälle die Durchführung einer Sterilisation nachgewiesen konnte. Dies wurde möglich anhand der von Berichte in der Akte, die das genaue Datum der Operation aufwiesen. Hier entsteht eine große Diskrepanz zu den tatsächlich gemeldeten Fällen, so wurden rund 57% der Frauen dem Oberamtsarzt mit einem Verdacht auf das Vorliegen einer erblichen Erkrankung gemeldet. Geht man von diesen Zahlen aus, kann spekuliert werden, dass von 100 gemeldeten Fällen nur in rund 20% tatsächlich eine Sterilisation durchgeführt wurde. Eventuell konnte das Gesundheitsamt bei den anderen gemeldeten Fällen keine Erbkrankheit feststellen, oder aber die Sterilisation wurde in Folge der Verhandlung abgelehnt. Denkbar wäre aber die Durchführung einer Sterilisation in späteren Jahren und ein Vermerk hierüber könnte in einer eventuell neu angelegten Akte aus einem anderen Jahrgang zu finden sein. Ein weiterer Grund für die geringe Zahl an durchgeführten Sterilisationen könnte aber ebenso durch eine lückenhafte Dokumentation bedingt sein. Das heißt, es besteht die Möglichkeit, dass die Durchführung einer Operation nicht immer in der Akte der Nervenklinik vermerkt wurde, sei es aufgrund mangelhafter Kommunikation mit der Frauenklinik, dem Gericht oder mit der Patientin selbst.

Überhaupt scheint die Dokumentation nicht nach einem festen Schema durchgeführt worden zu sein, die Vielfalt an Dokumenten zum Vermerk einer durchgeführten Sterilisation ist immens und reicht über Gerichtsbeschlüsse zu Operationsberichten der Frauenklinik sowie zu handschriftlichen Bemerkungen in der Akte. Eventuell ist der Grund für die unzulängliche und vielfältige Dokumentati-

on, dass sich diese Untersuchung über die Anfangsjahre erstreckt und sich die Umsetzung der neuen Gesetzeslinien damals noch als schwierig erwies.

Die Mehrzahl der Frauen (84%) wurde nicht nur im Aufnahmebuch, sondern zusätzlich im Sterilisationsbuch genannt. Immerhin wurden zusätzlich rund 11% der Namen bei der Durchsicht der Diagnoseblätter entdeckt - weitere rund 5% der Frauen stammten allein aus dem Aufnahmebuch, ohne die Kennzeichnung eines Sterilisationsverfahrens zu tragen. Die Diagnoseblätter hingegen zeigten in manchen Fällen eine kurze Bemerkung über die Durchführung einer Begutachtung oder eines Sterilisationsverfahrens. Betrachtet man ausschließlich die 20 Fälle, in denen eine Sterilisation durch das Vorhandensein eines genauen Datums verifiziert wird, so wurden 65% dieser Frauen im Sterilisationsbuch erwähnt. Rund 25% der 20 Fälle wurden lediglich in den Diagnoseblättern gefunden, dies kann wiederum als Hinweis auf die mangelhafte Dokumentation gedeutet werden. Die übrigen 10% dieser Namen waren ausschließlich im Aufnahmebuch notiert.

Aus den wenigen Fällen, bei welchen sowohl das Datum der Sterilisation als auch das Datum der Meldung beim Oberamtsarzt angegeben ist, geht hervor, dass das Verfahren im Schnitt 155 Tage, also rund 22 Wochen dauerte. Vergleicht man dieses Ergebnis mit dem Ergebnis der Wartezeit von Gerichtsbeschluss bis zur Sterilisation aus den Akten der Frauenklinik so fällt auf, dass die Hälfte der Zeit, also rund 11 Wochen das Verfahren an sich dauerte und weitere 11 Wochen bis zur Sterilisation verstrichen. Warum diese relativ lange Wartezeit nach Beschluss des Gerichtes zustande kam, kann nicht mehr geklärt werden.

Auch in dieser Auswertung bestätigte sich, analog zu den beiden vorangehenden, dass die Mehrzahl, nämlich 67% der Frauen evangelischen Glaubens gewesen ist.

In einem Drittel der Fälle wurden die Patientinnen als ungeheilt entlassen, nur rund 4% konnten als geheilt werden. Dies entspricht den Zahlen der Auswertung der Sterilisationsgutachten, woraus der Schluss gezogen werden kann, dass es sich in den meisten Fällen um chronische Erkrankungen handelte, deren Verlauf schwerlich positiv beeinflusst werden konnte.

44% der Patientinnen wiesen keine familiäre Vorbelastung auf, auch hier stimmen die Zahlen näherungsweise mit denen der Sterilisationsgutachten (49% familiäre Vorbelastung) überein.

Der Altersdurchschnitt betrug 32 Jahre. Betrachtet man jedoch wieder nur die Patientinnen, bei denen eine Sterilisation durch das vorliegende Datum gesichert scheint, so sinkt der Altersdurchschnitt auf rund 28 Jahre, was dem Altersdurchschnitt der Frauen mit Sterilisationsgutachten¹⁰⁸ wieder sehr nahe kommt. Somit wird die These untermauert, bei den Sterilisationsopfern handele es sich überwiegend um junge Frauen im heiratsfähigen Alter.

Bei der Betrachtung der Berufe dominierten erneut die Berufe aus dem hauswirtschaftlichen Bereich mit einem Anteil von 79%. Außerdem waren rund 3% der Patientinnen Auszubildende - ein Status, der in den weiteren Auswertungen nicht mehr auftauchte. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug 59 Tage, wobei einige (vier) Aufenthalte bis fast ein Jahr andauerten.

Am häufigsten waren mit gut einem Drittel die Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis vertreten, gefolgt von Erkrankungen organischer Genese mit 15%. Die Diagnose angeborener Schwachsinn war mit rund 8% vergleichsweise selten aufgeführt.¹⁰⁹

Betrachtet man nun wieder nur die tatsächlich sterilisierten Patientinnen, so fällt auf, dass hier die Diagnose der Epilepsie mit 50% an erster Stelle steht, gefolgt von der Diagnose des angeborenen Schwachsinn mit rund 25%. Eine ähnliche Verteilung mit Epilepsie als häufigste Erkrankung ergab sich bei sonst keiner Auswertung. Auch hier ist die Diagnose des angeborenen Schwachsinn mit knapp einem Drittel vertreten, ähnlich der Verteilung der Sterilisationsgutachten. Die Auswertung der Akten zeigte, dass die oben aufgestellte Hypothese¹¹⁰ bezüglich der Überweisung in die Frauenklinik kaum bestätigt werden konnte. Wie in der Auswertung bereits erwähnt, waren rund 39% der 106 Frauen zu einer Untersuchung in der Frauenklinik gewesen. Betrachtet man nur die 89 Personen, die im Sterilisationsbuch genannt wurden, so ergibt sich ein Anteil von

¹⁰⁸ Vgl. Auswertung der Sterilisationsgutachten: Altersdurchschnitt 24 Jahre. Abschnitt *Altersverteilung*, S.42.

¹⁰⁹ Vgl. Auswertung der Sterilisationsgutachten: ~32% Diagnose angeborener Schwachsinn. Abschnitt *Diagnosen der Gutachter*. S.53.

¹¹⁰ Vgl. Hypothese, Abschnitt *Frauenklinikaufenthalte*, S.78.

rund 46% an Frauen, die in die Frauenklinik überwiesen wurden. Dies bedeutet, dass fast die Hälfte der Frauen, die in der Frauenklinik untersucht worden sind, im Sterilisationsbuch genannt wird. Allerdings konnte ein Zusammenhang zwischen einer Untersuchung in der Frauenklinik und der Durchführung einer Sterilisation nicht hergestellt werden, da es sich in der Mehrzahl der Fälle um normale gynäkologische Vorsorgeuntersuchung handelte, bezüglich einer Sterilisation wurde in den gynäkologischen Befundberichten keine Stellung genommen. Betrachtet man den gesamten Datensatz so fand sich bei acht Patientinnen ein Vermerk über einen Aufenthalt zur Sterilisation in der Frauenklinik. Von diesen acht Patientinnen wurden bis auf eine alle im Sterilisationsbuch genannt. Im entsprechenden Datensatz der Frauenklinik von 1934 fanden sich jedoch nur vier dieser Patientinnen. Die anderen vier Patientinnen wurden in späteren Jahren sterilisiert.

6.4. Auswertung der übrigen Gutachten

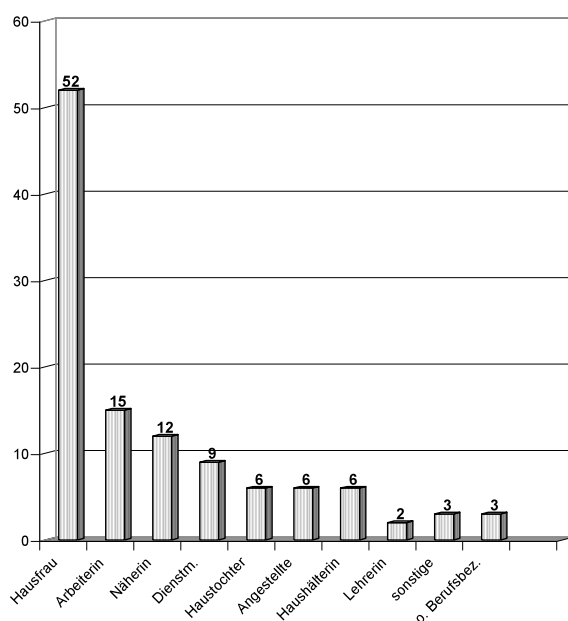
6.4.1. Allgemeine Informationen

Hier werden nun die Gutachten näher betrachtet, die des häufigeren von der Klinik erstellt wurden und in denen beispielsweise Rentenansprüche, Invaliditätsfragen oder juristische Problematik erörtert wurden. Die nähere Unterteilung der Gutachten wird im Folgenden vorgenommen. Bei der Durchsicht der Akten stellte sich heraus, dass insgesamt 114 solcher Begutachtungen durchgeführt wurden. Unter den 114 Gutachten waren 13 Folgegutachten zu finden.

Die Gutachten verteilten sich wie folgt auf die beiden Jahre: Im Jahr 1933 wurden 44 Erstgutachten und fünf Folgegutachten erstellt, während im darauf folgenden 57 Erstbegutachtungen und acht Folgebegutachtungen durchgeführt wurden. Beachtet werden muss hierbei allerdings, dass nur die Gutachten erfasst wurden, die bei der Suche nach den Sterilisationsgutachten in dem Datensatz von 650 Akten auftauchten. Es wurde nicht explizit nach diesen Gutachten gesucht, da dies über die Fragestellung dieser Arbeit hinausgehen würde.

6.4.2. Erfassung der personenspezifischen Daten

Berufe und Altersverteilung



52 (45,6%) Patientinnen waren Hausfrauen, 15 (13,6%) Arbeiterinnen, 12 (10,5%) arbeiteten als Näherinnen und neun (7,9%) verdienten sich als Dienstmädchen ihren Lebensunterhalt. Haustöchter, Angestellte und Haushälterinnen waren in jeweils sechs (5,3%) Fällen zu finden, zweimal (1,6%) wurden Lehrerinnen begutachtet und in drei (2,6%)

Abb. 24: Verteilung der Berufe der Patientinnen mit „normaler“ Begutachtung.

Fällen wurde in der Akte keine Berufsbezeichnung angegeben. In der Kategorie „sonstige“ finden sich eine Direktrice, eine Kontoristin und eine Patientin die die so genannte „Stütze“¹¹¹ vom Staat bezog. Zum Vergleich siehe Abbildung 24.

Bei der Untersuchung der Altersverteilung ergab sich, dass in der Altersgruppe zehn bis 15 Jahre keine Patientin zu finden war, in der Altersgruppe der 16 bis 20jährigen fand sich eine (0,9%) Begutachtete, neun (7,9%) Personen waren in der Altersgruppe von 21 bis 25 Jahren anzusiedeln. Mit 26 bis 30 Jahren fanden sich neun (7,9%) Patientinnen, und in der Kategorie der 31 bis 35 Jährigen waren 16 (14%) der Begutachteten zu finden. Sechs (5,3%) Personen zählten zwischen 36 und 40 Jahre, während zwölf (10,5%) 41 bis 45 Jahre alt waren. Die größte Anzahl, nämlich 42 (36,8%) fanden sich in der Kategorie über 45 Jahre. Bei 19 (16,7%) Personen konnte aufgrund des fehlenden Geburtsdatums kein Alter ermittelt werden.

Die älteste Patientin war 63 Jahre, die jüngste 19 Jahre. Der Altersdurchschnitt lag bei 43 Jahren. Die Standardabweichung beträgt 11,78. Vergleiche zur Altersverteilung auch Abbildung 25.

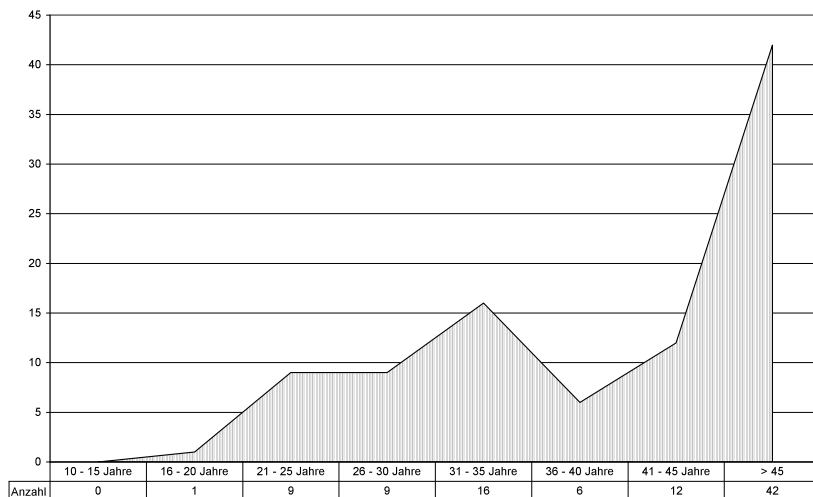


Abb. 25: Altersverteilung der Patientinnen mit „normaler“ Begutachtung.

¹¹¹ Anm.: Der Ausdruck „Stütze“ wird in den Akten verwendet, wenn Unterhaltszahlungen vom Staat bezogen wurden.

Familienstand

52 (45,6%) der Frauen waren ledig, 39 (34,2%) bereits verheiratet. Unter den 114 Frauen waren insgesamt 20 (17,5%) Witwen und eine (0,9%) in Scheidung lebende Frau zu finden. Die Angabe zum Familienstand fehlte bei zwei (1,8%) Patientinnen.

Konfession

Es ergab sich, dass die Mehrzahl von 67 Frauen (58,8%) evangelischen Glaubens waren, während 39 Frauen (34,2%) der katholischen Kirche angehörten. Eine Angabe zur Konfession fehlte in vier (3,5%) Fällen und drei (2,6%) der Frauen waren nicht getauft. Jüdischen Glaubens war nur eine (0,9%) Patientin. Diese Ergebnisse werden in der nachfolgenden Tabelle nochmals verdeutlicht:

	evangelisch	katholisch	jüdisch	ungetauft	keine Angabe
Anzahl	67	39	1	3	4
Prozentsatz	58,8%	34,2%	0,9%	2,6%	3,5%

Tab. 5: Konfessionsverteilung der Auswertung der übrigen Gutachten.

Erbkrankheiten und weiterführende Diagnostik

Es zeigte sich, dass bei 15 (13,2%) Personen eine familiäre Belastung im Sinne einer Erbkrankheit vorlag. Im überwiegenden Teil von 85 (74,6%) Fällen konnte allerdings keine familiäre Belastung gefunden werden. In 14 (12,3%) weiteren Fällen waren keine Angaben über das Vorliegen einer Erbkrankheit zu finden.

Die nähere Betrachtung zur Durchführung einer weiterführenden Diagnostik, im Sinne einer Überweisung in eine andere Fachklinik, z. B. in die Augen- oder Hautklinik ergab, dass in 95 (83,3%) Fällen eine Überweisung/Einweisung zur Klärung bestimmter Fragestellungen erfolgte. In 14 (12,3%) Fällen erfolgte keine Konsultation anderer Fachgebiete. Bei fünf (4,4%) Patientinnen fehlte eine Angabe zur Durchführung einer weiterführenden Diagnostik.

Aufnahmegrund und Aufenthaltsdauer

Bei der Verteilung der Diagnosen zeigte sich folgendes Bild: In 37 (32,5%) Gutachten wurde als Diagnose eine organische Erkrankung genannt, in 24 (21%) Fällen handelte es sich um Psychopathien oder auch neurotische Erkrankun-

gen, während in 19 (16,7%) Fällen eine Unfallfolge als Diagnose genannt wurde. Es folgten mit zehn (8,8%) Fällen die Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises, in acht (7,0%) Fällen fand sich angeborener Schwachsinn als Diagnose. Bei sechs (5,3%) Gutachten waren depressive Erkrankungen genannt, gefolgt von fünf (4,4%) Fällen mit Epilepsie. Den Schluss bildeten mit zwei (1,8%) Fällen die dementiellen Erkrankungen und bei drei (2,6%) Gutachten konnte keine Diagnose eruiert werden, wie auch die nachfolgende Abbildung 26 graphisch darstellt.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Patientinnen in der Klinik betrug rund 12 Tage, die minimale Dauer lag bei einem Tag, die maximale umfasste 196 Tage.

