

**Einstellungen und Verhaltensdispositionen der
Anstaltspsychiater zur Zwangssterilisation bei
schizophrenen Frauen während
des Nationalsozialismus**

Eine Untersuchung der Krankenakten
psychiatrischer Patientinnen der
Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster und der
Kreis-, Kranken- und Pflegeanstalt Frankenthal
von 1934-1939

DISSERTATION

zur Erlangung des akademischen Grades des
Doktors der Philosophie (Dr. phil.)

genehmigt durch
die Fakultät für Psychologie (Fachbereich 8)
der Universität Koblenz-Landau Abteilung Landau

vorgelegt von: Dipl.-Psych. Gisela Drescher-Müller
geb. am 02.12.1952
in Somborn

1.Gutachterin: Frau Prof. Dr. M. Pritzel
2.Gutachter: Herr Prof. Dr. R. Steinberg

Landau 2008

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung.....	5
1.1	Fragestellungen der retrospektiven Forschungsstudie..	13
2.	Material und Methoden.....	17
3.	Eugenische Zwangssterilisationen im interkulturellen Vergleich: Gegenwärtiger Stand der Diskussion in der Fachliteratur und den Printmedien.....	19
4.	Einstellungen der Anstaltspsychiater zum Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (GzVeN) während des Nationalsozialismus.....	31
5.	Historische und gesetzliche Grundlagen in Deutschland	48
5.1	Das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933 - Änderungen und Verordnungsbestimmungen	53
6.	Die Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster von 1934 bis 1939	57
7.	Die Kreis-, Kranken- und Pflegeanstalt Frankenthal von 1934 bis 1939	59
8.	Auswertung der Krankenakten der aufgrund der Diagnose „Schizophrenie“ zwangssterilisierten Frauen der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster und der Kreis-, Kranken- und Pflegeanstalt Frankenthal von 1934 bis 1939	61
8.1.	Zahl der schizophrenen zwangssterilisierten Mädchen und Frauen	61
8.1.1	Modalitäten der Einweisung.....	65

8.1.2	Vorheriger Aufenthaltsort der Patientinnen.....	68
8.2.	Biographische Daten.....	71
8.2.1	Altersverteilung zum Zeitpunkt der Sterilisation.....	71
8.2.2	Familienstand	74
8.2.3	Anzahl der Kinder.....	76
8.2.4	Altersverteilung der Kinder der zwangssterilisierten schizophrenen Frauen.....	79
8.2.5	Beruf.....	82
8.2.6	Konfessionszugehörigkeit.....	85
8.2.7	Geographische Herkunft.....	89
9.	Diagnose Schizophrenie	92
9.1	Die Antragsdiagnose Schizophrenie.....	92
9.2	Familienanamnese.....	99
9.3	In den Krankenakten genannte Symptome der Schizophrenie	103
10.	Die Anzeige zur Unfruchtbarmachung im Rahmen des GzVeN	106
11.	Antragstellung.....	109
11.1	Antragstellung durch Anstaltsleiter.....	109
11.1.1	Zeitfenster zwischen Anstaltsaufnahme und Antrag auf Unfruchtbarmachung durch den Anstaltsleiter.....	117
11.1.2	Gesamtaufenthaltsdauer der Zwangssterilisierten in den Heilanstalten.....	120
11.1.3	Statistische Auswertung der Antragsteller.....	123
11.2.	Dokumentation der Antragstellung.....	126
12.	Die Verfahrensweise vor dem Erbgesundheitsgericht und dem Erbgesundheitsobergericht.....	129
12.1	Zeitfenster von der Antragsstellung bis zum Beschluss der Erbgesundheitsgerichte.....	138
12.2	Antragsbefürwortung bei Minderjährigen.....	142
12.3	Begründungen der Urteile.....	145
12.4	Aufforderung zur Sterilisation.....	148

12.5	Ablehnung der Antragstellung durch die Erbgesundheitsgerichte.....	151
12.6	Widerspruchsverfahren.....	158
12.7	Das Erbgesundheitsobergericht.....	158
13.	Die Sterilisation.....	162
13.1	Die Dokumentations- und Informationspflicht der beteiligten Ärzte.....	163
13.2	Zuständige Krankenhäuser.....	167
13.3	Sterilisationskosten.....	170
13.4	Entlassungsmodalitäten.....	171
14.	Das Auftreten von Rezidiven nach der Sterilisation.....	175
15.	Einleitung von Scheidungsverfahren.....	178
16.	Mortalität nach dem Sterilisationsverfahren.....	179
17.	Wiedergutmachung und Entschädigungsverfahren.....	184
18.	Zusammenfassung der Ergebnisse.....	191
19.	Diskussion.....	201
20.	Literaturverzeichnis.....	214
21.	Danksagung.....	226
22.	Lebenslauf.....	227

1. Einleitung

Mit der Machtergreifung durch die Nationalsozialisten im Jahr 1933 vollzog sich nicht allein ein politischer Systemwandel von der ersten demokratischen Republik des Deutschen Reiches zum totalitären Führerstaat, sondern auch die Ausrichtung der Politik am Konstrukt „Rasse“.

„Rasse“, „Volkszugehörigkeit“ und damit die biologische Abstammung des Einzelnen bildeten die Termini, die als Ausgangspunkt und Zielvorgabe viele Politikfelder im Dritten Reich prägten. Staatlich sanktioniert entschieden „Erbgesundheit“ und „Rassereinheit“ über eine Förderung der als „wertvoll“ Erachteten und führten im Falle von diagnostiziertem „unwerten Leben“ zu Diskriminierung, Verfolgung und Vernichtung „unerwünschter“ Bevölkerungsgruppen.

Zur Legitimation dieser staatlichen Vernichtungspolitik verwiesen die Nationalsozialisten auf die vermeintlich „gesicherten Erkenntnisse“ einer bereits bestehenden Wissenschaft: „der Rassenhygiene“ (Frick, 1935).

Bereits Jahrzehnte vor der praktischen Umsetzung durch die nationalsozialistischen Machtinhaber propagierten Rassenhygieniker im Kampf gegen die angeblich drohende „Degeneration des Volkes“ Maßnahmen zur Fortpflanzungseinschränkung „Minderwertiger“. Im Kaiserreich und der Weimarer Republik größtenteils unbeachtet und angesichts der als zu autoritär empfundenen Forderungen teilweise grundsätzlich abgelehnt erfolgte die Anerkennung der Rassenhygiene und die Umsetzung ihrer Forderungen in die legislative Praxis bezeichnenderweise erst im „Dritten Reich“ (Kühl, 1997). Zwar wurde im Sommer 1914 ein Gesetzentwurf zur Unfruchtbarmachung und zum Schwangerschaftsabbruch in den Deutschen Reichstag eingebracht, doch der beginnende Erste Weltkrieg verhinderte die weitere Beratung und Verabschiedung. Die Intensität der Diskussion um die Sterilisierung unerwünschter Kranker nahm in der zweiten Hälfte der Weimarer Republik wieder zu. Zur Begründung der Steri-

lisierungsvorhaben wurden die ökonomischen Belastungen für die Staatsgemeinschaft verbunden mit den „wissenschaftlich legitimierte Hinweisen auf die angebliche Wert- und Nutzlosigkeit und die Leere solcher Existenzen“ angeführt (Frick, 1935).

Immer wieder wurde auf die hohen Unterstützungskosten für Geistesschwache, Geisteskranke, Asoziale, Trinker, Kranke, Kriminelle und Arbeitsscheue hingewiesen.

Im Entwurf des Sterilisierungsgesetzes des Preußischen Landgesundheitsrates von 1932 hieß es: „Dabei steigt die Zahl der Geisteskranken, Schwachsinnigen, Fallsüchtigen, Psychopathen, erblich Kriminellen und anderen Belasteten, die der öffentlichen Fürsorge und dem Strafvollzug zur Last fallen. Die hierdurch bedingte Fürsorgelast des deutschen Volkes wächst dadurch und nimmt den gesunden arbeitstüchtigen Familien immer mehr Mittel“ (Rüdin, 1938/1939). Auf Schautafeln und Plakaten wurde der Bevölkerung suggeriert, dass die Leistungen der öffentlichen Hand für die Anstaltsinsassen eine ungerechte Belastung der arbeitenden „Volksgenossen“ darstellten.

Selbst Schulbücher wurden dazu missbraucht, um die Klischeevorstellung zu verbreiten, dass die Kranken im wörtlichen Sinne „auf Kosten“ der Gesunden ein bequemes Leben führten (Braß, 2004).

So enthielt das „Lehrbuch der Mathematik für höhere Schulen“ von Adolf Dorner folgende Textaufgabe: „Der Bau einer Irrenanstalt erfordert sechs Millionen RM. Wie viele neue Wohnblocks à 15.000 RM würden für diese Summe gebaut werden können?“ (Braß, 2004).

Mit der Machtübernahme der Nationalsozialisten erfolgte die Anerkennung der rassenhygienisch indizierten Sterilisierung und ihrer staatlichen Organisation in der radikalsten Form.

Das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (GzVeN), das am 14. Juli 1933 beschlossen wurde, trat am 1. Januar 1934 in Kraft.

„Hitler beschwor in seiner Reichstagsrede vom 30. Januar 1934 das Sterilisierungsgesetz als eine wahrhaft revolutionäre Maßnahme des neuen Staates gegenüber dem Heer derer, die aus Erbveranlagung von vornherein auf der negativen Seite des völkischen Lebens geboren wurden, und die verhindern sollte, dass Millionen Gesunden oft das zum Leben nötigste entzogen werden muss, um Millionen Ungesunde künstlich am Leben zu erhalten“ (Bock, 1986). „Das GzVeN war der sichtbare und rechtsförmige Ausdruck einer Unterscheidung zwischen „wertvollem“ und angeblich „weniger wertvollem“ Leben (Braß, 2004).

Gleichzeitig wurde mit diesem Gesetz auch ein Perspektivenwechsel in der Wahrnehmung von Krankheit und Behinderung amtlich festgeschrieben:

„Im Sterilisationsverfahren erschien der Kranke nicht mehr in erster Linie als hilfsbedürftige Person, sondern als eine Bedrohung der Gemeinschaft“ (Frei, 1991).

Es folgte ein Wandel des Krankheitsbegriffs losgelöst von konkreten diagnostischen Maßstäben zu einem emotional aufgeladenen Staatsbegriff.

Durch eine konsequente Anwendung der Erblichkeitslehre und des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (GzVeN) auf alles „abweichende“ Verhalten wurde die stets beschworene Finanzkrise des Staates, verursacht durch die angeblich immensen Fürsorgelasten für die „Minderwertigen“, als beherrschbar dargestellt. Die propagandistische Darstellung appellierte geschickt an das Mitleid mit diesen „Menschenhüllen und lebenden Toten, die man schon bei der Entstehung verhindern müsse“ (Rüdin, 1938/1939).

Nicht der leidende Einzelmensch, sondern der sogenannte „Volkskörper“ sollte im Mittelpunkt ärztlichen Handelns stehen. „Aus dem Arzt des Individuums muss der Arzt der Nation werden“, lautete eine Forderung des Reichsärztesführers Gerhard Wagner (Wagner, 1934).

Nach nationalsozialistischem Verständnis sollten die Ärzte sich als „Pfleger der Gene“ und „biologische Soldaten“ verstehen und nicht nur Kranke heilen, sondern vor allem eine aktive Bevölkerungspolitik betreiben (Wagner, 1934). „Begleitet wurde dieses Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses von einer umfangreichen Propagandapolitik, die für die Erb- und Rassenpolitik des Dritten Reiches warb. In Zeitungsbeiträgen, Plakaten und in Filmen wurden Geisteskranke als Träger gefährlicher Erbanlagen, als kriminelle Gewalttäter oder als stumpfsinnig dahinvegetierende Geschöpfe dargestellt. „In einer Wochenschau, die die UFA anlässlich des In-Kraft-Tretens des GzVeN am 1. Januar 1934 produzierte, stellte man abschreckend wirkenden Aufnahmen von geistig Behinderten aus einer Anstalt die Bilder von gesunden „Volksgenossen“ gegenüber“ (Braß, 2004).

Mit der Erfassung von schizophrenen, epileptischen, senilen, luetischen und chronisch neurologisch kranken Anstaltsinsassen wurde die „Reichsarbeitsgemeinschaft für Heil- und Pflegeanstalten“ befasst. In einem Gutachterverfahren urteilten deutsche Ärzte über „lebenswerte und nicht-lebenswerte“ Menschen.

Auf der Grundlage dieses Gesetzes wurden zwischen 1933 und 1945 mindestens 350.000 bis 360.000 Frauen und Männer gegen ihren Willen zwangssterilisiert und damit ihrer Fortpflanzungsfähigkeit beraubt (Bock, 1986; Koch, 1993; Nowak, 1977; Rudnick, 1990; Saathoff, 1991; Schnell, 1958).

Das Grauen und das Unrecht, das sich hinter diesen Beschreibungen und Zahlen verbirgt, war für die zwangsweise Sterilisierten und ihre Angehörigen unvorstellbar groß.

1994 machten die Professoren Stauber und Kindermann auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe in München deutlich, dass die „konkrete Erinnerung an Zwangssterilisationen, Schwangerschaftsabbrüche gegen den

Willen der Frauen, unterlassene Hilfeleistungen und problematische Ansätze in Forschung und Lehre in den letzten fünfzig Jahren fast völlig unterblieben ist" (Stauber u. Kindermann, 1994).

Stauber sah in der Aufarbeitung von Patientenschicksalen eine Möglichkeit für eine „späte Entschuldung" (Bock, 1986; Stauber, 1993; Stauber, 1994) und vermutete, dass die Ärzte in der Vergangenheit „nicht ihr eigenes Nest beschmutzen wollten" (Stauber u. Kindermann, 1994).

Die Auseinandersetzung mit der Geschichte der Medizin im Nationalsozialismus wurde zunächst nur bezogen auf das Thema Euthanasie geführt und es erfolgten hier vor allem Publikationen von Historikern, Theologen, Journalisten und Soziologen (Bock, 1986; Nowak, 1977; Kaiser et al., 1992; Klee, 1986; Thom u. Spaar, 1985; Thom u. Caregorodcev, 1989, Thom 1991; Wieggrebe, 2001). Das Thema der Zwangssterilisation wurde meist nur am Rande erwähnt. Welche lebensgeschichtlichen Einflüsse diese Zwangssterilisationen für die Frauen und ihre Angehörigen hatten, lässt sich kaum erahnen.

Wie lange die nationalistisch geprägte medizinische Denkweise und die damit verbundene „Angst vor Erbkrankheiten" sich in den Einstellungen auch der gerade im medizinischen Bereich tätigen Menschen widerspiegelte, zeigt nachfolgender Brief aus einer Krankenakte aus dem Jahr 1957 (Dokument 1).

Klein O. Max. Rat. Dr. H.

mit der Bitte um direkte

Dr. med. K. H.
prakt. Arzt u. Geburtshelfer
b. R.

flüchtig

den 17. September 1957

Telefon:

10 437 1957

10 437 1957

Nr. 1728

S.

An den Herrn Direktor des psychiatrischen Krankenhauses Klingenmünster!

Sehr geehrter Herr Obermedizinalrat!

Verzeihen Sie, wenn ich mich an Sie, ohne Ihren Namen zu kennen, als Arzt zum Arzte wende und Sie um Ihren Rat bitte.

Es handelt sich um folgendes: Mein Sohn, selbst Arzt, 30 Jahre alt, hat die Bekanntschaft einer jungen Lehrerin, mit Namen Er S gemacht. Er hätte Interesse an einer Heirat. Doch mußte ich in Erfahrung bringen, dass die Mutter, eine Frau J S, jetzt in zweiter Ehe mit einem Dr. R (Leiter der Schule in Mannheim verheiratet), in den Jahren vor dem zweiten Weltkrieg (1937 früher oder später?) wegen einer geistigen Störung in Klingenmünster gewesen sei. Man will von einem schizophrenen Schub wissen. Da mein Sohn dem sehr viel an erbgesunder Nachkommenschaft liegt, die Verantwortung einer Ehe nicht leicht nimmt und lieber die beabsichtigte Verbindung dann nicht eingehen könnte, bin ich auf Ihre Hilfe angewiesen. Kann aufgrund der Krankenblätter noch festgestellt werden, was damals war? Und können Sie in diesem Falle mir die Auskunft geben? Da ja höhere Interessen auf dem Spiele stehen, dürfte man nicht das ärztliche Berufsgeheimnis hier als absolut hindernd heranziehen. Obendrein wäre ich als Arzt Ihnen so dankbar, dass ich Ihnen jede gewünschte Diskretion zusichern würde. Frau S -R ist seit ihrer 1945 in Di wieder als Lehrerin tätig, Sie ist vor kurzer Zeit eine zweite Ehe eingegangen. Mein Sohn hat die gesundheitlichen Bedenken vorgebracht, worauf von Frau S ein großer Brief kam, der den damaligen Sachverhalt in ihrem Lichte schilderte, Sowohl in Schrift, wie in Ausdrucksweise entspricht der Brief den Anforderungen für einen geistig Gesunden. Er hat nichts, woraus man auf Schizophrenie schließen könnte, weder Schnörkel noch manirierte Ausdrücke. Ich würde Ihnen diesen Brief gerne vorlegen. An sich wird mir ihre Tochter, 22 Jahre alt, als sehr intelligent und von gutem Gemüt geschildert, psychisch völlig unauffällig; ich selbst kenne weder sie noch ihre Mutter persönlich. Daher wäre es immer noch nicht schwer, wenn mein Sohn lieber auf weitere Bekanntschaft verzichtete, falls die Anamnese dies ratsam erscheinen ließe. Da aber eine schriftliche Äußerung Ihrerseits nicht verlangt werden kann, trotz der Wichtigkeit unseres Anliegens, würde ich mir erlauben, selbst zu Ihnen zu fahren. Ich habe vor, weil die Sache eilt, am Mittwoch den 20. März vormittags zwischen 10 und 12 nach Klingenmünster zu kommen und

Ihren Rat zu erbitten. Den erwähnten Brief bringe ich mit, damit Sie ihn selbst psychiatrisch beurteilen könnten. Verzeihen Sie die Freiheit, die ich mir Ihnen gegenüber nehme, aber Sie verstehen, dass das Verantwortungsgefühl als Vater und Arzt mir nur den einzigen objektiven Weg läßt, den ich wählen mußte.

Mit kollegialem Gruß und Dank zum Voraus!

Dr. med. K. H.

Genauere Pneumalien: Jo¹ (Sel¹), (jetzt R¹), geb. 2. 1. 1900 in ... in; nur seit der Erkrankung verheiratet in ...
 Schwester kein; jetzt verheiratet in ... bei ...

ent. J
 20.3.57

Dokument 1/2

Für die Angehörigen der Anstaltsinsassen waren die Kontakte ein Balancehalten zwischen Sorge und Abgrenzung. Ziel des NS-Regimes war es, eine Entsolidarisierung zwischen Gesunden und Kranken herbeizuführen. Das Schamgefühl der Familienangehörigen war groß und die gesellschaftliche Stigmatisierung unabdingbar. Ein Beispiel für dieses familiäre Spannungsfeld spiegelt nachfolgender Brief eines Angehörigen (Dr. B.) wieder (Dokument 2). Die Schwester des Dr. B. wurde trotz der Diagnose Schizophrenie nicht zwangssterilisiert.

Für Altd.

.Br

Fr

i. Br. 29. 11. 1938.

Ec: c.22

An die
 Direktion der Heil- u. Pflegeanstalt,
F r a n k e n t a l .

Sehr geehrter Herr Direktor!

Für Ihren ausführlichen Bericht v.26.v.Mts. danke ich Ihnen
 bestens.

Ich bedauere sehr, dass der Zustand meiner Schwester eine Ver-
 legung auf die ruhigere Abteilung unmöglich macht, möchte aber
 doch hoffen, dass dies in absehbarer Zeit durchführbar ist.
 Mit dem heutigen Schreiben erlaube ich mir, Ihnen, sehr ge-
 ehrter Herr Direktor, nochmals einiges vorzutragen: Aus den
 Briefen meiner Mutter geht hervor, dass diese bei den öfteren
 Besuchen meiner Schwester dieser hauptsächlich nur die Bibel
 vorliest, und ich erfahre auch daraus, dass meine Schwester
 die Bibel angeblich immer bei sich haben soll. Ich wäre Ihnen
 nun sehr verbunden, Herr Direktor, - falls Sie meine Ansicht
 teilen - wenn Sie meine Schwester veranlassen würden, dieses
einseitige und zu keinem Fortschritt beitragende Schrifttum
wegzulegen. Ich kann mir nicht denken, dass dieses zu einer
 Gesundung beitragen soll und wäre Ihnen daher zu besonderem
 Dank verpflichtet, wollten Sie auch meine Mutter darauf auf-
 merksam machen, dass das einseitige Vorlesen aus der Bibel
 nicht zur Gesundung beiträgt.

Gleichzeitig wäre es vielleicht auch gut, wenn meine Mutter
 einmal darauf hingewiesen werden würde, dass meine Schwester
 mit der in der Anstalt gebotenen Kost, die doch zweifellos
 den Kranken zuträglich ist, - von kleinen Aufmerksamkeiten na-
 türlich abgesehen - sich zufrieden geben soll. Alles, was ich
 meiner alten, nun doch auch herabgewirtschafteten Mutter zu-
 kommen lasse, scheint sie meiner Schwester hinzubringen, ohne
 selbst davon etwas zu gebrauchen. Ich wäre sehr froh, wollten
 Sie einmal, sehr geehrter Herr Direktor, nach diesen beiden

Richtungen hin mit meiner Mutter sprechen. Ich würde mir davon für beide Teile einen erheblichen Nutzen versprechen. Gewalt anzuwenden wird wohl keinen Zweck haben, aber eine Belehrung dürfte doch am Platze sein.

Es ist nicht meine Absicht, Sie, durch meine Bitten und Wünsche erheblich zu belasten; ich nehme aber an, Herr Direktor, dass Sie meine Sorgen um meine Schwester und auch meine Mutter wohl verstehen werden. Es ist nur mein Wunsch beiden zu helfen, soweit es in meiner Macht steht.

Ich erwähne natürlich auch diesmal ganz besonders, dass ich es Ihnen ganz überlassen möchte, die von mir vorgebrachte Angelegenheit in meinem Sinne zu regeln und bin überzeugt, dass Ihre Entscheidung den Gesundheitszustand meiner Schwester das Zuträglichste sein wird.

Für Ihre Mühewaltung sage ich Ihnen im voraus meinen besten Dank und wäre Ihnen verbunden, wenn Sie gelegentlich wieder einmal mir über den Zustand meiner Schwester berichten würden.

Mit vorzüglicher Hochachtung und

H e i l H i t l e r !

Ihr sehr ergebener



Dokument 2/2

1.1 Fragestellungen der retrospektiven Forschungsstudie

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die an der **Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster** und an der **Kreis-, Kranken- und Pflegeanstalt Frankenthal** zwischen 1934 bis 1939 im Zuge des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (GzVeN) eingeleiteten Zwangssterilisationen von schizophrenen Mädchen und Frauen im Alter von 16 bis 40 Jahren an Hand der archivierten Krankenakten zu untersuchen und auszuwerten.

Es handelt sich dabei um eine regionalgeschichtliche retrospektive Forschungsstudie mit der statistischen Auswertung der Krankenakten einer Stichprobe von insgesamt 121 als schizophren diagnostizierten Mädchen und Frauen aus der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster und der Kreis-, Kranken- und Pflegeanstalt Frankenthal, die im Zusammenhang mit dem Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses sterilisiert wurden.

Bei dieser regionalgeschichtlichen Studie kann es nicht um die Erforschung des wissenschaftlichen Rassismus gehen.

Vielmehr sollen auf dem Hintergrund der historisch-administrativen Vorgaben des nationalsozialistischen Gesundheitswesens die formalen Verfahrensabläufe der Zwangssterilisationen in den beiden Heil- und Pflegeanstalten analysiert und somit die praktische Umsetzung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses in beiden Heil- und Pflegeanstalten aufgezeigt werden. Dabei soll auch der Frage nachgegangen werden, welche Einstellungen und Verhaltensdispositionen zur Zwangssterilisation bei schizophrenen Frauen sich auf Seiten der an diesen Verfahrensabläufen beteiligten Anstaltspsychiater erkennen lassen.

Durch die Bearbeitung der Krankenakten soll zudem versucht werden, einzelne menschliche Schicksale und das Unrecht der Zwangssterilisation sichtbar werden zu lassen.

Folgende Fragestellungen sollen im Rahmen der vorliegenden Arbeit auf der Grundlage der bei der Auswertung der Krankenakten erhobenen Daten im Einzelnen untersucht werden:

Wurde bei allen Patientinnen, die als schizophren diagnostiziert wurden, ein Antrag auf Zwangssterilisation gestellt?

Lässt sich bei den Anstaltspsychiatern der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster und der Kreis-, Kranken- und Pflegeanstalt Frankenthal die konsequente Umsetzung des Gesetzes zur

Verhütung erbkranken Nachwuchses (GzVeN) gemäß den gesetzlichen Vorgaben von 1934 bis 1939 verifizieren?

Wie konform verhielten sich die Anstaltspsychiater beider Einrichtungen hinsichtlich der Anzeige- und Antragspraxis?

Gibt es Hinweise auf eine bedingungslose Einwilligung (Compliance) auf Seiten der Anstaltspsychiater gegenüber den im GzVeN festgelegten Vorgaben und Forderungen einer staatlich verordneten Eugenik?

Gibt es Hinweise, dass die Anstaltspsychiater innerhalb der Institution Heil- und Pflegeanstalt gezwungen wurden, das GzVeN konsequent umzusetzen? Lässt sich dies durch die quantitative Bearbeitung der Krankenakten belegen?

Ist die Anwendung eines klinischen Diagnoseschemas erkennbar, das den damaligen wissenschaftlichen Stand der Diagnosestellung beim Krankheitsbild „Schizophrenie“ widerspiegelt?

Wurde die Frage der Erbllichkeit der Schizophrenie bei allen Patientinnen konsequent und gemäß den Vorgaben des GzVeN untersucht und in den Krankenakten dokumentiert?

Falls nicht bei allen als schizophren diagnostizierten Patientinnen ein Antrag auf Unfruchtbarmachung gestellt wurde, stellt sich die Frage nach den selektiven ärztlichen Entscheidungsprozessen, die darüber bestimmten, bei welchen Patientinnen ein Antrag auf Unfruchtbarmachung gemäß dem GzVeN gestellt wurde und bei welchen nicht.

Sind diese selektiven ärztlichen Entscheidungsprozesse in den untersuchten Krankenakten dokumentiert und ergeben sich Hinweise auf die Entscheidungskriterien, die von den Anstaltspsychiatern bei dieser für die Patientinnen äußerst bedeutsamen ärztlichen Entscheidung verwendet wurden?

Wurden die betroffenen Patientinnen bzw. ihre Angehörigen über den Eingriff und ihre diesbezüglichen Rechte gemäß den Vorgaben des GzVeN informiert?

Sind diese Vorgänge in den Krankenakten dokumentiert?

Kam es zu Widersprüchen von Seiten der Patientinnen bzw. von Angehörigen? Konnten Patientinnen erfolgreich die drohende Zwangssterilisation abwenden?

Ergeben sich aus den Krankenakten Hinweise auf den weiteren Krankheitsverlauf bei den Patientinnen nach erfolgter Zwangssterilisation?

Gibt es Hinweise auf negative körperliche, seelische oder soziale Auswirkungen des Zwangseingriffs bei den Patientinnen?

In welchem Umfang kam es in der Nachkriegszeit zu Anträgen von in den Jahren 1934 bis 1939 zwangssterilisierten Frauen aus beiden Heil- und Pflegeanstalten im Rahmen eines Wiedergutmachungsverfahrens?

Neben den oben beschriebenen Fragestellungen sollen durch die vorhandenen Dokumente in den Krankenakten beider Heilanstalten (z.B. ärztliche Berichte und Gutachten) die nationalsozialistischen Denkweisen und Einstellungen derer widergespiegelt werden, die über „Erbkrankheit“ im Sinne des GzVeN urteilten und die schizophrenen Frauen somit einer Zwangssterilisation auslieferten.

Die Darstellung folgt dabei dem Verlauf des Verfahrens von der Einweisung der Opfer bis zur Durchführung der Zwangssterilisationen und der Frage nach den Auswirkungen.

Da wenige der Opfer eine Rehabilitation und Wiedergutmachung erleben durften, versteht sich diese Arbeit auch als Verpflichtung gegenüber dieser kaum beachteten Gruppe von Opfern des nationalsozialistischen Gesundheitswesens.

2. Material und Methoden

Die Datenbasis für die vorliegende Dissertation bildeten alle vorhandenen originalen Krankenakten der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster und der Kreis-, Kranken- und Pflegeanstalt Frankenthal aus den Jahren 1934 bis 1939.

Aus den mit Patientendaten gespeicherten Computerlisten des Archivs des Pfalzkrankenhauses für Psychiatrie und Neurologie Klingenmünster, das die Krankenakten der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster und der Kreis-, Kranken und Pflegeanstalt Frankenthal enthält, wurden in einem ersten Schritt alle 507 Krankenakten der in den Jahren 1934 bis 1939 eingewiesenen sechzehnjährigen Mädchen bis vierzigjährigen Frauen ausgesucht.

Diese 507 Krankenakten wurden in einem weiteren Schritt hinsichtlich des Vorhandenseins der Diagnose Schizophrenie in der Krankenakte untersucht, was bei 213 Mädchen bzw. Frauen der Fall war.

Aus diesen 213 Krankenakten wurden schließlich die Krankenakten der Mädchen und Frauen ausgewählt, die im Zuge des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses zwangssterilisiert worden waren.

Daraus ergab sich die hier zu untersuchende Stichprobe von 121 Einzelfällen von Mädchen und Frauen, die sich ausschließlich auf die Anstaltsinsassinnen aus den Jahren 1934 bis 1939 mit der Diagnose Schizophrenie und erfolgter Zwangssterilisation bezieht.

Mit Hilfe eines selbst verfassten Analyseblattes, das nachstehende Angaben berücksichtigte, erfolgte in einem zweiten Schritt eine systematische Bearbeitung dieser 121 Krankenakten nach folgenden Aspekten:

- Archivdaten: Jahrgang, Krankenaktennummer.
- Angaben zur Person: Name, Vorname, Alter, Familienstand, Alter und Anzahl der Kinder, Konfession, Beruf, Wohnort,

- vorheriger Aufenthaltsort, Alter bei Sterilisation,
Gesamtaufenthaltsdauer der Frauen in der Anstalt,
- Familienanamnese: Dokumentation vorhandener Erbkrankheiten in der Familie
 - Angaben zum stationären Aufenthalt:
Vorheriger Aufenthaltsort, Diagnose, Ersterkrankung, Rezidiv, Symptome der Schizophrenie.
 - Verfahrensabläufe bei der Einweisung, der Antragsstellung und den Urteilen der Erbgesundheitsgerichte (EGG), Hinweise auf Widersprüche, Aufhebung des Beschlusses durch ein Erbobergesundheitsgericht (EGOG), Ärztliche Bescheinigung über die Aufklärung vor bzw. nach der Sterilisation
 - Angaben zum Sterilisationsverfahren:
Wurde eine Anzeige gestellt? Zuständige Krankenhäuser, Entlassungsort nach der Sterilisation, Einleitung eines Entschuldungsverfahrens?

Für jede Patientenakte wurde ein Auswertungsblatt erstellt, das alle aus den Akten zu entnehmenden Informationen beinhaltet. In einer auf der Basis dieser Daten entwickelten Datenbank (Excel) wurden alle Fälle zusammengefasst.

3. Eugenische Zwangssterilisationen im interkulturellen Vergleich: Gegenwärtiger Stand der Diskussion in der Fachliteratur und den Printmedien

Eugenische und rassenhygienische Intentionen sind älter als die nationalsozialistische Politik der Rassenkunde und Rassenhygiene. Mit der internationalen Eugenikbewegung entstand nach 1900 eine Bewegung mit Anhängern in linken wie rechten Parteien, in Politik und Wissenschaft, in Diktaturen sowie demokratischen Staaten.

Eugenische beziehungsweise rassenhygienische Vorstellungen waren zu dieser Zeit vor allem bei Ärzten und Naturforschern weit verbreitet und populär.

1883 führte Francis Galton (1822-1911), englischer Mathematiker, Naturforscher und Erfinder, erstmals den Begriff der Eugenik, der Lehre von der Verbesserung der Erbanlagen einer ganzen Rasse, ein. Er ging davon aus, „dass es unveränderbare Erbeinheiten gäbe, die sich nach statistischen Gesetzen in manifesten Erbmerkmalen ausprägten. Galton propagierte die Idee, dass Sozialpolitik an den Gesetzen der Biologie und insbesondere der Erbllichkeit orientiert sein sollte“ (Roelcke, 2002). Damit wurde das eugenische Paradigma grundgelegt, das von der Degeneration einer Gesellschaft ausging, wenn nicht erbhygienische Interventionen zur Verbesserung des menschlichen Erbguts unternommen würden. „Galton selbst war kein Befürworter von Sterilisationen für eugenisch vermeintlich „Minderwertige“, aber bereits in den 1890er Jahren gab es international v.a. unter Psychiatern und Neurologen zunehmend Stimmen, die forderten, dass die vermutlich erblich Belasteten und andere Personengruppen, welche die biologische Beschaffenheit der Bevölkerung zu bedrohen schienen, von der Fortpflanzung ausgeschlossen werden sollten. Die hierfür am häufigsten diskutierten Methoden waren das Eheverbot, die Kasernierung sowie die Sterilisation“ (Roelcke, 2002).

Die rassenhygienischen Bestrebungen dürfen jedoch nicht als monolithische Einheit gesehen werden. Vielmehr müssen sie im Zusammenhang mit unterschiedlichsten Interessengruppen betrachtet werden, die damit sehr unterschiedliche Zielvorstellungen, z.B. die Lösung der Armutfrage, die Begrenzung der Einwanderungsproblematik, die Verminderung der volkswirtschaftlichen Kosten für „geistig Behinderte“ oder die Frage der Rassenreinheit, verbanden.

Im Rahmen dieser Entwicklung war die Gründung von eugenischen Organisationen von immanenter Bedeutung. Nach Roelcke (2002) wurde 1905 die erste eugenische Organisation, die Gesellschaft für Rassenhygiene, in Deutschland konstituiert, die sich auch als internationale Vereinigung sah. Es folgten die Eugenics Education Society in England im Jahre 1907 und 1909 die schwedische Gesellschaft für Rassenhygiene. Die American Eugenics Association wurde 1911 gegründet, 1912 folgten in Frankreich die Societe eugenique und die Eugenetische Federatie in den Niederlanden.

Ab Mitte der 1920er Jahre kam es zu einer zweiten Welle von Gründungen, diesmal auch in außereuropäischen Ländern, z.B. in Neu Südwaales in Australien (1926), Niederländisch Indien (1930), Japan (1930), Kanada (1930) und Südafrika (1930). „In Deutschland und Schweden war der Anteil an professionellen Experten besonders hoch, darunter vor allem Mediziner und Biologen“ (Roelcke, 2002).