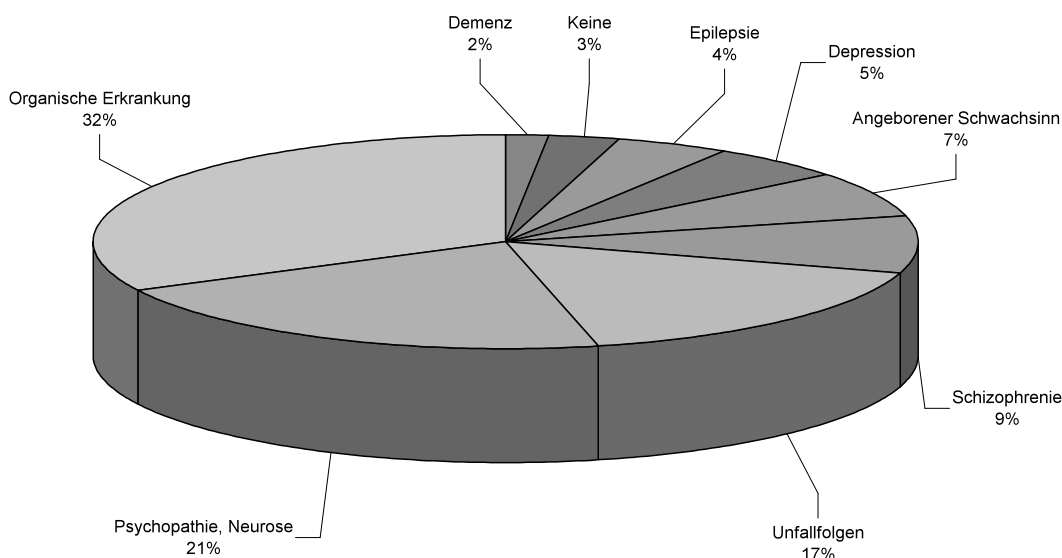


Abb. 26: Diagnose bei der Aufnahme der Patientinnen zur normalen Begutachtung.

6.4.3. Erfassung der gutachtensspezifischen Daten

Art und Länge der Gutachten

In 78 (68,4%) Fällen wurden Renten-, bzw. Invaliditätsansprüche thematisiert. Als Auftraggeber fungierte die Landesversicherungsanstalt Württemberg. Am zweithäufigsten vertreten waren 28 (24,6%) Fälle zur Erfassung von Unfallfolgen, deren Auftraggeber im Allgemeinen die zuständigen Berufsgenossenschaften gewesen sind. Sieben (6,1%) Gutachten wurden im Auftrag des Ge-

richtes erstellt, meist ging es hier um die Frage der Schuldfähigkeit oder um ein Entmündigungsverfahren. Diese sieben Fälle sind unter der Kategorie „Forensik“ zusammengestellt. In die Kategorie „sonstige“ fällt ein (0,9%) weiteres Gutachten, hier war eine Lebensversicherung Grund für die Erstellung eines Gutachtens. Geklärt werden sollte, ob der Tod der Patientin als direkte Folge eines Unfalls zu verstehen gewesen ist, und ob damit die Versicherungssumme auszuzahlen wäre. Zur Veranschaulichung wird auf Abbildung 27 verwiesen.

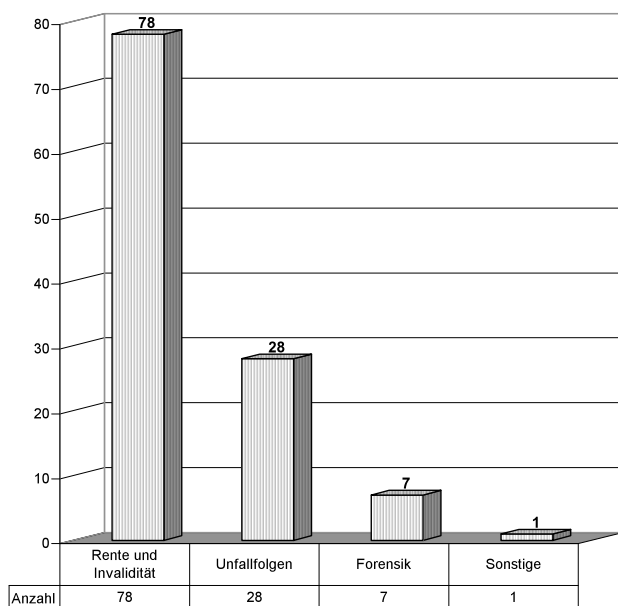


Abb. 27: Art der Gutachten.

Die durchschnittliche Länge der Gutachten betrug sieben Seiten, wobei das längste Gutachten 35 Seiten enthielt und das kürzeste sich auf zwei Seiten beschränkte. Das mit 35 Seiten anberaumte Gutachten war ein forensisches, in dem eine Ehescheidung thematisiert und die Straffähigkeit der begutachteten Person festgestellt werden sollte. Die meisten Gutachten, bei denen als Auftraggeber die Landesversicherungsanstalt fungierte, bedienten sich eines vierseitigen Formulars, in das die wichtigsten Daten durch den Arzt eingetragen werden mussten.

Diagnosen der Gutachter

Bei der Untersuchung der Diagnosen, die von den Gutachtern gestellt wurden, zeigte sich, dass in 44 (38,6%) Fällen (Aufnahmegrund 37 Fälle) eine organische Erkrankung vorlag, wobei bei diesen Fällen eine relativ große Anzahl (15,9%) an durch das Klimakterium hervorgerufene Beschwerden zu finden waren. Es folgten mit 20 (17,5%) Fällen (Aufnahmegrund 24 Fälle) die psychopathischen, bzw. neurotischen Erkrankungen. In 15 (13,2%) Fällen (Aufnahmegrund 19 Fälle) konnte die vorliegende Erkrankung als direkte Unfallfolge verifi-

ziert werden. Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises waren mit neun (7,9%) Fällen (Aufnahmegrund 10 Fälle) vertreten und in jeweils sieben (6,1%) Fällen wurde angeborener Schwachsinn (Aufnahmegrund acht Fälle) oder Depression (Aufnahmegrund sechs Fälle) diagnostiziert. Bei fünf (4,4%) Patientinnen (Aufnahmegrund drei Fälle) fehlte die Angabe einer Diagnose oder diese konnte nicht gestellt werden. Vier (3,5%) Patientinnen (Aufnahmegrund fünf Fälle) litten an Epilepsie und bei zwei (1,8%) weiteren wurde ein dementielles Syndrom (Aufnahmegrund zwei Fälle) diagnostiziert. In einem Fall (0,9%) lag eine Simulation vor. Vergleicht man die als Aufnahmegrund eingetragenen Diagnosen mit den Diagnosen, die durch die Gutachter gestellt wurden, so ergibt sich, dass in 79 (69,3%) Fällen die Verdachtsdiagnose bestätigt werden konnte. In 35 (30,7%) Fällen wurde die Erstdiagnose revidiert und durch eine andere ersetzt. Siehe auch Abbildung 28.

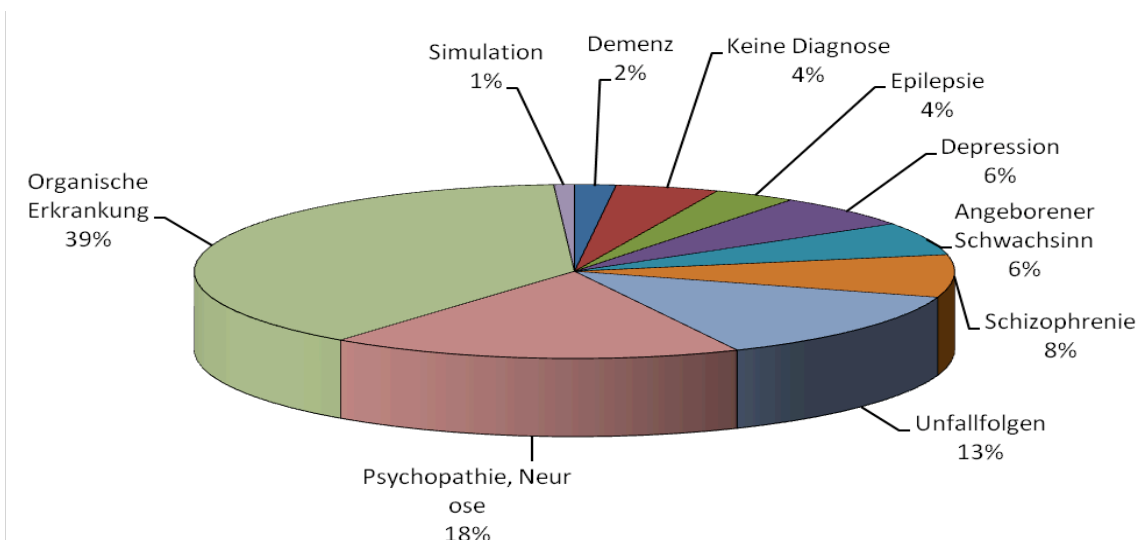
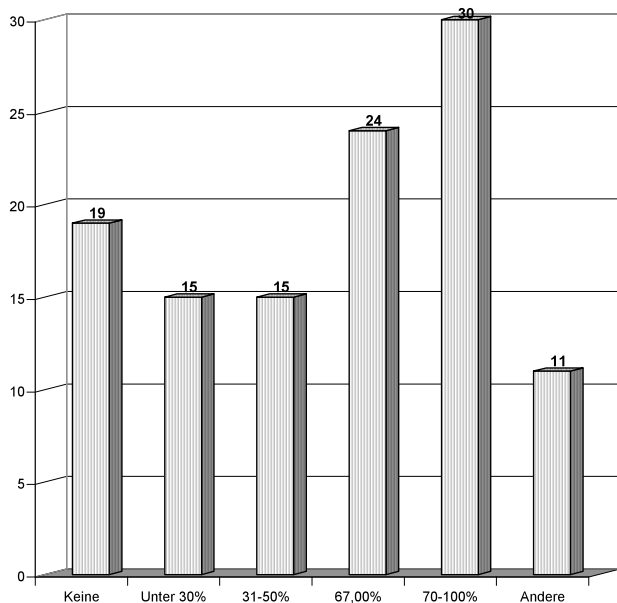


Abb. 28: Diagnose bei der Klinikaufnahme der Patientinnen zur normalen Begutachtung.

Erwerbsminderung und Beschwerden

Ab 67% Erwerbsminderung galt der Arbeitnehmer als erwerbsunfähig, bzw. als invalide und konnte eine Rente vom Staat beziehen.

Bei der Untersuchung der Akten ergab sich folgendes Ergebnis: 19 (16,7%) Personen wurden als nicht erwerbsunfähig eingestuft, konnten also im normalen Umfang arbeiten, 15 (13,2%) wurden als 30% erwerbsgemindert eingeschätzt.



Ebenfalls 15 (13,2%) wurden in dem Bereich von 31 bis 50% Erwerbsminderung angesiedelt. Mit 67% und damit als erwerbsunfähig wurden 24 (21,1%) Begutachtete angesehen, 30 (26,3%) Personen erreichten 70-100% Erwerbsunfähigkeit und in elf (9,6%) Fällen konnte keine Prozentzahl ermittelt werden, oder es handelte sich um inhaltlich andere Gutachten.

Abb. 29: Grad der Erwerbsminderung.

Das bedeutet, dass in 54 Fällen, also bei 47,4%, eine Invalidität vorlag, und in 30 Fällen, sprich bei 26,3% eine teilweise Erwerbsminderung festgestellt wurde. 30 Personen, also ebenfalls 26,3% der Fälle, wiesen keine Erwerbsminderung auf. In nur drei (2,6%) Fällen wurde gegen das Gutachten, bzw. gegen die Gerichtsentscheidung Beschwerde eingelegt. In den anderen Fällen konnte ein entsprechender Hinweis nicht gefunden werden, so dass davon auszugehen ist, dass in diesen 111 Fällen keine Beschwerde eingelegt worden ist. Abbildung 29¹¹² veranschaulicht diese Zahlen noch einmal.

¹¹² Anmerkung: Auf der x-Achse ist der Grad der Erwerbsminderung in % angegeben.

6.4.4. Diskussion der Ergebnisse

Bei der Betrachtung der Altersverteilung der Patientinnen fiel im Vergleich mit den Ergebnissen der beiden anderen Auswertungen eine deutliche Verschiebung des Alterdurchschnittes zu einem höheren Niveau auf, so betrug der Durchschnitt hier 43 Jahre. Über ein Drittel, nämlich rund 37% der Patientinnen, hatte das 45. Lebensjahr schon überschritten und über die Hälfte (rund 52%) waren bereits über 36 Jahre alt. Der Grund für den höheren Altersdurchschnitt könnte sein, dass es sich bei den hier vorliegenden Gutachten in der überwältigenden Mehrzahl der Fälle, nämlich in rund 93%, um so genannte „Invaliditätsgutachten“ handelte, also Gutachten, in denen geklärt werden sollte, ob die Erkrankung, an der die jeweilige Patientin litt, eine Erwerbsminderung nach sich zog und damit einen Rentenanspruch rechtfertigen würde. Bei diesen 93% Invaliditätsgutachten sind diejenigen mit eingeschlossen, in denen eine Erwerbsminderung durch einen Unfall herbeigeführt wurde. Man kann nun zwei Hypothesen aufstellen, um dieses Phänomen zu erklären: Erstens, dass die Patientinnen häufig erst in höherem Alter an einer schwer wiegenden, in eine Erwerbsminderung einmündende Erkrankung litten, oder zweitens, dass erst im fortgeschrittenen Alter durch eine Verschlechterung der vielleicht schon seit Jahren bestehenden Erkrankung eine Erwerbsminderung erst gerechtfertigt wurde.

Eine Veränderung der Ergebnisse zeigte sich ferner bei der Betrachtung der Diagnosen, hier findet sich ein deutlich häufigeres Auftreten von organischen Erkrankungen mit einem Anteil von rund 32%, während die Diagnose des angeborenen Schwachsinn mit nur 7% vertreten ist. Im Vergleich dazu findet man bei den Sterilisationsgutachten die Diagnose angeborener Schwachsinn in rund 32% und Erkrankungen organischer Genese sind nur in rund 10% der Fälle vertreten. Hier zeigt sich also eine Verschiebung der Diagnosen hin zu Erkrankungen organischer Genese. Interessanterweise findet sich in lediglich 1,8% der Fälle die Diagnose des dementiellen Syndroms. Im Vergleich zu heute

mit einer Prävalenz der Demenzerkrankungen bei über 65jährigen von 7,2%¹¹³, ist dies ein relativ geringer Prozentsatz. Das könnte darin begründet sein, dass es sich hier um ein Patientengut mit geringerem Altersdurchschnitt als 65 Jahre handelt.

Ein weiterer Punkt, der ins Auge fällt, ist die Tatsache, dass knapp die Hälfte der Gutachten, rund 42%, eine Erwerbsminderung und somit einen Rentenanspruch bescheinigten, und eine teilweise Erwerbsminderung bei rund 26%, also knapp einem Drittel der Patientinnen angenommen wurde. Es zeigt sich, dass in der Mehrzahl der Fälle eine Erwerbsminderung festgestellt wurde. Entweder ist dies darin begründet, dass nur die Patientinnen, die auch tatsächlich schwerkrank waren überhaupt zur Begutachtung „zugelassen“ wurden, oder aber die Gutachter waren zu dieser Zeit großzügig in ihren Urteilen. Ein weiteres Faktum, das zu bedenken wäre, ist, dass zur damaligen Zeit ein Mensch „funktionieren“ musste und mit seiner Arbeitskraft einen Teil zur Gesellschaft beitragen musste. Konnte er dies nicht mehr leisten, war er in der Gesellschaft nicht mehr anerkannt, wie auch in der Einleitung dieser Arbeit anhand einiger Quellen belegt wurde. So wurde vielleicht trotz einer Krankheit länger gearbeitet und versucht, das Arbeitspensum durchzuhalten, um den Wertvorstellungen der Gesellschaft gerecht zu werden.

Wie schon die anderen Auswertungen zeigten, fanden sich bei diesen Gutachten im Jahr 1934 ebenfalls wesentlich mehr Gutachten als im Jahr 1933. Dies könnte bedingt sein durch eine Verbesserung der Dokumentation zur Durchführung eines Gutachtens. Ein wirklicher Hinweis fand sich hierauf allerdings nicht, so dass die Gründe hierfür rein spekulativer Natur sind.

Die Aufenthaltsdauer zur Erstellung dieser Gutachten ist mit 12 Tagen relativ kurz. Dies zeigt, dass die Begutachtung der Patientinnen, die zur „normalen“, meist von der Landesversicherungsanstalt veranlassten Untersuchung kamen, recht schnell von statten ging. Die Gutachten selbst waren vielleicht unter Nutzung der Formulare rascher auszustellen.

Der überwiegende Teil der Begutachteten, nämlich rund 46%, waren Hausfrauen von Beruf, wobei auch ein erstaunlich hoher Anteil an Näherinnen mit rund

¹¹³ Bickel, Horst (2002): *Die Epidemiologie der Demenz*. Psychiatrische Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München. Für die Deutsche Alzheimergesellschaft, die Prozentzahlen stammen aus dem Jahr 2000.

11% zu verzeichnen war. Dass der Beruf der Hausfrau häufig auftaucht, ist begründet mit dem sehr hohen Anteil an Hausfrauen in der damaligen Gesellschaft. Damals wurde die Frau als Zentrum der Familie und des Hauses herausgehoben. Die Anerkennung durch die Gesellschaft wurde dementsprechend mit Auszeichnungen, wie zum Beispiel der Verleihung eines Mutterkreuzes zum Ausdruck gebracht.