Durch die konsequente Aufarbeitung von Archivdaten und Krankenakten ist in den letzten Jahren zunehmend sowohl die Geschichte der Sterilisationsgesetzgebung als auch der Umfang der mit eugenischen Intentionen durchgeführten Sterilisationen in Europa, Amerika und Asien beleuchtet worden.

In der Schweiz fanden die ersten eugenischen oder „rassenhygienisch“ begründeten Zwangssterilisationen in Europa statt.

Um 1890 befürwortete der Direktor Auguste Forel sowie später dessen Nachfolger Eugen Bleuler, Hans Wolfgang Maier und Manfred Bleuler die eugenische Idee und die Zwangssterilisation für die Patientinnen und Patienten der psychiatrischen Klinik Burghölzli in Zürich. Sie waren einflussreiche Befürworter der Eugenik in der Schweiz. Seit 1905 fand in der Klinik Burghölzli eine systematische Kastrations- und Sterilisationspraxis ohne gesetzliche Grundlage statt (Huonker, 2004).

Der Züricher Psychiater E. Bleuler (1857–1939), Ordinarius für Psychiatrie, schreibt in seinem 1911 erschienen Buch „Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien“: „Vor allem sind bei Unverheirateten nähere Bekanntschaften mit dem anderen Geschlechte, bei Verheirateten Gelegenheit zu ehelicher Unzufriedenheit gefährlich. Bei Frauen ist das Eintreten der Schwangerschaft mit allen Mitteln zu verhüten. ... Ist die Krankheit diagnostiziert oder vermutet, so ist vom Heiraten unter allen Umständen und mit möglichster Energie abzuraten. Sterilisation wird aber hoffentlich hier wie bei anderen kointusfähigen Trägern einer pathologischen Anlage aus rassehygienischen Gründen bald in größerem Maßstab angewendet werden können“ (Bleuler, 1911).

Bei seinem Rücktritt als Anstaltsdirektor wertete Bleuler selbst sogar „die pflegerische Seite seiner Tätigkeit in den Anstalten Rheinau und Burghölzli als Sünde wider den Sozialdarwinismus“ (Huonker, 2004). Wörtlich äußerte er, es „sei hier herausgehoben, was ich gerade durch meine Arbeit auf medizinischem Gebiet gesündigt habe (und was in analoger Weise jeder Arzt sündigt): Gab ich mir doch in der Pflegeanstalt zwölf Jahre lang eine verzweifelte Mühe, Idioten und unheilbare Halluzinanten am Leben zu erhalten, erstere den anderen Leuten, letztere sich selber zur Qual! Im Burghölzli wiederum strengte ich mich an, möglichst viele Schizophrene so weit zu beruhigen und zu erziehen, dass ein Teil derselben heiraten

konnte und so sich, den Gatten und kommende Generationen unglücklich zu machen Gelegenheit bekam" (Huonker, 2004).

Auch ohne gesetzliche Grundlage wurden in der psychiatrischen Klinik Will im Kanton St.Gallen und anderen Spitälern Tausende von „erblich Minderwertigen“ zwangssterilisiert. Im Jahre 1928 wurde im Schweizer Kanton Waadt ein eugenisch motiviertes Sterilisationsgesetz erlassen, das europaweit das erste Gesetz dieser Art war und erst 1985 aufgehoben wurde (Jütte, 2004).

Der Kanton Zürich führte zunächst Zwangssterilisationen ohne entsprechende gesetzliche Grundlage durch. Von 1929 bis 1931 wurden in Zürich im Zusammenhang mit Schwangerschaftsabbrüchen 480 Frauen und 15 Männer sterilisiert. In den „Richtlinien für die operative Sterilisation“ der Medizinischen Gesellschaft Basel von 1934 war die eugenische Indikation zur Sterilisation als zulässig anerkannt worden. Eine statistische Erhebung der im Basler Frauenspital durchgeführten Sterilisationen zwischen 1920 und 1934 zeigt bei den Sterilisationen aus psychiatrischer Indikation einen markanten Anstieg nach 1929 und einen sprunghaften Anstieg im Jahr 1934, als im nahen NS-Deutschland das Zwangssterilisationsgesetz in Kraft trat (Felten, 2000).

Historiker haben aufgrund von Quellenauswertungen vor allem aus den Dreißigerjahren des 20. Jahrhunderts (psychiatrische Schriften, amtliche Richtlinien, Gerichtsakten usw.) belegt, dass bei Sterilisationen das Erfordernis der freiwilligen Zustimmung meist nicht gegeben war. Behörden verschafften sich das juristisch erforderliche „Einverständnis“ teilweise durch Überredung, teilweise wurde es durch Zwang und Drohung erpresst. Frauen wurden vor die Alternative „Anstaltsversorgung oder Sterilisation“ gestellt, und Abtreibungen wurden nur dann bewilligt, wenn die Frauen gleichzeitig in die Sterilisation einwilligten (Felten, 2000).

Der Schweizer Kanton Waadt galt in Europa als wegweisend in der gesetzlichen Regelung einer Zwangssterilisation „Minderwertiger“ (Jütte, 2004). Der Basler Schularzt und Anhänger der Rassenhygiene Carl Brugger erklärte 1939: „Die Tatsache, dass einerseits im Kanton Waadt trotz oder vielleicht gerade wegen der dortigen gesetzlichen Regelungen nur ganz selten eugenische Unfruchtbarmachungen vorgenommen werden, dass andererseits in Zürich ohne besondere Regelungen Erbgeisteskranke und Schwachsinnige häufig sterilisiert wurden, zeigt am besten, dass in unseren Verhältnissen mit einer gesetzlichen Regelung allein nicht viel gewonnen ist“ (Jütte, 2004)).

Von 1890 bis 1970 sollen nach Huonker (2004) mehrere Tausend Frauen und eine weit kleinere, aber nicht zu vernachlässigende Zahl von Männern, die „als erblich minderwertig“ eingestuft worden waren, unfruchtbar gemacht worden sein.

„Bereits vor einem Jahr hatte der Baseler Arzt Alex Schwank eine wissenschaftliche Untersuchung veröffentlicht, nach der an Schweizer Kliniken auch nach dem Zweiten Weltkrieg „unter fragwürdigen Umständen“ geistig Behinderte und psychisch Kranke zwangssterilisiert wurden. Zehn Jahre später erfuhr die Öffentlichkeit, dass angeblich mit stillschweigender Duldung der Behörden an der Schweizerischen Pflegerinnenschule in Zürich junge Frauen, die als geistig behindert galten, mit rechtlich und ethnisch fragwürdiger Begründung sterilisiert wurden“ (Die Zeit, 1997).

Die Eugenikbewegung fand auch in den USA durch einflussreiche Propagandisten große Resonanz. Der Eugenikerbund Eugenics Record Office (ERO) hatte viele Mitglieder, die auch in Deutschland bekannt und hochgeachtet waren, z.B. der Leiter Harry Laughlin, der in Deutschland den Ehrendokortitel erhielt. Weitere einflussreiche Eugeniker waren Charles Davenport und Lothrop Stoddard, der den Rassenwahn Adolf Hitlers befürwortete und unterstützte (Paul, 2004).

Bereits 1896 wurde im Bundesstaat Connecticut ein Gesetz erlassen, das „Epileptikern, Schwachsinnigen und Geistesschwachen“ die Heirat verbot. Dieses Verbot wurde später mit Zwangssterilisationen verbunden. Über die Folgen des Eingriffs wurden die Betroffenen nicht aufgeklärt. Hingegen lehnte 1897 das Parlament in Michigan einen eugenischen Gesetzentwurf ab. Die Vereinigung der amerikanischen Rinderzüchter beschloss 1903 ein Eugenik-Komitee einzurichten, das zu dem Schluss kam, dass mindestens 10 Millionen Menschen, rund 10% der damaligen Bevölkerung der USA, an der Fortpflanzung gehindert werden sollten.

Deutsche Rassenhygieniker beobachteten mit Aufmerksamkeit, dass 1907 im Bundesstaat Indiana das erste Gesetz, das die Zwangssterilisation aus eugenischen Gründen erlaubte, verabschiedet wurde. 32 US-Bundesstaaten folgten mit ähnlichen Gesetzen, darunter 1909 Kalifornien, wo seither die meisten US-Sterilisationen erfolgten. Von diesen eugenischen Gesetzen waren ca. 60.000 Menschen in den USA betroffen (Paul,2004).

Nährboden für eugenisches Gedankengut in den USA war vor allem die Einwanderungsproblematik, die in den Augen der etablierten Amerikaner zu einem demographischen Chaos führen würde. Wissenschaftler, Ärzte und Ökonomen wetterten mit pseudowissenschaftlichen Thesen gegen die ungeliebten Neubürger. „Unser Land wurde von nordischen Menschen besiedelt und aufgebaut“, schrieb Lothrop Stoddard, ein führender Eugeniker; doch nun sei „eine Invasion von Menschenhorden aus den Alpenländern und Mittelmeerstaaten erfolgt, ergänzt durch asiatische Elemente wie Levantiner und Juden“ (Paul,2004).

Charles Davenport, promovierter Biologe und Absolvent der Elite-Universität Harvard, schloss sich dem eugenischen Gedankengut an, verfolgte rassistische Ziele und baute ein eugenisches Zentrum auf. Auch hier wurden ökonomische Aspekte angeführt. „Um die mindestens zwei Millionen verelendeten, kran-

ken, schwachsinnigen, beschädigten und kriminellen Elemente in der amerikanischen Gesellschaft durchzubringen, müssten jährlich 100 Millionen Dollar aufgebracht werden. Die Summe könnte man sparen durch Austrocknung des reißenden Stroms defekten und degenerierten Zellmaterials" (Paul, 2004). Als praktischen Tipp empfahl Davenport die strikte Trennung von männlichen und weiblichen Patienten während der gebär- und zeugungsfähigen Altersspanne und auch die Sterilisation. „Fast immer entschieden die Ärzte, dass die bei den Eingefangenen entdeckten „Defekte“ erblich bedingt waren und weitervererbt würden, um ihnen aus diesem Grund die Fortpflanzung zu verbieten. Viele wurden in „Kolonien“ interniert oder in Heilanstalten abgeschoben, die für hohe Sterblichkeitsraten ihrer Insassen bekannt waren. Tausend andere wurden sterilisiert – teils mit erschlichener, aber auch ohne Zustimmung der Betroffenen“ (Paul, 2004).

1921 fand in New York der zweite internationale Eugenik-Kongress unter der Schirmherrschaft des American Museum of Natural History statt. Ziel der Organisatoren, darunter auch der Honorarpräsident Alexander Graham Bell, war es, Gesetze zur Verhinderung der Ausweitung von „defekten Rassen“ einzuführen. Der amerikanische Oberste Gerichtshof der USA bestätigte 1927 die Rechtmäßigkeit der Zwangssterilisation. 1933 existierten in den USA in 30 von damals 48 US-Staaten eugenische Sterilisationsgesetze. Unerwünschte Gruppen sollten dadurch eliminiert werden. Als solche galten geistig Behinderte, Alkoholiker, Kriminelle, Sittenstrolche und Schwarze aus der Unterklasse. Bis in das Jahr 1974 wurden in den USA aus eugenischen Gründen Menschen zwangssterilisiert. Die Gouverneure des US-Bundesstaates Virginia und Oregon entschuldigten sich 2002 bei den Opfern (Spiegel, 1997).

Bedingt durch die gründliche Aufarbeitung der eugenischen Zwangssterilisationen wurden in den 90er-Jahren auch die damals sozialdemokratisch regierten Wohlfahrtsstaaten in Skandi-

navien mit der Thematik konfrontiert. Eugenische Sterilisationsgesetze gingen in diesen Ländern nicht nur von rechtskonservativen Gruppen, sondern auch von linksdemokratischen Parteien, wie z.B. den Sozialdemokraten, aus. Die seit 1929 in den skandinavischen Staaten erlassenen Sterilisationsgesetze wurden als Lösung sozialer und damit verbundener wirtschaftlicher Probleme angesehen. Die bürgerliche Regierung in Dänemark verfügte bereits 1923, dass „geistig Behinderte“ und „schwer Geisteskranke“ nur mit Sondergenehmigung eine Ehe eingehen durften. Unter der Regierung proeugenischer Sozialdemokraten wurde 1924 eine Expertenkommission eingesetzt, die 1926 einen Entwurf für ein Sterilisationsgesetz einbrachte. Sie empfahl, die als „erbkrank“ definierten Gruppen von Anstaltsinsassen zu sterilisieren. 1929 wurde das dänische Sterilisationsgesetz unter einer bürgerlichen Regierung in die Praxis umgesetzt und von der sozialdemokratischen Nachfolgeregierung erweitert und ergänzt. Das 1939 eingebrachte Gesetz zum Schwangerschaftsabbruch enthielt auch eine eugenische Indikation. Eine Entlassung aus der Anstalt wurde für die Patientinnen erst nach einer Sterilisation möglich. „Zwischen 1929 und 1967 waren in Dänemark 11.000 Menschen sterilisiert worden. Die Hälfte davon, so hat die Historikerin Lene Koch ermittelt, unfreiwillig“ (DIE ZEIT, 1997). Erst 1967 wurde diese Praxis durch ein neues Gesetz beendet.

In Norwegen und Schweden traten 1934 eugenische Sterilisationsgesetze in Kraft. Es folgten 1935 Finnland, Lettland im Jahre 1937 und Island 1938. In Finnland kam es unter eugenischer Indikation zwischen 1935 und 1955 zu insgesamt knapp 2.000 Sterilisationen bei psychisch Kranken, Behinderten und Epileptikern. Ab 1951 galt eine erweiterte Indikation, die auch „soziale“ Gründe umfasste und auf deren Grundlage es zu einer raschen Zunahme der Operationen kam. Die bekannte Gesamtzahl der Unfruchtbarmachungen liegt hier für den Zeitraum zwischen 1951 und 1979 bei ca. 56.000.

„Welche Kriterien die Gutachter und Mediziner damals bei der Beurteilung der Notwendigkeit eines solchen Eingriffs anlegten, ist bis heute nicht wissenschaftlich untersucht“ (Clees, 1997).

Auf Initiative der schwedischen Sozialdemokraten beschloss der Reichstag in Stockholm 1921 die Einrichtung des rassenbiologischen Institutes an der Universität Uppsala. 1922 legte die schwedische Sozialdemokratie einen Gesetzesentwurf zur Abwehr der „rassenhygienischen Gefahren“ vor, der eine Sterilisation geistig Behinderter vorsah. Die Gefahr wurde darin gesehen, dass sich die Schwachsinnigen fortpflanzten. „Die Nobelpreisträger Alva und Gunnar Myrdal forderten ein schonungsloses Sterilisationsprogramm, um „hochgradig lebensuntaugliche Individuen“ auszusondern“ (Clees, 1997). Entsprechende Gesetze wurden dann nach deutschem Vorbild 1934 und 1941 verabschiedet mit dem Ergebnis, dass Schweden 1946 bei der Zwangssterilisation weltweit führend war. Als Beurteilungsgrundlage für die Rassenhygiene dienten dabei Schautafeln zur „rein schwedischen Rasse“, die das Institut für Rassische Biologie in Uppsala 1922 für verbindlich erklärt hatte. „Die Internationale Gesellschaft für Rassenhygiene in Berlin hatte viele schwedische Mitarbeiter, die Universität Uppsala zahlreiche deutsche Gastreferenten. Selbst der SPD-Reichstagsabgeordnete Alfred Grotjahn kämpfte bis zu seinem Tod (1931) für die zwangsweise Sterilisation und Heimeinweisung von Lumpenproletariern und Asozialen“ (Clees, 1997).

Wie sehr sich die schwedischen Sozialdemokraten mit solchen Formen der „Sozialchirurgie“ identifizierten, zeigen Aussagen des schwedischen Sozialministers Möller aus dem Jahr 1941, als das Gesetz über Zwangssterilisationen verschärft wurde: „Wenn man Familiengeschlechter, die von Generation zu Generation die Pflegeanstalten belasten, durch Sterilisierung an ihrer Fort-

pflanzung hindere, könne die Gesellschaft daran nur gewinnen" (Altenbockum, 1997). Ziel war es, die Volkswirtschaft von den Kosten für „Unwürdige“ zu entlasten. In der Debatte über diese Zwangssterilisationen tauchte damals schon der Hinweis auf, dass es für die Gesellschaft zu teuer sei, die Nachkommenschaft von Geistesgestörten zu versorgen. Auch diejenigen müssten von einem Sterilisierungsgesetz erfasst werden, die offenbar unfähig und unwert seien, Kinder aufzuziehen. Zunächst gab es noch Einsprüche von Juristen, die in den dreißiger Jahren dann aber verstummten. Die Vermeidung von Nachwuchs bei „Erbgutbelasteten“ schien mit der Schaffung und Erhaltung des „Volksheims Schweden“ konform zu sein. „Die Zahl der Sterilisierungen nahmen angesichts der furchtbaren Entdeckungen aus Deutschland nicht etwa ab, sondern zu. Nicht mehr nur das schützende Erbmaterial Schwedens stand im Vordergrund, sondern auch die Volkswirtschaft des Wohlfahrtsstaats. Das „nicht erwünschte Menschenmaterial“ belastete die Sozialkasse“ (Altenbockum, 1997).

Von 1934 bis 1941 wurden in Schweden ca. 3.000 Menschen unfruchtbar gemacht. Seit 1941 stieg die Zahl dann deutlich an, bis 1948 wurden weitere ca. 12.700 Sterilisationen durchgeführt. Die Gesamtzahl der Unfruchtbarmachungen in Schweden bis zur Aufhebung des Gesetzes im Jahr 1975 betrug ca. 63.000 (Roelcke, 2002). Seit 1976 kann in Schweden keine Frau und kein Mann gegen den eigenen Willen sterilisiert werden.

Norwegen führte 1934 ein Sterilisationsgesetz ein, das als wichtiges rassenhygienisches Instrument dargestellt wurde. Auch hier verwies man auf die Einführung der Zwangssterilisationen in Deutschland, „um die kommenden Generationen von einer Überbelastung durch degenerierte Menschen zu befreien“ (Haavie, 2003). Zwischen 1934 und 1977 wurden in Norwegen 44.000 Sterilisationen auf der Grundlage des Gesetzes von 1934 durchgeführt. Vor 1934 waren Sterilisationen in Norwegen

strafbar. „Ragnar Vogt (1870-1943), Psychiater und Mitglied des Strafgesetzausschusses, bezeichnete den Gesetzesentwurf als „ausgesprochen liberal“. Das „eigentliche Leitmotiv“ des Gesetzes war laut Vogt, dass „Personen, die keine familiären Verpflichtungen oder keine weiteren familiären Verpflichtungen übernehmen können oder sollten, hiervon befreit werden sollten, und dies eventuell durch das Mittel der Sterilisation“ (Haavie, 2003). Das Gesetz ermöglichte jedoch, „Geisteskranke“ und Personen „mit begrenzter Intelligenz“ und „abgestumpftem Gefühlsleben“ zu sterilisieren, ohne deren Zustimmung einholen zu müssen. Der Eingriff konnte allerdings in diesen Fällen nicht ohne schriftliche Zustimmung des Vormundes oder des bestellten Pflegers vorgenommen werden. In dem Gesetz wurde festgelegt, dass der Antrag auf Sterilisation auch von Polizeipräsidenten und von Leitern bestimmter Institutionen gestellt werden konnten. In den Fällen, in denen der Antrag nicht durch den Vormund gestellt wurde, musste die schriftliche Zustimmung des Vormundes eingeholt werden.

„In Großbritannien zielten eugenische Maßnahmen insgesamt eher auf Segregation als auf Sterilisation: Zunächst war der „Mental Deficiency Act“ von 1911 ein Triumph für die eugenische Bewegung. Die hier festgelegte lebenslange Verwahrung in weitgehend geschlossenen Institutionen oder abgelegenen ländlichen „Kolonien“ für psychisch Behinderte bedeutete praktisch eine Form institutioneller Sterilisierung, da ein zentrales Ziel dieser Politik die Verhinderung der Fortpflanzung war. 1928 wurde von britischen Eugenikern erfolglos ein Gesetz zur freiwilligen Sterilisation vorgeschlagen. Nach 1933 wurde der Widerstand gegen eine solche Gesetzgebung stärker, gerade auch im Sinne einer Abgrenzung zur deutschen Selektionspolitik“ (Roelcke, 2002).

Nach Roelcke (2002) fanden die Ziele der Eugeniker im mehrheitlich katholischen Frankreich zwar Zustimmung, aber die

Praxis beschränkte sich auf voreheliche medizinische Untersuchungen. Auch in den mehrheitlich protestantischen Niederlanden gab es weder ein Sterilisationsgesetz, noch ist dort eine Sterilisationspraxis ohne gesetzliche Grundlage bekannt (Roelcke, 2002).

„Selbst im katholischen Polen wird die Erbpflege diskutiert. Hellsichtig meinte 1935 der Psychiater Wladyslaw Luniewski: „Wenn ökonomische Gründe über das Schicksal der Geisteskranken entscheiden sollten, dann wäre nicht die Sterilisierung, sondern die Vergiftung oder Erschießung aller Kranken eine viel effektivere Methode“ Vier Jahre später wurden in Polen Patienten von deutschen Erbpflegern erschossen“ (Klee, 1997).

Die Aufarbeitung der Praxis der Zwangssterilisationen und Veröffentlichungen darüber in Europa veranlassten das Gesundheitsministerium in Tokio zur Bekanntgabe der Zahlen in Japan. Zwischen 1949 und 1995 wurden dort 16.520 Frauen und Männer gegen ihren Willen, aber mit Billigung des Staates sterilisiert. Die Opfer waren geistig behindert oder litten an Erbkrankheiten. „Das Eugenik-Gesetz, auf das sich das Ministerium beruft, wurde 1948 in Kraft gesetzt. Auf seiner Grundlage wurden nach den vorliegenden Zahlen 11.356 Frauen und 5.164 Männer gezwungen, sich sterilisieren zu lassen, sich Eileiterentfernungen oder Vasektomien zu unterziehen. Das Gesetz sollte verhindern, dass Kinder geboren wurden, die man als „genetisch minderwertig“ ansah. Nach Artikel 4 des Gesetzes galt die Regelung für Menschen mit Erbkrankheiten, eingeschlossen Epilepsiekranken und Bluter (Hämophile)“ (Schneppen, 1997).

Das Gesetz wurde im Juni 1976 teilweise aufgehoben, insbesondere die Regelung zur Zwangssterilisation ist seitdem außer Kraft (Schneppen, 1997).

Der interkulturelle Vergleich hinsichtlich eugenischer Zwangssterilisationen zeigt, dass die mit dem Gesetz zur Verhütung

erbkranken Nachwuchses in Deutschland während des Nationalsozialismus eingeleitete Sterilisationsgesetzgebung und -praxis kein isoliertes Phänomen war, sondern im breiteren Kontext der internationalen eugenisch-rassenhygienischen Bewegung zu betrachten ist.

Im nationalsozialistischen Terrorregime folgten den „eugenisch“ begründeten Zwangssterilisationen Humanexperimente in Konzentrationslagern und vor allem nach Kriegsbeginn die systematische Tötung von vielen psychiatrischen Patienten/innen („Euthanasie“, Aktion T4, „heimliche Euthanasie“), der nach begründeten Schätzungen wohl mehr als 100.000 psychiatrische Patienten zum Opfer fielen.

4. Einstellungen der Anstaltspsychiater zum Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (GzVeN) während des Nationalsozialismus

Die Einstellungen der Anstaltspsychiater zum GzVeN und der damit verbundenen nationalsozialistischen Gesundheitspolitik werden im Folgenden untersucht unter Bezug auf die historischen Entwicklungen im Anstaltswesen, die Entwicklung eugenischer Ideologien, die damaligen politischen, gesellschaftlichen und letztlich auch ökonomischen Bedingungen sowie die wissenschaftlichen Bestrebungen im Rahmen der psychiatrischen Diagnostik, die weit bis ins 19. Jahrhundert zurückreichen. Die Haupteinflussfaktoren auf die ärztlichen Einstellungen sind in einem Gefüge zu sehen, das von der massiven Propagandapolitik des Nationalsozialismus und eugenischen Paradigmen geprägt war.

Sozialpsychologische Theorien zur Konzeptualisierung von Einstellungen sowie deren Erwerb, Änderung und Verhaltensrelevanz bilden dabei die Grundlage für die Frage nach den Einstellungen der Anstaltspsychiater zum GzVeN. Die hier zu un-

tersuchenden ärztlichen Einstellungen, deren Zusammenhangsstruktur erkundet wird, werden mit Hilfe des Dreikomponentenmodells von Rosenberg und Hovland (1960), das die kognitiven, behavioralen und affektiven Aspekte als Erscheinungsform von Einstellungen auffasst, erörtert.

Die nationalsozialistische Gesundheitspolitik intendierte eine Abkehr von der individualethischen ärztlichen Einstellung hin zu der Übernahme eugenischer Denkmodelle und einer auf die „Sanierung“ der Gesellschaft gerichteten Sozial- und Rassenhygiene. „In bewusster Abgrenzung von bereits in der Weimarer Republik erreichten Versorgungsstandards für psychisch kranke und behinderte Menschen galt die Weiterführung von in der Krisenzeit seit 1930 eingeführten Sparkonzepten in der Zeit des Nationalsozialismus als dem Wohl der „Volksgemeinschaft“ förderlich. Die durch die ausgrenzenden Wirkungen des NS-Regimes ansteigende Anstaltspopulation - von rund 260 000 im Jahre 1933 stieg sie über den noch vor den Krisenzeiten 1930 erreichten Stand von 300 000 bis 1939 auf über 340 000 Menschen - erforderte im zeitgenössischen, rassenhygienischen Selbstverständnis eine Ausgabenminderung für diesen Bevölkerungsteil“ (Kaminsky, 1995).

Dies postulierte einen entscheidenden Einstellungs- und Paradigmenwechsel bei den in den Heil- und Pflegeanstalten tätigen Psychiatern. Die Behandlung, Stabilisierung und Wiedereingliederung des psychisch kranken Menschen in die sozialen Bezüge standen nicht mehr im Mittelpunkt des psychiatrischen Handelns, sondern eine auf die ökonomische Sanierung und „Rassenreinheit“ der Gesellschaft ausgerichtete Medizin.

Aufgrund der historischen Entwicklung waren die Anstaltspsychiater zunächst für die fürsorgerische und individuelle Versorgung der Geisteskranken zuständig, damit verbunden war die Aufgabe, die Kranken zu verwahren, sie ärztlich zu versorgen und zu behandeln. Zum anderen waren die Anstaltspsychiater da-

für verantwortlich, die Allgemeinheit vor Geisteskranken zu schützen, und es oblag ihnen, Zwangsmaßnahmen einzuleiten oder selbst anzuwenden. Durch diese Schutzfunktion erhielten sie eine gesellschaftliche Autorität auf diesem Gebiet.

Aus der Armenpflege entwickelte sich zunächst die Versorgung „heilbarer“ Menschen. In der Pflege „Unheilbarer“ hatten die Psychiater noch keine lange Erfahrung. Die Versorgung „Unheilbarer“ ging erst kurz nach 1800 in die Hände von Ärzten über. Damit begann eine neue Phase der deutschen Anstaltsgeschichte, die eigentliche Entwicklung des psychiatrischen Anstaltswesens. „Die Ausgliederung der Irrenfürsorge aus dem Bereich der Armenpflege vollzog sich in zwei Etappen, in deren Verlauf zunächst lediglich die Versorgung „Heilbarer“, später jedoch auch die Pflege von „Unheilbaren“ zu einer ärztlichen Aufgabe wurde. Sollte die im frühen 19. Jahrhundert vollzogene Irrenreform vor allem philanthropisch motivierten Erneuerungsbegehren bürgerlicher Schichten Rechnung tragen, so waren für die seit 1840 einsetzende Vereinigung von Heil- und Pflegeanstalten in erster Linie monetäre Erwägungen maßgeblich. Denn die getrennte Unterbringung von „heilbaren“ und „nicht-heilbaren“ Kranken, die jeden souveränen Einzelstaat zur Finanzierung zweier Einrichtungen zwang, wurde nicht nur in wenig kapitalkräftigen Kleinstaaten als untragbare Belastung angesehen. Im Zuge großangelegter Reformprogramme erklärten die deutschen Staaten zunächst die Versorgung „heilbarer“ Geisteskranker zu einer Aufgabe von Ärzten, einige Dekaden später dehnten sie die ärztliche Zuständigkeit auch auf die Pflege „unheilbarer“ Wahnsinniger aus, um die öffentliche Armenfürsorge von dieser Personengruppe zu entlasten. Damit erhielt das moderne Anstaltswesen die gesellschaftliche Doppelfunktion, die auf der Verbindung therapeutischer und sicherheitspolitischer Aufgaben beruht“ (Ley, 2004). Damit war eine Veränderung des Konzepts der Heilanstalten vollzogen.

Durch die Deutung von geistig-seelischen Störungen und die Beschreibung von diesen als eigenständige psychiatrische Krankheiten gewann das Fach der Psychiatrie im 19. Jahrhundert auch im Hinblick auf die Etablierung der forensischen Psychiatrie an Bedeutung. Die klinischen Psychiater, denen die alleinige Zuständigkeit für die Betreuung Geisteskranker oblag, galten damit als die wissenschaftlichen Kapazitäten für Geisteskrankheiten und stiegen zu gesellschaftlichen Autoritäten auf diesem Gebiet auf. Seit 1883 schuf Emil Kraepelin, der 1891 einem Ruf nach Heidelberg folgte, auf dem Gebiet der psychiatrischen Diagnostik neue Grundlagen. Seine Forschungen gipfelten in seiner klassischen Zweiteilung der endogenen Psychosen in manisch-depressives Irresein und Dementia praecox. Das Klassifikationsmodell setzte sich in der deutschsprachigen Psychiatrie weitgehend durch. Bei dem manisch-depressivem Irresein ging Kraepelin prinzipiell von einem gutartig verlaufenden Leiden aus, während das durch Bleuler 1911 in Schizophrenie umbenannte Krankheitsbild der Dementia praecox unausweichlich einen ungünstigen Ausgang nahm (Pauleickhoff, 1983).

Kraepelins Vorstellung, dass alle Formen der von ihm als „Dementia praecox“ bezeichneten Krankheitsgruppe grundsätzlich zu einer „vorzeitigen Verblödung“ des Kranken führen würden, wurde 1911 von dem Schweizer Psychiater Eugen Bleuler allerdings erheblich relativiert. Bleuler zufolge bestand das gemeinsame Merkmal der in dieser Gruppe zusammengefassten Krankheitsbilder vielmehr in einer Spaltung der verschiedensten psychischen Funktionen. Daher plädierte er für eine Umbenennung der Dementia praecox in Schizophrenie.

„Während Kraepelin Symptome zu sammeln und aufzuzählen pflegte, stellte Bleulers System der Grund- und akzessorischen Symptome eine Wichtung dar, wie sie sich später bei Schneider im Sinne der Erst- und Zweitrangsymptome findet“ (Steinberg, 1991).

Bleuler sprach sich bereits in seinem 1911 erschienen Buch „Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien“ für die Sterilisation Schizophrener aus. „Sterilisation wird aber hoffentlich hier wie bei anderen koitusfähigen Trägern einer pathologischen Anlage aus rassehygienischen Gründen bald in größerem Maßstab angewendet werden können“ (Bleuler, 1911).

Für medizinische, soziale und juristische Fragestellungen war das Diagnoseschema von Kraepelin von weitreichender Bedeutung. Lösungsstrategien für die Behandlung der Erkrankten ließ dieses Modell jedoch nicht zu. Unbeantwortbar blieben Fragen und Wünsche nach wirksamen Therapieverfahren, die einen schizophrenen Krankheitsverlauf hätten stoppen können. Um die Jahrhundertwende herrschte in der Psychiatrie eine ausgesprochene pessimistische Anschauung hinsichtlich der therapeutischen Perspektiven der Irrenheilkunde vor. Viele Psychiater stellten die Heilungsaussichten ihres Faches grundsätzlich in Frage. „Diese gerade unter den Anstaltsärzten verbreitete Skepsis, die der Anstaltsdirektor Konrad Alt im Jahre 1908 provokativ als „therapeutischen Nihilismus“ bezeichnete, prägte die Stimmung der Disziplin bis zur Einführung der Schocktherapien um die Mitte der 1930er Jahre. Dies führte jedoch zu keiner Zeit zu einer prinzipiellen Kritik an der von Kraepelin eingeleiteten Entwicklung“ (Ley, 2004).

„Auf der Grundlage seiner gesicherten wissenschaftlichen Autorität wandte sich Kraepelin etwa seit 1903 vermehrt sozialen Fragen zu. Er griff seine früheren kriminologischen Interessen wieder auf und plädierte für eine Reform des Strafvollzugs, die Psychiatern ein größeres Mitspracherecht bei der Festsetzung und Vollstreckung gerichtlich verhängter Strafen einräumen sollte. In allen diesen Bereichen des sozialpolitischen Engagements wurden Kraepelins Lösungsansätze stark durch die Entartungstheorie sowie die darwinistischen und somatischen Grundannahmen seiner Zeit geprägt. In seinen Augen waren viele

soziale Übelstände Ausdruck „degenerativer Kräfte“, welche den „Kampf ums Dasein“ behinderten. Daher forderte er einerseits die Beseitigung einiger soziokultureller Überformungen des „Daseinskampfes“, etwa durch die Reform des Schul- und Hochschulwesens oder durch die Abschaffung derjenigen sozialstaatlichen Leistungen, die zur „Verweichlichung der Bevölkerung“ beitrugen. Andererseits setzte er sich für präventive eugenische Maßnahmen ein, um die Volksgesundheit zu „heben“... Kraepelins Sorge um die „psychische Volkshygiene“ prägte auch seine Wissenschaft. Bereits vor dem ersten Weltkrieg förderte er die Forschungen seiner Schüler Alois Alzheimer über Demenz, Felix Plaut über Syphilis und Paralyse sowie Ernst Rüdin über psychiatrische Genetik“ (Engstrom et al., 2006).

Nach Funk und Steinberg (2008) sprach Kraepelin ab der 5. Auflage seines Lehrbuchs „nicht mehr von psychischen Entartungsprozessen. Er nannte sie nun Verblödungsprozesse.“

Die in Kraepelins Konzept enthaltene Prognosemöglichkeit trug auch zur Vergrößerung der gesellschaftlichen Relevanz der psychiatrischen Wissenschaft bei, da sie Gelegenheit bot, die Richtigkeit einer zuvor gestellten Diagnose am späteren Krankheitsverlauf zu beweisen. Diese „Objektivierung“ der psychiatrischen Diagnostik durch die Einführung nachprüfbarer Kriterien war das eigentliche Anliegen von Kraepelins wissenschaftlicher Tätigkeit (Pauleickhoff, 1983).

Was blieb, waren die fehlenden Heilungsaussichten für die betroffenen Patienten und Patientinnen. Durch diese therapeutische Hilflosigkeit verlegten die Psychiater den Schwerpunkt ihrer Arbeit - bis in die 1930er Jahre hinein - auf die diagnostischen Möglichkeiten. Krankheitsbilder wurden unterteilt in „erworbene Störungen“ und „Störungen aufgrund von krankhafter Veranlagung“. „Vor dem Hintergrund dieser Sichtweise und der daraus resultierenden therapeutischen Hilflosigkeit gegenüber einem Großteil der psychischen Erkrankungen gewannen die seit dem Ende des ersten Weltkrieges immer vehementer er-

hohenen Forderungen der Eugeniker auch in der Psychiatrie schnell an Attraktivität. Denn die Unfruchtbarmachung „unheilbarer Erbkranker“ erschien gerade Psychiatern als ein Weg, „veranlagungsbedingte“ Geistesstörungen trotz fehlender kausaler Behandlungsmöglichkeiten zu beseitigen“ (Ley, 2004).

So begründete 1933 der Göttinger Ordinarius Ewald seine positive Haltung zur Zwangssterilisation mit den Worten, dass es „heute noch völlig unmöglich sei, den kranken Keim selbst zu beeinflussen, zu bessern oder zu heilen. Wir können wohl äußere Schädlichkeiten, die den erblichen Keim krank machen, wie Alkohol oder Syphilis bekämpfen; aber einen erblich kranken Keim können wir nicht beeinflussen. Will man verhüten, dass ein krankes Geschlecht entsteht, so bleibt nichts übrig, als bereits die Entstehung solcher kranker Keime zu verhindern, zu verhindern, dass sich solche Keimträger überhaupt fortpflanzen“ (Ewald, 1933).

Die Nationalsozialisten legalisierten mit dem Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, das 1933 verabschiedet wurde, die eugenische Sterilisation. Das Gesetz zielte auf eine Kostenersparnis und Entlastung der Anstalten hin, da eine eventuelle Entlassung aus der Heil- und Pflegeanstalt nur durch eine vorherige Sterilisation möglich war. Die Sterilisation diente als medizinisch-therapeutische Maßnahme, um die Gefahr der Fortpflanzung zu verhindern.

Im Frühsommer 1933, als machtstrukturell und organisatorisch auf dem Gebiet der Gesundheitspolitik noch kaum etwas geregelt war, wandte sich Gerhard Wagner, der Führer des nationalsozialistischen Deutschen Ärztebundes (NSDÄB) und Kommissar der ärztlichen Spitzenverbände in einem programmatischen Artikel über „Arzt und Volk im Dritten Reich“ an seine Standeskollegen. Es sei der „Gesamtorganismus unseres Volkes“, der „unserer heilenden Hand jetzt in erster Linie bedarf“. Die „Aufbau-

arbeit" müsse vermittle der Erkenntnisse der Rassenhygiene und Erbbiologie erfolgen, „die auf rein wissenschaftlichem Wege" gewonnen worden seien. „Sie haben die weltanschauliche Gestaltung des Staatswillens maßgebend beeinflusst und verkörpern geradezu die Grundlage der heutigen Staatsraison" (Wagner, 1943). Ein Jahr später, inzwischen zum Reichsgesundheitsführer avanciert, erklärte Wagner in seiner Grundsatzrede „Das Gesundheitswesen im Dritten Reich" vor der thüringischen Ärzteschaft: „Es ist für jeden deutschen Arzt höchstes sittliches Gebot, menschliches Leben zu schützen und jedes Mittel anzuwenden, um Leiden zu lindern und den Kranken und Schwachen zu helfen. Noch höher steht völkisch bewussten Ärzten allerdings die Pflicht, die am ganzen Volkskörper zehrenden Schäden zu beseitigen. Wir wollen lebensuntüchtiges und unwertes Leben gar nicht erst entstehen lassen, die Fortpflanzung Erbkranker verhüten und die kommenden Geschlechter von der furchtbaren Gefahr zunehmender Verderbnis des Erbgutes befreien" (Wagner, 1943).

Der badische Anstaltsdirektor Hans Roemer eröffnete am 8. Januar 1934 einen erbbiologischen Lehrgang für Psychiater in München mit den Worten: „Der 1. Januar 1934 bedeutet den Anfang eines neuen Abschnittes im öffentlichen Irrenwesen Deutschlands. An diesem Tag ist das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses in Kraft getreten und damit hat die vorbeugende Bekämpfung der erblichen Geisteskrankheiten begonnen" (Ley, 2004). „Eine solche vorbeugende Bekämpfung durch die Sterilisierung von Anlageträgern betrachteten die Psychiater durchweg als einzige Möglichkeit, erbliche Geistesstörungen entgegenzuwirken. Dass die davon betroffenen Individuen selbst unheilbar seien, gehörte zu den stillschweigenden Voraussetzungen, wie der 1936 aus Deutschland vertriebene Berliner Dermatologe und Sozialhygieniker Martin Gumpert rückschauend schrieb. Das Fehlen kausaler Therapieverfahren, die eine ursächliche Behandlung der einzelnen Kranken erlaubt hätten,

bildete daher im psychiatrischen Schrifttum zum neuen Gesetz ein zentrales Argument für die Notwendigkeit eugenischer Maßnahmen" (Ley, 2004). Durch diese Formulierungen von Ewald, Roemer und Wagner sollte bei den klinisch handelnden Anstaltsärzten eine positive Haltung gegenüber dem Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses bewirkt werden.

Auf der kognitiven Einstellungsebene wurde den Anstaltspsychiatern somit eine Verschiebung der Prioritäten des eigenen beruflichen Handelns nahe gelegt, indem nicht mehr das kranke Individuum im Vordergrund des ärztlichen Handelns stehen sollte, sondern die am gesunden Volkskörper ausgerichteten Ziele der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik. Hinsichtlich der für eine Einstellungsänderung auf der kognitiven Ebene notwendigen Prozesse kann hier davon ausgegangen werden, dass den Anstaltspsychiatern dabei auch eine neue Sinngebung für ihre ärztliche Tätigkeit vermittelt werden sollte. Die im Anstaltsalltag erlebte primäre Aufgabe der Versorgung und Verwahrung der Kranken ohne wirkliche Heilungsaussicht wurde ersetzt bzw. ergänzt durch die große präventive Aufgabe der „Befreiung des deutschen Volkskörpers von Erbkrankheiten“.

Allerdings warnte der Münchner Lehrstuhlinhaber Oswald Bumke seine praktisch tätigen Kollegen schon im Mai 1934 eindringlich davor, von der neuen Vorschrift „das“ zu erwarten, was sich die Laien von ihr erhoffen würden. „Durch die Sterilisation der manifest Kranken allein“, so Bumke, „wird sich weder der Schwachsinn noch die Schizophrenie ausrotten lassen“ (Ley, 2004). Vielen Anstaltspsychiatern war die Inkonsequenz hinsichtlich der von den Nationalsozialisten und deren ärztlicher Gefolgschaft angestrebten Zielsetzung bei der Umsetzung des Gesetzes durchaus bewusst. Beantragt wurde eine Zwangssterilisation von den Anstaltspsychiatern bei den stationär aufgenommenen Kranken, d.h. nur bei den Patienten, bei

denen die Krankheit klinisch in Erscheinung trat. Die Frage nach der Sterilisation von Geschwistern, die ebenfalls Träger der Erbanlagen waren, blieb unbeantwortet.

Wie stark ein pragmatisches Handeln im Sinne der politischen Vorgaben jenseits der fachlichen Einschätzungen und Einstellungen von den Psychiatern eingefordert wurde, zeigt die Aussage Roemers: „... es sei die Zeit der wissenschaftlichen und praktischen Erwägungen, der Erörterung über Ausgestaltung einer solchen Maßnahme vorüber, denn das Gesetz nebst der Ausführungsverordnung liege als fertige Tatsache vor und bilde einen Teil und zwar einen wesentlichen Teil des Aufbauwillens unserer nationalen Regierung. Als einzige Aufgabe für die klinische Psychiaterenschaft bleibe die sinngemäße Durchführung der Vorschrift“ (Roemer, 1936). Auch Ewald stellte fest, dass die psychiatrische Fachgemeinschaft „heute nicht mehr darüber zu streiten brauche, welche Personen vom vererbungswissenschaftlichen Standpunkt aus zu sterilisieren seien. Das Gesetz sei nun einmal da und müsse befolgt werden“ (Ewald, 1934).

Inwieweit sich Anstaltsärzte durch solche Vorgaben – vor allem in einem von den Nationalsozialisten bestimmten autoritären Gesellschaftsklima – zum praktischen Handeln im Sinne der gesetzlichen Vorgaben entgegen ihren persönlichen und fachlichen Einstellungen gezwungen sahen, kann aufgrund der vorhandenen Quellen nicht beantwortet werden. Dass andererseits auch unter den gesetzlichen Bedingungen des GzVeN ein individueller ärztlicher Handlungsspielraum den klinischen Psychiatern oblag und von diesen auch vertreten wurde, beschreibt Oswald Bumke 1939 mit seiner Äußerung, „er sähe grundsätzlich so lange von einem Sterilisationsantrag ab, bis er sich über die Natur des betreffenden Leidens im klaren sei.“ Und er verschwieg auch nicht, „dass dies etwa bei Krankheitsbildern mit schizophrener Symptomatik durchaus länger dauern könne“ (Bumke, 1939).

„Handelt es sich um eine Schizophrenie, so wird sich das gewöhnlich schon in den nächsten Wochen, spätestens in den nächsten Jahren immer nachweisen lassen. Handelt es sich aber nur um die nervöse Entgleisung eines überarbeiteten (...) Menschen, so lässt sich auch nach Jahren noch deutlich nachweisen, dass die ersten ein wenig beunruhigenden Symptome doch nicht Ausdruck einer wirklichen Schizophrenie gewesen sein können“ (Bumke, 1939). Die Anstaltsärzte behielten sich also auch unter GzVeN-Bedingungen vor, gemäß den eigenen diagnostischen Grundsätzen zu handeln. Durch den schubweisen Verlauf war die Feststellung einer Schizophrenie erschwert, da auch Zeiten völliger Beschwerdefreiheit beobachtet wurden. Zum anderen musste auch die differentialdiagnostische Abklärung zur Diagnose des „manisch-depressives Irreseins“ erfolgen. Beides waren letztendlich Diagnosen, die unter das GzVeN fielen und damit zur Zwangssterilisation führten.

Allerdings wurde gerade der fachliche Anspruch der Psychiater, dass nur sie eine fundierte Diagnose als Grundlage für die angemessene Durchführung des GzVeN stellen könnten, durch die formalen Vorgaben des GzVeN nicht berücksichtigt. Amtsärzte waren durch das Gesetz den Psychiatern bei der Diagnosestellung von psychiatrischen Erkrankungen gleichgestellt. Das Fehlen eines Psychiaters bei den Erbgesundheitsgerichtsverfahren und die Besetzung der Kammern mit Nicht-Psychiatern (Amtsärzten) wurde daher von den Anstaltspsychiatern von Anfang an vehement beklagt. Rechtlich zugeschrieben wurde den Anstaltspsychiatern das Erstellen von Antragsgutachten oder Zusatzgutachten für die Erbgesundheitsgerichte. Bereits im Mai 1934 forderte die Deutsche Anstaltsdirektorenkonferenz, bei der Besetzung der Erbgesundheitsgerichte und Erbgesundheitsobergerichte namentlich Anstaltsdirektoren und Oberärzte zu berücksichtigen (Ley, 2004). 1934 schrieb Hans Luxenburger in einer Verbandszeitschrift, „dass die Diagnose geistig-seelischer Störungen dem Psychiater obliegt. Gerade die leichteren Fälle von

Schizophrenie und manisch-depressivem Irresein können oft nur schwer erkannt und von den psychopathischen Reaktionen oder neurotischen Erkrankungen, die nicht unter das Gesetz fallen, unterschieden werden" (LEY, 2004). Luxenburger machte auch in der irrenärztlichen Fachpresse keinen Hehl daraus, wie gering er die psychiatrischen Vorkenntnisse der Medizinalbeamten-schaft einschätzte: „Dass die heutigen Amtsärzte in ihrer Mehrzahl nicht über ausreichende psychiatrische Erfahrungen verfügen, kann man, ohne ihnen zu nahe treten zu wollen, ruhig feststellen" (Ley, 2004). Um Einfluss auf die Umsetzung des Gesetzes nehmen zu können und um die Bedeutung der Psychiater zu stärken, forderte 1935 auch der Chemnitzer Anstaltsleiter Wilhelm Lange die Beteiligung eines Psychiaters bei den Erbgesundheitsgerichten (Ley, 2004).

Dass die Erbgesundheitsgerichte, und damit letztlich Juristen, über psychiatrische Diagnosen und Krankheitsbilder ein Urteil fällen konnten, ohne einen Experten gehört zu haben, löste Kritik und Empörung in der Psychiaterschaft aus. Juristen konnten - gesetzlich legitimiert - entgegen einer psychiatrischen Stellungnahme das Vorhandensein oder Nicht-Vorhandensein einer Geisteskrankheit konstatieren. So beklagte der Oberarzt Nobbe im Jahr 1934 in der Psychiatrisch-Neurologischen Wochenzeitschrift, „dass manches Gericht einen Sterilisationsantrag ablehne, weil es z.B. nicht, trotz eines ausführlichen (psychiatrischen) Gutachtens, an einen offensichtlichen Schwachsinn glaube, nur weil ihm bei einem Kranken in der Verhandlung ein angelernter Wissensschatz imponiert habe" (Ley, 2004).

Sowohl die Einführung der formalen Regelungen zur Besetzung der Erbgesundheitsgerichte im Rahmen des GzVeN, als auch die Gleichstellung mit den Amtsärzten hinsichtlich der Beurteilung geistig - seelischer Krankheiten wurde als massiver Eingriff in die psychiatrische Kompetenz erlebt. Die Psychiater bean-

spruchten gerade als Reaktion auf diese formalen Vorgaben im GzVeN eine fachlich herausragende Rolle in der Erbgesundheitspflege und dokumentierten diesen Anspruch in ihren Fachpublikationen (Ley, 2004). So war Bumke der Meinung, dass eine erfolgreiche Anwendung des GzVeN nicht ohne die Psychiater denkbar sei und verkündete im Mai 1934 auf der Jahrestagung der deutschen Psychiater, dass die „Einführung der Zwangssterilisation“ zu einem „bedeutenden Autoritätszuwachs“ für die verfahrensbeteiligten Ärzte führen werde, „vor allem für uns“. Die Fähigkeit, eine wissenschaftlich fundierte und daher gerechte Durchführung des GzVeN zu garantieren, bedeutete laut Bumke eine unerhörte Verantwortung gegenüber den Kranken, weil es sich ja um eine Zwangsmaßnahme handele. Gerade deshalb ging Bumke davon aus, dass die Entscheidung, ob dieser Zwang im Einzelfall gerechtfertigt sei, nur dem Psychiater möglich war (Ley, 2004). Der Jenaer Oberarzt und Universitätsdozent Rudolf Lemke wies 1938 nach der Durchsicht einer größeren Anzahl von Sterilisationsgutachten auf die Unzulänglichkeiten der amtsärztlichen Diagnosen hin. Seiner Meinung nach könnte im Grunde nur der Psychiater sicherstellen, dass der Kranke und seine Sippe nicht zu unrecht als erbkrank bezeichnet würden, da nur er über die nötige ärztliche Sachkenntnis verfüge, um eine missbräuchliche Anwendung der Vorschrift zu verhindern (Ley, 2004).

Die Tatsache, dass den Psychiatern durch die formalen Vorgaben des GzVeN keine direkte Beteiligung bei den Erbgesundheitsgerichten und damit auch kein unmittelbarer Einfluss auf diese Entscheidungsgremien zugestanden worden war, hatte vermutlich auf die Entwicklung der Einstellung der Anstaltspsychiater gegenüber dem GzVeN und den damit verbundenen Zielen der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik eine besondere Wirkung. Gerade weil offenbar viele Anstaltspsychiater den Eindruck hatten, um ihren „Platz“ bei der Umsetzung des GzVeN und damit verbunden um die Anerkennung ihrer fachlichen Autorität inner-

halb der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik kämpfen zu müssen, förderte dies vermutlich eine bejahende Einstellung bei vielen Psychiatern zu den Zielen des GzVeN und die Bereitschaft, die Umsetzung des Gesetzes aktiv zu unterstützen. Die erlebte Konkurrenz zu den Amtsärzten und den Juristen in den Erbgesundheitsgerichten, die offensichtliche Befürchtung, Einfluss und Status zu verlieren, sowie der Wunsch nach einem Autoritätszuwachs durch das GzVeN stellten vermutlich bedeutsame affektive Komponenten dar, die bei der Entwicklung der Einstellung der Anstaltspsychiater gegenüber dem GzVeN und für die Entwicklung der inneren Bereitschaft, bei der Umsetzung des Gesetzes aktiv mitzuwirken, von Bedeutung waren.

Gleichzeitig wurde durch den „Kampf“ um den eigenen Einfluss im Rahmen des GzVeN vermutlich aber auch eine kritische inhaltliche Auseinandersetzung mit den rassenhygienischen Zielen des GzVeN innerhalb des Faches der Psychiater erschwert bzw. verhindert. Allerdings muss angesichts der Erkenntnisse aus dem interkulturellen Vergleich über eugenisch begründete Zwangssterilisationen (siehe oben) davon ausgegangen werden, dass eine Akzeptanz für eugenische Zielsetzungen und Maßnahmen auch in der psychiatrischen Fachwelt im Deutschland der 1930er Jahre durchaus anzutreffen war. Das von den Nationalsozialisten vorgegebene GzVeN und die damit verbundenen eugenischen Intentionen wurden vermutlich von vielen Psychiatern der damaligen Zeit begrüßt und offen aufgenommen, sodass bei vielen Ärzten eine Einstellungsänderung in Richtung des GzVeN gar nicht notwendig war. So enthalten die vorhandenen Quellen auch keine Hinweise auf grundsätzliche Bedenken oder Widerstände auf Seiten der Anstaltspsychiater gegen die Zielsetzungen des GzVeN.

Jedoch kann auch nicht ausgeschlossen werden, dass manche Anstaltspsychiater mehr Einfluss auf die Entscheidungsprozesse im Rahmen des GzVeN haben wollten, um die ihnen anvertrauten psychiatrischen Patienten vor einem Missbrauch des Gesetzes zu

schützen, wie dies in der oben dargestellten Einschätzung von Lemke aus dem Jahr 1938 nach der Analyse einer größeren Anzahl von Sterilisationsgutachten zum Ausdruck kommt (Ley, 2004).

Dass auch die ökonomischen Bedingungen in den Anstalten einen erheblichen Einfluss auf die Einstellung der Psychiater und eine mögliche Identifizierung mit dem Gesetz hatten, darf nicht außer acht gelassen werden und bedarf einer erweiterten Beschreibung. Zur Zeit der Weimarer Republik kam es zu einer erheblichen Patientenzunahme in den Anstalten, die eine Veränderung der Behandlungs- und Handlungsmuster notwendig machten. Im Jahre 1929 wurden über 300.000 Menschen in 415 Anstalten behandelt. Diese Menschen waren häufig Langzeitpatienten. Aufgrund der angespannten ökonomischen Situation und der drastischen Reduktion der Pflegesätze verbot sich die Ausweitung der Verwahrrpsychiatrie (Siemen, 1991). Es gab genügend Ärzte und Anstaltsleiter, die die durch eine Anstaltsüberfüllung ausgelösten Unzulänglichkeiten deutlich ansprachen und veröffentlichten. „Ein Beispiel dafür ist die Aussage des Direktors der Landesheil- und Pflegeanstalt Leipzig-Dösen im Jahresbericht 1937: „Von Psychotherapie auf den Krankenabteilungen kann wegen deren Überfüllung größtenteils nicht gesprochen werden, besonders bei den Wachabteilungen kann man nur von (einer), auch durch die Verhältnisse gebotenen, meist unzweckmäßigen Unterbringung, aber kaum von einer seelischen Behandlung sprechen. Noch immer gibt es dafür hier, besonders auf den unruhigen Abteilungen, eine unerwünscht große Zahl schizophrener Artefakte. Sie werden bei Anstaltsführungen von Laien oft gebührend „bewundert“, während sie dem Sachkundigen am treffendsten die Unzulänglichkeiten unserer Behandlungsmöglichkeiten aufzeigen“ (Thom, 1991).

Die Überfüllung der Anstalten war mit hohen Kosten verbunden. So schrieb der deutsche Verein für Psychiatrie 1931 eine Preisarbeit unter dem Titel aus: „Kann die Versorgung der

Geisteskranken billiger gestaltet werden und wie?" Den ersten Preis erhielt Eugen Bratz, Direktor der Wittenauer Heilanstalten, den zweiten Erich Friedländer, Direktor des Lindenhauses in Lippe (Siemen, 1991). Dieser hatte schon 1930 erklärt, die „Irrenfürsorge“ verbilligen zu wollen: „Die deutschen Irrenärzte sind bereit, an der Leistungsfähigkeit, Unabhängigkeit und dem wissenschaftlichen Hochstand der deutschen Irrenanstalten auch weiterhin mitzuarbeiten; sie sind auch weiter bereit, mit aller Kraft und Energie dafür zu sorgen, dass auch der Betrieb unserer öffentlichen Irrenanstalten der wirtschaftlichen Notlage unserer Vaterlandes gerecht wird“ (Friedländer, 1930). Sowohl Bratz, als auch Friedländer schlugen in ihren Arbeiten die Sterilisation von zu entlassenden Psychiatriepatienten vor (Siemen, 1991).

„Unter den Experten mochte das Bewusstsein von einem – wie sie es nannten – „Berg unheilbarer Kranker“, den die Psychiatrie seit Jahrzehnten vor sich her schob und der allen Ideen für eine moderne, aktive Therapie im Wege stand, weit verbreitet sein und den Gedanken an eine radikale Lösung nahe legen; seine Umsetzung nicht nur zu ermöglichen, sondern zu verlangen, blieb einer politischen Führung vorbehalten, die im Zeichen des Kriegsbeginns nach außen auch den aus ihrem Rassismus erwachsenen Krieg gegen die „Minderwertigen“ und „nutzlosen Esser“ im Innern auf eine neue Stufe hob“ (Frei, 1991). Für die Anstaltsärzte und die Anstaltsleitungen verband sich mit dem GzVeN und seinen eugenischen Intentionen die Hoffnung, langfristig eine Lösung gegen die Misere der Überfüllung der Anstalten und den „Berg unheilbarer Kranker“ zu finden. Sanitätsrat Beelitz drückte dies 1933 sehr drastisch aus: „Unsere modernen Anstalten wollen doch Heilanstalten sein und nicht Schutttafelplätze“ (Kaminsky, 1995).

Die beschriebenen schwierigen Bedingungen in den psychiatrischen Anstalten trugen somit wesentlich dazu bei, dass die Anstaltspsychiater sich mit den Zielsetzungen des GzVeN identi-

fizierten und einer aktiven Beteiligung an der Umsetzung des Gesetzes positiv gegenüberstanden.

Den Anstaltspsychiatern wurde mit dem GzVeN sowohl das Recht eingeräumt als auch die Pflicht übertragen, aktiv an einer eugenischen Zwangsmaßnahme mitzuwirken, die dem „Wohl der Allgemeinheit“ dienen sollte. Der klinische Psychiater war somit für seine Patienten und Patientinnen einerseits Behandler und Betreuer, gleichzeitig wurde er zum Ersteller eines Antrages auf Unfruchtbarmachung seiner Patienten und Patientinnen und damit zum Richter, der nicht mehr das zu behandelnde Individuum sah, sondern primär das Wohl der Allgemeinheit zu vertreten hatte. Seine Stellungnahme bzw. seine diagnostische Einschätzung wurde zur Grundlage für das Vorgehen des Erbgesundheitsgerichts. Dass die Anstaltspsychiater diese Doppelrolle nicht als schwierig oder sogar unvereinbar erlebten, zeigt sich einerseits darin, dass dieser Aspekt in den vorhandenen Quellen über die fachliche Diskussion der Psychiater zum GzVeN nicht thematisiert und somit auch nicht problematisiert wurde. Andererseits zeigt sich im Bestreben der Anstaltspsychiater, eine aktive Rolle im Rahmen der Entscheidungen der Erbgesundheitsgerichtetes erhalten zu wollen, dass für die meisten Anstaltspsychiater die fachliche Mitwirkung bei der Umsetzung der eugenischen Zielsetzungen des Gesetzes vorrangige Bedeutung hatte. Von der Einstellung her wurde dies offensichtlich als eine besonders wichtige berufliche Aufgabe bewertet.

Das Verhalten individueller Anstaltspsychiater in der praktischen Umsetzung des GzVeN wird in der vorliegenden Arbeit anhand der Bearbeitung der originalen Krankenakten von Frauen mit der Diagnose „Schizophrenie“ aus der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster und der Kreis-, Kranken- und Pflegeanstalt Frankenthal aus den Jahren 1934 bis 1939 untersucht. Dabei soll auch geprüft werden, ob sich aus den Krankenakten Rückschlüsse auf die Einstellungen der Anstaltspsychiater ge-

genüber dem Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses und dessen Intentionen ableiten lassen.

5. Historische und gesetzliche Grundlagen in Deutschland

Die Diskussion um die „Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“ führte mit der Debatte um die Zulassung der eugenisch indizierten Sterilisation bereits während der Weimarer Republik zu konkreten Gesetzesinitiativen (Ristow, 1936). Am 21. Mai 1923 reichte der Zwickauer Medizinalrat Dr. Gustav Boeters bei der sächsischen Staatsregierung eine Denkschrift ein, in der er sich für die Schaffung einer gesetzlichen Regelung aussprach, die die Sterilisation von behinderten Kindern, Anstaltsinsassen und unehelichen Müttern auch gegen den Willen der Betroffenen ermöglichen sollte (Schmuhl, 1987).

Die sächsische Regierung unterstützte diesen Gesetzesentwurf auf Reichsebene nicht. Von den „Weimarer Eugenikern“ Mückermann, Harmsen und Grotjahn wurde der Entwurf eines Sterilisationsgesetzes im Juli 1932 dem Preußischen Landesgesundheitsrat vorgelegt (Blasius, 1987, 1990, 1994). Der Gesetzesentwurf sah vor, dass Personen, die „an erblicher Geisteskrankheit, erblicher Epilepsie oder an einer sonstigen Erbkrankheit leiden oder Träger krankhafter Erbanlagen sind“ (Lenz, 1931, 1933), sterilisiert werden konnten, „wenn sie mit dem Eingriff einverstanden waren“ (Bock, 1986). Zwar gelangte dieser Entwurf nicht mehr in die Verabschiedung, „dennoch zeigte die öffentliche Debatte, die das Vorhaben begleitete, dass die eugenisch indizierte Sterilisation - sofern sie nicht auf Zwang, sondern auf Freiwilligkeit beruhte - am Vorabend des Dritten Reiches in den meisten gesellschaftlichen und politischen Gruppen auf Zustimmung stieß“ (Bock, 1986).

„Verschiedene Städte, die sich von der Zulassung der Sterilisation eine Reduzierung der Fürsorgekosten erhofften, inter-

venierten im Herbst 1932 beim Reichsinnenminister und verlangten den Erlass eines Sterilisationsgesetzes" (Bock, 1986). Die Ärzteorganisationen unterstützten den preußischen Entwurf (Schmuhl, 1987), die Wohlfahrtsverbände der evangelischen Kirche begrüßten ihn ebenfalls. Nur von Seiten der katholischen Kirche wurde das Vorhaben abgelehnt (Nowak, 1984, 1987, 1991). „Die Vorgeschichte von Zwangssterilisationen und Euthanasie ist nicht in erster Linie eine Geschichte von Maßnahmen und Ereignissen, sondern sie ist vor allem die Geschichte einer schleichenden Delegitimierung der Menschenwürde von Kranken und Behinderten; einer Delegitimierung, die sich in den wirtschaftlichen und sozialen Krisenjahren nach dem Ersten Weltkrieg als stärker erwies als die Reformansätze der Vorkriegszeit" (Braß, 2004).

Das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (GzVeN) vom 14. Juli 1933 bildete dann die erste Maßnahme in einer Reihe von Gesetzen, die insgesamt den rassistischen Intentionen der nationalsozialistischen Politik folgten. Die Vorarbeiten zum GzVeN wurden bereits kurz nach der „Machtübernahme“ durch das Innenministerium unter Zuhilfenahme des Preußischen Entwurfs vom Juli 1932 drei Personen übertragen, die 1934 mit ihrem halboffiziellen „Kommentar“ zum GzVeN auch die Auslegung und Durchführung des Gesetzes bestimmten. Es waren dies der Leiter der Medizinalabteilung des Innenministeriums und Mitglied des Rasse- und Siedlungshauptamtes der SS, Arthur Gütt, den der Reichsinnenminister zum Referenten für Bevölkerungspolitik, Erb- und Rassenpflege ernannt hatte, der Rassenhygieniker und Vorsitzende der „Deutschen Gesellschaft für Rassenhygiene“, Ernst Rüdin, und der führende NS-Jurist und Reichskommissar des „Reichsausschusses für Volksgesundheit“, Falk Ruttke.

Der fertige Gesetzesentwurf wurde am 2. Juni 1933 vorgelegt.

Im § 1 Absatz 1 des Gesetzes heißt es:

„Wer erbkrank ist, kann durch chirurgischen Eingriff unfruchtbar gemacht (sterilisiert) werden, wenn nach der ärztlichen

Wissenschaft mit großer Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist, dass seine Nachkommen an schweren körperlichen oder geistigen Erbschäden leiden werden".

Erbkrank im Sinne des Gesetzes war, wer an einer der folgenden Krankheiten litt:

- angeborenem Schwachsinn,
- Schizophrenie,
- zirkulärem (manisch-depressivem) Irresein,
- erblicher Fallsucht,
- erblichem Veitstanz (Huntingtonsche Chorea),
- erblicher Blindheit,
- erblicher Taubheit,
- schwerer erblicher körperlicher Missbildung.

Ferner konnte unfruchtbar gemacht werden, wer an schwerem Alkoholismus litt.

Laut § 12 war die „Unfruchtbarmachung auch gegen den Willen des Unfruchtbarzumachenden auszuführen“ und die „Anwendung unmittelbaren Zwanges zulässig, soweit andere Maßnahmen nicht ausreichten“ (Gütt et al., 1936).

Neben der Beantragung der Sterilisation durch den Unfruchtbarzumachenden bzw. durch dessen gesetzlichen Vertreter konnten auch der zuständige Amtsarzt oder ein Anstaltsleiter eine solche fordern. Kennzeichnend für die autoritären Staatsvorstellungen des NS-Staates war die Einbeziehung der Staatsgewalt in die Verfahrensweise. Wurde darüber hinaus von Seiten des zu Sterilisierenden ein positiver Beschluss nicht Folge geleistet bzw. die 14-Tage-Frist nach Urteilsverkündung nicht eingehalten, so griff die Polizei mit Zwangsmaßnahmen ein. Die nationalsozialistische Fokussierung auf „Erbkrankheiten des Geistes“ bewirkte, dass eine eventuelle Entlassung aus Heil- und Pflegeanstalten nur durch eine vorherige Sterilisation möglich wurde. Die mit der Sterilisation scheinbar mögliche Begrenzung der sozialen Ungleichheit verstand man als „humane“ Alternative zur „unmenschlichen“ Internierung „Erbkranker“

(Groß, 1935). In der Begründung des Kommentars zum GzVeN beschrieben Gütt, Rüdin und Ruttke die Sterilisation als eine „Tat der Nächstenliebe und Fürsorge für die kommenden Generationen“ und eine wahrhaft soziale Tat für die betroffenen erbkranken Familien (Gütt et al., 1934). „Ethik und Mitleid gab man von rassenpolitischer wie auch hygienischer Seite als die Motive vor, aufgrund derer man übergeordnete Lebensgesetze (Darwins „Kampf ums Leben“) reaktivierte“ (Groß, 1935, 1937). In der rassenhygienischen Argumentation erfolgte keine Beschränkung auf die erbgesundheitlichen Konsequenzen, sondern man wies darüber hinaus auf die immense wirtschaftliche Belastung des deutschen Volkes durch „Erbkranke“ hin. „In geschlossenen Anstalten sind z.Zt. ungefähr 1,3 Millionen Personen untergebracht. Die Zahl der untergebrachten Erbkranken hat sich in den letzten 10 Jahren um 200000 erhöht. Die Kosten für die geschlossene Fürsorge betragen im Jahr 1936 rund 350 Millionen MK. Zusammen mit den öffentlichen Fürsorgelasten müssen jährlich beinahe 1 ½ Milliarden MK. an Fürsorgekosten vom deutschen Volk aufgebracht werden“ (Conti, 1943). Reichsärztführer Gerhard Wagner appellierte auf dem Reichsparteitag 1934 angesichts solcher „Unkosten“ an das Nationalgefühl der Deutschen: „Millionen aber in jedem Jahr völlig unproduktiv für die künstliche Erhaltung eines Lebens auszugeben, dass nur sich und anderen zur Last und keinem zu Nutze ist, mag sich vielleicht ein Volk oder eine Zeit leisten können, in denen bis zum letzten Volksgenossen hinunter jeder einzelne Gesunde in Wohlstand und Glück lebt, nie und nimmer ein Volk, das inmitten einer Notzeit nur mit Mühe Jedem das trockene Brot garantieren kann. Wenn der nationalistische Staat deshalb heute daran geht, für die Zukunft wenigstens die große Belastung der Nation durch Schwererbkranke und ihre Kosten durch geeignete Maßnahmen zu verringern und aufzuheben, so handelt er damit nur pflichtbewusst, und jeder denkende Mensch innerhalb und außerhalb des deutschen Volkes wird diesem Ziele zustimmen“ (Wagner, 1934). Durch Erbkranken verursachte Kosten und die vom

Staat eingesetzten Mittel zur Pflege Erbkranker wurden zu einer Lebensfrage der Nation hochstilisiert.

„Die Zielsetzung der Sterilisationsgesetzgebung war die „sozialhygienische Katharsis“ der Bevölkerung, die „Reinigung des Volkskörpers“ von minderwertigen Elementen“ (Loeffler, 1984).

Die Sterilisation als medizinisch-therapeutische Maßnahme erfuhr dabei einen evidenten Bedeutungswandel, sie diente nicht mehr der Heilung des Individuums, sondern der des „Volkskörpers“.

„Es handelt sich ja nicht in erster Linie um eine Fürsorgemaßregel (GzVeN) für den Kranken, sondern um einen Schutz des Volkes vor rascher Vermehrung von Geisteskrankheit, Alkoholismus, Entartung und Verbrechen“ (Gaupp, 1934).

„Institutionelle wie auch rassenhygienisch-wissenschaftliche Veröffentlichungen argumentierten stets und vorherrschend mit den positiven Konsequenzen, die die Sterilisation für das Wohl des Ganzen besäße“ (Staemmler, 1938).