Weshalb ein so hoher Anteil an Näherinnen in den Akten zu finden ist, bleibt ungeklärt, man könnte spekulieren, ob eventuell harte Arbeitsbedingungen mit Akkordarbeit, sitzender Haltung und der Handhabung von schweren Stoffen ein häufiger Grund für eine Arbeitsunfähigkeit gewesen sein können.

Rein formal ist zu bemerken, dass die durchschnittliche Seitenanzahl mit sieben Seiten dieselbe war wie bei den Sterilisationsgutachten.

Das längste Gutachten überhaupt (mit einer Seitenanzahl von 35) war unter den forensischen Gutachten zu finden. Hierbei wurden solch komplexe Fälle behandelt, dass diese Gutachten häufig sehr lang ausfielen. Außerdem wurde in diesem Gutachten - außer der gesamten Krankengeschichte - auch der gerichtliche Verlauf mit sämtlichen Zeugenaussagen berücksichtigt.

In den meisten Fällen, in rund 74%, lag keine familiäre Belastung im Sinne einer Erbkrankheit vor, im Gegensatz zu den Patientinnen der Sterilisationsbegutachtungen, bei denen rund 48% keine Erblichkeit aufwiesen. In rund 83% der Fälle wurde eine weiterführende Diagnostik durchgeführt, die Patientinnen wurden hierzu am häufigsten in der Haut-, Augen-, Frauen-, und HNO-Klinik vorgestellt, meist um etwaige weitere Unfallfolgen abklären zu lassen.

Abschließend bleibt noch zu erwähnen, dass es nur sehr wenig Beschwerden gegen ein Urteil des Arztes gegeben hat. Dies mag darin begründet sein, dass viele Rentenbegehren bedingt durch die festgestellte Invalidität bestätigt werden konnten, oder aber dass durch eine mangelhafte Dokumentation Widersprüche gegen den Beschluss der Akte eventuell gar nicht beigefügt wurden. Dies kann natürlich nicht mehr überprüft werden.

6.5. Vergleich der einzelnen Auswertungen

In diesem Unterkapitel sollen ein direkter Vergleich zwischen den oben stehenden Auswertungen vorgenommen werden, um den gesamten Datensatz wieder etwas zusammenzuführen und damit eine Gesamtübersicht zu schaffen. Folgende Punkte werden miteinander verglichen:

- (1) Alter
- (2) Familienstand
- (3) Konfession
- (4) Berufe
- (5) Aufenthaltsdauer
- (6) Diagnosen

Es folgt eine tabellarisch dargestellte Übersicht einiger ausgewählter Punkte:

	Sterilisations- gutachten	Frauenklinik	Hinweis auf Steri- lisation	Normale Gutachten
Alter in Jahren	24 (10,5)	27 (7,4)	32 (11,3)	43 (11,8)
Familienstand ledig	90,3%	90,0%	52%	45%
Konfession evangelisch	54,8%	-	67,0%	58,8%
Berufe Hausfrau/Haustochter Arbeiterin	51,5% 19,4%	0 15,0%	72,6% 6,6%	45,6% 24,1%
Aufenthaltsdauer	62 (91,8)	27 (10,8)	59 (71,1)	12 (26,4)
Diagnosen Ang. Schwachsinn Org. Erkrankung	32,3% 9,7%	55,0% 0	7,5% 15,1%	6,1% 38,6%

Tab. 6: Aufstellung der Vergleichswerte. Standardabweichungen sind in Klammern genannt.

6.5.1. Alter

Vergleicht man den Altersdurchschnitt, der sich aus den verschiedenen Kategorien ergeben hat, so fällt auf, dass bei den Patientinnen mit einem normalen Gutachten der höchste Altersdurchschnitt von 43 Jahre zu finden war. Bei den Sterilisationspatientinnen lag der Altersdurchschnitt bei 24 Jahren, bei den gynäkologischen Akten betrug der Durchschnitt 27 Jahre. Der Altersdurchschnitt der Akten mit Hinweis auf eine Sterilisation lag bei 32 Jahren. Es zeigt sich also deutlich eine Verschiebung des Alterdurchschnittes von sehr jungen Patientinnen, die zwecks einer Sterilisation begutachtet wurden hin zu etwas älteren Patientinnen, die am häufigsten wegen einer möglicherweise vorliegenden Erwerbsminderung in der Klinik vorstellig wurden.

6.5.2. Familienstand

Bei dem Vergleich des Familienstandes zeigten sich nur geringfügige Unterschiede. Während bei der Auswertung der gynäkologischen Akten und der sterilisationsbedingten Gutachten fast 90% der Frauen noch ledig waren, zeigte die Auswertung der Akten mit Hinweis auf eine Sterilisation bereits eine Verschiebung hin zu einer höheren Anzahl an verheirateten Frauen. Hier waren nur noch knapp über die Hälfte allein stehend. So überrascht es denn auch nicht, dass bei der Auswertung der normalen Gutachten nur noch rund 45% der Frauen ledig sind. In den meisten Fällen handelte es sich hier eben um Gutachten, die in einem höheren Lebensalter erstellt wurden, und somit wächst die Wahrscheinlichkeit, dass bereits eine Familie gegründet wurde. Der Anteil an Witwen steigt bei den normalen Gutachten deshalb stark an, da es sich in manchen Fällen um die Genehmigung einer Witwenrente handelte.

6.5.3. Konfession

Zur Konfession lässt sich zusammenfassend sagen, dass in allen vier Auswertungen der evangelische Glauben in jeweils mehr als der Hälfte der Fälle vertreten war. Mit rund einem Drittel war jeweils die katholische Konfession vertreten. In den restlichen Fällen waren keine Angabe zur Konfession zu finden, oder es handelte sich um ungetaufte Personen. Es war im gesamten Datensatz nur eine Patientin jüdischen Glaubens zu finden. Diese fand sich bei den Akten mit Hin-

weis auf eine Sterilisation, wurde jedoch nicht sterilisiert. Leider wurde die Konfession in den gynäkologischen Akten nicht angegeben, so dass dies nicht in die Auswertung mit einfließen kann.

6.5.4. Berufe

Insgesamt gesehen wurde in den meisten Fällen der Beruf „Hausfrau“ angegeben. Überhaupt waren alle Berufe des Sektors Hausarbeit, Haushaltsführung am stärksten vertreten. Bei den Sterilisationsgutachten überwog die Bezeichnung „Haustochter“, was wohl daran liegt, dass diese Patientinnen häufig noch zu Hause wohnten und als Gegenleistung im Haushalt ihre Aufgaben zu erfüllen hatten. Der Anteil an Arbeiterinnen und Angestellten war bei der Auswertung der normalen Gutachten am größten, da die häufigste Frage zur Erstellung eines solchen Gutachtens, die der Arbeitsunfähigkeit gewesen ist, was diesen Arbeitssektor am meisten betrifft.

6.5.5. Aufenthaltsdauer

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der Klinik betrug bei den normalen Gutachten 12 Tage, während bei den Sterilisationsgutachten eine Aufenthaltsdauer von rund 62 Tagen, in der Frauenklinik ca. 27 Tage und bei den Akten mit Hinweis auf eine Sterilisation eine Aufenthaltsdauer von 59 Tagen gefunden wurde. Der Grund für die vergleichsweise kurze Aufenthaltsdauer bei Erstellung eines normalen Gutachtens könnte sein, dass bei den Sterilisationspatientinnen meist ein langer Klinikaufenthalt aufgrund schwerwiegender, psychischer Erkrankung der Begutachtung vorausging, während die Patientinnen, die zur Beurteilung ihrer Arbeitsfähigkeit kamen, sich häufig nur wenige Tage zur Begutachtung in der Klinik einfinden mussten und danach rasch wieder entlassen werden konnten.

6.5.6. Diagnosen

Die Diagnose, die am häufigsten eine Begutachtung nach sich zog, bzw., die im Verlauf dann zur Sterilisation führte, war die des „angeborenen Schwachsinn“. Diese Diagnose war in den Auswertungen der Sterilisationsgutachten und der Frauenklinik am häufigsten vertreten, gefolgt von Erkrankungen aus dem schizophrener Formenkreis.

Bei den Auswertungen der Akten mit Hinweis auf eine Sterilisation und bei den normalen Gutachten zeigte sich eine andere Verteilung: Hier überwiegen die Erkrankungen organischer Genese, bzw. jene des schizophränen Formenkreises. Während bei den Akten mit Hinweis auf eine Sterilisation die Schizophrenie als Diagnose führend ist, kehrt sich das Verhältnis bei den normalen Gutachten um. Es scheint, dass in den meisten Fällen der Grund für eine Invalidität keine Geistes- oder Gemütskrankungen gewesen ist, sondern eine morphologisch fassbare Ursache für die Erwerbsminderung zu finden war. Bezüglich des ebenfalls gehäuften Auftretens von Schizophrenieerkrankungen, kann man vermuten, dass es bei diesen Personen aufgrund im Rahmen der Erkrankung aufgetretener mangelnder Kontaktfähigkeit, Misstrauen und Wahnvorstellungen Schwierigkeiten an der Arbeitsstelle gegeben haben kann, dies bleibt jedoch spekulativ.

7. Auszüge der Akten

7.1. Aussagen der Betroffenen und ihrer Familien

Um die rein statistische Erfassung der Daten etwas aufzulockern und um daran zu erinnern, dass es sich hierbei um Menschen mit eigenen Ansichten und Schicksalen handelt, sollen hier nun die Betroffenen „zu Wort kommen“. Somit kann ein kleiner Einblick in die damalige Zeit gegeben werden.

Bei der Durchsicht der Akten fand sich in einer eine Zustimmungserklärung eines Ehemannes, die dieser vor dem sterilisierenden Eingriff an seiner Frau auszufüllen hatte. Diese Zustimmungserklärung wurde noch vor Inkrafttreten des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses unterzeichnet, was deutlich macht, dass es 1933 noch nötig war vor einem solchen Eingriff die Zustimmung des Patienten oder eines Angehörigen einzuholen. Ohne Zustimmung wäre der Eingriff 1933 noch Körperverletzung gewesen.

„Zustimmungserklärung

Ich, der Flaschnermeister [Name] aus Freudenstadt, erkläre hiermit, dass ich mit einer evtl. Sterilisation meiner gemütskranken Ehefrau einverstanden bin und dass ich über die Art des Eingriffes genügend unterrichtet worden bin.“¹¹⁴

Eine weitere Äußerung von einem anderen Ehemann einer betroffenen schwangeren Patientin lässt keinen Zweifel an dem Trauma, das die Betroffene durch das Wissen um die bevorstehende Operation erlitten hätte:

„Seine Ehe sei gut gegangen. Als ihm von der bevorstehenden Sterilisation und der Schwangerschaftsunterbrechung eine Mitteilung gemacht wird, meinte er, es sei wohl sehr schwierig, seine Frau dafür zu überreden. Wenn man die Schwangerschaft unterbrechen wolle, so solle man es ihr erst im letzten Augenblick sagen, da sie sich sonst bestimmt zur Wehr setzen würde.“¹¹⁵

Es fanden sich aber interessanterweise Aussagen, in denen deutlich wird, wie sehr das Denken in der Gesellschaft von der damals vorherrschenden wissenschaftlichen und politischen Meinung geprägt war. So empfindet sich diese Frau als wertlos für die Gesellschaft, wenn sie nicht mehr zu deren Fortschritt beitragen kann:

¹¹⁴ Zustimmungserklärung vom 22.11.1933. Aus Akte 669/5861.

¹¹⁵ Aussage aus Akte 669/6106.

„In diesem jämmerlichen Zustand sei sie nunmehr seit über 5 Wochen. Wenn dies so bleibe, so habe sie keinen Wert mehr. Das heutige Deutschland verlange gesunde Frauen. Sie wolle wieder gesund werden oder nicht weiterleben.“¹¹⁶

Einen Teil der Probleme, die eine solche Sterilisation oder lediglich die Tatsache in einer Nervenlinik gewesen zu sein, mit sich bringen, werden anhand der nächsten Aussage verdeutlicht, in der eine Patientin bezüglich ihrer Arbeitsstelle von Entlassungsängsten geplagt wird und um ihr Einkommen fürchtet:

„Bei uns wurde ein Fräulein [Name] aus Rommelsbach eugenisch sterilisiert, anscheinend auf Grund eines Zeugnisses ihrer Klinik vom 7. Mai 1934. Die Kranke ist wegen ihrer weiteren Verdienstmöglichkeit in allergrößter Sorge. Sie befürchtet keine Stelle mehr zu bekommen, da sie in der Nervenlinik und in einer Heilanstalt war.“¹¹⁷

In acht Fällen werden explizit Zweifel und Ängste der Patientinnen in den Akten dokumentiert. In vier Fällen wurde die Heiratsabsicht negiert, womit die Wahrscheinlichkeit einer Nachkommenschaft sich minimierte. Diese Äußerungen wurden in den Gutachten seitens der Ärzte auch berücksichtigt, falls nach ihrer Einschätzung die so genannte „Fortpflanzungsgefahr“ tatsächlich als gering einzustufen war. Eine Patientin äußerte Ängste vor der OP, sie empfinde die Sterilisation als eine „Schande“, die ihr gegen ihren Willen zugefügt wird. Eine andere sieht sich durch die Operation als entehrt und man könne sie nur mit polizeilicher Gewalt zum Operationstisch führen. Eine weitere Betroffene empfindet sich selbst nicht als krank und zweifelt die Notwendigkeit der Durchführung einer Sterilisation an. In einem Fall wurde vermerkt, dass der Bruder der Patientin strikt gegen eine Sterilisation sei. Zwei weitere Betroffene äußerten einen Kinderwunsch und zeigten somit deutlich ihre Ablehnung gegen die Sterilisation.¹¹⁸ Nicht in jeder Akte wurden solche Aussagen vermerkt. Man könnte sich vorstellen, dass nur sehr heftiger Widerstand gegen den Eingriff vermerkt wurde, da dann im Falle einer Durchführung der Sterilisation notfalls die Polizei verständigt werden musste.

Die oben genannten Tatsachen geben einen kleinen Eindruck der Gemütslage der Betroffenen. Um die andere Seite ebenfalls zu beleuchten und eine Vorstel-

¹¹⁶ Aussage einer Patientin. Aus Akte 669/5532.

¹¹⁷ Bericht der Frauenklinik an die Psychiatrische Klinik über Befürchtungen der Patientin. Aus Akte 669/5825.

¹¹⁸ Sämtlich Aussagen aus Akten dieser Untersuchung.

lung der damals verwendeten Formulierungen zu erhalten, sollen im folgenden Abschnitt die Gutachter zu Wort kommen.

7.2. Aussagen der Gutachter

Natürlich fand sich bei der Durchsicht der Akten vielerlei Interessantes, hier sollen nun die mich am meisten beeindruckenden Aussagen kurz angeführt werden. Besonders berücksichtigt wurde in den Gutachten - neben der Feststellung des Vorliegens eines Erbleidens - immer die Gefahr einer möglichen Schwangerschaft einer nachgewiesenermaßen erbkranken Patientin. So waren Aussagen zu finden, in denen aufgrund der hohen Wahrscheinlichkeit einer Schwangerschaft eine Sterilisation befürwortet wurde. Es folgen nun zwei beispielhafte Aussagen:

„Bei dem Wesen der [Name] die sehr antriebslos und beeinflussbar ist, ist auch die Gefahr, dass sie uneheliche Kinder zeugt, nicht von der Hand zu weisen.“¹¹⁹

„In diesem Falle halten wir eine beschleunigte Durchführung des Verfahrens für angezeigt, da die Kranke besonders in erotischer Hinsicht recht ungehemmt ist.“¹²⁰

Es wird deutlich, dass aufgrund der Einschätzung des Wesens, also dem Charakter der Patientin, die „Fortpflanzungsgefahr“ abgeleitet wurde, so wurde beispielsweise bei „erotisch enthemmt“ wirkenden Personen, ebenso wie bei leicht beeinflussbaren oder sprunghaften Charakteren, eine Sterilisation eher befürwortet.

Wie der folgende Fall zeigt, wurden ferner die familiären Umstände nach Möglichkeit mit berücksichtigt. Hier stand die Patientin unter Aufsicht anderer Personen:

„Da sie nun in ihrer Stelle unter dauernder Aufsicht der leitenden Schwestern steht und diese Stelle nicht verlieren möchte, und da sie ferner ihrer eigenen, glaubhaft erscheinenden Aussage nach keinerlei Interesse an Männern hat, ist wohl die Gefahr einer Schwangerschaft bei ihr sehr gering zu bewerten.“¹²¹

¹¹⁹ Auszug eines Sterilisationsgutachtens. Die Schreibweise ist aus dem Originaltext übernommen und wird nicht an die geltende Rechtschreibung angepasst. Aus Akte 669/5900.

¹²⁰ Auszug eines Gutachtens. Aus Akte 669/5849.

¹²¹ Auszug eines Gutachtens. Aus Akte 669/5894.

Außerdem wurde das Risiko des Eingriffs gegen die Wahrscheinlichkeit einer Schwangerschaft abgewogen, wobei man im folgenden Fall zu der Überzeugung gelangte, die „Fortpflanzungsgefahr sei wesentlich geringer als das Risiko an Komplikationen der Operation zu leiden“:

„Wenn wir alles in allem die Verhältnisse des vorliegenden Falles überschlagen, so glauben wir deshalb, dass für die Untersuchte die Gefahr eines ungünstigen Operationsausganges größer ist, als die Gefahr einer eventl. Fortpflanzung.“¹²²

Manchmal war die Frage des Vorliegens einer vererbaren, also unter das Gesetz fallenden Störung, nicht ganz einfach zu klären. Die nachfolgende Aussage gibt einen Einblick in die Konflikte der Gutachter und die nicht immer einfach zu stellende Diagnose:

„Auf Grund des Sachverständigen Med. Rat [Name] und insbesondere der zwar sich nicht widersprechenden, aber doch auseinandergelassenen Gutachten der Nervenklinik Tübingen und des Badearztes [Name], ließ sich nicht mit Sicherheit feststellen, ob B. an der Erbkrankheit des zirkulären Irreseins leidet. Auch die Vernehmung der B. selbst, sowie des Vaters [A. B.] ergab keine sicheren Anhaltspunkte hierfür. Es ist vielmehr nicht ausgeschlossen, dass die bei B. hervorgehobenen Krankheitsbilder ihre Ursache in Entwicklungsstörungen hatten und dass nach deren Beseitigung die krankhaften Störungen selbst andauernd beseitigt sein werden. [...]

Da die Voraussetzungen des §1 des Ges. zur Verhütung [...] nicht mit Sicherheit nachgewiesen werden konnten, war die Unfruchtbarmachung der B. abzulehnen.“¹²³

Auch bei folgendem Fall war die Sachlage komplex. Leider konnte die endgültige Entscheidung des Gerichtes aufgrund fehlender Unterlagen nicht eruiert werden.

„Wir geben zu, dass es sich um einen Grenzfall handelt, bei dem namentlich die Bewertung der praktischen Leistungen, die uns nicht leicht ist, mit herangezogen werden muss, um das ganze Ausmass der Minderwertigkeit zu erfassen. Ethische Defekte sind nicht festzustellen.“¹²⁴

Das typische, damals vorherrschende wissenschaftliche Verständnis von der Entstehung, bzw. der Vererbung von Krankheiten zeigt sich in der folgenden Textstelle, in der die eingangs erläuterte Theorie Darwins deutliche Grundlage lieferte:

¹²² Auszug eines Gutachtens. Aus Akte 669/5904.

¹²³ Auszug eines Gutachtens. Aus Akte 669/5687.

¹²⁴ Auszug eines Gutachtens. Aus Akte 669/5784.

„Man kann nämlich beobachten, dass gerade Kinder mit einem schwächlichen, widerstandlosen Gehirn leichter von Gehirnentzündungen befallen werden, als konstitutionell vollwertige und erbgesunde Kinder. Sollte eine stärkere erbliche Belastung vorliegen, so könnte man unter Umständen doch noch einen Antrag auf Sterilisation beim Erbgesundheitsgericht stellen, das dann ja endgültig zu entscheiden hätte.“¹²⁵

Selbst zur Heiratsfähigkeit mussten die Gutachter Stellung beziehen. So wurde den Eltern oft davon abgeraten, ihre Tochter zu verheiraten, um in Grenzfällen, in denen das Vorliegen einer Erbkrankheit nicht auf das Genaueste geklärt werden konnte, die Möglichkeit einer Fortpflanzung zu minimieren. Dies zeigt sich in den ausgewählten Textbeispielen:

„Bei dieser Sachlage glauben wir uns nicht berechtigt gegenwärtig den Antrag auf Unfruchtbarmachung zu unterstützen. Wir wollen aber auch nicht verhehlen, dass wir eine baldige Eheschliessung nicht befürworten können. Aus ärztlichen und psychologischen Gründen halten wir eine Ehe der Patientin für gefährdet und wir sind, nachdem die Patientin immerhin eine Psychose durchgemacht hat, nicht in der Lage nach dem gegenwärtigen Stand der erbwissenschaftlichen Kenntnisse und nach menschlichem Ermessen für eine gesunde Nachkommenschaft zu bürgen.“¹²⁶

„Wir haben [...] den Eltern geraten, von einer baldigen Heirat der Tochter abzu-
sehen, bzw. sie nur dann eine Ehe eingehen zu lassen, wenn Gewähr dafür
geboten ist, dass eine evtl. Nachkommenschaft äusserst beschränkt wird bzw.
überhaupt nicht in Frage kommt.“¹²⁷

Im nächsten Fall wird deutlich, dass die Gutachter sich auch mit den Eltern über eine mögliche Lösung in dieser Situation berieten und wie nachfolgend gezeigt, eine möglicherweise dauerhafte Anstaltsunterbringung durch die Sterilisation zu verhindern versuchten:

„Aus eugenischen Gründen sowie einer drohenden Verwahrlosung der Geistes-
kranken vorzubeugen, schlagen wir deshalb die Unterbindung der Eileiter bei
[Name] vor. Die Eltern der Kranken sind mit der Vornahme der Sterilisation ein-
verstanden, weil dadurch die dauernde Versorgung der Patientin in einer An-
stalt noch etwas hinausgeschoben werden kann.“¹²⁸

Die Variabilität der Aussagen geben einen Einblick in die höchst anspruchsvolle und vielschichtige Arbeit eines Gutachters und die Konflikte, die bei nicht vollständig geklärter Sachlage zu bewältigen und mit dem Gewissen zu vereinbaren waren. Auch kann man hieran sehen, wie viele differente Aspekte bei der

¹²⁵ Auszug eines Gutachtens. Aus Akte 669/5971.

¹²⁶ Auszug eines Gutachtens. Aus Akte 669/7033.

¹²⁷ Ebd.

¹²⁸ Auszug eines Gutachtens. Aus Akte 669/5495.

Beurteilung zu beachten waren: So musste nicht nur die Diagnose zweifelsfrei gestellt und erläutert werden, sondern auch die familiären Hintergründe, die Einschätzung des „Fortpflanzungsrisikos“ mit der Erfassung der Charakterzüge der Begutachteten, sowie letztendlich das Operationsrisiko gegeneinander abgewogen werden. Bei all diesem musste die Begutachtung natürlich unparteiisch und möglichst objektiv von statten gehen. Auf jedem einzelnen Gutachter lastete also eine immense Verantwortung, schließlich versuchte man nicht nur auf diese Weise die Ausbreitung der so genannten Erbkrankheiten zu verhindern, sondern man musste sich ferner über das nicht geringe Mortalitätsrisiko einer Operation im klaren sein.

7.3. Eine beispielhafte Krankengeschichte

Im folgenden Kapitel wird die Krankengeschichte einer Patientin der Universitätsnervenklinik Tübingen rekonstruiert, weil dies meines Erachtens aufgrund der sehr guten Dokumentation und Recherchen seitens der Klinikärzte eine sehr eindrückliche Schilderung ist. Natürlich können in diesem Rahmen nicht sämtliche Einzelschicksale berücksichtigt werden, aber der hier ausgewählte Fall zeigt deutlich die Schwierigkeiten, die eine Zwangsterilisation auszulösen vermag.¹²⁹

7.3.1. Gerichtsbeschluss zur Begutachtung

Diese Akte war eine der wenigen in denen der Gerichtsbeschluss beigelegt worden ist. Dieser soll hier nun zitiert werden. Der Gerichtsbeschluss stammt vom 18. Mai 1934, es handelt sich hierbei um den Beschluss zur Begutachtung der Patientin.

„Württemberg. Amtsgericht Tübingen, Beschluß vom 17. Mai

P., geb. in Tübingen und daselbst bei den Eltern, den Händlerseheleuten P. beim Gaswerk wohnhaft, deren Unfruchtbarmachung wegen angeborenen Schwachsinn beantragt ist, ist zwecks Feststellung, ob sie an angeborenem Schwachsinn leidet, in der Universitäts-Nervenklinik hier ärztlich zu untersuchen und falls erforderlich, in dieser Klinik dem Antrag des beamteten Arztes entsprechend bis zur Dauer von 6 Wochen unterzubringen.

Die genannte Klinik ist um ein Gutachten zu ersuchen. P. hat sich zu dem Zeitpunkt, den ihr die Klinik bezeichnen wird, dort einzufinden und zu bleiben, widrigenfalls ihre Vorführung durch die Polizei angeordnet werden wird.“¹³⁰

An die Direktion der Klinik erging ein formloses Anschreiben mit der Bitte um eine Gutachtenerstellung. In dem Gutachten sollte die Frage nach dem Vorliegen einer Erbkrankheit und der Gefährdung möglicher Nachkommen geklärt werden.

¹²⁹ Aus datenschutzrechtlichen Gründen kann der vollständige Name der Patientin nicht genannt werden, es wird daher mit Abkürzungen gearbeitet. Die folgenden Auszüge stammen aus der Akte 669/5882.

¹³⁰ Gerichtsbeschluss des Erbgesundheitsgerichtes Tübingen vom 17.05.1934. Aus Akte 669/5882.

„An die Direktion,

mit dem Ersuchen, auf Grund des vorstehenden Beschlusses P. zu untersuchen und sodann ein Gutachten darüber abzugeben, ob dieselbe an angeborenem Schwachsinn leidet und mit grosser Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist, dass ihre etwaigen Nachkommen an schweren körperlichen oder geistigen Erbschäden leiden werden.“

Da der vorgesehene Termin zur Klinikeinweisung vom Vater nicht eingehalten wurde, wurde am 12. Juli 1934 folgendes Schreiben von der Klinik an das Amtsgericht Tübingen aufgesetzt:

„Dem Amtsgericht Tübingen

Wir teilen Ihnen hiermit mit, dass, wie es zu erwarten war, der Vater M.P. seine Tochter G. nicht zu dem angegebenen Termin in die Klinik verbracht hat. Er hat sich dieses Versäumnisses wegen auch nicht entschuldigt. Unter diesen Umständen wird es angezeigt sein, das Mädchen durch die Polizei einweisen zu lassen.“¹³¹

Daraufhin wurde die 23jährige Patientin G.P. am 18.07.1934 von fünf Polizisten in die Universitätsnervenklinik Tübingen gebracht. Grundlage hierfür war der oben genannte Gerichtsbescheid des Erbgesundheitsgerichtes Tübingen über die Durchführung einer Begutachtung der Patientin. Da die Eltern der Aufforderung des Gerichtes, die Nervenklinik aufzusuchen, nicht nachkamen, wurde gemäß §12 Abs.1 des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses die Zuhilfenahme der Polizei notwendig.

7.3.2. Auszüge aus den Aufnahmeblättern

Es folgt eine Schilderung des Aufnahmetags und den Umständen der Einweisung in die Klinik:

„G.P. wurde heute Morgen von 5 Polizisten vom Erbgesundheitsgericht eingewiesen. Bei der Festnahme entwich das Mädchen durch das Fenster, sprang davon und warf sich in ein Kornfeld. Als man es auffand, stellte es sich tot. Später weigerte es sich anzukleiden und lief nach der Verhaftung anfangs barfuss und im Unterrock mit den Schutzleuten mit. Dieser Transport wurde von dem Vater und der Mutter des Mädchens und durch die ganze Stadt begleitet unter ständigem Geschrei und Geschimpfe der Eltern. In der Klinik angekommen erklärte der Vater höchst gereizt, seine Tochter sei normal, er liesse nichts

¹³¹ Schreiben der Klinik an das Amtsgericht Tübingen. Aus Akte 669/5882.

an ihr machen, sie sei kein Versuchskanichen, er werde dafür sorgen, dass sie sofort wieder entlassen werde, usw.“¹³²

Beeindruckend ist mit welcher Vehemenz der Vater seine Tochter verteidigte und dass er mit aller Kraft versuchte, die Aufnahme in die Klinik zu verhindern. Dieses Bemühen wird sehr ausführlich in der Akte beschrieben. Der Vater drohte sogar damit Adolf Hitler einzuschalten, da Hitler seiner Auffassung nach diese Vorgänge doch nicht befürworten könne.

Durch seine Aussagen wird deutlich, dass die Abneigung gegen eine Anstaltsunterbringung tief verwurzelte Gründe hat. So hat die Schwester der zu Begutachtenden nach einer Klinikaufnahme wohl einen Suizidversuch begangen, und er erklärt die anscheinend geistigen Einbußen dieser anderen Tochter als Folge des in suizidaler Absicht vollzogenen Sturzes aus dem Zug:

„Der Vater erklärt schreiend, er wisse genau woher der Druck käme, das käme nur von seiner ältesten Tochter, die verunglückt sei, die habe man auch festgenommen und in die Anstalt gebracht. Da sei sie aus dem Zug gehopst und seither sei sie nicht mehr ganz richtig im Kopf und weil die rapple, deswegen sollte nun auch die G. noch dran glauben.“¹³³

„Er wisse genau, dass der Führer nicht wolle, dass man seiner G. etwas antue. Auf die Bemerkung, ob man ihm einmal das Gesetz vorlegen solle erklärt der Vater barsch, er lese keines, dafür sei er nicht bedürftig. Er werde noch heute an den Hitler schreiben.“¹³⁴

Die verzögerte Entwicklung seiner Tochter G. erklärte er mit der Tatsache, dass sie an der „englischen Krankheit“¹³⁵ erkrankt gewesen sei und seiner Auffassung nach leide seine Tochter keineswegs an einer unterdurchschnittlichen Intellektualität:

„Die G. sei ein kräftiges Kind gewesen, habe 9 Pfund gewogen. [...] Die G. habe mit einem halben Jahr Sprechen gelernt, sie sei gescheit, laufen hätte sie erst mit 5 Jahren gelernt. Sie hatte eben die englische Krankheit.“¹³⁶

¹³² Auszug aus der Fremdanamnese, niedergeschrieben auf den Aufnahmeblättern. Aus Akte 669/5882.

¹³³ Ebd.

¹³⁴ Ebd.

¹³⁵ Anm.: Englische Krankheit = Rachitis

¹³⁶ Ebd.

7.3.3. Familiäres Umfeld

Nun folgen Auszüge aus dem in der Universitätsnervenklinik erstellten Gutachten, das Einblick in die familiären Hintergründe ermöglicht. Das Gutachten stelltvertretend für die im Auswertungsteil genannten anderen Gutachten, es handelt sich um ein formlos geschriebenes von 22 Seiten. Dieses Gutachten war aufgrund der äußerst peniblen Recherchen das längste unter den Sterilisationsgutachten. Es wurde am 31.10.1934 erstellt.

„G. P. entstammt einer stadtbekanntem Tübinger Haus- und Hundehändlerfamilie. [...]

Den Schilderungen nach waren die alten P. grosse, kräftige Männer, rothaarig und hellhäutig, gescheit, gewandt und verwegen, nicht selten rauflustig, jedenfalls leicht reizbar. Diese Anlagen machen es erklärlich, dass sie fast alle seit vielen Generationen mit dem Gesetz in Konflikt kamen, dass viele von ihnen wegen Körperverletzung und Friedensstörung, einzelne von ihnen auch wegen Mord und Totschlag vor Gericht standen und dass sie selbst manche Verletzungen mit nach Hause brachten bezw. nicht immer eines natürlichen Todes starben.

Eine andere sich immer wiederholende Art ihrer Verfehlungen war vor allem Betrug und Gaukelei, darüber hinaus auch Diebstahl, Wilderei, Felddiebstahl sowie Bettel, was wiederum mit ihrer vagabundierenden Lebensweise in engsten Zusammenhang steht. [...]

Seit dem Versuch diese vagabundierende Sippe um 1740 herum in Lützenhardt anzusiedeln haben sich nicht wenige Glieder der Familie ehelich und ausser-ehelich mit Zigeunern vermischt, wodurch diese Bastarde eine andere Art und ein anderes Aussehen erhielt. Es ist bezeichnend, dass sich schon frühere Generationen immer wieder bemüht haben, diese „Halbwilden“, wie sie schon früher genannt wurden, sesshaft zu machen oder sich der besonderen Schädlinge durch Abschieben nach Amerika zu entledigen.“¹³⁷

Mit diesen Zeilen wird deutlich, welcher hohen Stellenwert die Familienanamnese einnahm, allerdings bleibt anzumerken, dass nicht alle Gutachten in diesem Umfang einen Einblick in das Familienleben der Patientinnen ermöglichten. Die Frage stellt sich aber nun, inwiefern die Entscheidung des begutachtenden Arztes geprägt war von der hier sehr negativ gezeichneten Familiensituation. So ist hinlänglich bekannt, dass in dieser Zeit vor allem auch umherziehende, nicht sesshafte Personengruppen stark verfolgt wurden. Bezeichnend ist auch, dass man einerseits versuchte, diese Familie zur Sesshaftigkeit zu zwingen, andererseits, sie nach Amerika abzuschicken.

¹³⁷ Auszug des Sterilisationsgutachtens. Aus Akte 669/5882.

Einige weitere prägnante Zeilen zur Patientin selbst zeigen auf, dass nicht nur der in den meisten Fällen durchgeführte Intelligenztest sondern auch die schulischen Leistungen in die Beurteilung einfließen. Dies ermöglichte einen Gesamteindruck der geistigen und intellektuellen Leistungsfähigkeit. In den schulischen Leistungen wies die Patientin, ebenso wie ihre Geschwister, anscheinend deutlich mangelhafte Ergebnisse auf:

„So erreichte P. das Ziel der 2. Grundschulklasse nicht und wurde daraufhin in die Hilfsschule versetzt, die sie bis 1925 besuchte. Mit Ausnahme der praktischen Fächer wies sie auch dort nur unterdurchschnittliche Leistungen auf. [...]“

„Aus der Ehe des M. und der M. entsprossen 11 Kinder, die schon in der Schule mit einer Ausnahme alle ganz ungenügende Leistungen aufwiesen.“¹³⁸

7.3.4. Reaktionen der Patientin

Interessant an diesem Fall ist auch die Tatsache, dass die Patientin bereits Mutter eines Kindes war, diese Tatsache wird im Gutachten als Indiz für die Einfachheit der Patientin gewertet:

„Am 12.06.1931 gebar die Probandin während des Holzsuchens im Walde ein Kind.