Rassenhygieniker appellierten an potentielle Sterilisanden, der Volksgemeinschaft das Opfer der Sterilisation zu bringen: „Wir wissen, diese Forderung bedeutet den Verzicht auf Weiterleben in Kindern und Enkeln. Wir denken deshalb nicht im entferntesten daran, diese unglücklichen Volksgenossen etwa herabzusetzen oder zu schmähen! Im Gegenteil, wenn sie diesen Forderungen der Allgemeinheit freiwillig nachkommen, dann sind sie uns dadurch lieb und wert, dann wollen wir ihnen die Hand reichen und sagen: „Du hast verzichtet auf das Größte (...). Wenn Du nun im Rahmen Deiner Kräfte (...) noch für dieses Reich weiterschaffst, an der Stelle, an der es dir möglich ist und an die Du gestellt bist, dann hast Du das größte Opfer überhaupt gebracht“ (Loeffler, 1984).

5.1 Das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933 - Änderungen und Verordnungsbestimmungen

Im § 1 Absatz 1 des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses heißt es:

„Wer erbkrank ist, kann durch chirurgischen Eingriff unfruchtbar (sterilisiert) werden, wenn nach der ärztlichen Wissenschaft mit großer Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist, dass seine Nachkommen an schweren körperlichen oder geistigen Erbschäden leiden werden“. Der organisatorische Ablauf, wie Antragstellung, Arbeit der Erbgesundheitsgerichte (EGG) und Erbgesundheitsobergerichte (EGOG), Beschwerdemöglichkeiten und die Kostenfrage wurden durch die Paragraphen 2 bis 17 geregelt.

So war laut §12 „die Unfruchtbarmachung auch gegen den Willen des Unfruchtbarzumachenden auszuführen und die Anwendung unmittelbaren Zwanges zulässig, soweit andere Maßnahmen nicht ausreichten (GzVeN, in: RGB1, 1933).

Das GzVeN trat am 01. Januar 1934 in Kraft.

Für alle Kassenärzte bestand ab dem 6. März 1934 die Verpflichtung das Buch „Das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ zu erwerben (Gütt et al., 1934). Der Verlag Lehmann veräußerte das Buch für drei Reichsmark.

Von 1933 bis 1936 wurden sechs Verordnungen zur Ausführung des Gesetzes veröffentlicht.

Die erste Verordnung zur Ausführung des GzVeN vom 05. Dezember 1933 - vor In-Kraft-Treten des Gesetzes im Januar 1934 - legte folgende Grundsätze fest:

- Der Eingriff soll nicht vor Vollendung des zehnten Lebensjahres vorgenommen werden.
- Die Anwendung des unmittelbaren Zwanges mit Hilfe der

Polizeibehörde ist erlaubt, jedoch nicht bei Jugendlichen vor Vollendung des 14. Lebensjahres.

- Der Eingriff ist auszusetzen, wenn er eine Gefahr für das Leben des Erbkranken bedeuten würde. „Außerdem auch, wenn der Unfruchtbarzumachende in einer geschlossenen Anstalt verwahrt wird“.

Diese müsste Gewähr dafür leisten, dass eine Fortpflanzung unterbleibt.

Eine Aussetzung des Eingriffs war auch möglich, wenn sich der Unfruchtbarzumachende freiwillig als Selbstzahler in eine geschlossene Anstalt begab, die diese o.g. Forderung erfüllte.

Für alle „approbierten Ärzte, Anstaltsleiter sowie sonstige Personen, die sich mit der Heilbehandlung, Untersuchung und Beratung von Kranken befassen, wurde eine Anzeigepflicht für Erbkranken im Sinne des Gesetzes festgelegt. Zuwiderhandlung hatte eine Geldbuße bis zu 150 Reichsmark zur Folge“ (Verordnung zur Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 5. Dezember 1933. In: RGB1, 1933 Teil 1).

Die erste Verordnung enthielt alle notwendigen Vordrucke

- für die Aufklärung
- Anzeige auf Unfruchtbarzumachung
- Antrag auf Unfruchtbarzumachung
- Amtsärztliches Gutachten mit Intelligenzprüfungsbogen und Vordrucke für den ärztlichen Bericht nach
- Ausführung der Sterilisation.

Dem zuständigen Amtsarzt musste jede andere ausgeführte Sterilisation bzw. Operation mit sterilisierender Folge, die nicht unter das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses fiel, gemeldet werden.

Die zweite Verordnung zur Ausführung des GzVeN vom 29. Mai 1934 gestattete die zwangsweise Vorführung des Unfruchtbarzu-

machenden zur amtsärztlichen Untersuchung mit polizeilicher Hilfe. Alle anzeigepflichtigen Personen wurden dem Amtsarzt gegenüber von ihrer Schweigepflicht entbunden. Auf Verlangen des Amtsarztes wurden sie verpflichtet, Auskunft zu erteilen. (Zweite Verordnung zur Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 29. Mai 1934. In: RGB1, 1934)

In der dritten Verordnung vom 25. Februar 1935 wurde unter anderem festgelegt, dass „Bevollmächtigten und Beiständen das Auftreten vor den Erbgesundheitsgerichten und Erbgesundheitsobergerichten aus wichtigen Gründen untersagt werden kann“. (Dritte Verordnung zur Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 25. Februar 1935. In: RGB 1, 1935, Teil 1)

Verkürzt wurde die Frist zur Beschwerdeeinlegung von einem Monat auf 14 Tage durch das Gesetz zur Änderung des GzVeN vom 26. Juni 1935.

Zusätzlich wurde ein Paragraph 10 a eingefügt, der Folgendes beschreibt:

„Hat ein Erbgesundheitsgericht rechtskräftig auf die Unfruchtbarmachung einer Frau erkannt, die zur Zeit der Durchführung der Unfruchtbarmachung schwanger ist, so kann die Schwangerschaft unterbrochen werden, es sei denn, dass die Frucht schon lebensfähig ist oder die Unterbrechung der Schwangerschaft einen ernsten Gefahr für das Leben oder die Gesundheit der Frau mit sich bringen würde. Als nicht lebensfähig ist die Frucht anzusehen, wenn die Unterbrechung vor Ablauf des sechsten Schwangerschaftsmonates erfolgt.“ (Vierte Verordnung zur Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 18. Juli 1935. In: RGB1, 1935, Teil 1)

Am 19. September 1940 wurde durch eine Ermächtigung des Reichsinnenministers dieser Paragraph durch die Aussage erweitert, dass „in dringenden begründeten, nicht gesetzlich geregelten

Fällen" eine Schwangerschaftsunterbrechung auch vorgenommen werden kann, wenn „der Erzeuger der Frucht erbkrank ist“, oder wenn „bei nicht erbkranken Eltern“ aufgrund „bereits erfolgter Geburten kranker Kinder mit größter Wahrscheinlichkeit angenommen werden kann, dass die Geburt weiterer Kinder unerwünscht ist, auch wenn die Mutter an einem im GzVeN nicht aufgeführten Erbleiden leidet“ (Koch, 1993).

Im Gegensatz dazu entsprach laut vierter Verordnung zur Ausführung des GzVeN vom 18. Juli 1935 die Unterbrechung einer Schwangerschaft, die nicht unter dieses Gesetz fiel oder nicht aus einer medizinischen Indikation durchgeführt wurde, der Tötung eines in der Geburt befindlichen Kindes (Vierte Verordnung zur Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 18. Juli 1935. In: RGB1,1935, Teil 1). Im zweiten Gesetz zur Änderung des GzVeN vom 14. Februar 1936 wurden zu den chirurgischen auch andere Verfahren zur Unfruchtbarmachung erlaubt. Die in der fünften Verordnung vom 25. Februar 1936 postulierten Verfahren waren Röntgenbestrahlung und Radiumbestrahlung. Zur Anwendung konnte die Strahlenbehandlung kommen, „wenn die Frau über 38 Jahre alt war oder wenn die Vornahme eines chirurgischen Eingriffes wegen besonderer Umstände mit Gefahr für Leben oder Gesundheit der Frau verbunden war oder aus gesundheitlichen Gründen ohne dies eine Strahlenbehandlung der Geschlechtsorgane erforderlich war und wenn der Leiter des Gesundheitsamtes der Strahlenbehandlung zustimmte“. Zu dieser Art der Unfruchtbarmachung musste die Einwilligung der Patientin oder ihres gesetzlichen Vertreters oder Pflegers vorliegen.

Die sechste Verordnung zur Ausführung des GzVeN regelte die Finanzierung von Verdienstausschluss, Reisekosten und Krankengeld.

Das Sterilisierungsgesetz wird vom Gesetz zur Förderung der Eheschließung kurz Ehestandsdarlehensgesetz flankiert (Gütt et al., 1934). Es dient in erster Linie der Entlastung des Arbeitsmarktes, indem es Frauen „wieder an den Herd bindet“.

„Ehestandsdarlehen können verweigert werden, wenn der Zweck der Ehe wegen Zeugungsunfähigkeit eines Partners, z.B. infolge des hohen Alters, nicht erreicht ist, obwohl eine solche Ehe an sich zulässig ist“ (Gütt et al., 1934).

Das Gesetz zum Schutze der Erbgesundheit des deutschen Volkes (kurz: Ehegesundheitsgesetz vom 18. Oktober 1935) verbietet die Heirat bei ansteckender Krankheit, geistiger Störung oder Erbkrankheit.“ Vor der Eheschließung haben die Verlobten durch ein Zeugnis des Gesundheitsamtes (Ehetauglichkeitszeugnis) nachzuweisen, dass ein Ehehindernis nicht vorliegt (Gütt et al., 1934).

Das Ehegesundheitsgesetz macht die Heirat zum Staatsakt: Die Ehe wird, im Gegensatz zu ihrem bisherigen Charakter als Privatangelegenheit, als eine im öffentlichen Interesse liegende Einrichtung gekennzeichnet, die ihren Sinn verliert, wenn die Fortpflanzung als biologischer Zweck von vorneherein unmöglich ist.

6. Die Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster von 1933 bis 1939

Der Bezirksverband Pfalz baute in seiner Trägerschaft von 1852 bis 1857 die Kreisirrenanstalt Klingenmünster. „Eröffnet wurde sie mit der Übernahme von 43 Kranken aus der bereits seit 1811 bestehenden Armen-, Sucht- und Irrenanstalt Frankenthal am 31.12.1857. Erster Direktor war der in Speyer geborene Kantonarzt Dr. Hermann Dick“ (Scherer et al., 1998).

1922 übernahm Dr. Josef Klüber (1873-1936) die Anstaltsleitung und setzte reformpsychiatrische Akzente. „Erklärtes Ziel des

früheren Oberarztes der Heil- und Pflegeanstalt Erlangen war es, die „Anstalt“ Klingenmünster im Zuge der dringend gebotenen organisatorischen Erneuerung und baulichen Erweiterung zu einem „Krankenhaus“ weiterzuentwickeln und Vorurteile und Misstrauen gegen die Psychiatrie abzubauen, die in der pfälzischen Öffentlichkeit während des Krieges vor allem infolge der außergewöhnlich hohen Todesrate im sogenannten Steckrübenwinter (1917/1918) entstanden waren“ (Scherer et al., 1998). Mit dem Anstaltsarzt Dr. Heinrich Schmidt (1893-1951) förderte er die „aktive Beschäftigungstherapie“ als therapeutische Maßnahme.

Im Januar 1933 bemühten sich außer dem Anstaltsleiter Direktor Klüber und Frau Dr. Br. alle anderen Ärzte und der Verwaltungsleiter um die „Mitgliedschaft in der NSDAP bzw. der SA und im NS-Ärztebund“ (Scherer et al., 1998). Direktor Klüber sah sich bereits im Juli 1933 mit ersten Denunziationen und Schikanen der Nazis gegen politisch andersdenkende Mitarbeiter konfrontiert. Das am 1.1.1934 in Kraft tretende Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses wurde von den Ärzten der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster begrüßt. Die Ärzte Dr. Edenhofer, Dr. B. und Dr. D. wurden als Beisitzer und Gutachter am Erbgesundheitsgericht Frankenthal bzw. am Erbgesundheitsobergericht Zweibrücken bestellt (Scherer et al., 1998).

„Intrigen, Denunziationen, Schikanen und Provokationen der Nazis hatten Klüber bis zum Sommer 1935 nicht zum Verlassen seines Postens bewegen können. Ohne Rückhalt bei den längst gleichgeschalteten Behörden, sogar von nächsten Mitarbeitern insgeheim und offen befehdet, wich er dennoch nach wie vor um keinen Schritt zurück, wenn der Ruf seiner Anstalt und das Wohl ihrer Patienten auf dem Spiel standen“ (Scherer et al. 1998).

Die Anfeindungen gipfelten in einem Überfall von Mitgliedern der SA, DAF und HJ, in dem Dr. Klüber in seinen Privaträumen brutal zusammengeschlagen wurde. Nach dem gewaltsam erzwun-

genen Ausscheiden Dr. Klübers im Jahre 1936 erwarteten die Nazis unter den Anstaltsbediensteten, dass nun mehr „ihr“ Dr. Edenhofer mit der Leitung Klingenmünsters betraut würde. Der Kreistag der Pfalz bestellte am 1.6.1936 Dr. Edenhofer - den bisherigen Vertreter Dr. Klübers - zum Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster.

Eine Evakuierung der Anstalt erfolgte aus militärischen Gründen am 10.09.1939.

7. Die Kreis-, Kranken- und Pflegeanstalt Frankenthal von 1934 bis 1939

Seit 1857 wurden in der ältesten Heil- und Pflegeanstalt der Pfalz die psychisch Kranken der nördlichen Hälfte des Regierungsbezirks betreut. 1932 war die Anstalt mit 642 Patienten voll belegt. Ca. 130 Patienten waren Kinder und Jugendliche. „Im Gegensatz zur Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster ist die Frankenthaler Anstalt in der Spätphase der Weimarer Republik nicht als Hochburg des Nationalsozialismus in Erscheinung getreten, aber nach Hitlers Machtergreifung konnte auch sie sich nicht dem Einfluss der die „Vernichtung lebensunwerten Lebens“ fordernden und betreibenden NS-Psychiatrie „entziehen“ (Nestler, 1993). „Die Assistenzärzte Dr. Paul Klein, Rothstein, Dr. Reich, Dr. Weber - und der mit Wirkung zum 1. August 1934 zum Direktor bestellte bisherige Oberarzt Dr. Heinrich Resch - müssen zeitbedingt, ob aus Überzeugung, Opportunismus oder Karrierestreben sei dahingestellt, zumindest einer der vielen Gliederungen der Partei beigetreten sein“ (Nestler, 1993). Zwei in den verbrecherischen Überfall auf den Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster Dr. Klüber verstrickten Parteigenossen (Oberarzt Dr. Kolkmann und der Anstaltswart Richard Hesser (Propagandaleiter der NSDAP der Gemeinde Klingenmünster) wurden nach Frankenthal versetzt.

Das am 1. Januar 1934 in Kraft getretene Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses wurde auch von den Frankenthaler Ärzten begrüßt. Mittels einer umfangreichen Öffentlichkeitsarbeit wurde für die Zwangssterilisation erbkranker Volksgenossinnen und Volksgenossen geworben.

Im März 1934 nahm das Erbgesundheitsgericht Frankenthal seine Tätigkeit auf. „Ärzte der Anstalt Frankenthal waren dann ab April 1934 als Gutachter für das Gericht tätig und haben im Laufe des Jahres 1934 bei der Bearbeitung von 981 Anträgen auf Unfruchtbarmachung mitgewirkt. Pro Sitzungstag wurden stets „zwanzig Sachen“ entschieden und dabei insgesamt 731 Zwangssterilisationen verfügt, 59 mal eine solche abgelehnt und 191 Anträge zur weiteren Beobachtung der davon betroffenen Kranken an die Antragsteller zurückverwiesen. 1935 kamen vor dem Frankenthaler Erbgesundheitsgericht sogar 1062 Anträge zur Verhandlung, wobei in nicht weniger als 997 Fällen auf Unfruchtbarmachung erkannt wurde. Da ab 1937 die Zahl der Anträge kontinuierlich zurückging, ergriff das Amt für Volkswohlfahrt des Gaues Saarpfalz der NSDAP zunehmend die Initiative und drängte vor allem die Funktionsträger der Partei, alle Personen zur Anzeige zu bringen, bei denen hinreichender Verdacht bestand, dass sie unter das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses fallen“ (Nestler, 1993). Am 23. September 1943 wurde die Anstalt bei der Bombardierung der Stadt Frankenthal zerstört.

8. Auswertung der Krankenakten der aufgrund der Diagnose „Schizophrenie“ zwangssterilisierten Frauen der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster und der Kreis-, Kranken- und Pflegeanstalt Frankenthal von 1934 bis 1939

Die erste Zwangssterilisation wurde bereits im Mai 1934 bei einer als schizophren diagnostizierten gerade achtzehnjährigen ledigen Patientin der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster durchgeführt. Zwei Monate später im Juli 1934 kam es zur ersten Zwangssterilisation bei einer vierundzwanzigjährigen, ledigen Patientin der Kranken-, Heil- und Pflegeanstalt Frankenthal. Die beiden Frauen wurden in dem städtischen Krankenhaus in Ludwigshafen operiert.

8.1. Zahl der schizophrenen zwangssterilisierten Mädchen und Frauen

Von 1934 bis 1939 wurden in der **Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster** 122 Mädchen und Frauen, während ihres stationären Aufenthaltes als schizophren diagnostiziert. Im Zuge des GzVeN kam es bei 80 Mädchen und Frauen nach Antrag des Anstaltsleiters und Beschluss des Erbgesundheitsgerichts zu einer Zwangssterilisation.

In der **Kranken-, Heil- und Pflegeanstalt Frankenthal** waren es bezogen auf die zu untersuchende Stichprobe 91 als schizophren diagnostizierte Mädchen und Frauen. 41 dieser Patientinnen wurden nach dem Urteil des Erbgesundheitsgerichts zwangssterilisiert.

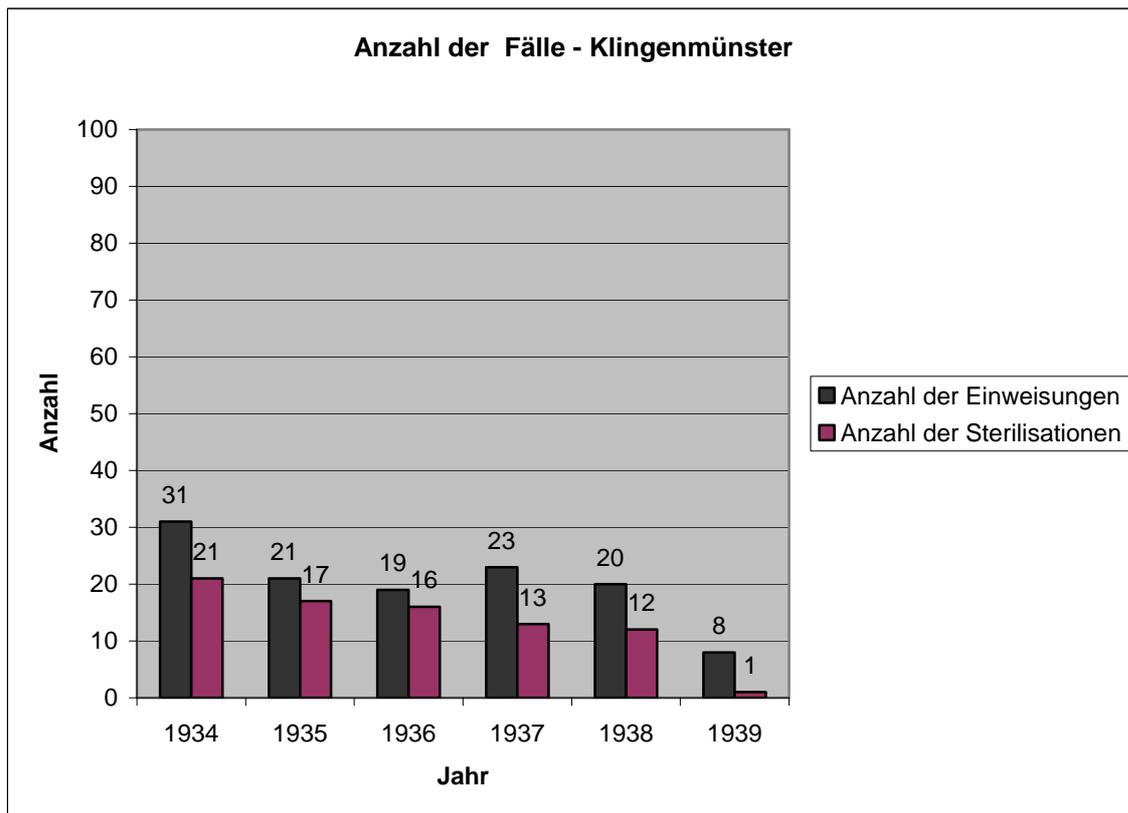


Diagramm 1: Anzahl der als schizophren diagnostizierten (schwarz) und der davon zwangssterilisierten Frauen (violett) der Heil- und Pflegeanstalt **Klingenmünster** von 1934 bis 1939 (Absolute Zahlen)

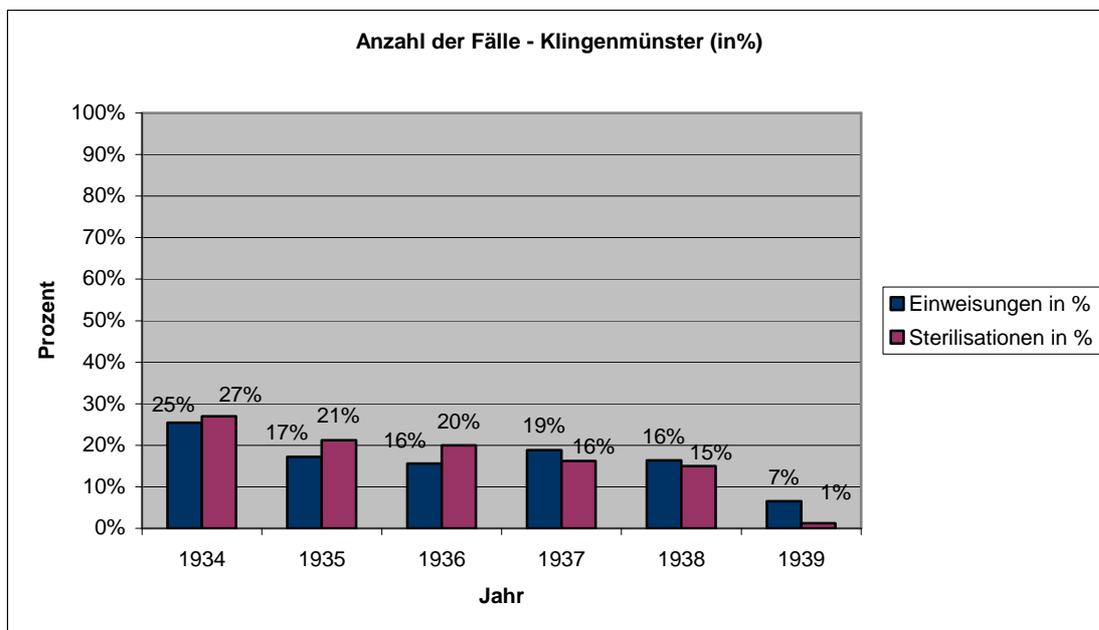


Diagramm 2: Prozentuale Verteilung über die Jahre 1934 bis 1939 der als schizophren diagnostizierten (blau) und davon zwangssterilisierten Frauen (violett) der Heil- und Pflegeanstalt **Klingenmünster**

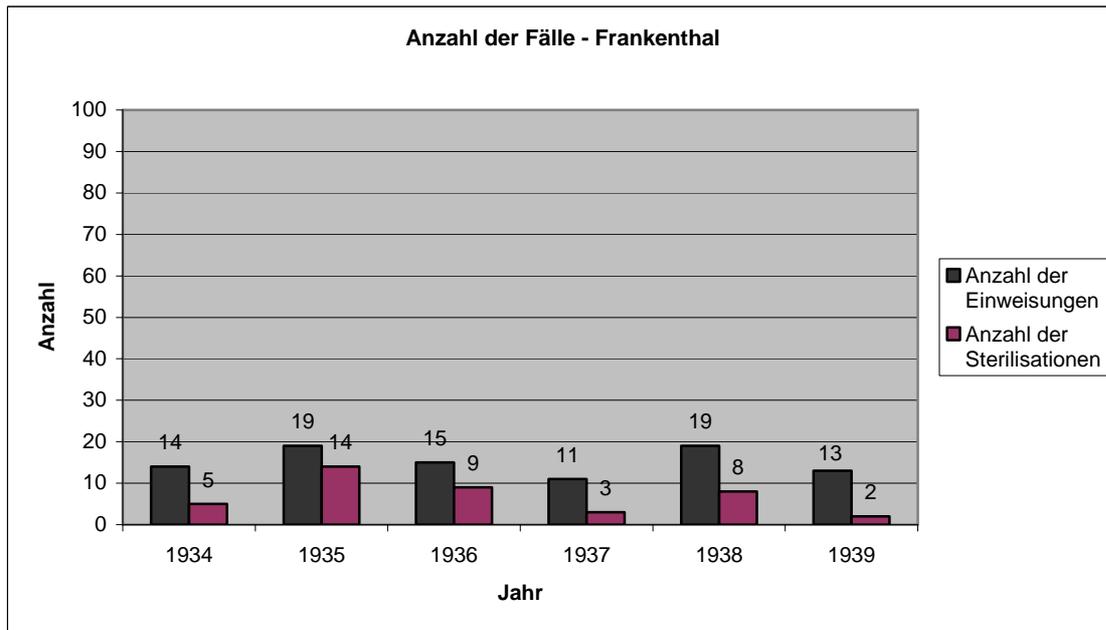


Diagramm 3: Anzahl der als schizophrenen diagnostizierten (grau) und der davon zwangssterilisierten Frauen (violett) der Kreis-, Kranken- und Pflegeanstalt **Frankenthal** von 1934 bis 1939 (Absolute Zahlen)

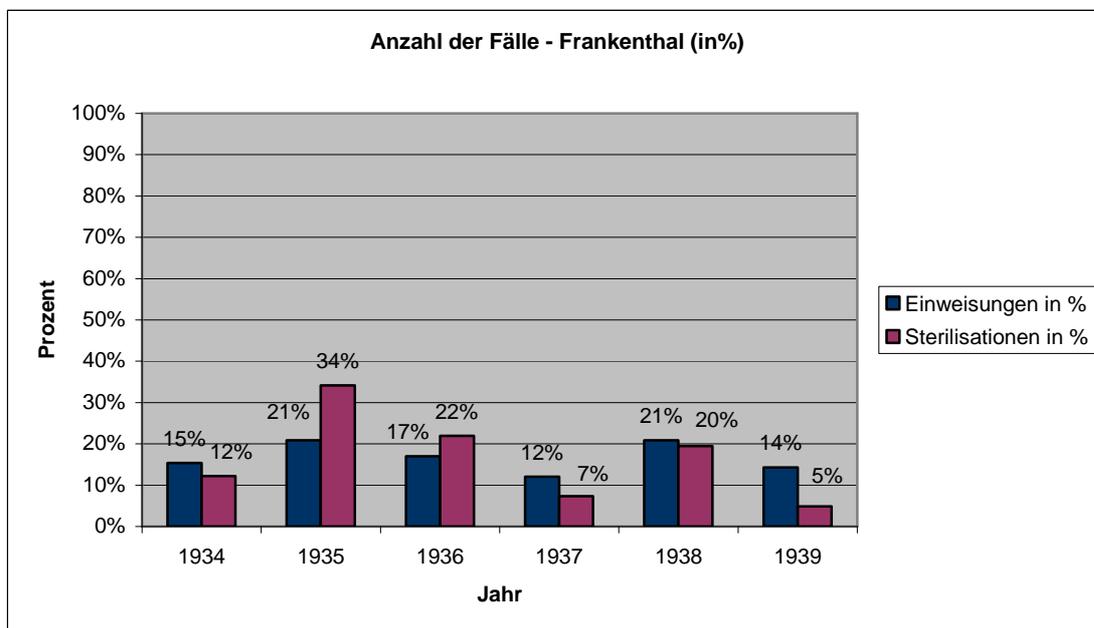


Diagramm 4: Prozentuale Verteilung über die Jahre 1934 bis 1939 der als schizophren diagnostizierten (blau) und der davon zwangssterilisierten Frauen (violett) der Kreis-, Kranken- und Pflegeanstalt **Frankenthal**

Jahr	Klingenmünster	Frankenthal
1934	67,0	35,7
1935	80,0	73,6
1936	84,2	60,0
1937	56,5	27,2
1938	60,0	42,1
1939	12,5	15,3
1934 - 1939	65,5	45,1

Tabelle 1: Prozentsatz der zwangssterilisierten Frauen bezogen auf die jeweilige Gesamtzahl der Frauen mit der Diagnose Schizophrenie

Aus den Daten in Tabelle 1 wird deutlich, dass es im Zeitraum von 1934 bis 1939 bei 65,5 Prozent der Anstaltsinsassinnen der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster und bei 45,1 Prozent der Anstaltsinsassinnen der Kranken-, Heil- und Pflegeanstalt Frankenthal im Zusammenhang mit der Diagnose Schizophrenie zu der gesetzlich vorgesehenen Zwangssterilisation kam.

Es fällt weiterhin auf, dass in den Jahren 1935 und 1936 in beiden Anstalten der Prozentsatz der Zwangssterilisationen bei den als schizophren diagnostizierten Frauen am höchsten war (Klingenmünster: 1935 - 80%, 1936 - 84,2%; Frankenthal: 1935 - 73,6% ; 1936 - 60%). Dies bedeutet, dass nach In-Kraft-Treten des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses im Jahre 1934 es in den beiden darauf folgenden Jahren zu der schärfsten Umsetzung des Gesetzes kam.

Aus der lückenhaften und oft bruchstückhaften Dokumentation der Krankenakten beider Anstalten wurde nicht ersichtlich, was die Gründe dafür waren, dass ein Teil der als schizophren diagnostizierten Patientinnen zwangssterilisiert wurden, während bei anderen Patientinnen mit derselben Diagnose (Klingenmünster: 34,5%, Frankenthal: 54,9%) keine Zwangssterilisation vorgenommen wurde.

Lediglich in einem Fall (siehe Dokument 2, Seite 14 und 15) ist ein Brief eines Angehörigen, der selbst Arzt war, dokumentiert. Auch wenn in dem Brief nicht auf die Frage der Zwangssterilisation Bezug genommen wird, erfolgte in diesem Fall (der Schwester dieses Arztes) schließlich keine Zwangssterilisation.

Weder Protestbriefe von Betroffenen, noch Bittbriefe von Angehörigen, die Sterilisation zu unterlassen, sind in den Akten dokumentiert.

Damit kann von einem erheblichen Ausmaß an Entscheidungsautonomie der Anstaltsärzte sowie einer Lückenhaftigkeit des Systems hinsichtlich der Beantragung einer Zwangssterilisation bei vorhandener Diagnose einer Erbkrankheit ausgegangen werden. Hypothetisch muss von einem großen Handlungs- und Ermessensspielraum der Ärzte in der Umsetzung des GzVeN ausgegangen werden. Die individuellen Handlungsmöglichkeiten der Ärzte und Anstaltsdirektoren müssen im Gegensatz zu der bis in das letzte Detail zentral geplanten nationalsozialistischen Sterilisationspolitik in der alltäglichen Praxis und der Umsetzung des GzVeN relativ groß gewesen sein. Anstaltsärzte konnten nur dann nach den gesetzlichen Vorgaben Patientinnen vor einer Zwangssterilisation bewahren, wenn sie ihnen bescheinigten, dass sie weiterhin dauernd anstaltsbedürftig bleiben und von ihnen keine „Fortpflanzungsgefahr“ ausgehen würde. Hierfür gibt es in keiner der untersuchten Akten ein Dokument, zumal ein weiterer Verbleib in der Anstalt für die Insassinnen kostenpflichtig gewesen wäre.

8.1.1 Modalitäten der Einweisung

Bezugnehmend auf die Diagramme 5 - 8 wird deutlich, dass die meisten der als schizophren diagnostizierten und dann zwangssterilisierten Frauen freiwillig, d.h. ohne Zwangseinweisung in die Anstalt kamen (71 von 80 in Klingenmünster; 39 von 41 in Frankenthal). Sie wurden von ihren Eltern, ihren Ehepartner

oder durch eine Überweisung von einem Allgemeinkrankenhaus in die Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster gebracht bzw. überwiesen. Die Zahl der Zwangseinweisungen (9 in Klingenmünster und 2 in Frankenthal) durch die Polizei bleibt in der Vorkriegszeit konstant.