Ihrem unehelichen Kinde gegenüber zeigte sie eine primitive instinktive Anhänglichkeit und Fürsorglichkeit. [...]“¹³⁹

Erstaunlicherweise distanzierte sich die junge Frau von ihren Familienangehörigen und machte relativ klare, wenn auch einfach formulierte Angaben über den Rest der Familie und ihre Ablehnung gegen diese. Deutlich artikulierte sie den Wunsch weitere Kinder bekommen zu können:

„Sie erklärte, sie lasse sich nicht operieren, sie wolle Kinder haben. Da gebe es noch andere, solche, die ihre Kinder umbrächten. Sie aber könne Kinder leiden. Sie habe mit den andern P. nichts zu tun¹⁴⁰. Das sei arg, was das für ein verstoßenes, schlechtes Pack sei, da sei man nicht sicher vor denen. [...] Die P. seien keine Guten, weil sie alle so saufen.“¹⁴¹

¹³⁸ Auszug des Sterilisationsgutachtens. Aus Akte 669/5882.

¹³⁹ Auszug des Sterilisationsgutachtens. Aus Akte 669/5882.

¹⁴⁰ Anm.: Die anderen Familienangehörigen.

¹⁴¹ Auszug des Sterilisationsgutachtens. Aus Akte 669/5882.

Wie verzweifelt die Patientin gewesen sein muss zeigt sich an dem nächsten Textauszug, in dem suizidale Absichten geäußert werden:

„Auf die erste Untersuchung reagierte die Patientin in primitivster Weise und vollführte auf dem Krankensaal eine Scene. Sie erklärte aufgebracht, sie liesse sich nichts machen, wofür die anderen sie denn ansehen würden. So bekäme sie ja keinen Mann mehr. Sie verwünschte ihre Eltern und äusserte schreiend und schluchzend, sie gehe nicht mehr heim, sie hole nur noch ihr Kind und gehe dann ins Wasser. Ihre Kleider und Sachen wolle sie zerreißen, die brauche niemand zu bekommen.“

Für die Patientin selbst war die Durchführung des Eingriffs unverständlich und sie war sich sehr wohl im Klaren darüber, dass sterilisierte Frauen in der Gesellschaft nicht sonderlich geachtet werden. So äußerte sie denn auch, dass sie klug genug sei, um die alltäglichen wichtigen häuslichen Dinge zu verrichten.

„Man solle es (die Sterilisation, C.K.) lieber bei dem Lumpenpack machen, das die Kinder abtreibe und nicht sie, die wie ihre Mutter 14 Kinder bekommen könnte. Sie sei gescheit genug. Sie gehöre ja keinem Professor, da brauche sie ja nicht so gescheit zu sein. Sie wisse, was sich gehöre, sei pünktlich und mache alles richtig. Zu ihrer Mutter und ihren Schwestern habe sie aber oft schon sagen müssen, sie seien schlampig.“

Die Patientin hatte äußert klare Vorstellungen, was Intelligenz betrifft und wie viel man davon brauche, um im Leben zurechtzukommen:

„Der Referent macht die Zwischenbemerkung, dass es dann doch wohl besser sei, dass die, die nicht in der Hilfsschule mitkommen, keine Kinder haben, worauf die Probandin äussert: ‚Da sind noch dümmere als wir. Deswegen braucht mein Kind nicht so dumm sein wie ich. Die in die Hilfsschule gegangen sind, die können genauso viel wie die anderen. Das was ich weiss, das kann ich. Man muss kochen und waschen und glätten und Geld zählen können.‘ Sie lasse nichts an sich machen.“

7.3.5. Die Beurteilung der Patientin

Nun folgen Auszüge aus der Beurteilung der Patientin durch einen Arzt der Nervenklinik Tübingen, in denen der Geisteszustand der Patientin geschildert wurde:

„Das Entscheidende ist also, dass das Mädchen geistig auf dem Stand einer 6-7 Jährigen stehen geblieben ist. [...] In ihrer Einfalt litt sie kaum unter ihrer Minderwertigkeit. [...]“

„Da die Patientin infolge ihrer Geistesschwäche den Sinn von Erklärungen und Vorhaltungen nicht einzusehen, nicht zu verstehen, sie nicht zu begreifen vermag, so wirkt sie in dieser Hinsicht als stumpf, unbeeinflussbar, gleichgültig,

phlegmatisch. Dieses Urteil ist insofern unrichtig als es der Probandin nicht an Antrieb und Tätigkeitsbedürfnis fehlt. Ihre Leistungen hängen nur von der Art der an sie gestellten Forderungen ab. Verlangt man von ihr eine Arbeit, die auch nur einen geringen Grad geistiger Leistung beansprucht, so versagt sie. Zur Ausübung einfachster angelernter Handfertigkeiten ist sie jedoch fähig. [...]"

„Die Aufmerksamkeit richtet sich auf das Nächstliegende, auf die Befriedigung gegenwärtiger Bedürfnisse. (Kleidung, Essen, Verdienst, Lustgewinn). Hieraus erwächst auch jenes durch gründliche Ueberlegung nicht gehemmte triebhafte Abwägen persönlicher Vorteile, jenes Abpassen günstiger Gelegenheiten, das fälschlicherweise oftmals als Schlaueit, Bauernschläue oder gar Gerissenheit gewertet wird. [...]"

„Während das Nächstliegende, Greifbare, während eine Einzelheit erfasst wird mangelt es völlig am Erfassenkönnen eines grösseren Gesamtzusammenhanges, fehlt es am Ueberblick. Demzufolge wirkt jede unüberlegt, arglos, unbedümmert, töricht, kurzsichtig, mit einem Wort: dumm. [...]"¹⁴²

An der nächsten Aussage wird deutlich, wie sehr doch das gesamte Gutachten beeinflusst ist von der damals herrschenden Volksmeinung - was wiederum die Frage nach der Objektivität erlaubt.

„Die Schuld am Misslingen einer Aufgabe wird daher auch von der Probandin stets bei den anderen gesucht. Auch hier schliesst die Volksmeinung mit Recht, dass es die Dummen sind, die auch durch Erfahrung nicht klug werden d.h. nicht klug werden können. [...]"

„Wir haben hier also eine besondere Form von Schwachsinn vor uns, die auf den ersten Blick durch gefällige Redereien eine bessere Intelligenz vorzutäuschen vermag. [...]"¹⁴³

Wieder wird Bezug genommen auf die Parallelen zum so genannten fahrenden Volk der Händler:

„Das zusammenhanglose, oft sinnlose Reden, die unklaren und unscharfen Urteile erweisen sich als ein leeres Geschwätz und Geplapper, das höchstens noch einen Gefälligkeitwert in sich birgt. Es ist jenes leere Reden, das auf die Dauer so unerträglich wird. Und es ist wohl kein Zufall, dass es uns gern an das Gerede der Hausierer und Händler erinnert, denen man schließlich etwas abkauft, um sie los zu werden, denen gegenüber jede noch so triftige Begründung einer Absage fehlschlägt.“¹⁴⁴

So ergeht letztendlich das entsprechende Urteil aufgrund der erhobenen Befunde aus Familienanamnese, schulischen Leistungen, sowie dem Ergebnis des Intelligenzprüfungsbogens und dem Gespräch mit dem Arzt: Es wird die

¹⁴² Auszug aus der Beurteilung des Gutachters. Aus Akte 669/5882.

¹⁴³ Auszug aus der Beurteilung des Gutachters. Aus Akte 669/5882.

¹⁴⁴ Auszug aus der Beurteilung des Gutachters. Aus Akte 669/5882.

Empfehlung zur Unfruchtbarmachung ausgesprochen, um mögliche Nachkommen vor der Gefahr der Erbleiden zu „schützen“.

„Fassen wir unser Urteil zusammen, so haben wir es bei G.P mit einem jungen Mädchen zu tun, das von väterlicher Seite vor allem asoziale Anlagen und von der mütterlichen Seite Schwachsinn geerbt hat. Bei dem nachgewiesenen hohen Grad ihrer ererbten Belastung ist zu befürchten, dass die Nachkommenschaft der Probandin mit grösster Wahrscheinlichkeit an Schwachsinn oder anderen Erbleiden leiden wird. Es ist daher die Unfruchtbarmachung dieses Mädchens, das nicht einmal in der Hilfsschule genügende Leistungen aufweisen konnte, dringend geboten.“¹⁴⁵

Zu bemerken ist, dass in diesem Fall außergewöhnlich engagiert recherchiert wurde, so fanden sich zum Beispiel Strafregisterauszüge der Großmutter mütterlicherseits und des Vaters der Patientin. Während beim Vater keine Eintragungen vorgenommen worden waren, zählte das Strafregister der Großmutter allein 8 Vergehen wegen Hausfriedensbruch, Diebstahls und Bettelerei. Zusätzlich war der Akte auch ein Auszug aus dem Familienregister des Vaters und der Eltern des Vaters beigelegt und es wurden beim Katholischen Pfarramt, dem Oberamt Tübingen, dem Erbgesundheitsgericht Rottweil und dem Amtsgericht Tübingen gründliche Nachforschungen über die gesamte Familie angestellt. Weshalb ausgerechnet in diesem Fall solch umfangreiche Nachforschungen betrieben wurden, entzieht sich meiner Kenntnis, allerdings wage ich die Hypothese aufzustellen, dass aufgrund der Tatsache, dass es sich um ein so genanntes fahrendes Volk der Händler handelte, die Nachforschungen im Sinne eines kriminalistischen Vergehens seitens der Familie genauestens überprüft werden sollten. Dies wirft wiederum die Frage auf, ob das erstellte Gutachten tatsächlich objektiv die Tatsachen darstellt, wenn bereits im Vorfeld eine „Vorbelastung“ der Familie hinsichtlich Gesetzesüberschreitungen bekannt gewesen ist. Aufgrund der immer wieder kehrenden Bezugnahme des Gutachters auf die Familie der Patientin wage ich dies zu bezweifeln.

Deutlich geworden ist, dass die Patientin vielleicht nicht gerade überdurchschnittlich intelligent war, dass sie aber durchaus in der Lage war, alltägliche Arbeiten zu verrichten, ihr Kind zu versorgen und deutlich ihre Meinung zu artikulieren. Natürlich bedient sie sich dabei einer nicht gerade gewählten Aus-

¹⁴⁵ Auszug aus der Beurteilung des Gutachters. Aus Akte 669/5882.

drucksform, aber dies liegt wahrscheinlich in nicht geringem Maße in dem Umgangston begründet, der innerhalb der Familie herrschte. Sind das nun die Gründe, die Diagnose „angeborener Schwachsinn“ zu stellen?

Aus der heutigen Sicht der Dinge kann man diese Diagnose zumindest anzweifeln, Fakt ist aber leider, dass zu der damaligen Zeit wahrscheinlich kaum ein Psychiater dieses Gutachten anders hätte ausstellen können, denn die Rechtsprechung war in solchen Fällen eindeutig und insbesondere bei dieser Familiensituation kann man sich vorstellen, dass die Nachkommenschaft gering gehalten werden sollte.

8. Abschließende Diskussion und Zusammenfassung

Schlussendlich muss man feststellen, dass in den Anfangsjahren der Umsetzung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses 1933 bis 1934 eine mangelhafte und lückenreiche Dokumentation durchgeführt wurde. Dies bezieht sich vor allem auf fehlende Befunde anderer Kliniken (zum Beispiel der Frauenklinik), und vor allem auf fehlende Gerichtsbeschlüsse. Nur in sehr wenigen Fällen fanden sich Gerichtsbeschlüsse über die Vollstreckung oder Ablehnung einer Sterilisation in den Akten. Über den weiteren Verlauf nach der Begutachtung der Patientinnen und ob tatsächlich eine Sterilisation durchgeführt wurde, sind nur sehr spärliche und nicht einheitliche Dokumentationen zu finden. Dadurch kann kein vollständiger Überblick gewonnen werden.

Ein weiterer Punkt, dem hier Beachtung geschenkt werden muss, ist, dass für die Gewinnung der Daten aus der Nervenlinik Tübingen drei verschiedene Datenquellen relevant sind. Diese waren das Sterilisations- und Aufnahmebuch der Nervenlinik, sowie die Diagnoseblätter, die sich im Universitätsarchiv fanden. Zählt man den Datensatz aus den Rechnern des Archivs hinzu, so sind es sogar vier Datenquellen. Diese Fülle an unterschiedlichen Daten ermöglicht auf der einen Seite eine Überprüfung der bereits erhobenen Daten, allerdings kommt es häufig vor, dass in einer Datenquelle ein Hinweis auf ein Gutachten existiert, der dazugehörige Name aber dann nicht im Archivdatensatz zu finden ist. So hat es Fälle gegeben, die doppelt dokumentiert worden sind, während andere in einer anderen Quelle nicht mehr auftauchen. Daher stellt sich unter anderem die Frage, welchem Zweck das seit 1933 geführte Sterilisationsbuch diente. Dies konnte bei der Untersuchung leider nicht vollständig geklärt werden. Die ursprüngliche Arbeitshypothese beinhaltete, dass im Sterilisationsbuch jene Patientinnen aufgeführt wurden, die tatsächlich sterilisiert worden sind. Diese Hypothese konnte aber zumindest in den Jahren 1933 und 1934 für weibliche Patienten nicht bestätigt werden, da zwar in manchen Fällen das genaue Datum der Sterilisation angeführt war, in anderen Fällen, bzw. in der Mehrzahl der Fälle ein Datum jedoch fehlte und somit kein Hinweis zu finden war, ob diese Patientinnen tatsächlich sterilisiert worden ist. Hier ist nicht sicher, ob nur versäumt wurde, das Datum der Sterilisation nachträglich einzutragen, oder ob

eine Sterilisation gar nicht durchgeführt worden ist. In einer großen Zahl der Fälle, nämlich in 262 (43,7%), der im Sterilisationsbuch aufgeführten, war kein Hinweis auf einen Sterilisationsvorgang zu finden.

Es lässt sich also spekulieren, dass entweder die Patientinnen erst in späteren Jahren sterilisiert wurden und dies nicht im Sterilisationsbuch erwähnt wurde. Ein anderer Aspekt könnte sein, dass die Dokumentation in den Anfangsjahren noch so lückenhaft war, dass im Sterilisationsbuch tatsächlich erst einmal alle Fälle dokumentiert wurden, bei denen eine Sterilisation aus irgendeinem Grund wahrscheinlich erschien - sei es aufgrund einer möglicherweise passenden Diagnose, einer Meldung der Patientin an den Oberamtsarzt oder aufgrund der Erstellung eines Gutachtens.

Im Nachhinein könnte sich dann bei einigen Patientinnen herausgestellt haben, dass eine Sterilisation nicht notwendig war und dass aufgrund dessen keine Sterilisationsdaten zu finden waren.

Die Hypothese, dass eventuell ein Aufenthalt in der Frauenklinik ein Grund für die Nennung im Sterilisationsbuch gewesen sein könnte, bestätigte sich laut Abschnitt 6.3.4. nicht umfassend. So wurde zwar knapp die Hälfte der Frauen in die Frauenklinik zu einer Untersuchung überwiesen, aber es handelte sich bei diesen Untersuchungen durchaus um reine Vorsorgeuntersuchungen, bzw. Abklärung des Vorliegens einer gynäkologischen Erkrankung und nicht um sterilisationsrelevante Untersuchungen.

Bei der Betrachtung des Zusammenhangs zwischen Meldung beim Oberamtsarzt und Nennung des Namens im Sterilisationsbuchs allerdings ergab sich ein augenscheinlich recht hoher Zusammenhang. Allerdings muss man berücksichtigen, dass dies nur dadurch zustande kommt, dass lediglich sieben Fälle gefunden werden konnten, in denen eine Meldung beim Oberamtsarzt vorlag, eine Nennung im Sterilisationsbuch jedoch nicht auftauchte. Daraus kann der Schluss gezogen werden, dass eventuell die meisten der im Sterilisationsbuch auftauchenden Personen im Verlauf dem Oberamtsarzt gemeldet wurden, um ein Sterilisationsverfahren zu prüfen. Die Ärzte handelten hier so, wie es das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vorschrieb. Sie hatten die Anweisung, den Verdacht einer Erbkrankheit zu melden und konnten bei fehlendem Nachkommen ihrer Pflicht zu Geldstrafen verurteilt werden. Zum Vergleich

verweise ich auf den in Abschnitt 2.5. zitierten Artikel 9 des Sterilisationsgesetzes.

Bei der Untersuchung der 31 Sterilisationsgutachten stellte sich heraus, dass es sich in den meisten Fällen um formlos erstellte Gutachten handelte. Dies ist wiederum ein Indiz für die fehlende Automatisierung der Anfangsjahre - später wurden bereits vor gedruckte Gutachten verwendet, was wesentlich weniger Zeit kostete und auch eine gewisse Standardisierung ermöglichte.¹⁴⁶ Leider muss erwähnt werden, dass, wie in Abschnitt 6.1.1. ausgeführt wurde, doch einige der Akten, deren Inhalt mit einiger Sicherheit Gutachten aufgewiesen hätten, nicht auffindbar gewesen sind. Bedenkt man, dass bei einigen Fällen die Namen nicht mehr vollständig entziffert werden konnten, so bleibt trotzdem ein Rest an Akten, die höchstwahrscheinlich wegen ihres desolaten Zustandes aufgrund falscher Lagerung nicht mehr restauriert werden konnten.

Auffällig war das gehäufte Auftreten der Diagnosen angeborener Schwachsinn/Deбилität, so wie der Schizophrenie. Es scheint, dass Erkrankungen dieses Formenkreises am häufigsten zur Begutachtung führten, vielleicht, weil sich die Einschätzung der Verläufe dieser Erkrankungen und ihrer Symptome schwierig gestalteten und die reine Beurteilung resultierend aus den Krankenakten und den Aussagen vor Gericht nicht ausreichend erschienen um über eine Sterilisation zu entscheiden.

Außerdem fielen relativ lange Wartezeiten ins Auge, sowohl bei der Einbestellung zur Gutachtenerstellung, als auch von dem Bescheid zur Sterilisation bis zur tatsächlichen Durchführung dieser. Vielleicht kann dies ebenfalls als ein Hinweis auf noch nicht vollständig automatisierte Prozesse der Anfangszeit gewertet werden. Eine weitere Möglichkeit wäre aber, dass aufgrund einer gut oder voll belegten Nerven- und Frauenklinik zeitnähere Einbestellungen nicht möglich gewesen sind.¹⁴⁷

Des Weiteren wurden nur wenige Sterilisationen wirklich durchgeführt. Natürlich muss die Möglichkeit diskutiert werden, dass aufgrund der lückenhaften Dokumentation nicht alle Sterilisationen erfasst werden konnten oder aber dass die Frauen erst in späteren Jahren noch sterilisiert wurden.

¹⁴⁶ Unter den Gutachten war nur ein vor gedrucktes Formular, dieses ist dem Anhang beigelegt.

¹⁴⁷ Siehe auch Abschnitt *Wartezeit* auf S.73, sowie *Meldung und Zeitpunkt der Begutachtung* auf S. 62.

Erstmals wurde es bei dieser Dissertation möglich, die Akten der Frauenklinik aus den Jahren 1933 und 1934 in die Untersuchung mit einzuschließen. Dies ermöglicht einen umfassenderen Überblick über die Verwaltung und die Schicksale einzelner Patientinnen. Leider sind aus diesen Jahren ebenfalls nur wenige Akten noch erhalten. Vielmehr wurden vom Archiv lediglich von denjenigen Patientinnen Akten restauriert und archiviert, die sich tatsächlich Sterilisationsoperationen unterziehen mussten. Alle weiteren Akten aus dieser Zeit wurden nach angemessener Aufbewahrungszeit vernichtet. Allerdings erscheinen 20 dokumentierte Fälle von Sterilisationen als sehr wenig, wenn man bedenkt, dass wohl weit mehr Frauen direkt in die Klinik zur Sterilisation eingewiesen wurden und nicht den Umweg über eine Einweisung in die Nervenklinik gehen mussten. Leider stimmen die Namen aus der Nervenklinik nur in vier Fällen mit den Namen aus der Frauenklinik überein. Dies wirft die Frage auf, was aus den anderen Frauen, die sich laut Gutachten einer Sterilisation unterziehen mussten, geschehen ist. Sind diese in eine andere Klinik eingewiesen worden, was relativ unwahrscheinlich ist aufgrund der Nachbarschaft der beiden Kliniken, oder sind vielleicht doch einige Akten der Frauenklinik in den Kriegswirren verloren gegangen, obwohl eine Sterilisation durchgeführt worden ist? Dies erscheint plausibler, da in der Nervenklinik ebenfalls ein gewisser Aktenschwund festzustellen war.

Weiter anzumerken bleibt, dass sich aus den wenigen erfassbaren Fällen der Frauenklinik eine relativ hohe Komplikationsrate ergibt, welche das in der Literatur angegebene Mortalitätsrisiko bei der Operation übersteigt.

Wie in der Diskussion zu den Ergebnissen der Frauenklinik in Abschnitt 6.2.4. erörtert, wurden nur zehn Patientinnen in der Frauenklinik sterilisiert, die auch im Sterilisationsbuch genannt wurden. Nur drei dieser Patientinnen wiesen ein Sterilisationsgutachten auf. Was mit den verbliebenen 17 begutachteten Frauen, bei denen eine Sterilisation empfohlen wurde, passierte, war nicht zu klären. Diese Patientinnen fanden sich auch nicht in den übrigen gynäkologischen Datenblättern von 1935 bis 1945, so dass sich nicht mit Sicherheit sagen lässt, ob diese in späteren Jahren noch sterilisiert wurden. Möglich wäre außerdem, dass in der Frauenklinik die Dokumentation in diesen Fällen ebenfalls nicht ausgereift

war, so dass einige Sterilisationsfälle in den Datenblättern nicht auftauchen und somit deren Akten nicht länger archiviert wurden.

Geht man davon aus, dass wirklich alle Sterilisationen, die in den Gutachten empfohlen wurden, durchgeführt worden sind und berücksichtigt man ebenfalls die Hinweise auf die geplante Durchführung einer Sterilisation, so ergibt sich bei Betrachtung des gesamten Datensatzes eine Zahl von 41 Sterilisationen, die im Jahre 1933 und 1934 durchgeführt bzw. geplant wurden. Zählt man hierzu noch diejenigen Patientinnen, die nur in den Akten der Frauenklinik auftauchen, so erhöht sich die Zahl auf 52 Sterilisationen.

Bei der Untersuchung der nicht sterilisationsbedingten Gutachten handelte es sich in den meisten Fällen um Rentenersuchen aufgrund von Invalidität. Sei es nun, dass die Invalidität durch einen Unfall oder durch einen langen und progredienten Krankheitsverlauf verursacht wurde. Wie in Abschnitt „Erwerbsminderung und Beschwerden“ auf Seite 98 genannt, wurde im überwiegenden Teil der Anträge zur Anerkennung einer Erwerbsminderung eine Invalidität festgestellt, sei diese nun durch Unfälle oder durch die Progression einer bestehenden Erkrankung eingetreten. Unter der gesamten Anzahl an Gutachten war lediglich eine so genannte Simulantin zu finden.

Insgesamt wurden 1933 und 1934 114 normale Gutachten erstellt, dies ergibt einen Anteil von rund 18% auf die gesamten 650 Akten bezogen. Der Anteil an Akten mit Sterilisationsgutachten betrug nur etwa 5,8%.

9. Ausblick

Dass das Thema der Zwangssterilisation auch heute noch die Gesellschaft beschäftigt, zeigt sich zum einen in der Aufarbeitung dieses Themas, am Beispiel der hier vorliegenden Arbeit. Zum anderen darf man die Leiden der Opfer nicht vergessen, und Entschädigungszahlungen sind nach wie vor ein heiß diskutiertes Thema. Im gesamten Datensatz wurde ein Antrag auf Entschädigung im Sinne des allgemeinen Kriegsfolgengesetzes gefunden, der dem Anhang beigelegt ist. Jüngst erschien am 8. Januar 2007 im Deutschen Ärzteblatt ein Artikel über diese Entschädigungszahlungen.¹⁴⁸ Laut diesem Artikel wurden rund 350.000 bis 360.000 Männer und Frauen seit 1933 aufgrund des geltenden Gesetzes sterilisiert. Am 13. April 1961 wurde im Bundestagsausschuss für Wiedergutmachung über die Entschädigungszahlungen entschieden. Als Sachverständige wurden seltsamerweise an der Euthanasieaktion Beteiligte und Gutachter aus der damaligen Zeit bemüht. So überrascht auch nicht, dass diese der Meinung waren, „dass es sich bei dem Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses nicht um nationalsozialistisches Unrecht, sondern um eine von der deutschen Ärzteschaft mit großem Verantwortungsbewusstsein umgesetzte Maßnahme zum Wohle des deutschen Volkes gehandelt habe“¹⁴⁹.

Einer der drei Sachverständigen beharrte darauf, dass das Gesetz „in seinem Kerngehalt wirklich der damaligen und auch der heutigen wissenschaftlichen Überzeugung entspricht“. Es wird deutlich, wie sehr selbst in den 60er Jahren in wissenschaftlichen Kreisen das sozialdarwinistische Denken und die Vorstellung der einzelne müsse seine Interessen hinter das „Volksinteresse“ zurückstellen verbreitet gewesen ist. Die Frage ist und bleibt natürlich, wer die Definitionshoheit über das „Wohl des Volkes“ innehat. Die Konsequenz war damals, dass keine Entschädigungszahlungen an die Betroffenen durchgesetzt werden konnten. Solange hochrangige Wissenschaftler noch immer die Meinung vertreten, all dies sei rechtens gewesen und den Betroffenen sei mit Sterilisation,

¹⁴⁸ Gerst, Thomas (2007): *Ächtung nach 74 Jahren*. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 104, Heft 1-2.

¹⁴⁹ Ebd.

Stigmatisierung und Ausgrenzung aus der Gesellschaft kein Unrecht widerfahren, schwindet die Hoffnung auf Entschädigungszahlungen weiter.

Erst ab 1980 konnten, laut Artikel, geschädigte Personen eine Einmalzahlung von 5000 DM beantragen. Nur 16.000 Personen erhielten bis 2000 diese Ausgleichszahlungen. 16.000 Personen bei insgesamt 350.000 Betroffenen, dies entspricht einem Prozentsatz von 4,6.

Erst 1988 wurde im Bundestag beschlossen, dass Zwangsterilisationen auf Basis des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses Unrecht gewesen sind, nicht jedoch das Gesetz an sich. Es verstrichen noch 10 Jahre, bis die Entscheidungen der Erbgesundheitsgerichte per Gesetz aufgehoben wurden. Weitere sieben Jahre später - im Jahr 2005 - forderte der Nationale Ethikrat auf eine Initiative des „Bundes der Euthanasie-Geschädigten und Zwangssterilisierten“ den Bundestag auf, ebenfalls das Gesetz an sich als Unrecht anzusehen.

So wurde nach 74 Jahren verkündet:

„Der Deutsche Bundestag bekräftigt erneut, dass die im „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933 vorgesehenen und auf der Grundlage dieses Gesetzes durchgeführten Zwangssterilisierungen nationalsozialistisches Unrecht sind. Er bekräftigt erneut die Ächtung dieser Maßnahmen als Ausdruck der inhumanen nationalsozialistischen Auffassung vom „lebensunwertem Leben“.

Der Deutsche Bundestag erstreckt diese Feststellung und diese Ächtung ausdrücklich auf das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933 selbst, soweit dieses Zwangssterilisierungen rechtlich absichern sollte. Die gesetzlich vorgegebene Handlungsanweisung und die aufgrund dieser Anweisung durchgeführten Zwangsterilisationen können vor dem Hintergrund einer totalitären Staatspraxis nicht voneinander getrennt werden. Beides ist Ausdruck der gleichen verbrecherischen national-sozialistischen ‚Weltanschauung‘. Beiden gebührt die gleiche Ächtung.“¹⁵⁰

Nach 74 Jahren kommt diese Erkenntnis für viele der Betroffenen bereits zu spät.

¹⁵⁰ Deutscher Bundestag, Drucksache 16/3811, 16.Wahlperiode (2006): Antrag auf Ächtung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses.

10. Literaturverzeichnis

Belling, Curt (1937): *Der Film im Dienste der Partei*. Berlin.

Belling, Curt (1937): Der Film im Dienste der Rassenpolitik, *Der Deutsche Film* 11.

Bickel, Horst (2002): *Die Epidemiologie der Demenz*. Psychiatrische Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München.

Binder, Karl (1937/38): Schweizerisches Archiv für Neurologie und Psychiatrie 40.

Bleuler, Eugen (1983): *Lehrbuch der Psychiatrie*. 15. Auflage. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.

Boberach, Heinz (Hrsg.) (1956): *Meldungen aus dem Reich. Auswahl aus den geheimen Lageberichten des Sicherheitsdienstes der SS 1939-1944*. Berlin-Neuwied.

Bock, Gisela (1986): *Zwangsterilisation im Nationalsozialismus, Studien zur Rassen- und Frauenpolitik*. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Courtade, Francis/ Cadars, Pierre (1976): *Geschichte des Films im Dritten Reich, Mit einem Nachwort von Gerd Albrecht*, Frankfurt a. Main, Wien, Zürich.

Deutscher Bundestag, Drucksache 16/3811, 16.Wahlperiode (2006): *Antrag auf Ächtung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses*.

Ellis, Havelock (1910/11): *Geschlecht und Gesellschaft*, 2. Band, Würzburg: Kabitzsch.

Gaupp, Robert (1925): *Die Unfruchtbarmachung geistig und sittlich Kranker und Minderwertiger*. Berlin.

Gerst, Thomas (2007): *Ächtung nach 74 Jahren*. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 104, Heft 1-2.

Groß, Walter (1935): *Weltanschauung und Rassenhygiene*. München.

Haeckel, Ernst (1904): *Die Lebenswunder, gemeinverständliche Studien über biologische Philosophie, Ergänzungsband zu dem Buche über die Welträthsel*. Stuttgart.

Heiss, Herbert (1969): *Die Sterilisation der Frau*. Stuttgart: Enke.

Held, Katrin Charlotte (1995): *Untersuchung der Gutachten der Universitätsnervenklinik Tübingen aus dem Jahr 1938 unter besonderer Berücksichtigung der Sterilisationsgutachten*. Tübingen: Köhler.

Hitler, Adolf (1935): *Mein Kampf*. 158.-159. Auflage. München.

Hoche, Alfred (Hrsg.) (1901): *Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie*. Berlin: Hirschwald.

Hoche, Alfred (Hrsg.) (1934): *Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie*. Berlin-Neuwied: Springer.

Huber, Gerd (1974): *Psychiatrie Lehrbuch für Studium und Weiterbildung*. 6. Auflage. Stuttgart, New York: Schattauer.

Kaiser, Jochen-Christoph, Nowak, Kurt & Schwartz, Michael (1992): *Eugenik, Sterilisation, „Euthanasie“: Politische Biologie in Deutschland 1895-1945. Eine Dokumentation*. Berlin: Union.

Koch, Hans-Joachim (1972): *Der Sozialdarwinismus*. München.

Lilienthal, Georg (1993): *Der „Lebensborn e.V.“*. Frankfurt a. Main: Fischer.

Mayer, Joseph (1927): *Gesetzliche Unfruchtbarmachung Geisteskranker*. Freiburg i. Breisgau: Herder.

Peters, Günther (1936): Tagebuchaufzeichnungen über seine Zwangssterilisation, abgedruckt in Kaiser, Jochen-Christoph, Nowak, Kurt & Schwartz, Michael (1992).

Ploetz, Alfred (1895): *Die Tüchtigkeit unserer Rasse und der Schutz der Schwachen, ein Versuch zur Rassenhygiene und ihr Verhältnis zu den humanen Idealen, besonders zum Sozialismus*. Berlin.

Pschyrembel, Willibald (1998): *Pschyrembel Klinisches Wörterbuch*. 258. Auflage. Berlin: de Gruyter.

Reusch, Tanja (2000): *Die Ethik des Sozialdarwinismus*. Frankfurt a. Main: Lang.

Rost, Karl-Ludwig (1987): *Sterilisation und Euthanasie im Film des „Dritten Reiches“: Nationalsozialistische Propaganda in ihrer Beziehung zu rassenhygienischen Maßnahmen des NS-Staates*. Husum: Matthiesen.

Schulte, Walter (1965): „Euthanasie“ und Sterilisation im Dritten Reich. In: Flitner, A. (Hrsg.): *Deutsches Geistesleben und Nationalsozialismus. Eine Vortragsreihe*. Tübingen: Wunderlich.

Strohkendl, Paul Robert (1995): *Zur Begutachtung der männlichen Probanden der Jahre 1933 und 1934 an der Universitätsnervenklinik Tübingen*. Dissertation.

Steinhaus, Hubert (1981): *Hitlers pädagogische Maximen: „Mein Kampf“ und die Destruktion der Erziehung im Nationalsozialismus*. Frankfurt a. Main: Lang.

Ufken, Tjark (1982): *Die Sterilisation in der Gynäkologie*. Bonn

Uschmann, Georg (1958): *Ernst Haeckel – Forscher, Künstler, Mensch*. Jena.

Wedenow, Michael (1959): *Der naturhistorische Materialismus Ernst Haeckels*. Deutsche Zeitschrift für Philosophie, Heft 4, Jg. 7, S.562-579.

11. Anhang

11.1. *Antrag auf Entschädigung wegen Sterilisation vom 15.04.1987*

Allgemeines Kriegsfolgengesetz

Frau W. hat hier den Antrag auf Entschädigung wegen Sterilisation gestellt. Nach ihren Angaben soll die Sterilisation im Jahre 1934 im Krankenhaus Kirchheim/Teck vorgenommen worden sein. Bei den Ermittlungen hat sich nunmehr herausgestellt, dass Frau W. in der fraglichen Zeit mehrmals wegen psychischer Erkrankung in der Universitätsnervenlinik Tübingen untergebracht war. In diese Zeit soll auch ein Aufenthalt in der Frauenklinik Tübingen fallen, der evtl. im Zusammenhang mit einer durchgeführten Sterilisation stehen könnte.

Ich wäre Ihnen sehr dankbar, wenn Sie diesen Sachverhalt anhand noch vorhandener Unterlagen der Nerven- und der Frauenklinik überprüfen könnten. Sollten die Krankenblätter durch Ablauf der Aufbewahrungsfristen bereits vernichtet sein, könnten Anhaltspunkte in den Operations-, Tage-, oder Patientenbüchern gefunden werden.