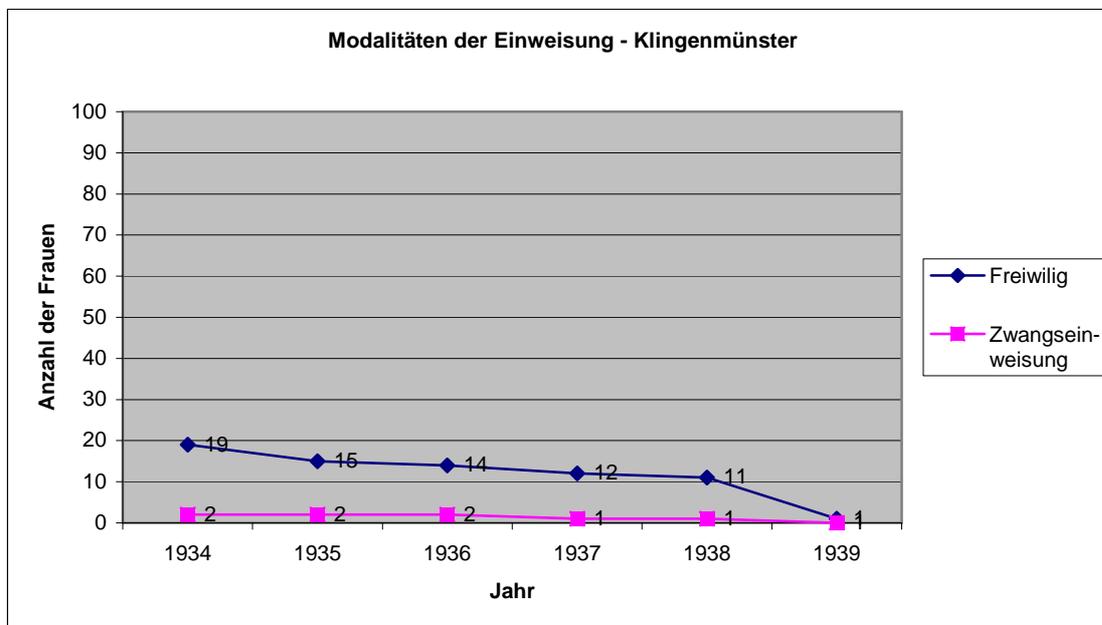


Diagramm 5: Modalitäten der Einweisungen der als schizophrenen diagnostizierten und zwangssterilisierten Frauen von 1934 bis 1939 in die Heil- und Pflegeanstalt **Klingenmünster**

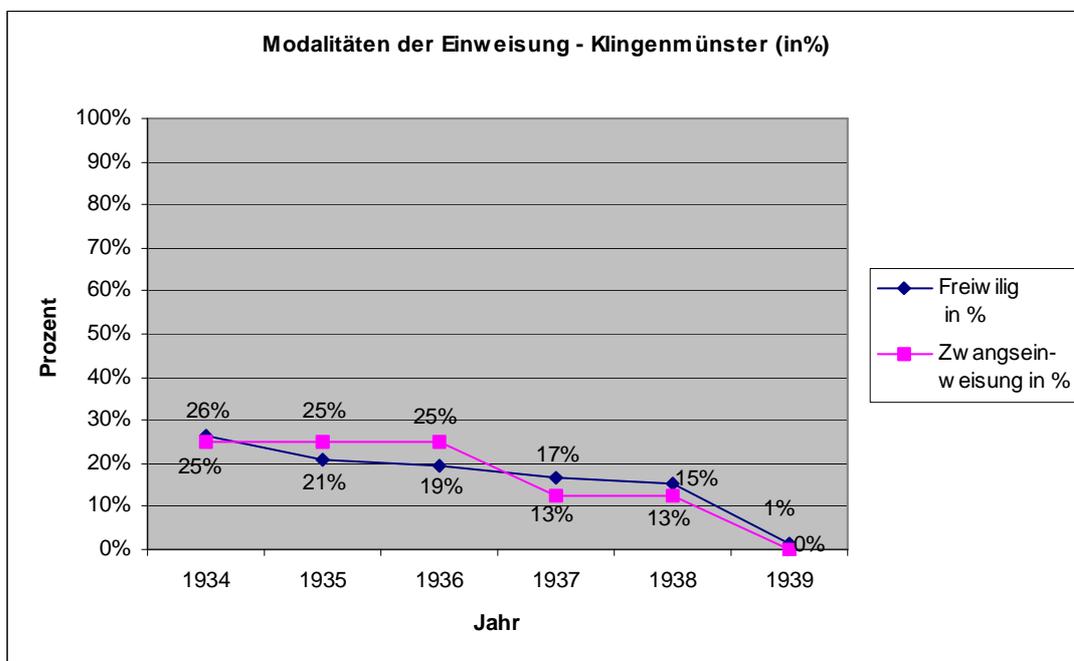


Diagramm 6: Prozentuale Verteilung der Einweisungen der als schizophren diagnostizierten und zwangssterilisierten Frauen über die Jahre 1934 bis 1939 in die Heil- und Pflegeanstalt **Klingenmünster**

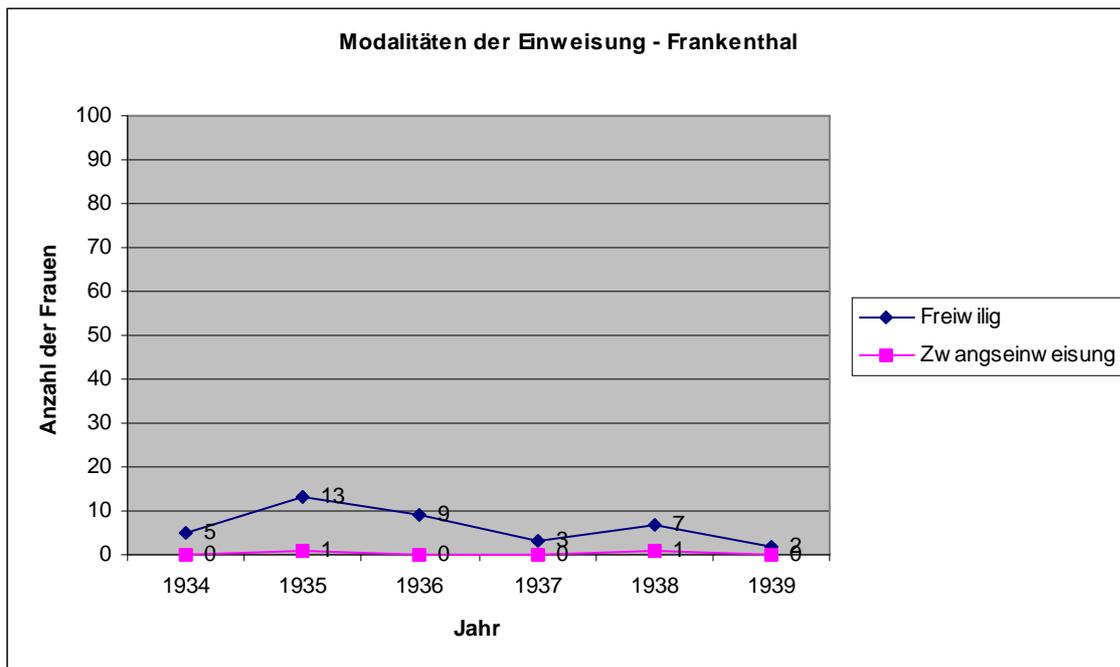


Diagramm 7: Modalitäten der Einweisungen der als schizophren diagnostizierten und dann zwangssterilisierten Frauen von 1934 bis 1939 in die Kreis-, Kranken- und Pflegeanstalt **Frankenthal** (Absolute Zahlen)

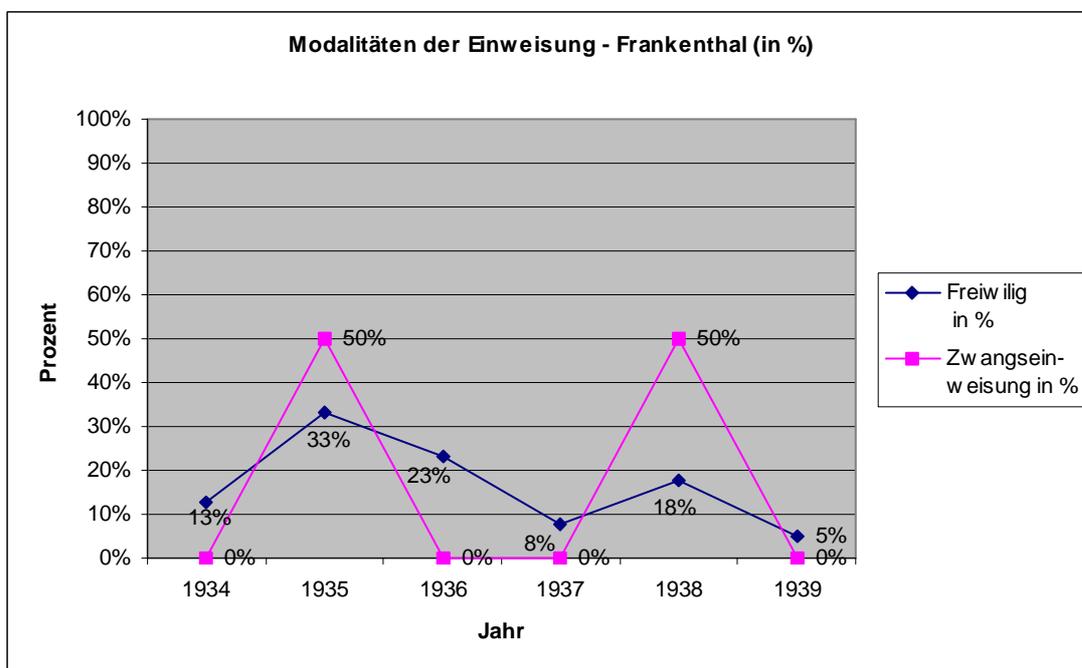


Diagramm 8: Prozentuale Verteilung der Einweisungen der als schizophren diagnostizierten und dann zwangssterilisierten Frauen über die Jahre 1934 bis 1939 in die Kreis-, Kranken- und Pflegeanstalt **Frankenthal**

8.1.2 Vorheriger Aufenthaltsort der Patientinnen

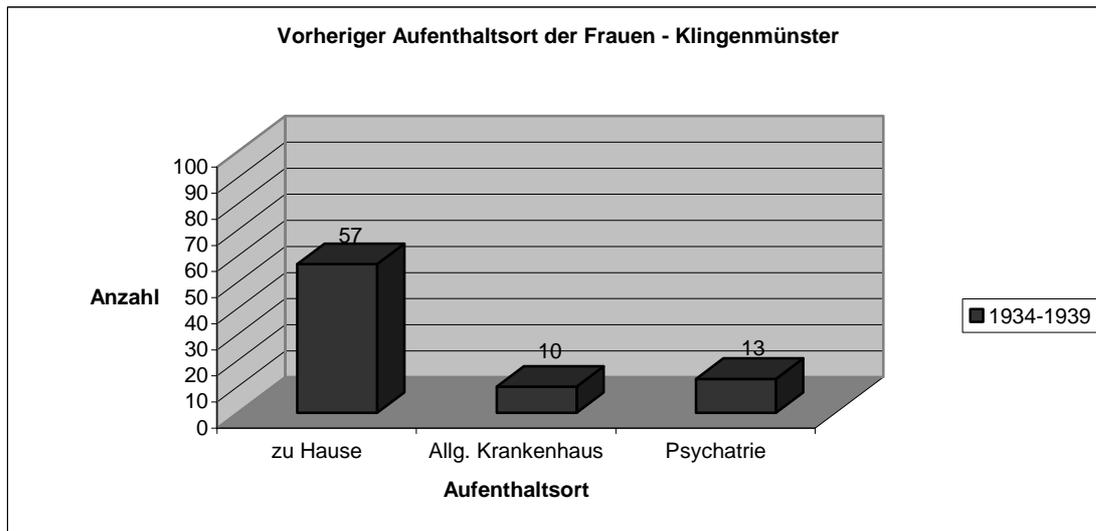


Diagramm 9: Vorheriger Aufenthaltsort der als schizophren diagnostizierten und dann zwangssterilisierten Frauen von 1934 bis 1939 der Heil- und Pflegeanstalt **Klingenmünster** (Absolute Zahlen)

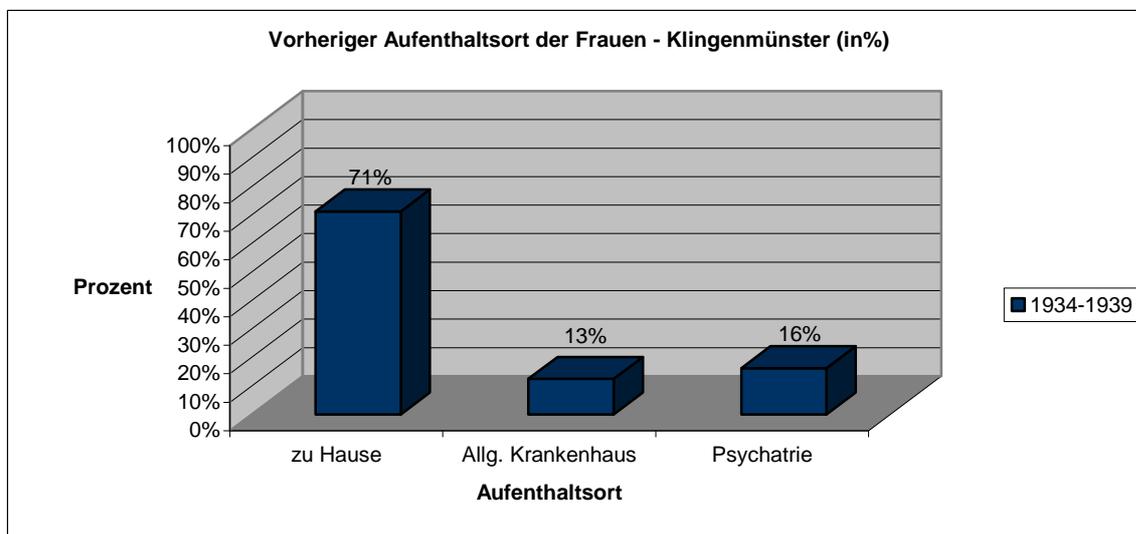


Diagramm 10: Prozentuale Verteilung des vorherigen Aufenthaltsortes der als schizophren diagnostizierten und dann zwangssterilisierten Frauen von 1934 bis 1939 der Heil- und Pflegeanstalt **Klingenmünster**

Für die Zeit zwischen 1934 und 1939 hielten sich alle hier erfassten Patientinnen der Anstalt in Klingenmünster in 71% der

Fälle vor ihrer stationären Einweisung zu Hause, d.h. in ihrer Herkunfts- oder eigenen Familie auf. 13% der Frauen wurden vorher in einem allgemeinen Krankenhaus behandelt, 16% dagegen wurden aus anderen psychiatrischen Kliniken bzw. Heilanstalten überwiesen.

Die meist ledigen Patientinnen waren sowohl als Arbeitskräfte in den von der Landwirtschaft geprägten Familien oder im Haushalt wichtig und notwendig.

Der Ausfall eines Familienmitgliedes als Arbeitskraft war schwerwiegend, sodass die Einweisung z.B. einer Ehefrau und Mutter in eine Anstalt für den Ehemann und die zu versorgenden Kinder nicht nur soziale und psychische Folgen hatte, sondern auch ökonomische.

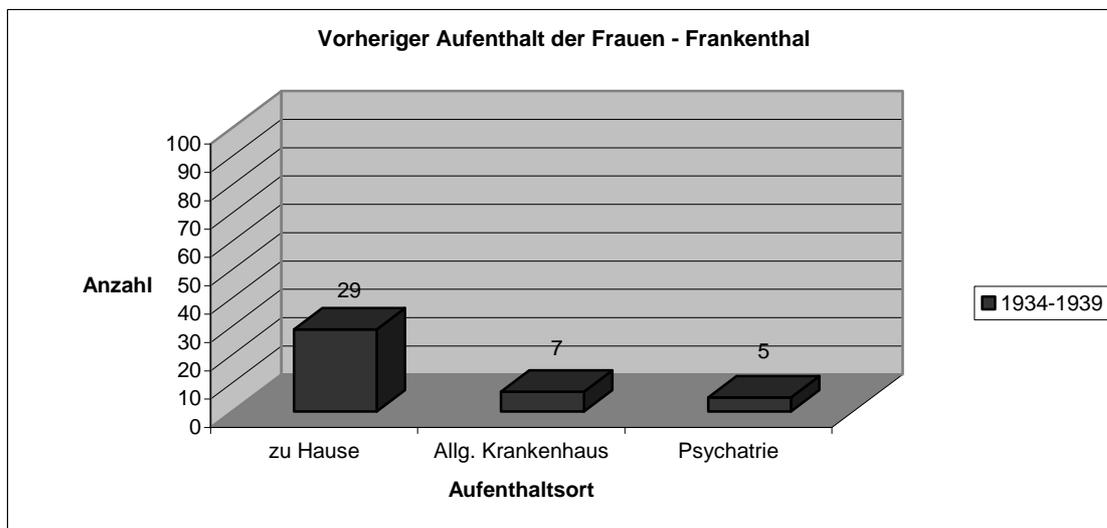


Diagramm 11: Vorheriger Aufenthaltsort der als schizophren diagnostizierten und dann zwangssterilisierten Frauen von 1934 bis 1939 der Kreis-, Kranken- und Pflegeanstalt **Frankenthal** (Absolute Zahlen)

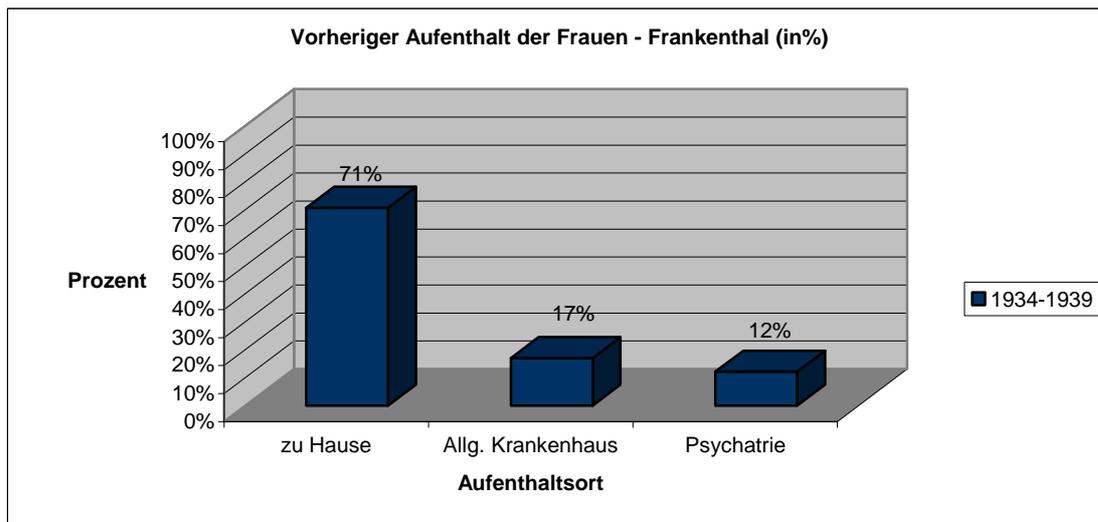


Diagramm 12: Prozentuale Verteilung des vorherigen Aufenthaltsortes der als schizophren diagnostizierten und dann zwangssterilisierten Frauen von 1934 bis 1939 der Kreis-, Kranken und Pflegeanstalt **Frankenthal**

71% der zwangssterilisierten schizophrenen Frauen der Frankenthaler Anstalt wurden von ihren Eltern oder Ehemännern in die Anstalt gebracht, 17% kamen aus einem Allgemeinkrankenhaus und 12% aus anderen psychiatrischen Einrichtungen.

Die Akten liefern keine Informationen über die Gründe einer Verlegung aus einem Allgemeinkrankenhaus oder aus einer anderen Anstalt. Hierzu ist die Korrespondenz zwischen den einzelnen Institutionen in den untersuchten Krankenakten beider Anstalten nicht dokumentiert.

8.2. Biographische Daten

8.2.1 Altersverteilung zum Zeitpunkt der Sterilisation

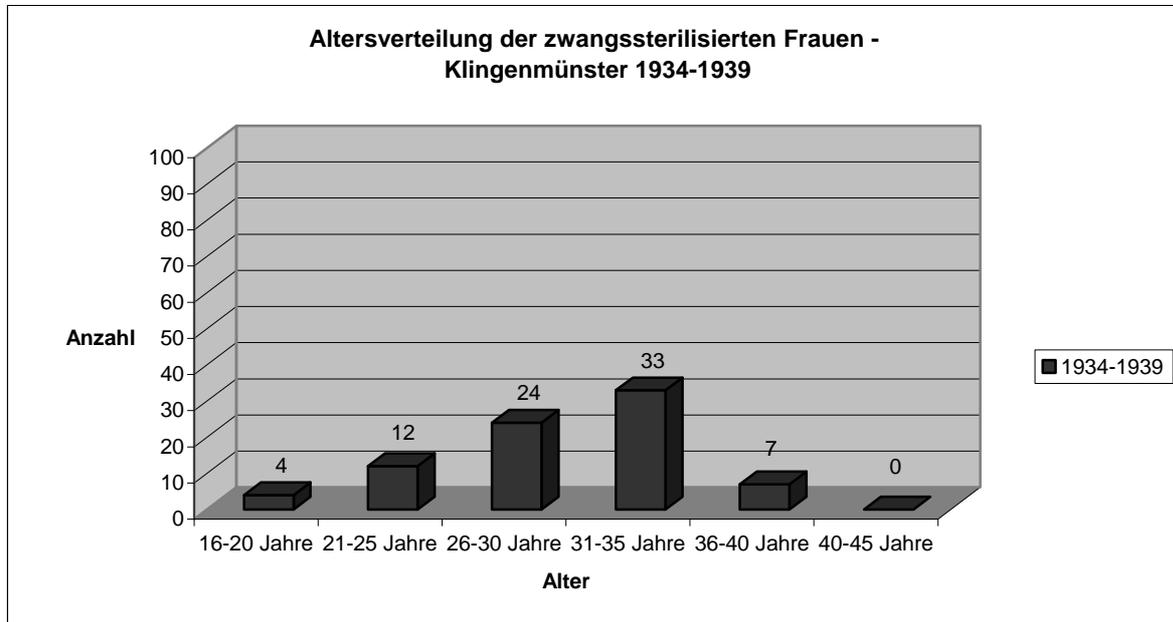


Diagramm 13: Altersverteilung der als schizophren diagnostizierten und dann zwangssterilisierten schizophrenen Frauen der Heil- und Pflegeanstalt **Klingenmünster** von 1934 bis 1939 (Absolute Zahlen)

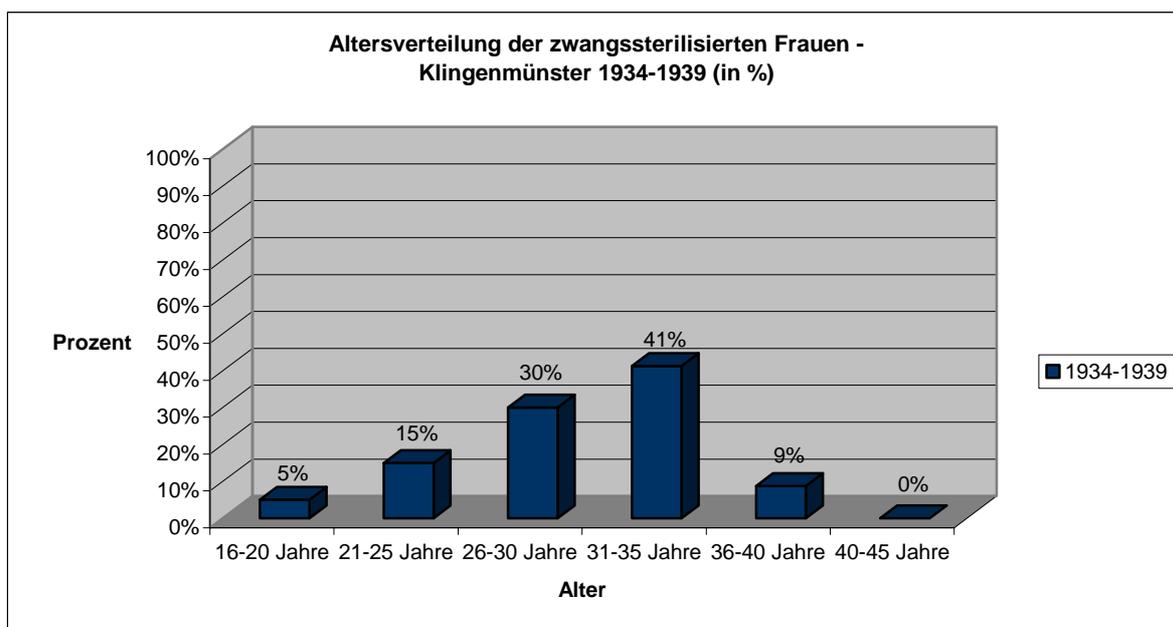


Diagramm 14: Prozentuale Altersverteilung der als schizophren diagnostizierten und dann zwangssterilisierten Frauen von 1934 bis 1939 der Heil- und Pflegeanstalt **Klingenmünster**

Die Altersverteilung zeigt, dass die als schizophren diagnostizierten Frauen im Alter von 31 bis 35 Jahren in Klingenstein mit 41% die größte Gruppe der von Zwangssterilisation betroffenen Patientinnen waren.

1934 und 1936 wurden als Minderjährige jeweils eine sechzehnjährige Patientin und 1934 und 1938 jeweils eine achtzehnjährige Patientin mit der Diagnose Schizophrenie zwangssterilisiert.

In der Verordnung zur Ausführung des GzVeN „sollte die Unfruchtbarmachung nicht vor Vollendung des zehnten Lebensjahres vorgenommen werden und der Antrag soll nicht gestellt werden, wenn der Erbkrankte infolge hohen Alters oder aus anderen Gründen nicht fortpflanzungsfähig ist“

(Verordnung zur Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 5. Dezember 1933. In: RGB1, 1933, Teil 1).

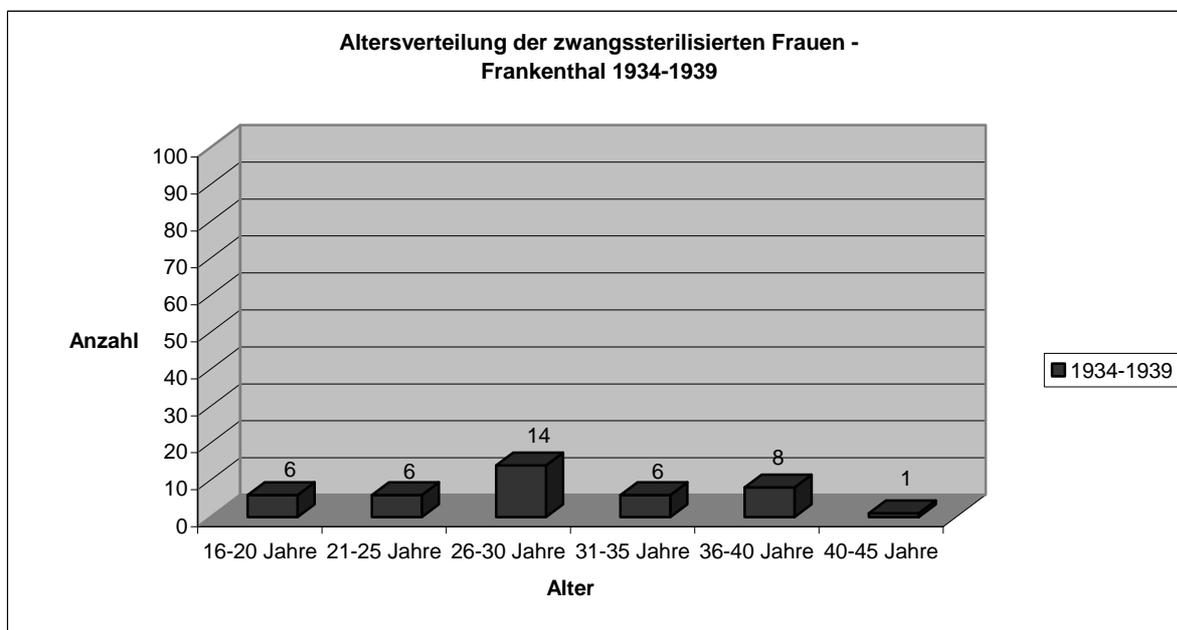


Diagramm 15: Altersverteilung der als schizophren diagnostizierten und dann zwangssterilisierten Frauen von 1934 bis 1939 der Kreis-, Kranken- und Pflegeanstalt **Frankenthal** (Absolute Zahlen)

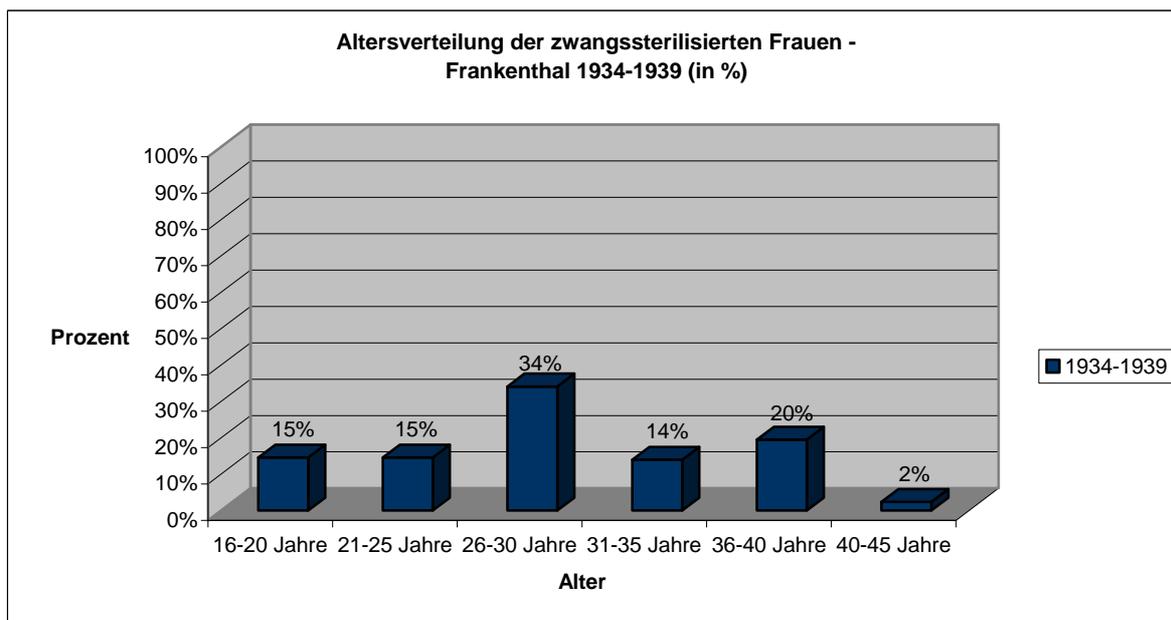


Diagramm 16: Prozentuale Altersverteilung der als schizophren diagnostizierten und dann zwangssterilisierten Frauen von 1934 bis 1939 der Kreis-, Kranken- und Pflegeanstalt **Frankenthal**

Mit 34% stellt die Gruppe der Frauen zwischen dem sechsundzwanzigsten und dreißigstem Lebensjahr in der Heil- und Pflegeanstalt Frankenthal die größte Gruppe der hier zwangssterilisierten Patientinnen mit der Diagnose Schizophrenie dar. 1934 und 1938 wurden jeweils eine 19-jährige, 1935 eine 17-jährige und eine 20-jährige zwangssterilisiert.

8.2.2 Familienstand

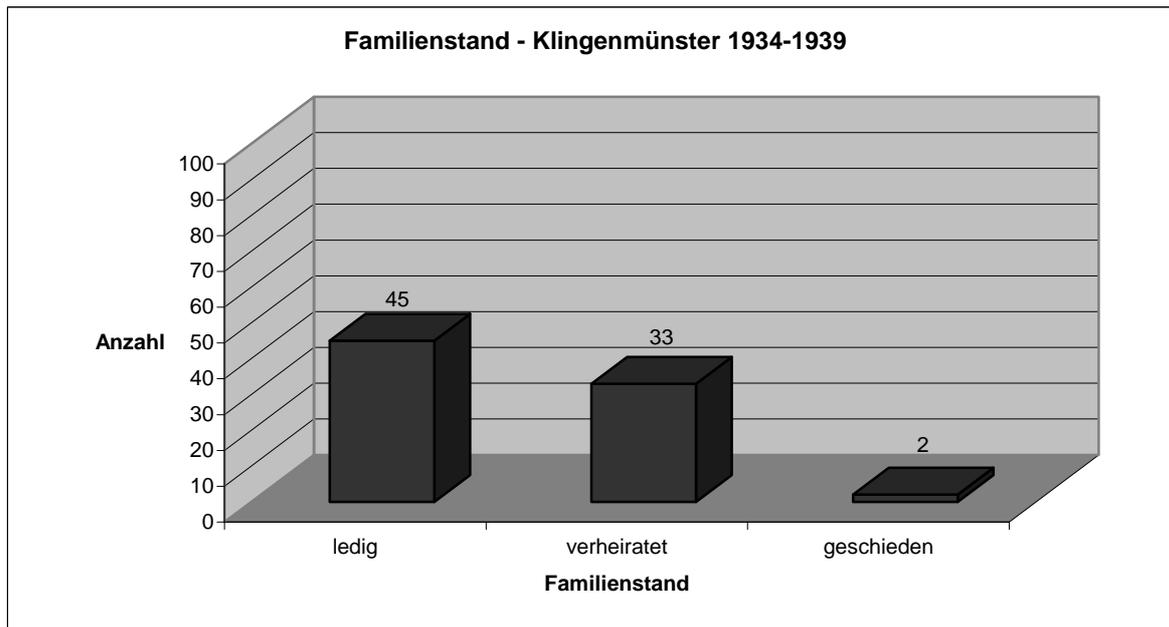


Diagramm 17: Familienstand der als schizophren diagnostizierten und zwangssterilisierten Frauen von 1934 - 1939 der Heil- und Pflegeanstalt **Klingenmünster** (Absolute Zahlen)

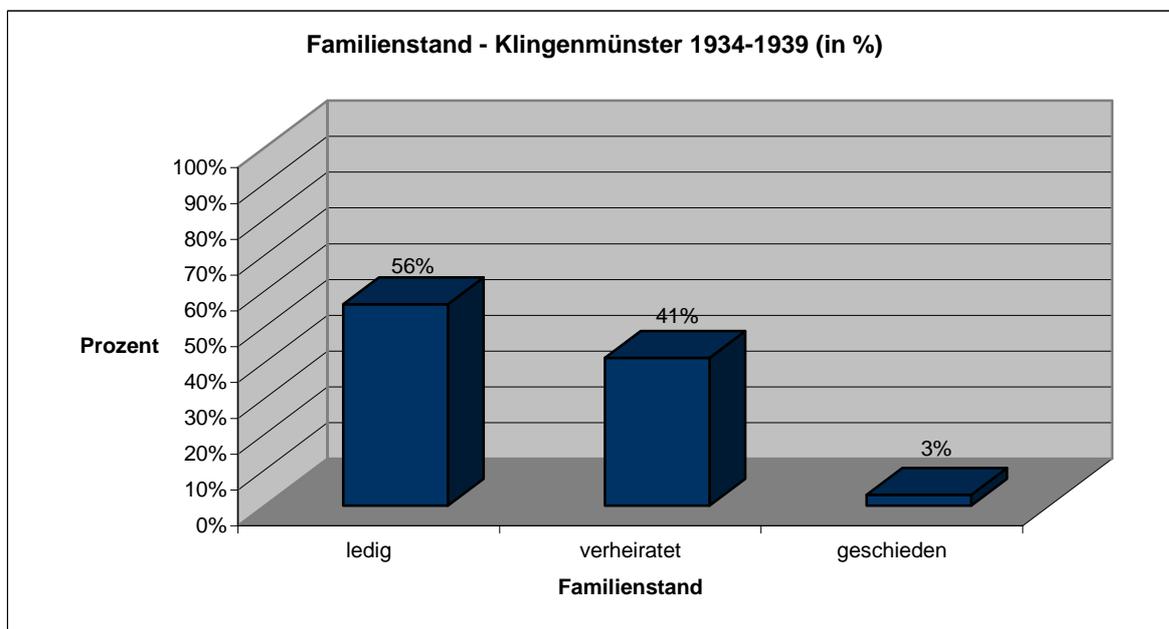


Diagramm 18: Prozentuale Verteilung des Familienstandes der als schizophren diagnostizierten und zwangssterilisierten Frauen von 1934 - 1939 der Heil- und Pflegeanstalt **Klingenmünster**

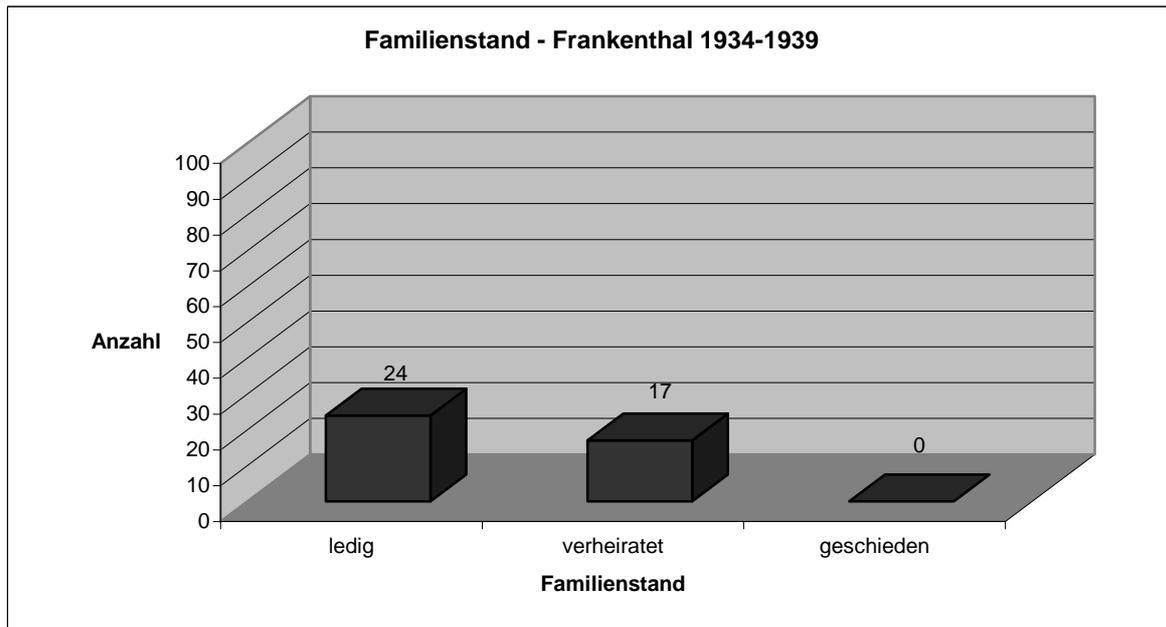


Diagramm 19:
 Familienstand der als schizophrenen diagnostizierten und zwangssterilisierten Frauen von 1934 bis 1939 der Kreis-, Kranken- und Pflegeanstalt **Frankenthal** (Absolute Zahlen)

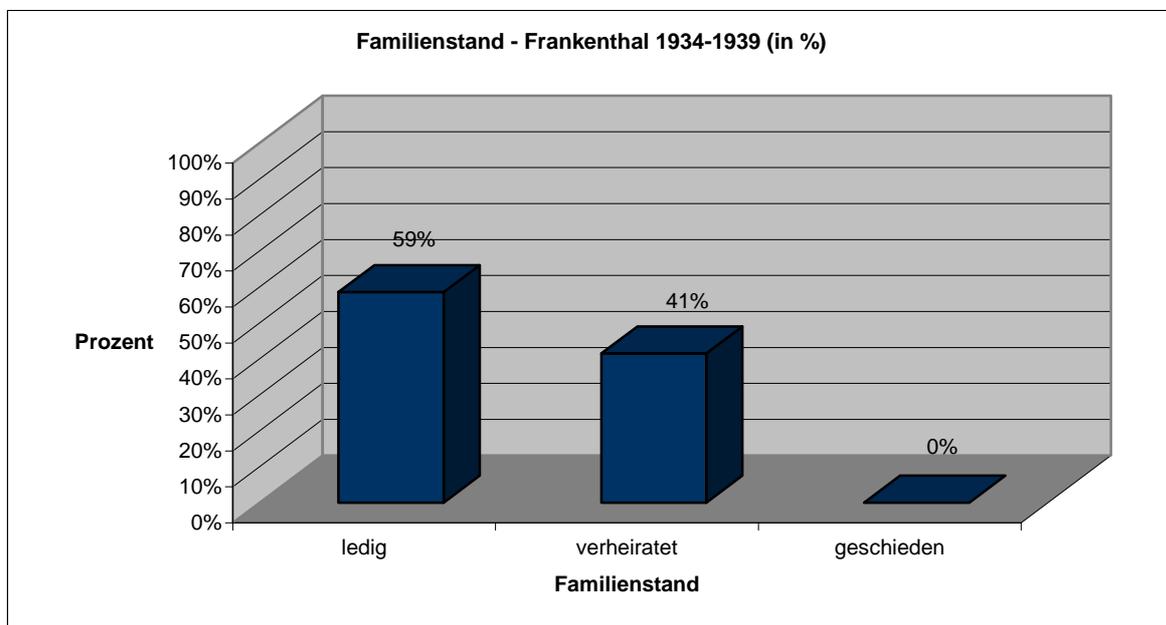


Diagramm 20:
 Prozentuale Verteilung des Familienstandes der schizophrenen und zwangssterilisierten Frauen von 1934 bis 1939 der Kreis-, Kranken- und Pflegeanstalt **Frankenthal**

In beiden Anstalten zeigt sich, dass über die Hälfte der zwangssterilisierten Mädchen und Frauen ledig waren (Klingenmünster: 57%, Frankenthal 59%). Damit war für diese Frauen, sofern sie nicht bereits Kinder hatten, die Erfüllung eines späteren Kinderwunsches ausgeschlossen. Für junge, ledige Frauen war, bezogen auf die sozialen und ländlichen geprägten Bedingungen dieser Zeit, somit eine ökonomische Versorgung als Ehefrau und Mutter ausgeschlossen. Für diese Frauen bedeutete dies eine lebenslange Versorgung durch die Eltern, aber auch gleichzeitig eine Abhängigkeit von der Fürsorge der Familie. Bei Bekanntwerden einer Erbkrankheit und der Sterilisation waren diese Frauen zudem einer Stigmatisierung ausgesetzt.

8.2.3 Anzahl der Kinder

Von den 80 von Zwangssterilisation betroffenen Frauen der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster hatten 30 Frauen bereits Kinder (37,5%), von den 41 von Zwangssterilisation betroffenen Frauen der Kreis-, Kranken- und Pflegeanstalt Frankenthal hatten 16 Frauen bereits Kinder (39.0%).

Die beiden folgenden Tabelle zeigen die Verteilung bezogen auf das Alter der Frauen sowie die Verteilung über die Jahre 1934 bis 1939.

Alter	16 - 20	21 -25	26 - 30	31 - 35	36 - 40	40 - 45
Klingenmünster	0	1	7	18	4	0
Frankenthal	0	1	7	5	3	0
Gesamtzahl	0	2	14	23	7	0

Tabelle 2: Anzahl der als schizophren diagnostizierten und zwangssterilisierten Frauen, die Kinder hatten.

	Klingenmünster			Frankenthal		
	Steril. Frauen	Frauen mit Kind	Prozent- zahl	Steril. Frauen	Frauen mit Kind	Prozent- zahl
1934	21	6	28.5%	5	1	20.0%
1935	17	5	29.4%	14	4	28.5%
1936	16	6	37.5%	9	3	33.3%
1937	13	7	59.0%	3	2	66.6%
1938	12	6	50.0%	8	4	50.0%
1939	1	0	0%	2	2	100.0%
Gesamt	80	30	37.5%	41	16	39.0%

Tabelle 3: Anzahl und Prozentzahl der zwangssterilisierten Frauen mit Kindern in den Jahren 1934 bis 1939

Die sechzehn- bis zwanzigjährigen als schizophrenen diagnostizierten Frauen hatten zum Zeitpunkt ihrer Sterilisationen in beiden Anstalten noch keine Kinder.

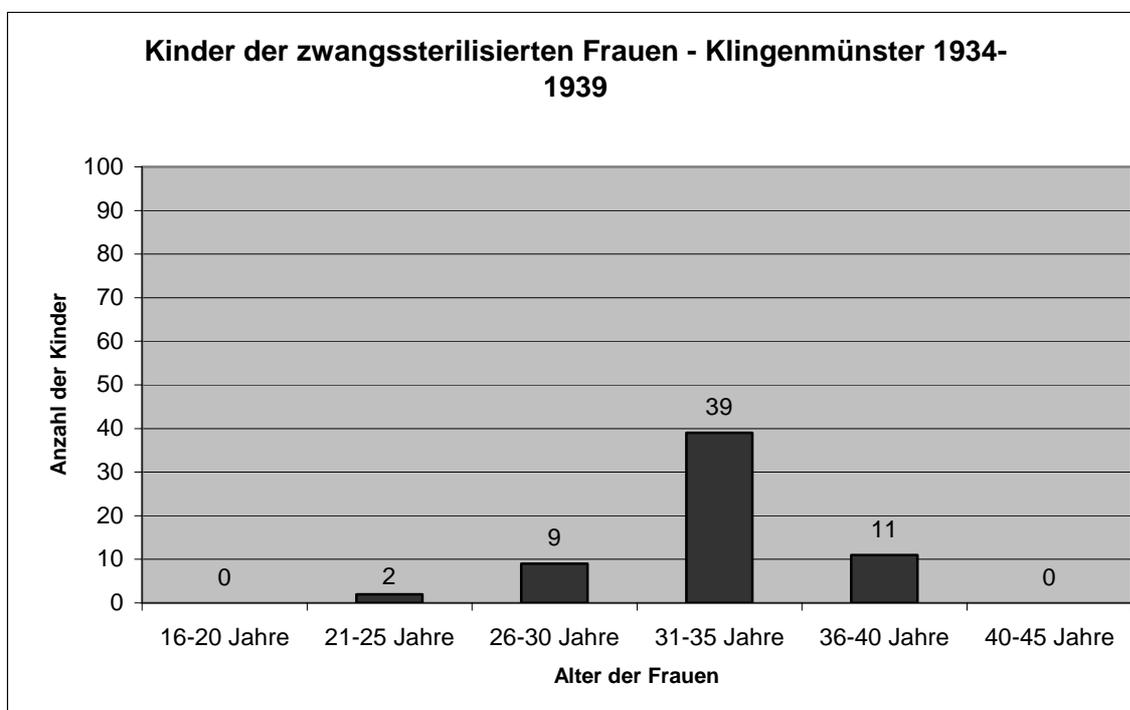


Diagramm 21:
Anzahl der Kinder pro Altergruppe der zwangssterilisierten, schizophrenen Frauen mit Kindern der Heil- und Pflegeanstalt **Klingenmünster** (Absolute Zahlen)

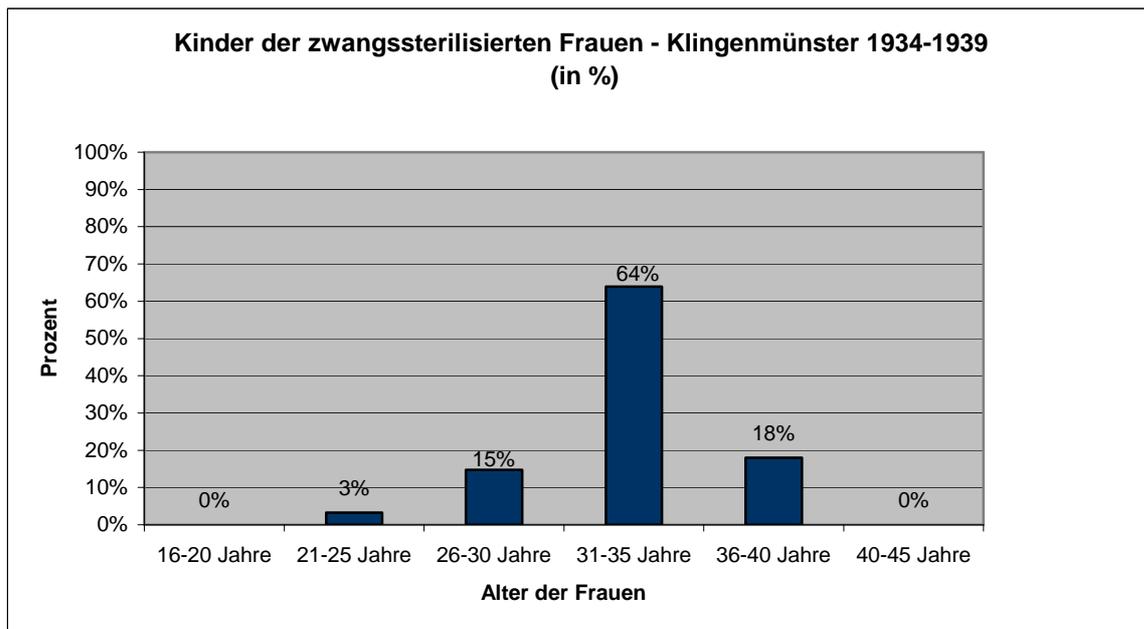


Diagramm 22:

Prozentuale Verteilung der zwangssterilisierten, schizophrenen Frauen mit Kindern der Heil- und Pflegeanstalt **Klingenmünster**

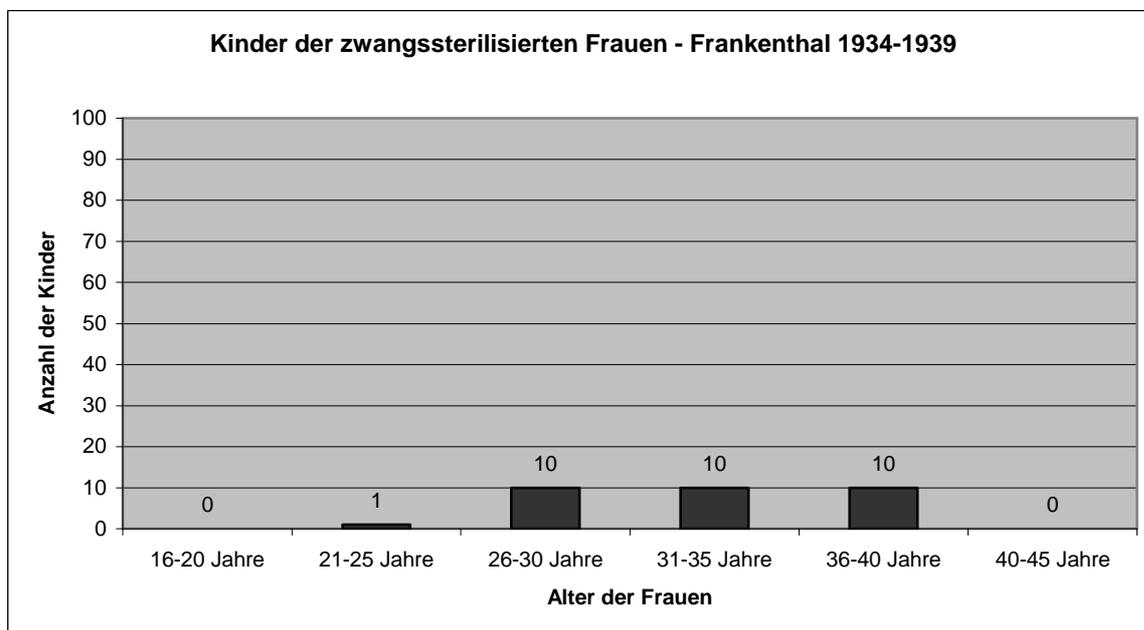


Diagramm 23:

Anzahl der Kinder der zwangssterilisierten, schizophrenen Frauen der Kreis-, Kranken- und Pflegeanstalt **Frankenthal**

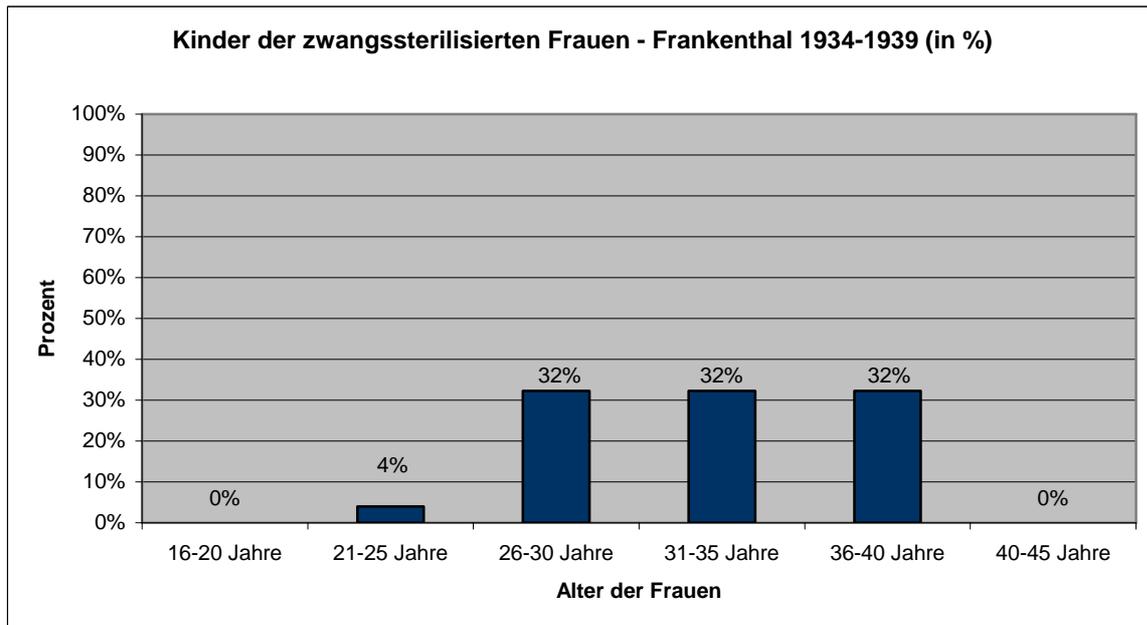


Diagramm 24:

Prozentuale Verteilung der Anzahl von Kindern der zwangssterilisierten, schizophrenen Frauen der Kreis-, Kranken- und Pflegeanstalt **Frankenthal**

8.2.4 Altersverteilung der Kinder der zwangssterilisierten schizophrenen Frauen

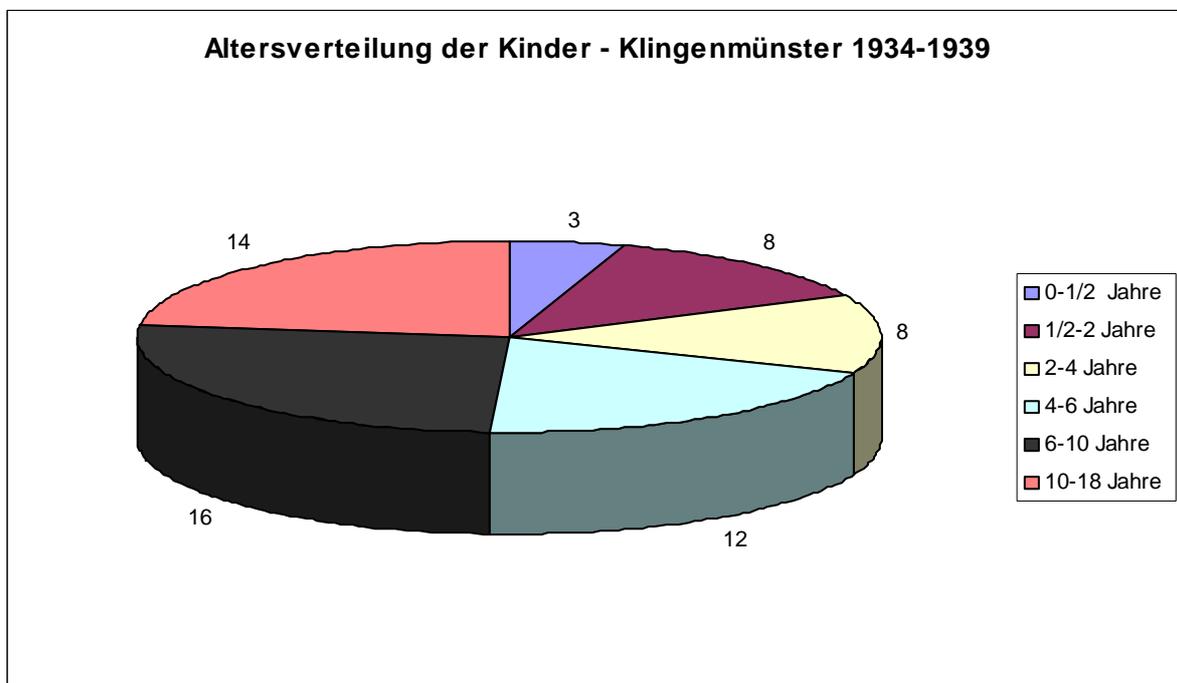


Diagramm 25:

Altersverteilung der Kinder der als schizophren diagnostizierten und zwangssterilisierten schizophrenen Frauen der Heil- und Pflegeanstalt **Klingenmünster** von 1934 bis 1939 (Absolute Zahlen)

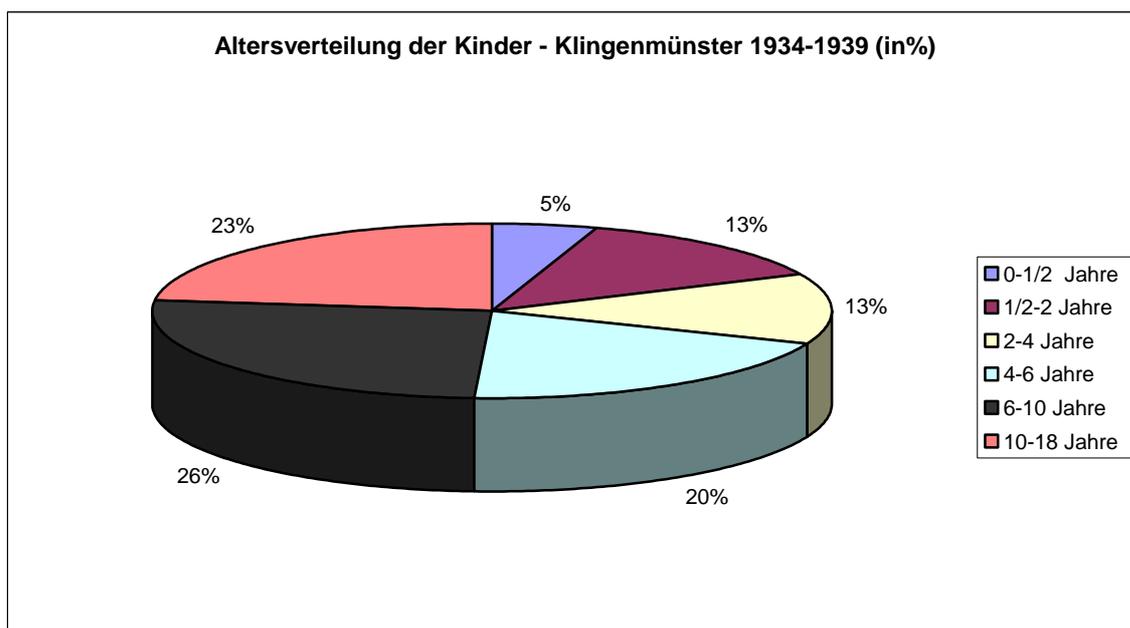


Diagramm 26:

Prozentuale Altersverteilung der Kinder der als schizophren diagnostizierten und zwangssterilisierten Frauen der Heil- und Pflegeanstalt **Klingenmünster** von 1934 bis 1939

Die 80 als schizophren diagnostizierten und dann zwangssterilisierten Frauen in Klingenmünster hatten insgesamt 61 Kinder. Diese Kinder waren im Alter von wenigen Tagen bis zum achtzehnten Lebensjahr. 50,8% der Kinder lagen in der Altersverteilung von unter sechs Monaten bis zum sechsten Lebensjahr.

Während des stationären Aufenthalts in der Heilanstalt bis zur Durchführung der Sterilisation der Frauen mussten diese Kinder fremdversorgt werden. Hier, so lässt sich vermuten, kamen auf die Familien zusätzliche Belastungen zu. In den Krankenakten finden sich keine Aufzeichnungen über Versorgungspersonen oder Aufenthaltsorte der Kinder.

Die 6-Jährigen bis 10-Jährigen repräsentierten 26,2%. Die 10-Jährigen bis 18-Jährigen 23%.

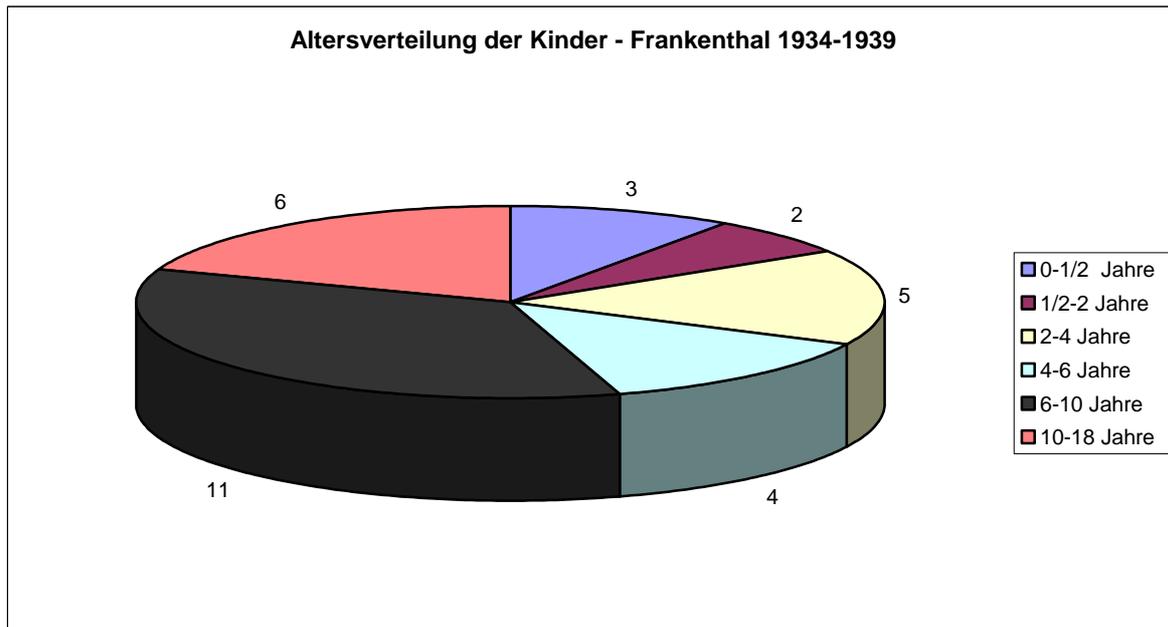


Diagramm 27:

Altersverteilung der Kinder der als schizophren diagnostizierten und dann zwangssterilisierte Frauen von 1934 bis 1939 der Kreis-, Kranken und Pflegeanstalt **Frankenthal**

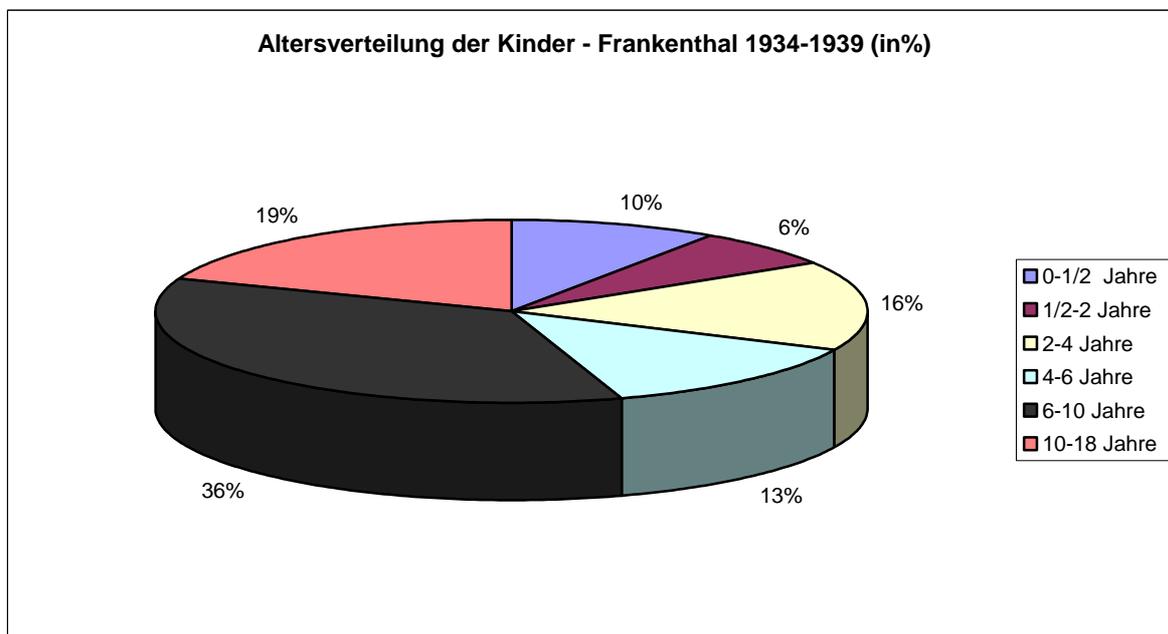


Diagramm 28:

Prozentuale Altersverteilung der Kinder der als schizophren diagnostizierten und zwangssterilisierten Frauen von 1934 bis 1939 der Kreis-, Kranken und Pflegeanstalt **Frankenthal**

In 45% der untersuchten Stichprobe aus Frankenthal waren die Kinder dieser Frauen im Alter von wenigen Tagen bis einschließlich dem sechsten Lebensjahr. 55% waren im Alter von sechs Jahren bis einschließlich dem achtzehnten Lebensjahr.

Obwohl aus einigen Krankenakten ersichtlich wird, dass Frauen nach der Geburt einmalige „psychotische Reaktionen“ zeigten, blieb dies im Zusammenhang mit der Beurteilung einer Erbkrankheit und der damit verbundenen Zwangssterilisation unbeachtet.

8.2.5 Beruf

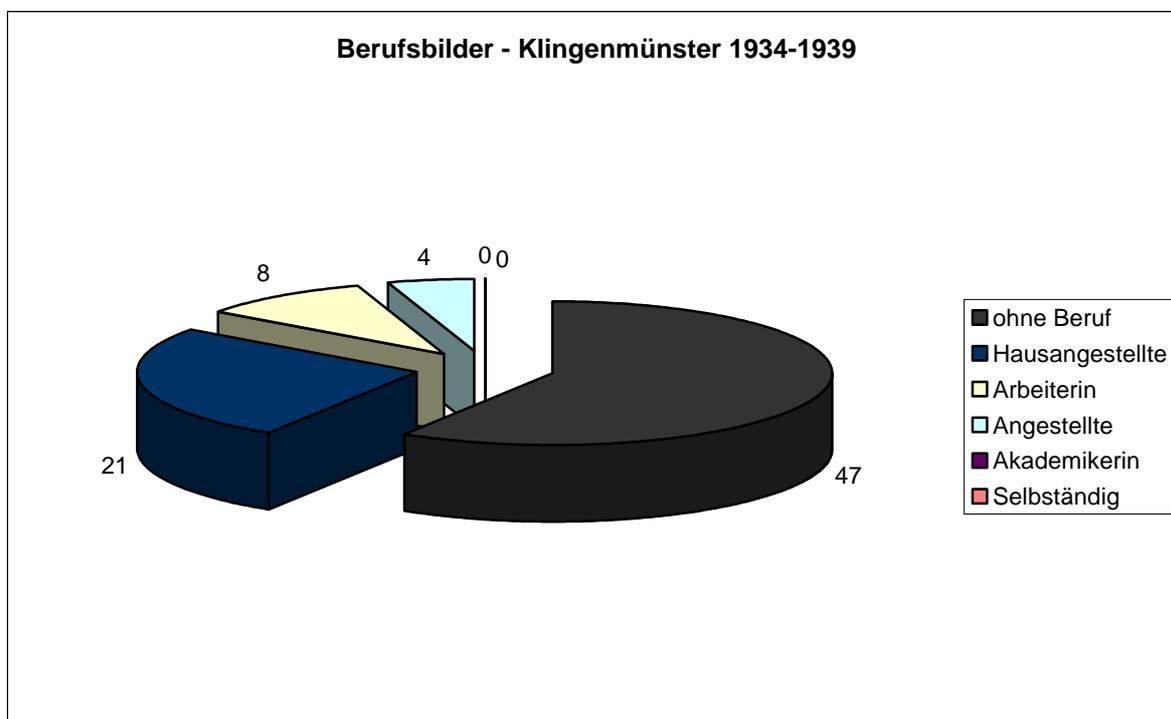


Diagramm 29:

Berufe der als schizophrenen diagnostizierten und zwangssterilisierten Frauen in der Heil- und Pflegeanstalt **Klingenmünster** von 1934 bis 1939 (Absolute Zahlen)

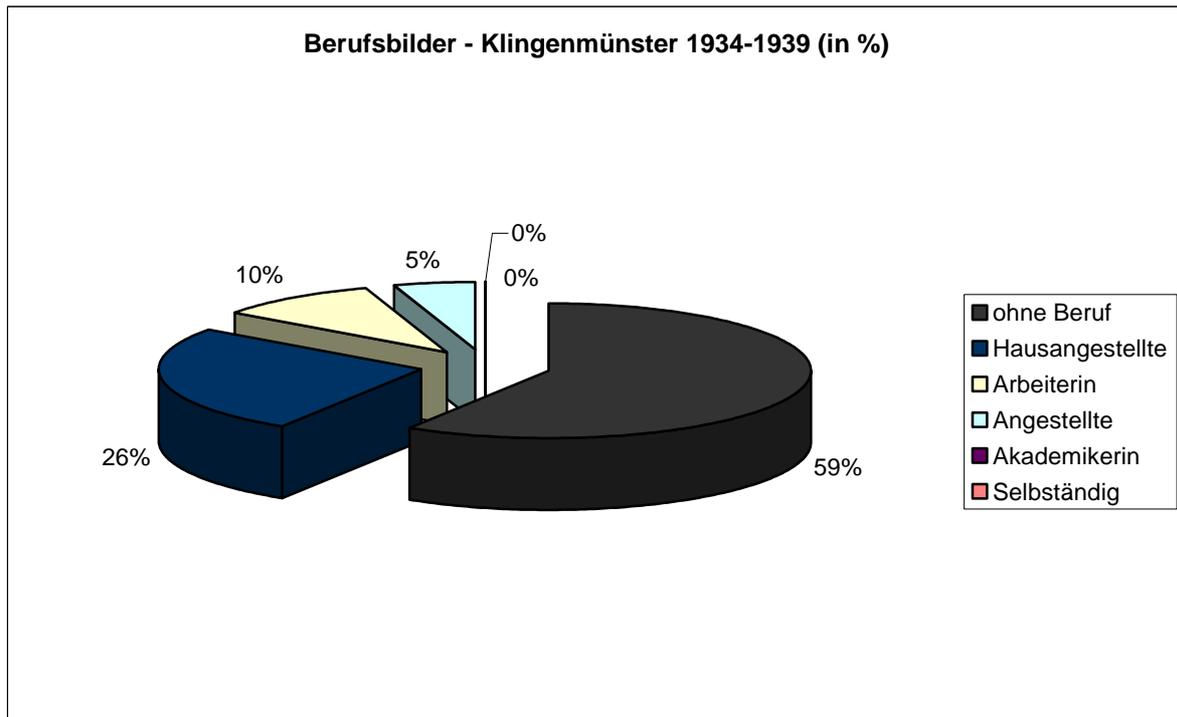


Diagramm 30:

Prozentuale Verteilung der Berufe der als schizophren diagnostizierten und zwangssterilisierten Frauen in der Heil- und Pflegeanstalt **Klingenmünster** von 1934 bis 1939