Sofern noch Unterlagen aufgefunden werden können, bitte ich, diese im Wege der Amtshilfe kurzfristig zur Einsichtnahme zu übersenden bzw. mir Fotokopien zu überlassen.

Die Antragsstellerin bzw. deren Pfleger hat sein Einverständnis hierzu erteilt.¹⁵¹

¹⁵¹ Auszug aus einer Akte, Antrag gemäß des allgemeinen Kriegsfolgengesetz.

11.2. Schreiben des Schulamtes Zürich bezüglich einer Anfrage der Nervenlinik Tübingen

„Schulamts der Stadt Zürich-Kanzlei, Schreiben vom 01.12.1937¹⁵²

[...]Was die Auskunft über erbgesundheitliche Verhältnisse betrifft, können wir Ihnen gestützt auf ein Kreisschreiben des Regierungsrates des Kantons Zürich vom 17. September 1936 nicht entsprechen. Gemäss diesem Kreisschreiben, „besteht zwischen der Schweiz und Deutschland kein Staatsvertrag, auf Grund dessen schweizerische Gerichts- und Verwaltungsbehörden, Anstalten und Aerzte zur Auskunftserteilung an deutsche Erbgesundheitsgerichte oder an deutsche Anstalten und Aerzte, welche einem Erbgesundheitsgericht ein Gutachten erstatten zu haben, verpflichtet sind. Da nach schweizerischem und zürcherischem Recht Eingriffe zur Verhütung erkrankten Nachwuchses nicht mit Zwang und bei weitem nicht in dem Umfange wie nach deutschem Recht zulässig sind, ist die Auskunftserteilung und die Rechtshilfe in Verfahren, die in Deutschland auf Grund des Reichsgesetzes über die Verhütung erbkranken Nachwuchses durchgeführt werden, abzulehnen.“

¹⁵² Schreiben beigelegt in einer Akte.

11.3. *Gerichtsbeschluss über Unfruchtbarmachung*

„M.F., geboren am [...] ledige Haustochter [...], zur Zeit in der Univ.Nervenlinik in Tübingen ist unfruchtbar zu machen. Die Kosten des gerichtlichen Verfahrens trägt die Staatskasse.

Gegen den Beschluß kann binnen 1 Monat nach der Zustellung schriftlich oder zur Niederschrift der Geschäftsstelle des Erbgesundheitsgerichtes Beschwerde eingelegt werden.

Gründe:

M. F. befand sich schon vom 2.Juli bis Ende sept. 1929 wegen geistiger Erkrankung in der Univ.Nervenlinik in Tübingen u. befindet sich seit 20. Juli 1934 wieder dort. Auf Grund des ärztlichen Gutachtens des Assistenzarztes [Name] an dieser Klinik, das dieser im Einverständnis des Anstaltsleiters [...] erstattet hat, ist das Erbgesundheitsgericht zu der Überzeugung gelangt, dass M. F. an Schizophrenie leidet u. dass nach den Erfahrungen der ärztl. Wissenschaft mit großer Wahrscheinlichkeit zu erwarten, dass ihre Nachkommen an schweren geistigen Erbschäden leiden werden. Ihre Unfruchtbarmachung ist deshalb geboten und dem Antrag des zust. Oberamtsarztes entsprechend beschlossen worden. (§ 1 Abs. 1 u. 2 Ziffer 2, §3 des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14.7.1933) Kostenentscheidung nach §13 Abs. 1 des Gesetzes.

Die Vollstreckung des Beschlusses erfolgt erst nach eintritt der Rechtskraft durch Vermittlung des Oberamtsarztes auf Grund einer von dem Urkundsbeamten der Geschäftsstelle des Gerichtes zu erteilenden Bescheinigung der Rechtskraft u. Vollstreckbarkeit des Beschlusses.“¹⁵³

¹⁵³ Gerichtsbeschluss über Unfruchtbarmachung einer Patientin, beigelegt in einer Akte.

11.4. Weiterer kurzer Fallbericht aus einer Akte

„[Name] wird mit Schutzmann und Landjäger gemäss ortspolizeilicher Verfügung vom Oberamt Balingen [...] gebracht.

Sie bringt in ziemlich erregtem Ton vor, dass ihr die Leute in Winterlingen gesagt hätten, sie sei jetzt wieder völlig gesund, so dass es unnötig sei, die Operation (Sterilisation, C.K.), die [...] bei ihr für nötig erachtet hätte, durchführen zu lassen. Die Eltern hätten auch mit mehreren studierten Herrn darüber gesprochen, die ihnen ebenfalls von der Sterilisation abgeraten hätten, da sie noch ein junges Mädchen sei, bestimmt wieder völlig gesund werde und sich nicht durch solch eine Massnahme ihre ganze Zukunft verbauen lassen wolle.

20. 06.1934: [...], sie selbst unterschreibe den Antrag zur Sterilisation niemals, sie sei normal. Der Vater habe lediglich auf den Zwangsbefehl der Polizei unterschrieben, dass er mit der Verbringung nach Tübingen einverstanden sei. Sie weigert sich energisch, die Sterilisation durchführen zu lassen, mit der Begründung, sie wolle als lediges Mädchen kein Kind, sie wolle überhaupt von den Männern nichts wissen. Auf Vorhalt, dass sie auch später in der Ehe ein erkranktes Kind haben könne, verhält sie sich ganz uneinsichtig. [...]

Pat. [...] gab zwar ihre Einwilligung zur Operation, war aber innerlich keineswegs von der Notwendigkeit überzeugt. Brach letzthin bei der Visite in lautes Schluchzen aus, so dass sie aus dem Garten entfernt werden musste. Erklärte, sie sehe die Notwendigkeit der Operation nicht ein und halte sie für eine Ungeerechtigkeit.

Am 19.6.1934 wurde morgens in der hiesigen Frauenklinik die Sterilisation vorgenommen.“¹⁵⁴

¹⁵⁴ Fallbericht, dokumentiert auf den Aufnahmeblättern. Aus Akte 669/5858.

11.5. Erhebungsbogen

Aktennummer _____

1. Personalien:

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Alter in Jahren _____

Wohnort _____

Familienstand _____

Berufstand _____

Schulbildung _____

Entwicklung _____

Kinder _____

Geschwister _____

Abtreibung/Fehlgeburt _____

Konfession _____

Aufnahmedatum _____

Entlassungsdatum _____

Aufenthaltsdauer in Tagen _____

Entlassungsort _____

Aufnahmearbeit _____

Weitere Klinikaufenthalte _____

Prognose _____

Aufenthalt öffentliche Einrichtung _____

2. Akte

gemeldet/nicht gemeldet _____

Inhalt der Akte _____

Intelligenzprüfungsbogen _____

weitere Diagnostik _____

Sterilisation erfolgt _____

3. Gutachten

Auftraggeber _____

Art des Gutachtens _____

Anzahl der Gutachten _____

Aufbau des Gutachtens _____
Seitenanzahl _____
Fragestellung _____
Diagnose _____
Empfehlung/Beurteilung des Gutachters _____
Übereinstimmung hinstl. der Fragestellung _____

4. Besonderheiten

persönliche Kommentare des Gutachters _____
ausführliche Fallbeschreibung _____
besondere Anhänge (z.B. Stammbaum, etc.) _____
Patientenkommentare _____
Beschwerde eingelegt _____

11.6. Erhebungsbogen gynäkologische Patientinnen

1. Personalien:

Name, Vorname _____
Geburtsdatum _____
Alter in Jahren _____
Wohnort _____
Familienstand _____
Berufstand _____

2. Akte

Behandlung _____
Diagnose _____
Kinder _____
Abtreibung _____
von EGG eingewiesen _____
Name EGG _____
Aufnahmedatum _____
Entlassungsdatum _____
Aufenthaltsdauer in Tagen _____

3. Operation

Verlauf _____
Methode _____
Aufgestanden nach OP (in Tagen) _____
gemeldet an EGG _____
Datum der Sterilisation _____
Beschluss des EGG vom _____
Anmerkungen _____

11.7. *Originaldokumente der Akten mit Übersetzung*

Amtsärztliches - Ärztliches¹⁾ - Gutachten

(gemäß § 4 Satz 2 des Gesetzes zur Verhütung erbkräftiger Mindergeborener vom 14. Juli 1933 - Reichsgesetzbl. I S. 529)

Name und Vorname:

(bei Frauen auch Mädchennamen)

Beruf: *Op. u. Arzt*

Geboren am: *21. Aug. 06* zu

Kreis:

Religion: *MD*

Letzter Wohnort:

Kreis:

Straße:

Anschrift der Eltern:

Straße: *10*

Anschrift des Pflegers oder Vormunds: *MD*

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:

Wohn- oder Sterbeort:

Straße:

Name der Mutter:

(auch Mädchennamen)

Wohn- oder Sterbeort:

Kreis:

Straße:

Waren die Eltern blutsverwandt? *nein*

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.

Erläuterung: Es sind nachstehend nur diejenigen Personen anzuführen, bei denen die nachbezeichneten Krankheiten oder Abnormitäten vorgekommen sind. Es sind jedesmal der Verwandtschaftsgrad, Name und Vorname – bei verheirateten, verwitweten und geschiedenen Frauen auch deren Mädchennamen –, Geburtsort, Geburtsdatum – Tag, Monat, Jahr –, Konfession, Wohnort, Sterbeort, 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?)

nein

2. Sind in der Familie²⁾ noch andere körperliche oder geistige Leiden oder Abnormitäten erblicher oder nichterblicher Natur vorgekommen? (z. B. Giftsuchtigkeit, Selbstmorde, Selbstmordversuche, auffallende Charaktere, verbrecherische oder asoziale Veranlagungen, Psychopathien, andere Geisteskrankheiten, Stoffwechselfstörungen usw. (Welche und bei wem?)

nein

II. Eigene Vorgeschichte des E.

1. Allgemeines

a) Durchgemachte körperliche Krankheiten (Infektionskrankheiten, sonstige Allgemeinerkrankungen, Organkrankheiten, Unfälle usw.) auschl. Nerven- und Geisteskrankheiten:

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?

d) Angaben über das Sexualleben (bei Frauen außerdem über Regel- und Schwangerschaftsstörungen):

e) Wie war die soziale Entwicklung des (der) E. (Berufsausbildung, Erfolge bzw. Mißerfolge im Berufsleben)?

f) Ist der (die) E. mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen? Wann? Wodurch?

g) Alkoholismus, Mißbrauch von Rauschgiften:

2. Entwicklung des Leidens, das Anlaß zum Antrag auf Unfruchtbarmachung gibt (erstes Auftreten, Verlauf usw.):

*Als kleines Kind schon Krampf-
anfälle („Gicht“) gehabt. Erst
19 Jahren gefallen, davon das Unfall-
nicht in Göttingen zu bringen. Mit
4 Jahren mit einem Hauteruptum zu-
ständig, nicht behandelt. Erst
ca 15 Jahren Leiden M. an An-
fällen, die alle 4 Wochen sind
dann nicht auftreten. In dieser
fallung ist Göttingen bei Aufenthalt von
der Mutter. Fürsorge durch
Mutter und Vater. Unvollständig geworden
vollständig unsozial, beim Auf-
wachstum, der auf ärztl. Anweisung
in Göttingen eintrat, seit dem
von Mutter ab. Nicht als Prov.*

¹⁾ Erbkrank (im folgenden abgekürzt: E) im Sinne des Gesetzes ist, wer an einer der folgenden Krankheiten leidet: 1. Angeborenem Schwachsinn, 2. Schizophrenie, 3. Hirnlähme (manisch-depressivem) Irresein, 4. Erblicher Fallsucht, 5. Erblichem Weitzanz (Guntingtonische 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? (Genau Anschriften):

III. Befund

1. Körperlicher Befund

a) Allgemeinzustand, Mißbildungen und Fehler des Knochenystems, Brustkorb, Wirbelsäule, Gliedmaßen und Allgemeinkrankheiten, Stoffwechselkrankheiten, Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe, Haut, Drüsen:

Größe: 155 cm

Gewicht: 59 kg

Bei Frauen: Menstr.

13.

b) Organbefund (Lunge, Herz, sonstige Eingeweide, Geschlechtsorgane, Schilddrüse):

Puls:

Blutdruck:

Eiweiß:

Harn:

Zucker:

c) Nervensystem:

Hirnnerven (ausschl. Befunde am Auge und Ohr), Kopferkussion, Druckpunkte am Kopfe, Zunge, Gaumensegel, Würgereflex, Geruch, Geschmack.

Reflexe:

Vasomotor. Nachröten, mechan. Muskel-erregbarkeit, Radiusperiotreflex, Patellarreflex, Patellarcloonus, Achillessehnenreflex, Dorsalcloonus, Plantarreflex, Babinski, Oppenheim, Bauchreflexe, Cremasterreflex, Armbewegungen.

Sensibilität:

Berührungsempfindlichkeit, Lokalisation, Schmerzempfindlichkeit.

Ataxie:

Statischer Tremor, Händedruck, Zeltgewerksuch, Weibebewegungen, Gang, Romberg. Sonstige körperliche Zeichen einer Erkrankung des Z. N. S., Zungenbithnarben, 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.

Protokoll des ärztlichen Besuchs...
Körperliche Untersuchung...
Nervensystem...
Augen...
Ohren...

Der Allgemeinzustand ist...
Die Gliedmaßen sind...
Die Reflexe sind...
Die Sensibilität ist...

Die Untersuchung des...
Die Pupillen sind...
Die Bewegungen sind...
Die Hörschärfe ist...

Universitätsarchiv Tübingen. - Signatur: 669/5842
Reproduktion, Vervielfältigung oder Weitergabe nur mit Genehmigung
Nur zur persönlichen Benutzung durch Frau Cindy Keller, Waiblingen.

2. Psychischer Befund

1. Allgemeines Verhalten:
Zugänglich, freundlich, misstrauisch, ablehnend.
2. Stimmungs- und Affektlage:
Stumpf, gleichgültig, läppisch, traurig, ängstlich, ratlos, entschlußlos, heiter, albern, zornig, sexuell-zudringlich.
3. Willenssphäre:
Hemmung, Sperrung, Stupor, Katalepsie, Befehlsautomatie, Negativismus, Mutismus, Erregung, Befehlsdrang, impulsive Handlungen, sinnlose Handlungen, Rededrang, Fortlaufen, Manieren, Stereotypien, Sprachmanieren, Grimassieren.
4. Bewußtseinslage:
Auffassung, Besonnenheit, Aufmerksamkeit, Bewußtlosigkeit, Koma, Sopor, Somnolenz, Bewußtfeinstrübungen, Desorientiertheit, Verwirrtheit, delirante Zustände, Dämmerzustände, Bewußtfeinseinengung, Absenzen.
5. Gedankenablauf:
Formale Störungen, Denkhemmung, Denkspernung, gemachte Gedanken, Gedankenentzug, Ideenflucht, Inkohärenz, Perseveration, Zerkahrenheit, Steifheit, inhaltliche Störungen, Sinnestäuschungen der verschiedenen Sinnesgebiete, Wahnideen (Größen-, Kleinheits-, Verfolgungs-, Verfündigungswahn 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 Schwachsinntigen ist der Intelligenzprüfungsbogen auszufüllen (Anlage 5a).

Das Verhalten des Patienten:
in Affektlage sowie den Willens-
fähigkeit werden vorwiegend durch
die systematische Grundstörung bestimmt,
wobei ein nachbleibendes Aufheben
des Affekts eine gewisse Vorabgabe
nach wie vor vorhanden kann in diesem
fach. Charakteristischer Dankeflüßigkeit
gegenüber dem Arzt. Typisch
haben. Folgt ab wie bei dem Mäd-
chen zu einem auf so zurechtweisenden
Arbeitserleistung zu gelangen. Seit 2-3
Jahren wird von nun eine Lämmeria gepflegt,
in gewissermaßen sind bedarf. Lämmeria
Charakteristischer, dessen psychisch selbst-
los. Zuordnung ist. Folgt gefühllos
ist. In der systematischen Auffassung in. mit.
sowie Wahnfälle anzuwenden mit begriffen
auf die künftigen ist für ihn für diesen
Kontrollierung zeigt in Frage gestellt.
Eutelligenzbogen ist beigefügt.

1. Diagnose:
2. Begründung:

Es handelt sich um ein psychisches
Einverständnis durch einen psychischen
genau Ordnung aller sozialen Faktoren
entspricht für den künftigen Wandel
nicht die erforderlichen Voraussetzungen für
einen psychischen Wandel.

Ort: Tübingen 24. FEB. 1934
Straße: Opantstr. 22
Krankenhaus

Name:
Amtsstellung:

Dienststempel oder Stempel

Universitätsarchiv Tübingen. - Signatur: 669/5842
 Reproduktion, Vervielfältigung oder Weitergabe nur mit Genehmigung
 Nur zur persönlichen Benutzung durch Frau Cindy Keller, Waiblingen.