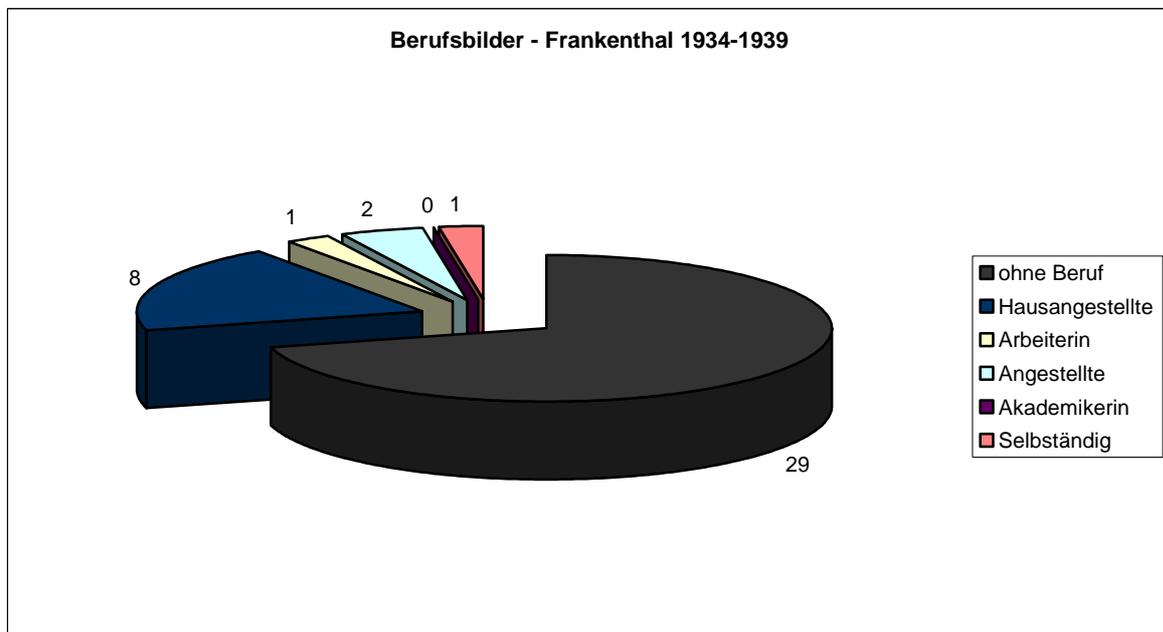


Diagramm 31:

Berufe der als schizophren diagnostizierten und zwangssterilisierten Frauen in der Kreis-, Kranken- und Pflegeanstalt **Frankenthal** von 1934 bis 1939 (Absolute Zahlen)

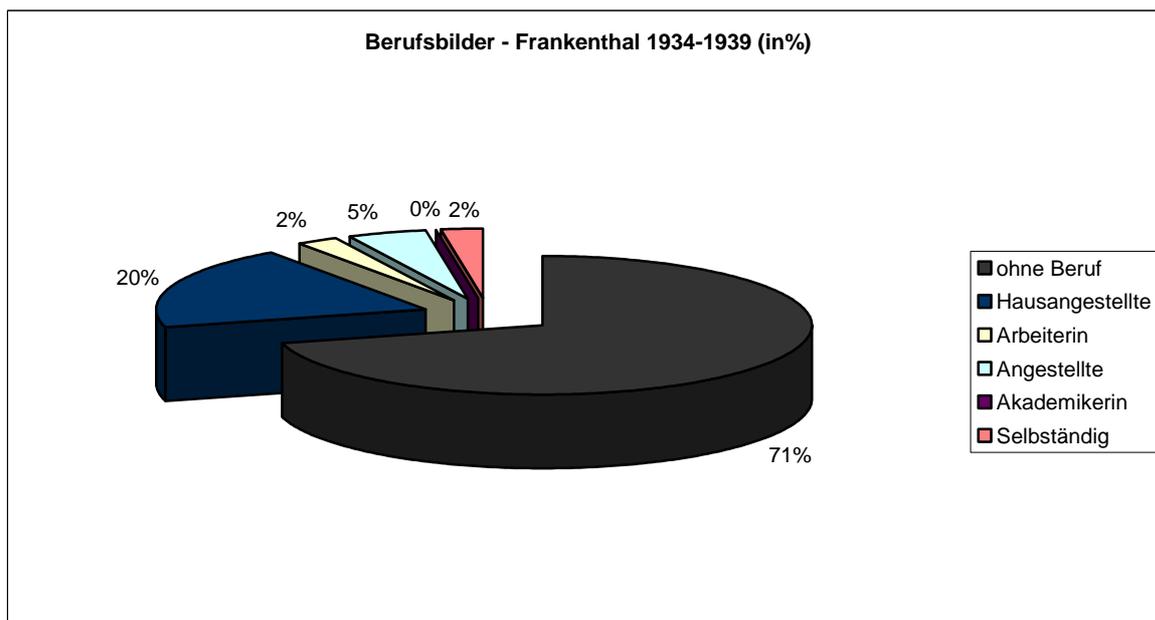


Diagramm 32:

Prozentuale Verteilung der Berufe der als schizophren diagnostizierten und zwangssterilisierten Frauen in Kreis-, Kranken- und Pflegeanstalt **Frankenthal** von 1934 bis 1939

Bei der Auswertung der Krankenakten zeigte sich in beiden Anstalten, dass der Anteil der Frauen ohne Beruf am größten war (Klingenmünster 59%, Frankenthal 71%), gefolgt von der Gruppe der Frauen, die als Haus- bzw. Dienstmädchen in Lohn standen (Klingenmünster 26%, Frankenthal 20%). Damit waren 85 bis 91% der Mädchen und Frauen aufgrund ihrer Schulbildung und ihres sozialen Status kaum in der Lage, sich selbst oder ihre Familienangehörigen gerichtlich gegen ein Zwangssterilisierungsverfahren zur Wehr zu setzen. Wer hätte energisch gegen einen Anstaltsleiter auftreten können, der zugleich Antragsteller war?

Der Anteil der Arbeiterinnen, die laut Aktendokumentation in den umliegenden Leder- oder Schuhfabriken tätig waren, betrug in Klingenmünster 10%, in Frankenthal 2%. Der Anteil der Angestellten war in beiden Anstalten mit 5% identisch. In Frankenthal wurde eine Frau als „Selbstständige“ eingruppiert, die in der Akte dann als Handlungsreisende beschrieben wurde. Keine Frau, die zwischen 1934 bis 1939 in beiden Anstalten ein-

gewiesen und als schizophren diagnostiziert wurde, hatte eine akademische Ausbildung oder einen höheren Schulabschluss.

8.2.6 Konfessionszugehörigkeit

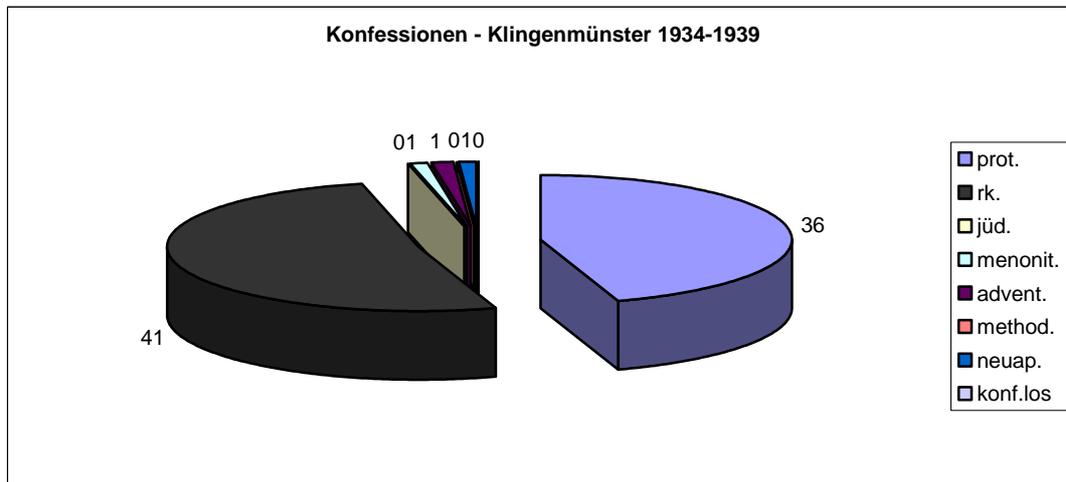


Diagramm 33:

Konfession der als schizophren diagnostizierten und zwangssterilisierten Frauen der Heil- und Pflegeanstalt **Klingenmünster** von 1934 bis 1939 (Absolute Zahlen)

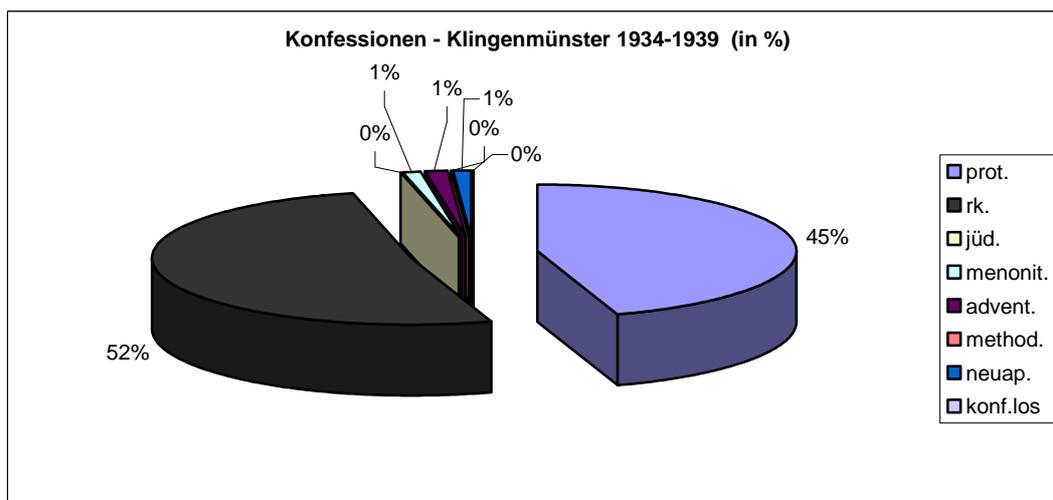


Diagramm 34:

Prozentuale Verteilung der Konfessionen der als schizophren diagnostizierten und zwangssterilisierten Frauen der Heil- und Pflegeanstalt **Klingenmünster** von 1934 bis 1939

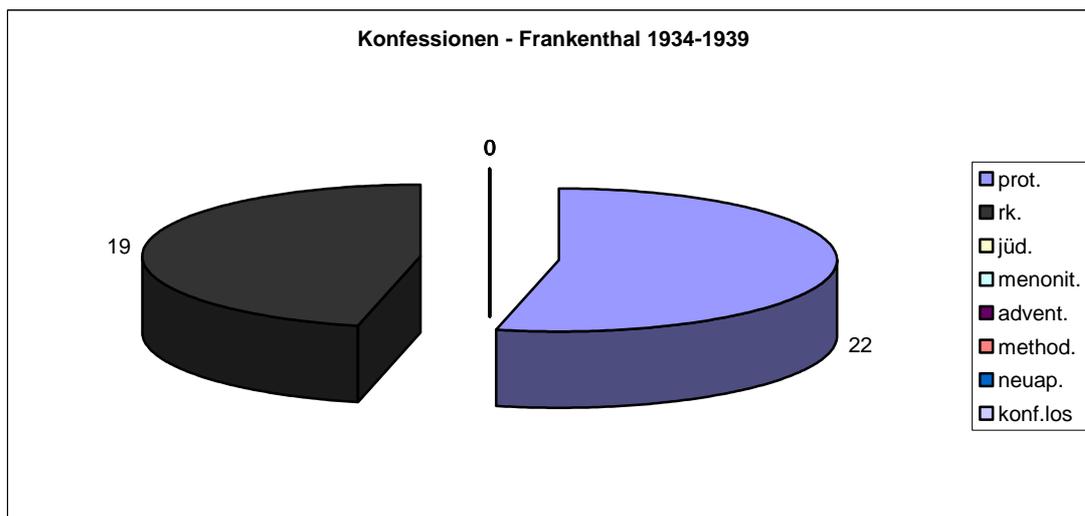


Diagramm 35:

Konfession der als schizophren diagnostizierten und zwangssterilisierten Frauen der Kreis-, Kranken- und Pflegeanstalt **Frankenthal** von 1934 bis 1939 (Absolute Zahlen)

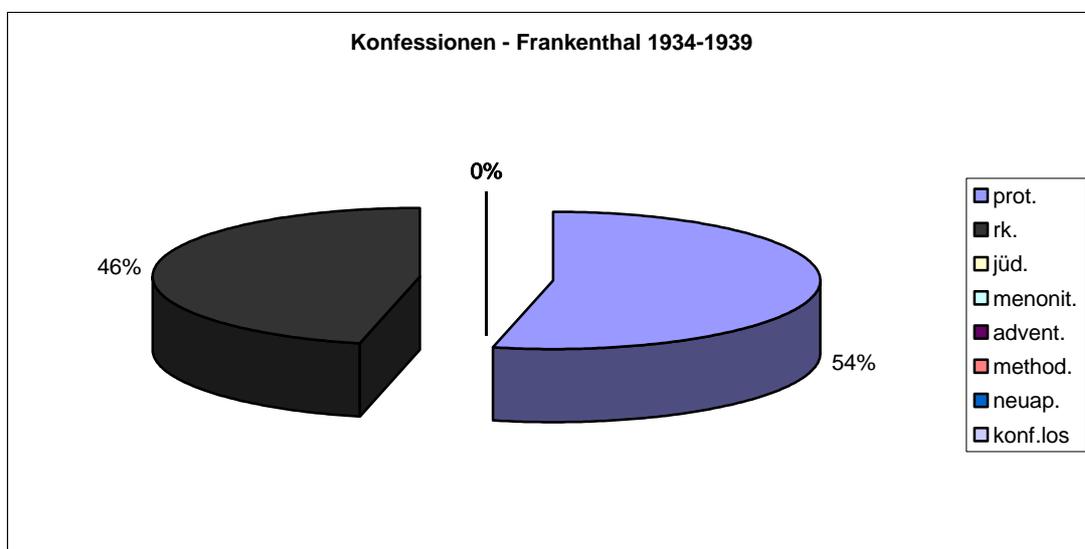


Diagramm 36:

Prozentuale Verteilung der Konfessionen der als schizophren diagnostizierten und zwangssterilisierten Frauen der Kreis-, Kranken- und Pflegeanstalt **Frankenthal** von 1934 bis 1939

Die Auswertung aller Krankenakten der als schizophren diagnostizierten und dann zwangssterilisierten Frauen von 1934 bis 1939 ergab, dass die überwiegende Zahl der Patientinnen einer etablierten Amtskirche (52% bzw. 46% römisch-katholisch, 45% bzw. 46% protestantisch) angehörten.

In der Krankenakte der einzigen jüdischen Patientin, (F.R., geb. am 19.02.1912), die in der Kreis-, Kranken und Pflegeanstalt Frankenthal untergebracht war, wurde eine Anfrage des staatlichen Gesundheitsamtes Ludwigshafen dokumentiert. Die Anfrage von 1941 nimmt Bezug auf den Aufenthaltsort der Patientin und die Durchführung der Zwangssterilisation (siehe Dokumente 3 und 4).

Drei Tage später teilte die Anstalt dem Gesundheitsamt mit, dass die Patientin im Oktober 1940 „mit der Judenaktion abtransportiert wurde“.

Staatl. Gesundheitsamt
Ludwigshafen a. Rh.

Ludwigshafen a. Rh., den 5.6.
Dörcherstraße 38, Gesundheitshaus
Postfachkonto Nr. 20004 Ludwigshafen a. Rh.
Telefon 82521

194 1

Tageb.-Nr. 201/38 2636

R.

An die
Heil- u. -Pflegeanstalt
Frankenthal/Pfalz.

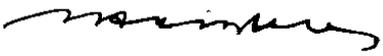
Heil- u. Pflegeanstalt
Frankenthal/Pfalz

Eingeg. 9. JUNI 1941

Tageb. Nr. 1648

Betreff: Unfruchtbarmachung der F. Re geb. 19.2.1912

Ich bitte um baldgefl. Mitteilung ob sich die Obengenannte noch in der dortigen Anstalt befindet. Ist in dem Zustand seit dem Schreiben vom 19.10.1939 eine Besserung eingetreten? Kann die sterilisierende Operation jetzt durchgeführt werden?


Amtsarzt.

264 F

12.6.

1

das Staatliche Gesundheitsamt

Ludwigshafen/Rh.

Unfruchtbarmachung der F. Re
geb. 19.2.1912. Z. Schr. v. 5.6.1941 Nr. 2636 R.

Obengenannte wurde im Oktober 1940 mit der
Judenaktion abtransportiert.

8.2.7 Geographische Herkunft

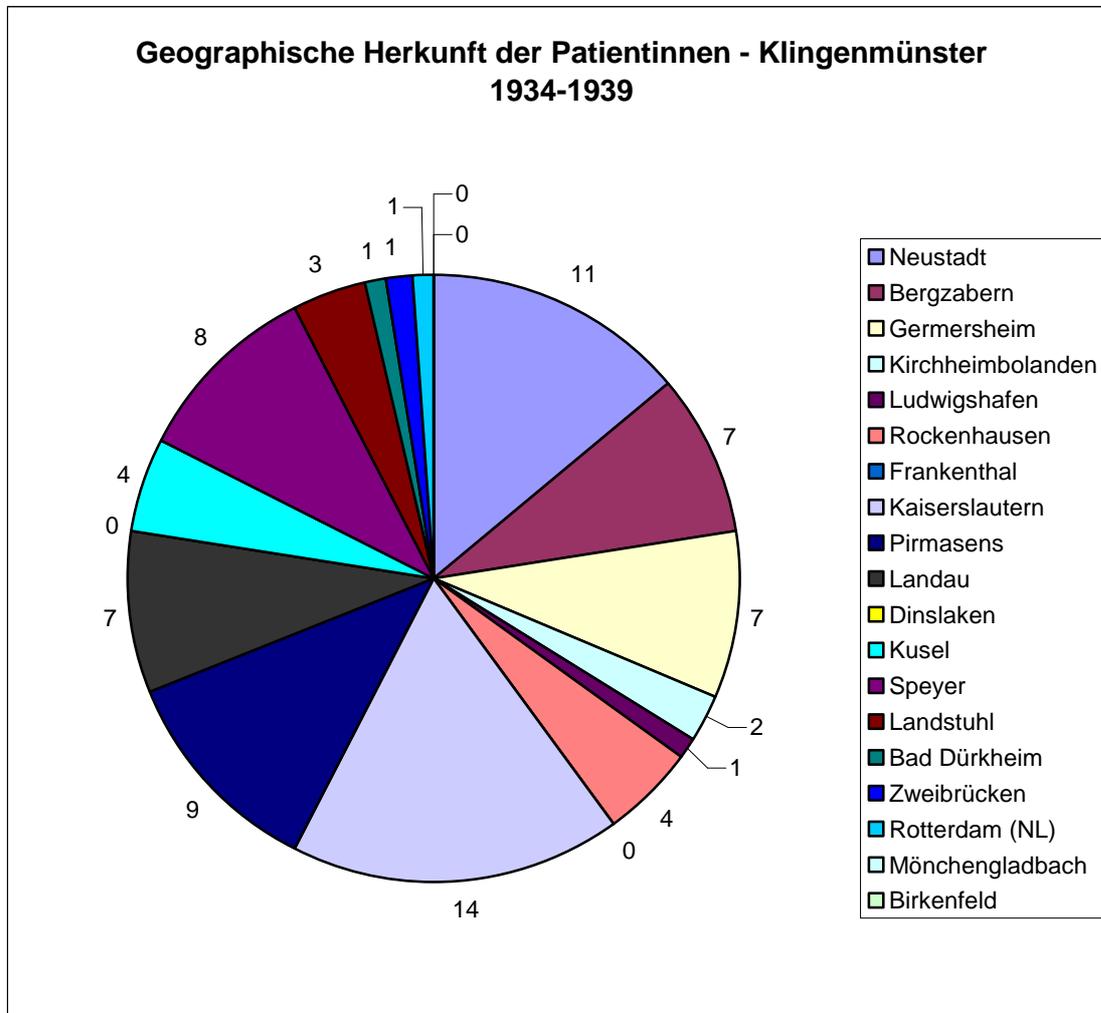


Diagramm 37:

Geographische Herkunft der als schizophren diagnostizierten und zwangssterilisierten Frauen der Heil- und Pflegeanstalt **Klingenmünster** von 1934 bis 1939 (Absolute Zahlen)

Das Einzugsgebiet für die Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster erstreckte sich im Umkreis von ca. 80 km und war repräsentiert durch ein agrarisch-dörfliches Milieu.

An Hand der Akten war nicht feststellbar, warum Frauen aus weiter entfernten Städten (Oberstdorf, Gladbeck) eine Einweisung in die Anstalt Klingenmünster erhielten.

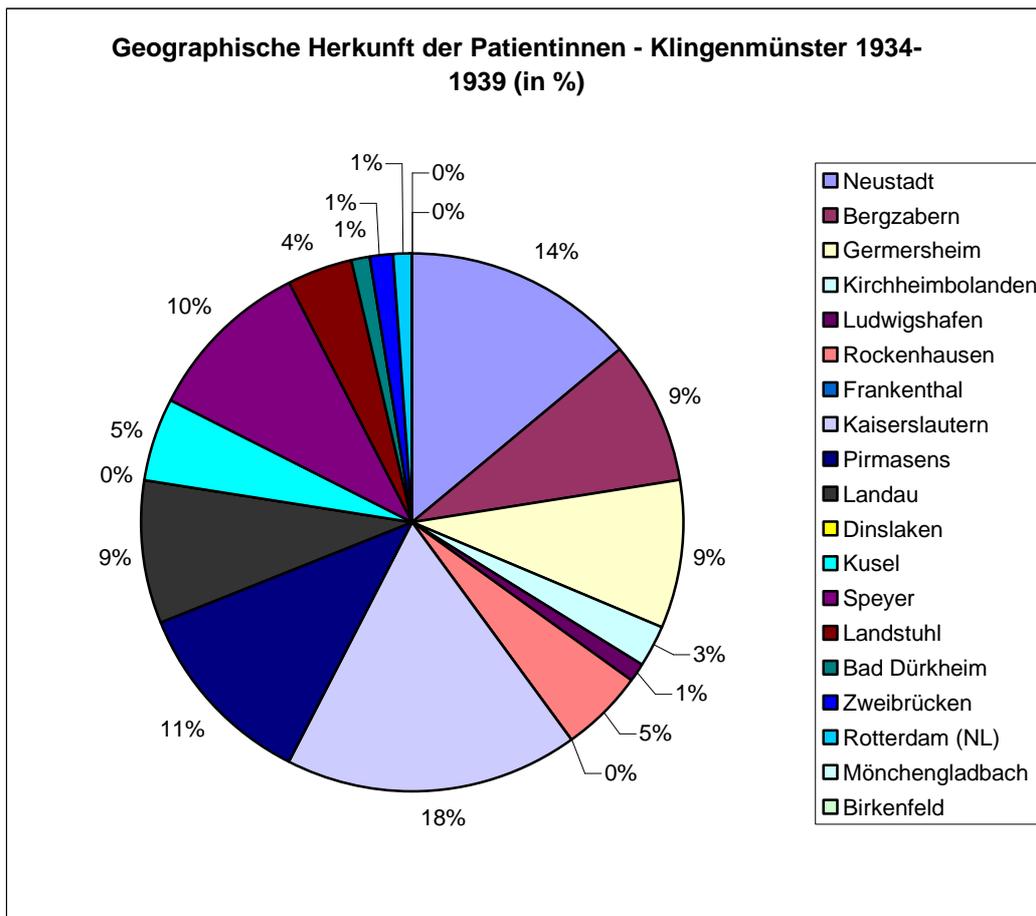


Diagramm 38: Prozentuale Verteilung der geographischen Herkunft (Heil- und Pflegeanstalt **Klingenmünster**)

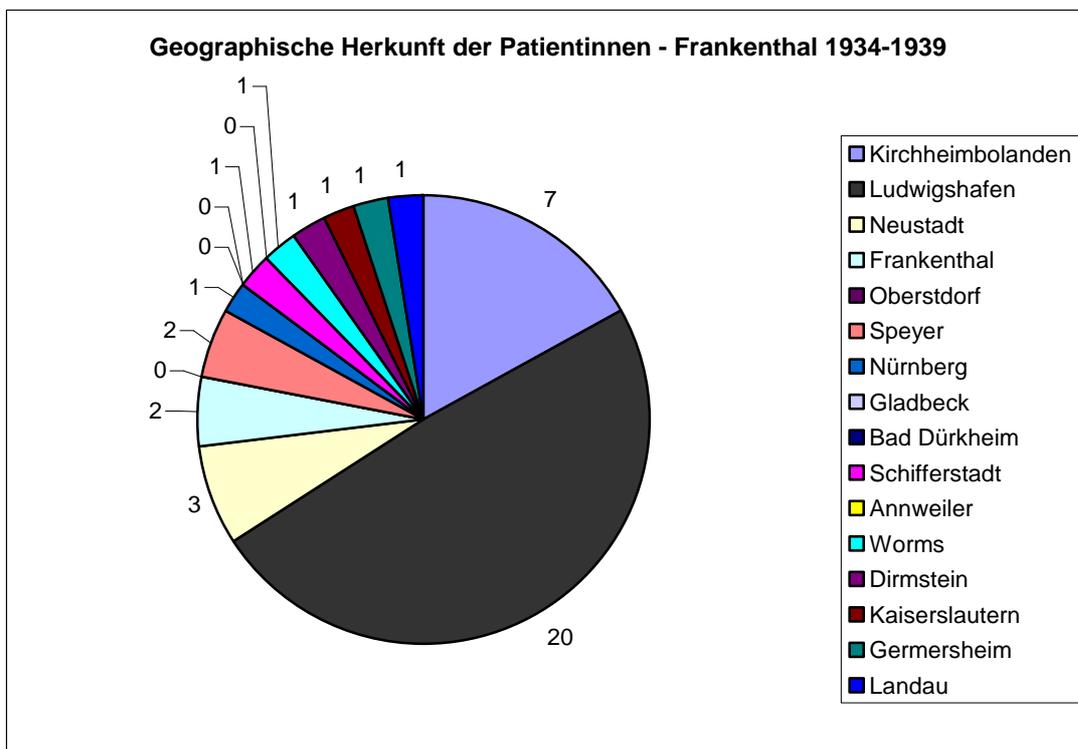


Diagramm 39: Geographische Herkunft der als schizophren

diagnostizierten und zwangssterilisierten Frauen der Kreis-, Kranken- und Pflegeanstalt **Frankenthal** von 1934 bis 1939 (Absolute Zahlen)

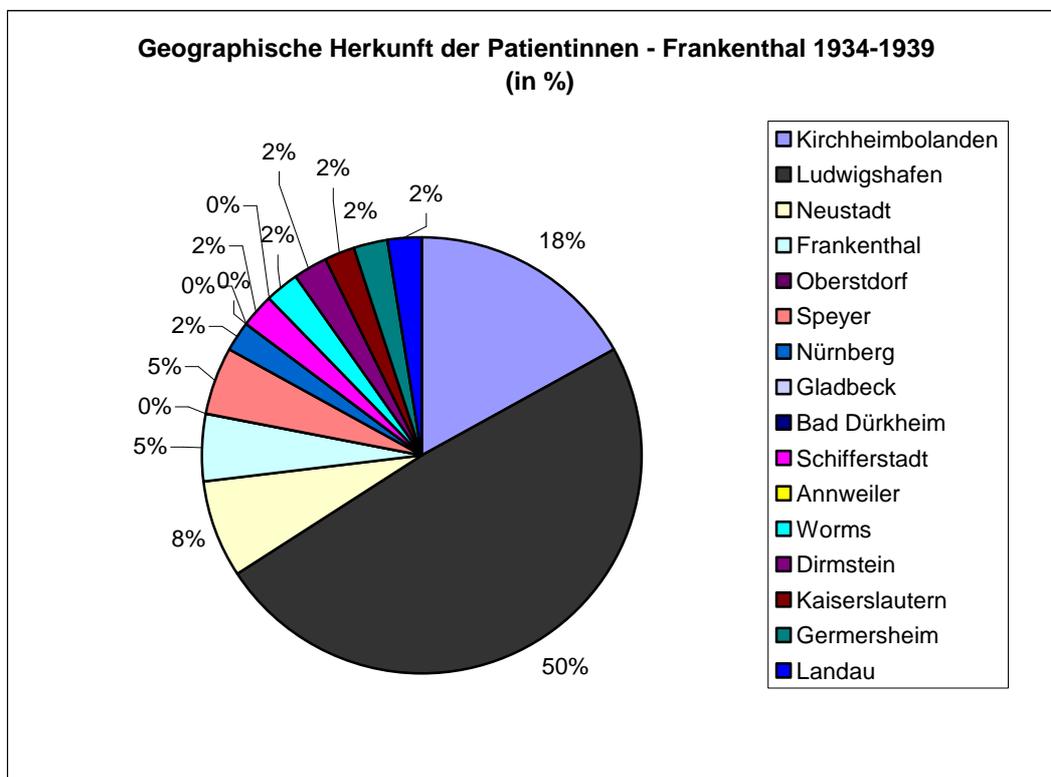


Diagramm 40:

Prozentuale Verteilung der geographischen Herkunft der als schizophren diagnostizierten und zwangssterilisierten Frauen der Kreis-, Kranken- und Pflegeanstalt **Frankenthal** von 1934 bis 1939

In der Heil- und Pflegeanstalt Frankenthal kamen 50% der eingewiesenen Frauen aus Ludwigshafen, einem städtisch geprägten Milieu.

Zweithäufigster Herkunftsort mit 18 % war Kirchheimbolanden.

9. Diagnose Schizophrenie

9.1 Die Antragsdiagnose Schizophrenie

„Kraepelin, der 1896 für eine Reihe von psychiatrischen Erkrankungen den Sammelnamen „Dementia praecox“ prägte, beschrieb den unaufhaltbaren Verlauf in „Schüben“ und die frühzeitige im Bereich der Persönlichkeit sich zeigende „Verblödung“ (Defekt) als hervorstechendes Merkmal dieser Krankheitsgruppe. Das heißt, dass nach diesem Konzept nur nach der Beobachtung einer langfristigen schubhaft erfolgenden Veränderung der Persönlichkeit von schizophrenen Anteilen oder dann auch von der „Schizophrenie“ gesprochen werden kann“ (Dörner, 1978).

Der Begriff „Schizophrenie“ wurde 1911 von Bleuler als Oberbegriff für eine große Varietät von Zuständen des Irreseins eingeführt. „Für ihn stand nicht das Kriterium der frühzeitigen geistigen und gefühlsmäßigen „Verblödung“ im Vordergrund, sondern vielmehr die Beobachtung, dass Menschen zunehmend zersplittern und zerfahren können. Er sprach daher von „Spaltungsirresein“, was die Übersetzung von „Schizophrenie“ ist. Seit Bleuler ist es bis heute immer deutlicher geworden: schizophrene Erkrankungen können entweder völlig verschwinden, oder mit einem Residualsyndrom (mit einem Rest dynamischer Schwäche) ausheilen, oder mit einem mehr oder weniger deutlichen „Defekt“ enden. Von „Endzustand“ zu sprechen, ist heute unzulässig, da auch „Defekte“ selbst nach Jahrzehnten je nach den Umständen sich in erstaunlichem Ausmaß ändern können“ (Dörner, 1978).

Das Bild der schizophrenen Erkrankung teilte Bleuler auf in die Grundsymptome

- Denkzerfahrenheit
- Affektverflachung
- Antriebslosigkeit
- Autismus

- Ambivalenz
- Aufmerksamkeitsstörungen

und die akzessorischen Symptome

- Halluzinationen
- Wahn
- Katatone Symptomatik

Gemeinsam war den Beschreibungen, dass sie als „Abweichungen vom Normalen“ angesehen wurden. Beschrieben oder gemessen wurden sie in Relation zu mehr oder weniger bestimmten sozialen Standards von Intelligenz, Emotionalität, Bewusstsein und Verhalten. Die psychiatrischen Bestimmungen waren soziale Urteile und darüber hinaus Werturteile.

Dass die unter diesen Diagnosen Erfassten nicht wegen einer „Krankheit“, sondern wegen ihres „minderen Werts“ sterilisiert wurden, war von den dominierenden Strömungen der Psychiatrie seit einem halben Jahrhundert vorbereitet worden. Diese Tradition mündete in die Sterilisationspolitik. „Schizophrenie“ und „Schwachsinn“ waren keine deskriptiven Begriffe zur Erklärung dessen, woran ein Mensch litt, sondern verfahrenstechnische Begriffe zur Bestimmung dessen, was juristisch und sozialpolitisch mit ihm zu tun war: Entmündigung, Einweisung in Anstalten, Erziehungsheime oder Hilfsschulen. Diese administrative Dimension der psychiatrischen Diagnostizierung rückte mit der Sterilisationspolitik vollends in den Vordergrund und betraf auch solche Menschen, die für die bisher praktizierten Eingriffe nicht vorgesehen waren. „Die zentralen Diagnosen der Psychiatrie hatten mehr mit Politik als mit Krankheit zu tun“ (Szasz, 1982).

Gesicherte Erkenntnisse über die Erbllichkeit und Erbgänge der Erkrankungen wie Schizophrenie, Schwachsinn oder Epilepsie, die die häufigsten Gründe für eine Zwangssterilisation bildeten, lagen damals nicht vor. „So wies der Psychiater Gaupp

darauf hin, dass man bei der von Rüdin noch 1933 genannten Erkrankungs-wahrscheinlichkeit von 2% bis 7% bei Kindern eines schizophre- nen Elternteils keineswegs von einer großen Wahr- scheinlichkeit erbkranken Nachwuchses sprechen könne" (Gaupp, 1934).