Übersetzung des Amtsärztlich – Ärztlichen - Gutachtens

II. Eigene Vorgeschichte des Patienten

Als Kind schon Krampfanfälle („Gichten“) gehabt. Mit 19 Jahren gefallen. Schwere des Unfalls nicht in Erfahrung zu bringen. Mit 14 Jahren aus einem Handwagen gestürzt, nicht bewusstlos geworden. Seit ca. 15 Jahren leidet M. an Anfällen, die alle 4 Wochen und dann nachts auftreten. Bei den Anfällen ist Zungenbiss beobachtet worden (Vater). Zunehmende psychische Veränderung. Ungesellig geworden, vollkommen antriebslos, bei Arbeitsversuchen, die auf ärztl. Anordnung unternommen wurden, hat die Kranke Nadeln oder Nägel aus Protest verschluckt und mußte dieserhalb mehrmals operiert werden. Mußte in letzten 2 Jahren vollkommen gepflegt u. gewartet werden. Bei Versuchen, ihre Ablehnung zu durchbrechen wurde sie aggressiv u. bekam sofort Anfälle. War deswegen kurze Zeit in J.A. Mariental

- In der Schule schlechte Schülerin, dann noch einen Koch- und Nähkurs mitgemacht. Nie fähig gewesen, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen.
- In sittlicher Hinsicht sehr haltlos. Hat schon mit 15 Jahren geschl. Beziehungen zu einem Mann gehabt.

III. Befund

1. Körperlicher Befund

Der Allgemeinzustand ist durchaus befriedigend. An den Gliedmaßen sind keine krankhaften Veränderungen festzustellen. Der Leib ist schlaff und von derbinfiltrierten Operationsnarben durchzogen, die auf wiederholte Laparotomien in den Jahren `26, `28 und `31 zurückzuführen sind.

Auch die Untersuchung des Nervensystems ergibt durchaus vorgebrachten Befund. Abgesehen von den Bauchdeckenreflexen lassen sich alle physiolog. Reflexe auslösen.

- Sensibilitätsstörungen u. Schäden an den Sinnesorganen sind nicht zu erkennen.
- Auffallend stark sind vegetative Störungen ausgeprägt. Füße und Hände sind leicht hypotroph, kühl, feucht, das Gesicht zeigt manchmal besonders starke Absonderung.

2. Psychischer Befund

Das Verhalten der Stimmungs- u. Affektlage sowie der Willenstätigkeit werden vorwiegend durch die hysterische Grundstörung bestimmt, wobei ein erheblicher angeborener Schwachsinn eine primitive Triebhaftigkeit nicht tarnen (?) kann und andererseits therapeutischer Beeinflussung vorzeitig Ziel setzt. Schon seit Jahren - siehe oben - gelingt es nicht, das Mädchen zu einer noch so geringwertigen Arbeitsleistung zu erziehen. Seit 2-3 Jahren muß sie von der Familie gepflegt u. gewartet werden und bedarf dauernder Beaufsichtigung, da sie sexuell haltlos – zudringlich u. somit gefährdet ist! Durch hysterische Anfälle u. zeitweise Wutanfälle verbunden mit Angriffen auf die Angehörigen ist ihre häusliche Unterbringung jetzt in Frage gestellt. Intelligenzbogen ist beigelegt.

IV. Diagnose und Begründung:

Es handelt sich um schwachsinniges Mädchen, das einerseits durch seine primitive – psychogene Abwehr allen sozialen Grundanforderungen, andererseits sein ungezügelltes Triebleben nicht die erforderlichen Garantien für einen gesunden Nachwuchs bietet.

Universitätsarchiv Tübingen. - Signatur: 639/7267
Reproduktion, Vervielfältigung oder Weitergabe nur mit Genehmigung.
Nur zur persönlichen Benutzung durch Frau Cindy Keller, Waidlingen.

Anzeige

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

~~Perl~~ Die Hausfrau
(Familienname)
(Vorname)
geboren am 12. Juni 1899
in Kreis
zeitiger Aufenthaltsort:

leidet an¹⁾ - ist verdächtig zu leiden an - angeborenem Schwachfln - Schizophrenie - zirkularem (manisch-depressivem) Irresein - erblicher Fallsucht - erblichem Weitzanz (Huntingtonsche Chorea) - erblicher Blindheit - erblicher Taubheit - schwerer erblicher körperlicher Mißbildung - schwerem Alkoholismus -

Die Obengenannte hat sich nur kurze Zeit (26. Nov. - 13. Dez. 37)
in unserer Beobachtung und Behandlung befunden und wurde dann
gegen ärztlichen Rat vom Ehemann nach Hause geholt. Eine sichere
Ort: Tübingen, den 15. Dezember 1937
Straße: Osianderstr. 22.

Name:
Stand: Oberarzt der Univ. Nervenkl.

An
~~den Herrn~~ das staatliche Gesundheitsamt
in Tübingen

¹⁾ Das Nichtzutreffende ist jeweils zu durchstreichen.
²⁾ Die Mitteilung ist dem für den Wohn- oder Aufenthaltsort der vorbezeichneten Person zuständigen Amtsarzt zu übersenden.

Intelligenzprüfungsbogen

24. MRZ. 1934

1. Orientierung:

- (Wie heißen Sie?)
- (Was sind Sie?)
- (Wie alt sind Sie?)
- (Wo sind Sie zu Hause?)
- (Welches Jahr haben wir jetzt?)
- (Welchen Monat?)
- (Welches Datum?)
- (Welchen Wochentag?)
- (Wie lange sind Sie hier?)
- (In welchem Orte sind Sie hier?)
- (In welchem Hause sind Sie hier?)
- (Wer hat Sie hierher gebracht?)
- (Wer sind die Leute Ihrer Umgebung?)
- (Wer bin ich?)

Jant Hofman
27 J. alt
1934 (H)
Februar (H)
10. II. 34 (+)
Kommunist (+)
14 Tage (+)
Friburg
Krankenhaus
+
+

2. Schutwissen:

- (Heimatort?)
- (Zu welchem Lande gehörig?)
- (Hauptstadt von Deutschland?)
- (Hauptstadt von Frankreich?)
- (Wer war Luther?)
- (Wer war Bismarck?)
- (Welche Staatsform haben wir jetzt?)
- (Wer hat Amerika entdeckt?)
- (Wann ist Weihnachten?)
- (Was bedeutet Weihnachten?)
- (Sonstige Fragen ähnlicher Natur).
- (Wieviel Wochentage? —
vor- und rückwärts?)
- (Wieviel Monate? —
vor- und rückwärts?)

+
o
o
o
o
Republik
o
25. Aug.
+
Bedeutung von Pfingsten? — o
+ + +
Morgenzeit, vordemitt hoch 2 maligen
Wortfühls nicht möglich

5. Geschichtserzählung und Sprichwortklärung:

- (Geschichte vom Salzefel o. ä.)
- (Hunger ist der beste Koch!)
- (Lügen haben kurze Beine!)
- (Der Apfel fällt nicht weit vom Stamm!)
- (Unrecht Gut gedeiht nicht!)

O
 Mann wenn jünger jah, jah man Appalch.
 Mann wenn ligh, kumet man nicht unich.
 Mann wenn etwas kumet für sich kumet man nicht unich.
 Mann wenn man ligh für kumet man nicht unich.

6. Sittliche Allgemeinvorstellungen:

- (Warum lernt man?)
- (Warum und für wen spart man?)
- (Weshalb darf man auch sein eigenes Haus nicht anzünden?)
- (Was darf man mit gefundenen 5 - 20 - 500 RM. machen?)
- (Wie denken Sie sich Ihre Zukunft?)
- (Was würden Sie tun, wenn Sie das große Los gewinnen?)
- (Was ist Treue, Frömmigkeit, Ehrerbietung, Bescheidenheit?)
- (Was ist das Gegenteil von Tapferkeit?)

Das ist wenn späten man ist, gut. Medizin kann.
 Das ist wenn im Alter man ist
 Man darf sein eigenes Haus nicht anzünden
 Man müßte auf dem Pflaster sammeln.
 Das ist nicht was man werden, nicht nicht
 ist Arbeit.
 Die meisten, die gehen zu weit.
 Nein? Das ist man mit einem unter sich.

7. Gedächtnis und Merkfähigkeit:

- (Merken Sie die Zahl 1849!)
- (Welche Geschichte habe ich Ihnen erzählt?)
- (Welche Zahl sollten Sie merken?)
- (Sprechen Sie nach und merken Sie folgende Worte: Haus - Tür, Hut - Kopf, Herz - Schmerz; Blei - Arzt!)
- (Worüber haben wir uns unterhalten?)
- (Welche Zahl sollten Sie merken?)
- (Welche Worte sollten Sie merken?)

may 1. Min m. U. O
 Man wenn bei einem Ding 2 14-17
 O
 Man wenn bei einem Ding 2 14-17
 O
 +

8. Verhalten bei der Untersuchung:

- (Haltung, Augen, Mimik, Stimme, Aussprache, Wortfolge, Promptheit der Antwort, Zugänglichkeit, Anteilnahme an der Unterhaltung usw.)

Übersetzung Intelligenzprüfungsbogen:

1. Orientierung:

Wie heißen Sie?	
Was sind Sie?	<i>Haustochter</i>
Wie alt sind Sie?	<i>27 Jahre alt</i>
Wo sind Sie zu Hause?	
Welches Jahr haben wir jetzt?	<i>1934</i>
Welchen Monat?	<i>Februar</i>
Welches Datum?	<i>10.2.34</i>
Welchen Wochentag?	<i>Sonnabend</i>
Wie lange sind Sie hier?	<i>14 Tage</i>
In welchem Orte sind Sie hier?	<i>Tübingen</i>
In welchem Hause sind Sie hier?	<i>Nervenlinik</i>
Wer hat Sie hierher gebracht?	
Wer sind die Leute Ihrer Umgebung?	<i>+</i>
Wer bin ich?	<i>+</i>

2. Schulwissen:

Heimatort?	
Zu welchem Lande gehörig?	<i>+</i>
Hauptstadt von Deutschland?	<i>-</i>
Hauptstadt von Frankreich?	<i>-</i>
Wer war Luther?	<i>-</i>
Wer war Bismarck?	<i>-</i>
Welche Staatsform haben wir jetzt?	<i>Kaiserreich</i>
Wer hat Amerika entdeckt?	<i>-</i>
Wann ist Weihnachten?	<i>25. Dezember</i>
Was bedeutet Weihnachten?	<i>+</i>
Sonstige Fragen ähnlicher Natur.	<i>Bedeutung von Pfingsten? -</i>
Wieviel Wochentage? – vor- und rückwärts?	<i>+++</i>
Wieviel Monate? – vor- und rückwärts?	<i>vorwärts wie rückwärts trotz 2mal. Versuch nicht möglich.</i>

Rechen:

(7 x 9?) - (51 - 16?) - (17 + 32?) + *n. sehr langer Überlegung*
(12 x 13?) - (62 - 19?) - (23 + 45?) -
(10 : 2?) - (x - 3 = 14) x? - (x x 9 = 63) x? -
(81 : 3?) - (x + 5 = 16) x? - (x : 8 = 5) x? -

300 RM zu 3% in drei Jahren Zinsen? 300 Mark

6 Arbeiter brauchen zu einer Arbeit 3 ½ Stunden:

wie lange brauchen drei Arbeiter? -

Wenn 1 ½ Pfund 15 Pfennig kosten,
wieviel kosten 7 Pfund? -

3. Allgemeines Lebenswissen:

Wo geht die Sonne auf? *Norden oder Osten*
Warum wird es Tag und Nacht? *weil es in Amerika Tag ist immer bei uns Nacht.*

Warum baut man Häuser
in der Stadt höher als auf dem Lande? *Weil die Stadt größer ist.*
Was versteht man unter dem Kochen
des Wassers? *Dass es besonders heiß ist durchs Wasser.*

Warum darf man ein Feuer nicht abschließen,
wenn es brennen soll? *Weil es ausgeht.*
Warum gehen die Kinder in die Schule? *Damit sie was lernen.*
Wozu sind Gerichte da? *Wenn was passiert ist, eines was gestohlen hat.*

Geldsorten? *Silber – Aluminium hat man auch schon gehabt – Kupfer - Papier*

Was kostet jetzt die Beförderung von Postsachen? *Adresse*
Preise von Lebensmitteln? *Was kostet Brot? -*

Unterschied zwischen:

Irrtum – Lüge? *Wenn man lügt, ist ärger.*

Borgen – Schenken?

wenn man's schenkt, darft's behalten, wenn man's borgt, muß es zurückgegeben werden.

Geiz – Sparsamkeit?

Geiz, wenn man nichts hergeben will, Sparsamkeit, damit man später was hat.

Rechtsanwalt – Staatsanwalt?

Rechtsanwalt ist höher.

Treppe – Leiter?

Treppe läuft man leichter.

Teich – Bach?

Teich ist nicht so tief wie Bach.

4. Spezielle Fragen aus dem Beruf

Satz aus drei Worten bilden:

Jäger – Hase – Feld!

Der Jäger schießt den Hasen auf dem Feld.

Soldat – Krieg – Vaterland!

Der Soldat ist für das Vaterland in den Krieg gezogen.

Frühling – Wiese – Blumen!

Die Blume wächst im Frühling auf der Wiese.

Schule – Bildung – Leben!

Man bildet sich in der Schule, damit man im Leben was kann.

5. Geschichtserklärungen und Sprichwörterklärungen

Geschichte vom Salzesel oder ähnliches

-

Hunger ist der beste Koch!

Wenn man Hunger hat, hat man Appetit.

Lügen haben kurze Beine!

Wenn man lügt, kommt man nicht weit.

Der Apfel fällt nicht weit vom Stamm!

Wenn man Unrechtes tut, kommt man nicht weit.

Unrecht Gut gedeiht nicht!

Wenn man was Böses tut, kommt man nicht weit.

6. Sittliche Allgemeinvorstellungen

Warum lernt man?

Daß man später was ist, halt verdienen kann.

Warum und für wen spart man?

Daß man im Alter was hat.

Weshalb darf man auch sein eigenes Haus nicht anzünden?

Man darf sein eigenes Haus anstecken.

Was darf man mit gefundenen 5 – 20 – 500 RM machen?

Man muß es auf dem Rathaus melden.

Wie denken Sie sich Ihre Zukunft?

Daß ich nicht mehr recht werde, sonst möchte ich heiraten.

Was würden Sie tun, wenn Sie das große Los gewinnen?

Ich meine, das gewinne ich nicht.

Was ist Treue, Frömmigkeit, Ehrerbietung, Bescheidenheit?

Treue? Daß man auf etwas vertraut

Was ist das Gegenteil von Tapferkeit?

-

7. Gedächtnis und Merkfähigkeit:

Merken Sie die Zahl 1849!

nach 1 Minute -

Welche Geschichte habe ich Ihnen erzählt?

Von wann bis wann Krieg? 14 - 17

Welche Zahl sollten Sie sich merken?

-

Sprechen Sie nach und merken Sie folgende Worte:

Haus – Tür, Hut – Kopf, Herz – Schmerz, Blei – Arzt

Worüber haben wir uns unterhalten?

Wann war der Vater gestern hier? +

Welche Zahl sollten Sie merken?

-

Welche Worte sollten Sie merken?

+

8. Verhalten bei der Untersuchung

Haltung, Augen, Mimik, Stimme, Aussprache, Wortfolge, Promptheit der Antwort, Zugänglichkeit, Anteilnahme an der Untersuchung, und so weiter

- Lebenslauf -

Cindy M. Keller

Persönliche Angaben:

Familienstand: *ledig*
Staatsangehörigkeit: *deutsch*
Geburtsdatum: *23. April 1982*

Eltern: *Anton Keller, Haupt- und Werkrealschullehrer i.R.*
Erika Keller, Grund- und Hauptschullehrerin i.R.
Geschwister: *Carsten Keller*
Carina Palm (geb. Keller)

Schulische Laufbahn:

Grundschule: *1988 bis 1992, Lindenschule Hohenacker*
Gymnasium: *1992 bis 2001, Salierymnasium Waiblingen*
Abitur: *30. Juni 2001*

Akademische Laufbahn:

Studium der Medizin an der Eberhard-Karls-Universität Tübingen ab dem Sommersemester 2002.

Fachsemester: *12*
Physikum: *März 2004*
2. Ärztliche Prüfung: *6. Juni 2008*

Promotion: *2004 bis 2008 an der Universitätsnervenklinik Tübingen*

gen, Abteilung für Forensische Psychiatrie

Doktorvater: Prof. Dr. Foerster

Promotionsthema:

Die Umsetzung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses an der Universitätsnervenklinik und der Frauenklinik Tübingen in den Jahren 1933 und 1934. Eine Untersuchung der Sterilisationsgutachten an weiblichen Probanden.

Berufliche Laufbahn:

Anstellung als Assistenzärztin der Abteilung für Innere Medizin im Diakonie Klinikum Stuttgart unter Leitung von Frau Prof. Dr. Heidemann ab dem 01.07.2008.

- Danksagung -

Zum Abschluss möchte ich mich ganz herzlich bei Herrn Professor Dr. Foerster für die freundliche, sehr gute und vor allem auch engmaschige Betreuung und das entgegengebrachte Vertrauen bedanken. Frau Weimer danke ich für die schnellen Termine. Hermann Krauß gilt mein außerordentlicher Dank für die großartige Hilfe beim Übersetzen der alten Texte.

Außerdem möchte ich mich bei den beiden Mitarbeiterinnen vom Archiv der Universitätsklinik für Psychiatrie und vom Archiv der Universitätsbibliothek bedanken, die mich bei den unzähligen langwierigen Recherchen in den Archiven stets sehr unterstützt haben.

Ganz besonders danke ich meiner Familie für ihre Geduld, psychische und finanzielle Unterstützung und vor allem möchte ich mich bei Sascha Wolfer für die tatkräftige Unterstützung und Hilfestellung bei jeglichen technischen und stilistischen Problemen bei der Erstellung dieser Dissertation bedanken. Außerdem danke ich ihm für seine unendliche Geduld und dafür, dass er immer für mich da ist.

Cindy M. Keller