Gaupp war es auch, der als einer der wenigen Rassenhygieniker nach 1933 bestehende Erkenntnislücken und Forschungsdesiderate als solche kennzeichnete. So konstatierte er: „Beim Formen- kreis der Schizophrenie wie auch dem des angeborenen Schwach- sinns, sei man sich über die Frage der Endo- bzw. Exogenität noch immer im Unklaren, zudem sei er im Hinblick auf beide Formenkreise persönlich sehr im Zweifel, ob hier nicht oft noch ursächlich und dem innersten Wesen nach Verschiedenarti- ges zusammengruppiert wird" (Gaupp, 1934). Noch 1939 offenbar- te selbst der überzeugte Rassenhygieniker Bruno K. Schultz, Mitarbeiter im Rasse- und Siedlungshauptamt und SS- Standar- tenführer Zweifel, „ob das, was wir unter einer Diagnose zu- sammenfassen, auch immer wirklich eine Krankheitseinheit im erbbiologischen Sinne darstellt. Das gilt für den Schwachsinn, aber auch für die Schizophrenie und eine Reihe weiterer häufi- ger psychiatrischer Leiden" (Schultz, 1934). Das hielt Ärzte aber nicht davon ab, die Sterilisation zu fordern. Der Rassen- hygieniker Verschuer forderte gar, „bei angeborenem Schwach- sinn wie auch bei Schizophrenie, zirkulärem Irresein und Epi- lepsie auf den Nachweis der Erblichkeit durch eine Familienun- tersuchung zu verzichten, da das Leiden ohne entsprechende krankhafte Erbveranlagung nicht entsteht" (Verschuer, 1934). Reichsärztesführer Wagner richtete seine Kritik an der Diagnos- tik der Schizophrenie gegen den Rassenhygieniker Rüdin, der eine Unfruchtbarmachung auch dann als notwendig ansah, wenn nur eine „leichte Ausprägung" der Schizophrenie vorlag und die Diagnose nicht eindeutig war. Wagner nannte Rüdins unbelegte Behauptung, „die klinisch diagnostizierte Schizophrenie sei auch die „Erbkrankheit" Schizophrenie", eine Fiktion, „denn Rüdin habe ihm auf die direkte Frage, wieweit das Problem der

Solitärfälle von Schizophrenie geklärt sei, zugeben müssen, dass es nicht geklärt ist, sondern, dass man in seinem Institut diesen Fragekomplex jetzt erst (1938) in Arbeit habe" (Wagner, 1943).

Damit begann - fünf Jahre nach In-Kraft-Treten des GzVeN - Rüdin mit den Forschungsarbeiten zu einem Krankheitsbild, dessen Erbvorgänge bereits 1933 von ihm als gesichert dargestellt wurden. Er vertrat so, offensichtlich wider besseres Wissen, existentielle Eingriffe in das Leben eines Menschen.

Als Rassenhygieniker wirkte Rüdin damit fundamentalistischer an der Sterilisationsgesetzgebung und -durchführung mit als der überzeugte Nationalist und Gesundheitspolitiker Wagner, der zumindest Zweifel an der Wissenschaftlichkeit der Rüdinschen Einstellung äußerte.

Rüdins Negation des Rechtsgrundsatzes „in dubio pro reo“ bei Verdacht auf eine vorliegende „Erbkrankheit“ bildete unter Rassenhygienikern jedoch keineswegs eine Ausnahme, es galt der Grundsatz „lieber zuviel als zuwenig zu sterilisieren“ (Fetscher, 1933).

Der Formulartext des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses wurde 1935 in diesem Sinne präzisiert:

„Schizophrenie, einmal festgestellt, führt nach dem Gesetz zwingend zur Unfruchtbarmachung, selbst wenn gleichartige oder ähnliche Krankheitserscheinungen sonst in der Familie des Betroffenen nicht beobachtet werden sollten. Sie ist ihrer Natur nach eine „Erbkrankheit“... . Die Krankheit (Schizophrenie) als solche, d.h. die krankhafte Anlage, besteht weiter, auch wenn die äußeren Krankheitserscheinungen jetzt zurückgetreten sind... . Die Unfruchtbarmachung muss nach den geltenden Bestimmungen schon erfolgen, wenn die Krankheit auch nur vorübergehend aus einer verborgenen Anlage sichtbar geworden ist“ (Fetscher, 1933).

„Schizophrene wurden wegen eines ersten, einzigen oder lang zurückliegenden Anfalls („Schub“) bzw. Anstaltsaufenthalt sterilisiert“ (Bock, 1986).

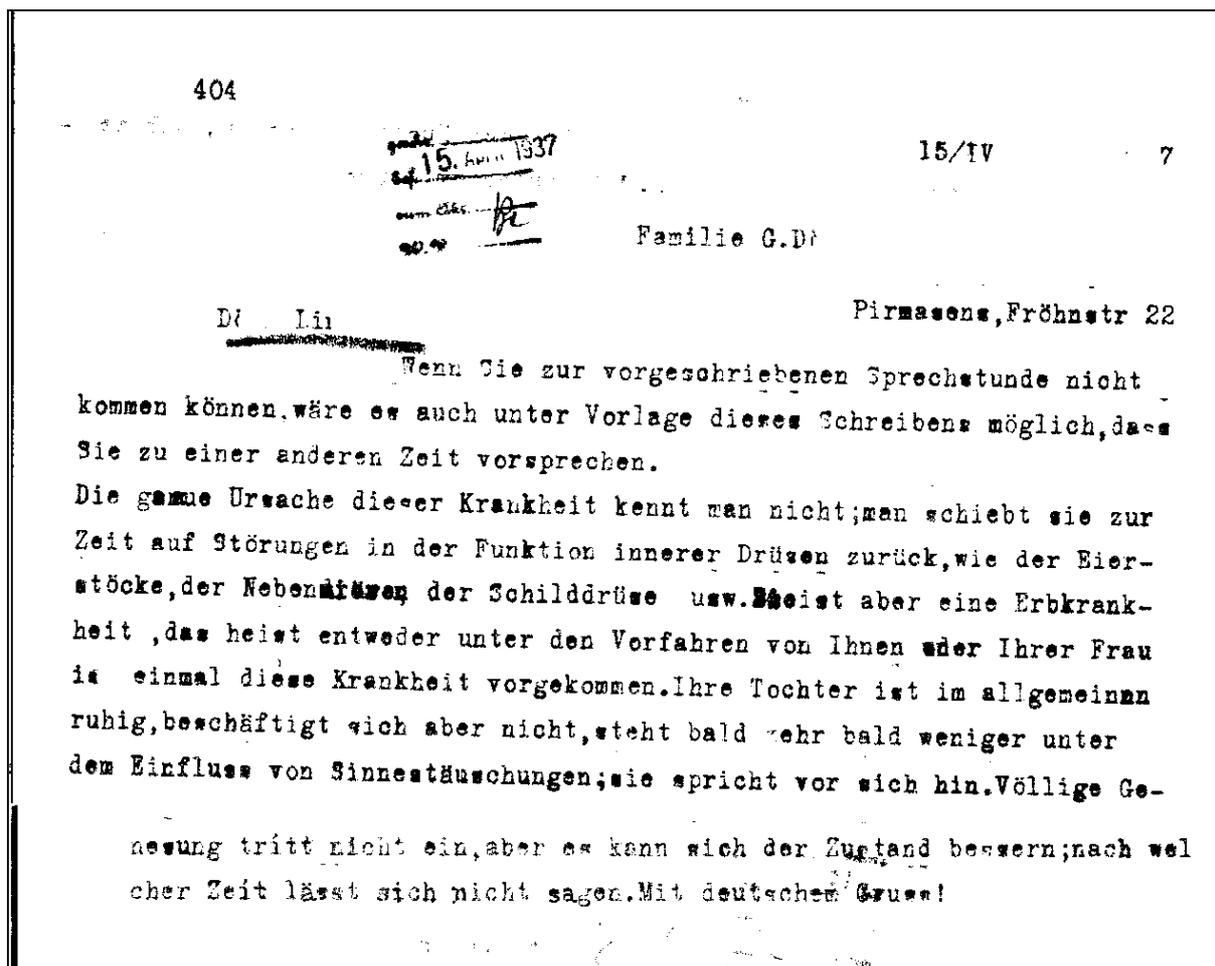
Was von den behandelnden Ärzten in den Heil- und Pflegeanstalten unter „Schizophrenie“ diagnostiziert und den Angehörigen darüber vermittelt wurde, spiegeln zwei Dokumente aus den Krankenakten zweier zwangssterilisierten Frauen wieder (siehe Dokumente 5 und 6).

Die Patientin S.L., geb. am 13.05.1900, wurde am 13.04.1934 in die Kreis-, Kranken- und Pflegeanstalt Frankenthal eingewiesen. Ein Antrag auf Unfruchtbarmachung wurde aufgrund der Erbkrankheit Schizophrenie im Juni 1934 gestellt.

Die Pat. wurde am 13.4.1934 in die hie -
sige Anstalt aufgenommen. Sie war schon von Anfang
an unnahbar, ablehnend und machte einen vorwiegend
depressiven Eindruck. In den ersten Tagen hatte sie
einmal einen kurzdauernden Verwirrungszustand, der
später nie wieder beobachtet wurde. Auch klagte
sie damals über eigenartige Schmerzen im Leib, als
ob ihr „alles verbrannt“ sei, sodass man den Ein-
druck gewann, sie leide an Missempfindungen. Während
der ganzen Zeit ihres Aufenthaltes hat sie sich bis
heute kaum geändert. Sie ist stumpf, gleichgültig,
vollständig interesselos, liest weder ein Buch
noch eine Zeitung. Sie nimmt auch keinen Anteil an
irgendei welchen Geschehnissen und hat auch gar
keinen Connex mit ihrem Mitpatienten. Sie ist
ausgesprochen mutistisch, sie gibt weder auf Fragen
eine Antwort, höchstens nach sehr langen Zögern,
noch spricht sie irgendei etwas aus freiem Antrieb.
Das beruht darauf, dass sie absolut kein Bedürfnis
hat zu sprechen und sich um gestellte Fragen zu
kümmern. Sie hat die Verbindung mit der Aussenwelt
vollständig verloren. Wenn sie ausnahmsweise mal
was spricht, so geschieht das in ganz monotoner
Art. Ihr Gesichtsausdruck ist sehr mimikarm und leer.
Oft macht sie einen recht ratlosen Eindruck und
äusserte auch einmal, sie kenne sich überhaupt nicht

mehr aus. Bei Explorationen ist kaum etwas aus ihr herauszubringen. Während sie anfänglich apathisch in Bette lag und erst gegen Mittag nach längerem zurechen aufstand und sich zu keiner Arbeit bewegen liess, arbeitet sie jetzt etwas im Haushalte auf der Abteilung mit und macht leichtere Handarbeiten. Psychisch ist sie öde, leer und affektlos. Im Laufe eines Gespräches, das jedoch gewöhnlich einseitig verläuft, da sie keine Antwort gibt, zeigt sich eine affektlose Steifigkeit. In ihre Gedankenwelt ist nur sehr schwer einzudringen, jedoch scheint der Gedankenablauf stark gekemmt zu sein, manchmal gewinnt man den Eindruck einer Denksperre. Ihre Grundstimmung ist eine depressiv-ängstliche, von der sie soweit beeinflusst wird, dass sie bisweilen grundlos anfängt zu weinen. Die Nahrungsaufnahme dürfte bei ihr besser sein, im allgemeinen schläft sie auch sehr schlecht, so dass man nicht immer ohne Schlafmittel auskommen kann.

Es handelt sich also bei der Patientin um eine geistige Erkrankung, die man der Schizophrenie zurechnen muss. Unter diesen Umständen ist es ihr unmöglich eine geordnete Arbeit selbständig zu verrichten und eine Stellung anzunehmen, um ihren Unterhalt selbst zu verdienen. Ueber die Aussichten für die Zukunft lässt sich eine sichere Angabe heute nicht.



Dokument 6

Im Brief vom 15. April 1937 der Anstalt Klingenmünster wird den Angehörigen der Patientin D.L. die schizophrene Erkrankung „erklärt“ (Dokument 6).

9.2 Familienanamnese

Bei den als schizophren diagnostizierten Mädchen und Frauen wurde eine „Erbkrankheit“ im Sinne des GzVeN innerhalb der Kernfamilie und / oder aus den Familien der Eltern nur in Einzelfällen benannt. Die gesetzlich geforderte Dokumentation von „Erbkrankheiten“ u. a. mit der Erstellung einer Sippentafel wurde von den beteiligten Institutionen und Ärzten der Anstalten weder in Klingenmünster noch in Frankenthal mit der gesetzlich vorgeschriebenen Systematik und Konsequenz be-

trieben. So war in keiner der untersuchten Krankenakten eine Sippentafel vorhanden.

In vielen lückenhaft und bruchstückhaft geführten Krankenakten fehlte jegliche Dokumentation über Erbkrankheiten in der Familien.

Die folgende Tabelle 4 zeigt, bei wie vielen der zwangssterilisierten Frauen in der Krankenakte eine Erbkrankheit eines Familienangehörigen überhaupt genannt wurde.

Jahr	Klingenmünster		Frankenthal	
	Nennung einer Erbkrankheit in Familie	Prozentzahl	Nennung einer Erbkrankheit in Familie	Prozentzahl
1934	10 von 21	47,6 %	0 von 5	0,0 %
1935	5 von 17	29,4 %	8 von 14	57,1 %
1936	7 von 16	43,7 %	9 von 9	100 %
1937	1 von 13	7,7 %	1 von 3	33,3 %
1938	3 von 12	25,0 %	2 von 8	25,0 %
1939	0 von 1	0,0 %	0 von 2	0,0 %
1934-1939	26 von 80	32,5 %	20 von 41	48,8 %

Tabelle 4: Nennung einer Erbkrankheit eines Familienangehörigen (absolute Zahlen und Prozentzahlen) in den Krankenakten der zwangssterilisierten Frauen

Bei den als schizophren diagnostizierten und dann zwangssterilisierten 80 Patientinnen der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster von 1934 bis 1939 kam es nach der Auswertung der Krankenakten zu der Nennung einer „Erbkrankheit“ im Sinne des GzVeN bei insgesamt lediglich 32,5% der Fälle.

In der Kreis-, Kranken- und Pflegeanstalt Frankenthal dagegen wurde in fast der Hälfte der 41 Fälle eine Erbkrankheit eines Familienangehörigen in der Krankenakte dokumentiert.

Hier fällt auch auf, dass im Jahr 1936 bei allen Frauen, die zwangssterilisiert wurden, eine Erbkrankheit eines Familienangehörigen in der Krankenakte genannt wurde.

Die folgenden Daten basieren auf den originalen Krankenakten, in denen Angaben über Erbkrankheiten im Sinne des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses in der Familie gemacht wurden und stellen dar, wie oft Erbkrankheiten bei welchen Familienangehörigen genannt wurden. Dabei sind pro Patientin Mehrfachnennungen möglich gewesen.

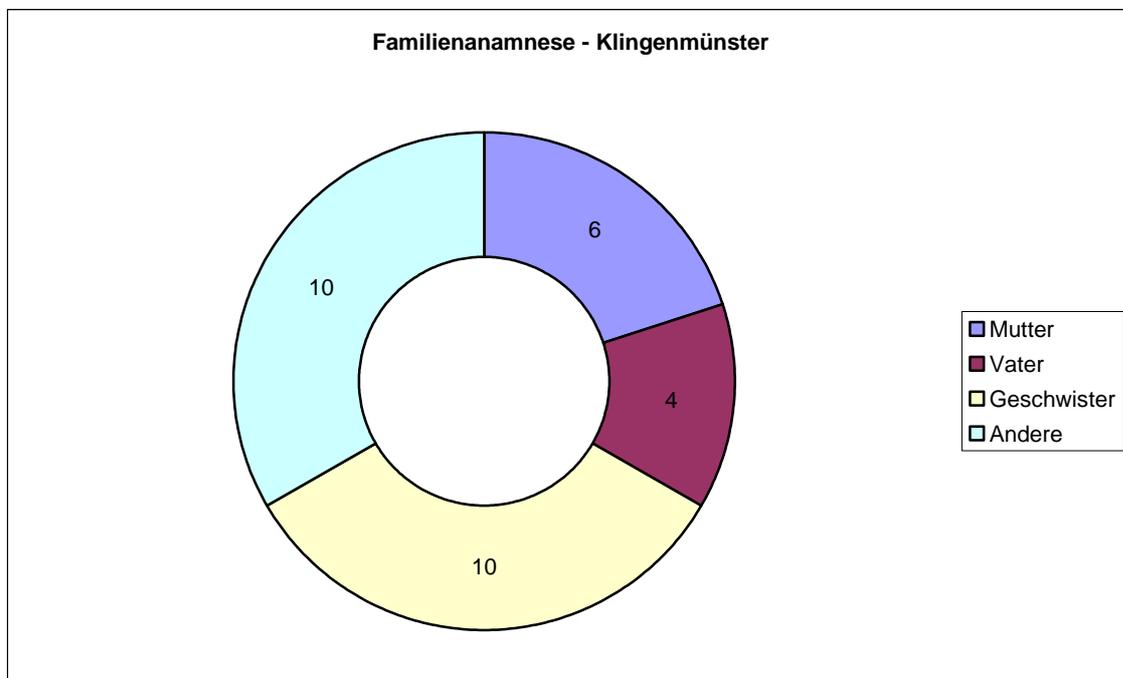


Diagramm 41:

Angaben über Erbkrankheiten in den Familien der als schizophren diagnostizierten und zwangssterilisierten Frauen in **Klingenmünster** von 1934 bis 1939 (Absolute Zahlen)

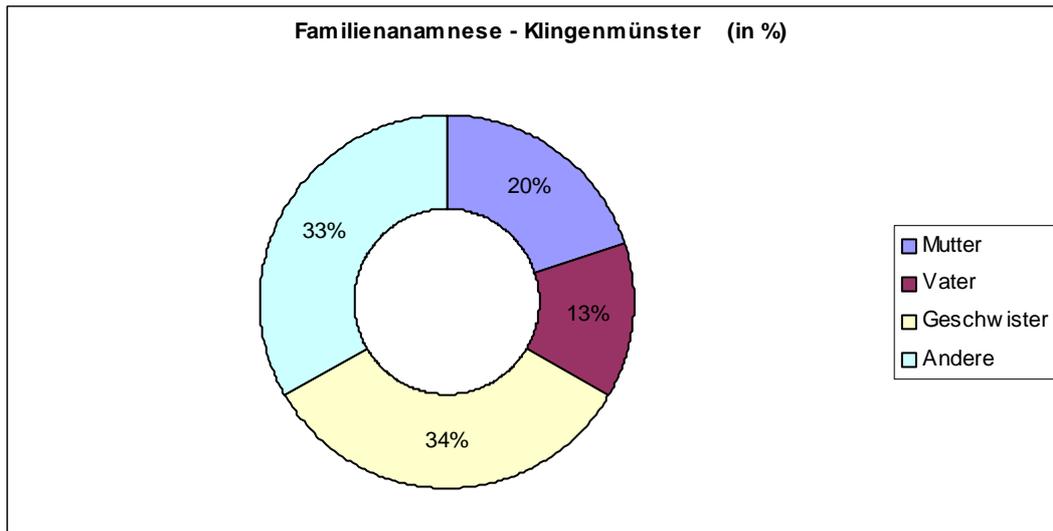


Diagramm 42:

Prozentuale Verteilung über die Angaben von Erbkrankheiten in den Familien zwangssterilisierter schizophrener Frauen der Heil- und Pflegeanstalt **Klingenmünster** von 1934 bis 1939

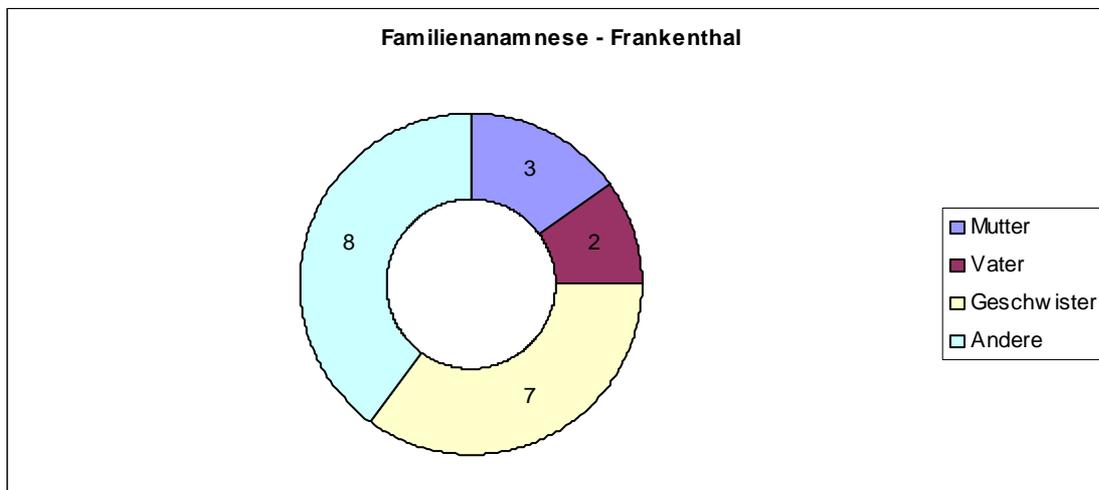


Diagramm 43:

Angaben über Erbkrankheiten in den Familien der als schizophren diagnostizierten und zwangssterilisierten Frauen der Kreis-, Kranken- und Pflegeanstalt **Frankenthal** von 1934 bis 1939 (Absolute Zahlen)

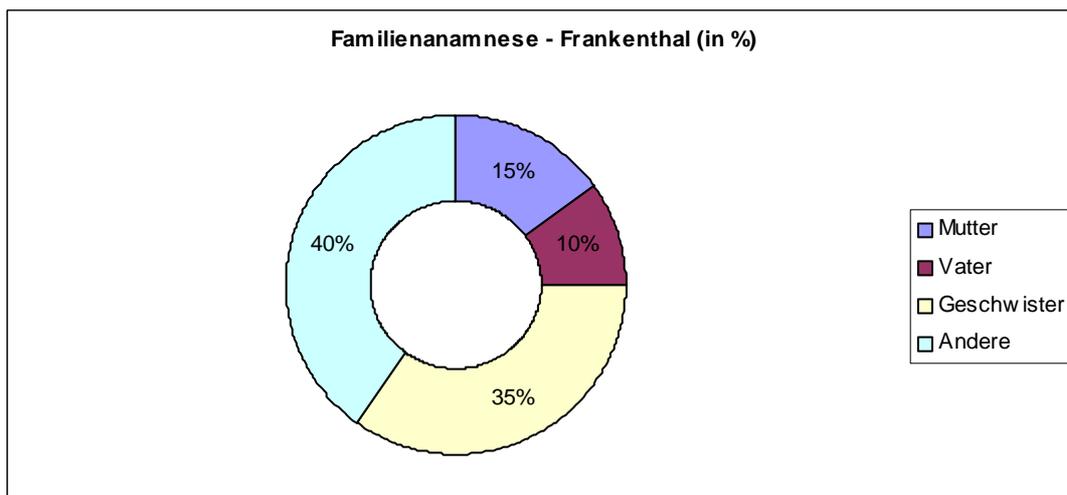


Diagramm 44:

Prozentuale Verteilung über die Angaben von Erbkrankheiten in den Familien der als schizophren diagnostizierten und zwangssterilisierten Frauen der Kreis-, Kranken- und Pflegeanstalt **Frankenthal** von 1934 bis 1939

9.3 In den Krankenakten genannte Symptome der Schizophrenie

Jahr	Klingenmünster		Frankenthal	
	Nennung eines Symptoms der Schizophrenie	Prozentzahl	Nennung eines Symptoms der Schizophrenie	Prozentzahl
1934	20 von 21	95,2 %	5 von 5	100 %
1935	17 von 17	100 %	14 von 14	100 %
1936	16 von 16	100 %	9 von 9	100 %
1937	13 von 13	100 %	3 von 3	100 %
1938	12 von 12	100 %	8 von 8	100 %
1939	1 von 1	100 %	2 von 2	100 %
1934-1939	79 von 80	98,8 %	41 von 41	100 %

Tabelle 5: Anzahl der zwangssterilisierten Frauen, in deren Krankenakte ein Symptom der Schizophrenie genannt wurde (absolute Zahlen und Prozentzahlen)

Die obige Tabelle gibt an, in wie vielen Krankenakten der zwangssterilisierten Frauen wenigstens ein Grundsymptom oder ein akzessorisches Symptom einer schizophrenen Erkrankung nach Bleuler angegeben wurde. Dies ist bis auf eine Krankenakte in allen weiteren Krankenakten in Klingenmünster wie auch in allen Krankenakten in Frankenthal der Fall. Das dabei in allen Fällen genannte Symptom nach Bleuler war das akzessorische Symptom „Wahn“ (Auftreten von Wahnvorstellungen).

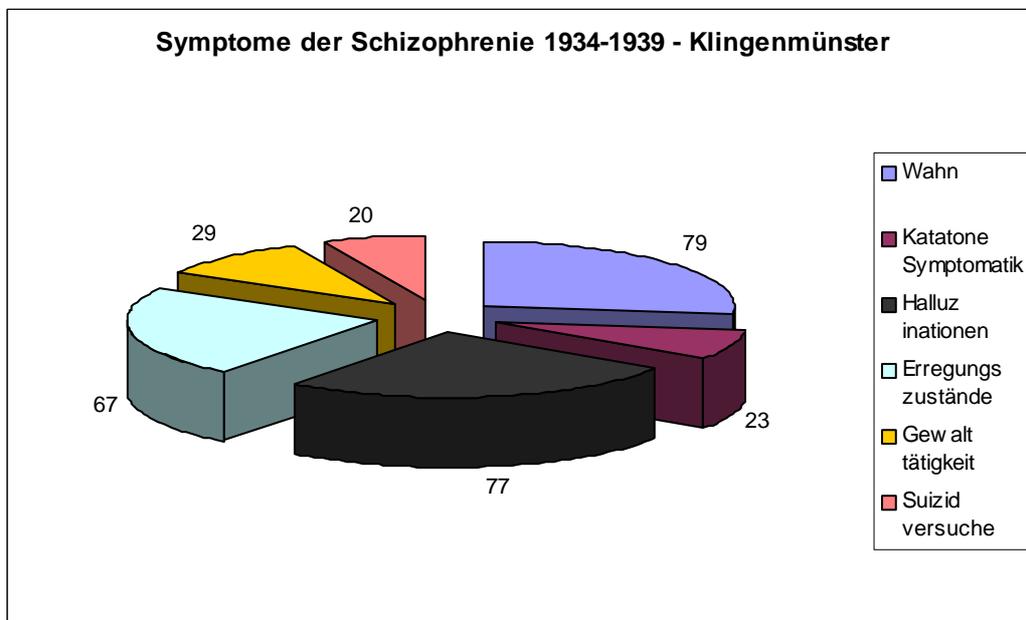


Diagramm 45:

Symptommennungen der als schizophren diagnostizierten und zwangssterilisierten Frauen der Heil- und Pflegeanstalt **Klingenmünster** von 1934 bis 1939 (Absolute Zahlen)

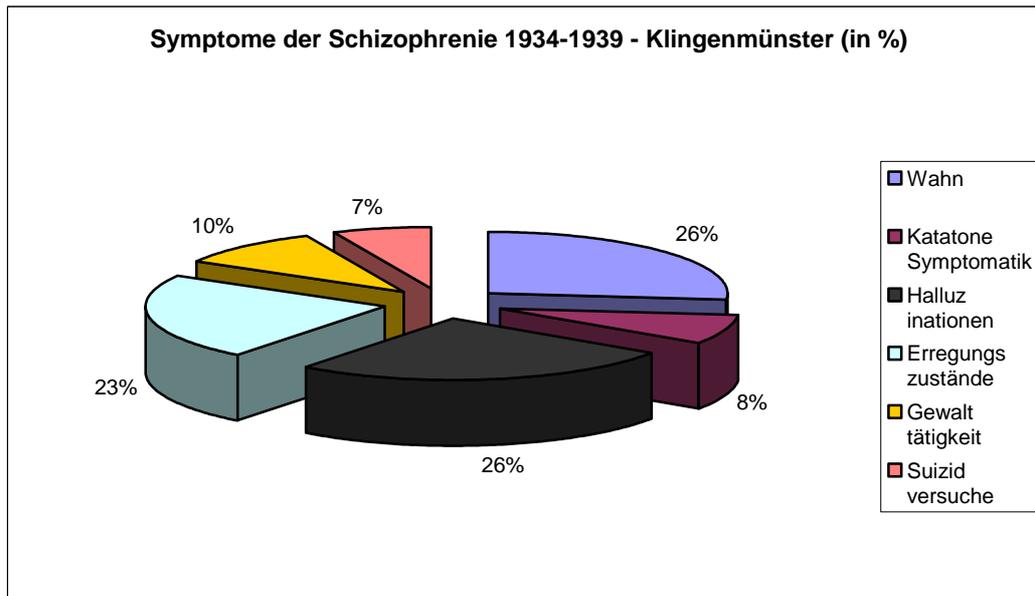


Diagramm 46:

Prozentuale Verteilung der genannten Symptome der als schizophren diagnostizierten und zwangssterilisierten Frauen der Heil- und Pflegeanstalt **Klingenmünster** von 1934 bis 1939

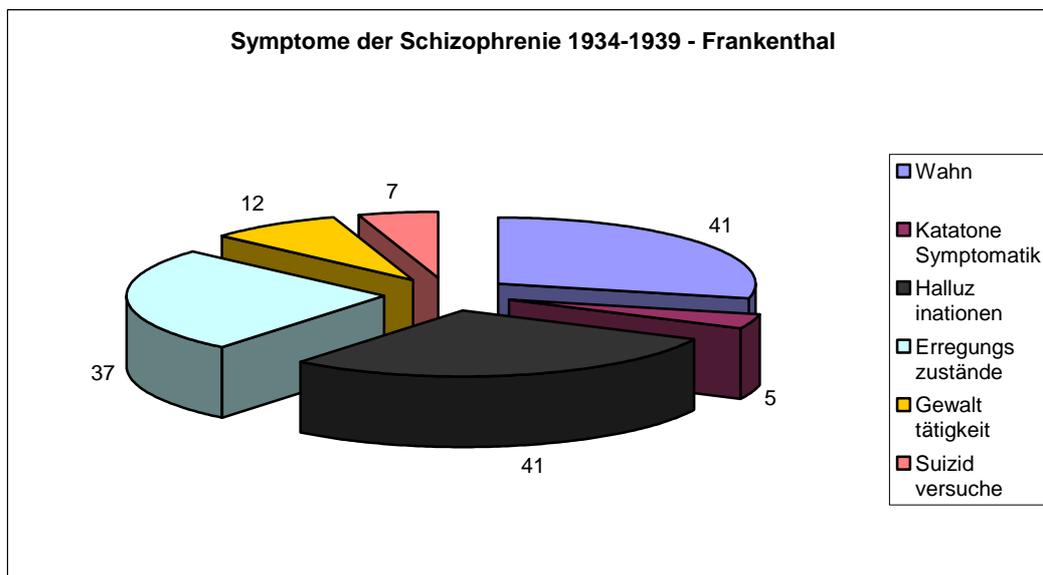


Diagramm 47: Symptommennungen der als schizophren diagnostizierten und zwangssterilisierten Frauen der Kreis-, Kranken- und Pflegeanstalt **Frankenthal** von 1934 bis 1939

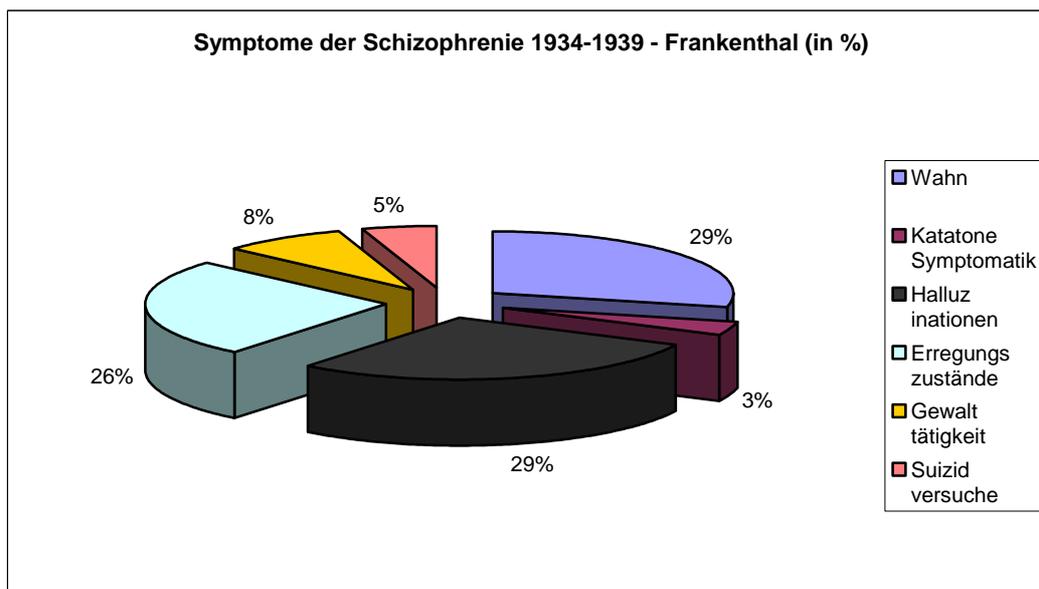


Diagramm 48: Prozentuale Verteilung der genannten Symptome der als schizophren diagnostizierten und zwangssterilisierten Frauen der Kreis-, Kranken- und Pflegeanstalt **Frankenthal** von 1934 bis 1939

Große Übereinstimmung in der Nennung der Einzeldiagnosen lässt sich an Hand der statistischen Auswertung der Krankenakten zwischen der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster und der Kreis-, Kranken- und Pflegeanstalt **Frankenthal** feststellen.

10. Die Anzeige zur Unfruchtbarmachung im Rahmen des GzVeN

Die Anwendung des gesetzlich vorgeschriebenen Anzeigenformulars durch den Anstaltsleiter oder durch den jeweiligen Amtsarzt war der erste Schritt im Ablauf des Sterilisationsverfahrens.

Zur Anwendung sollte das gesetzlich vorgesehene Formular aus dem Reichsgesetzblatt Jahrgang 1933, Teil 1, 1024 Anlage 3 kommen (siehe Dokument 7).

Zu dieser Anzeige waren alle approbierten Ärzte, alle Anstaltsleiter für ihre Insassen sowie alle Personen, die sich mit der Heilbehandlung, Untersuchung oder Beratung von Kranken befassten, verpflichtet (Verordnung zur Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 5. Dezember 1933. In: RGB1, 1933, Teil 1).

Zuständig für die Anzeige war der Amtsarzt, in dessen Einzugsgebiet der „Erbkranke“ seinen Wohnsitz hatte bzw. die Anstalt des Patienten gelegen war.

Angezeigt werden sollten bei dem Amtsarzt alle Personen unabhängig von deren Alter, die unter Verdacht standen, an einer Erbkrankheit im Sinne des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses oder schwerem Alkoholismus zu leiden.

„Ziel war es, dass alle Erbkranken durch die im Gesetz zur Anzeigenpflicht verpflichteten Personen - also auch die Ärzte - erfasst werden sollten“ (Koch, 1993).

Für die Anzeige wurde das ärztliche Berufsgeheimnis außer Kraft gesetzt.

Zum anderen verpflichtete der Reichsminister alle Amtsärzte in einem Erlass vom 26. November 1934, die Namen der anzeigenden Ärzte geheim zu halten.

„Da sich sehr große Nachteile und Unannehmlichkeiten ergeben können (...). Der antragsstellende Arzt oder Amtsarzt ist nicht berechtigt, dem erbkranken oder sonstigen Personen davon Mitteilung zu machen, wer die Anzeige erstattet hat(...).

Der Amtsarzt ist auch dem Erbgesundheitsgericht gegenüber zur Anzeige des Namens der anzeigenden Medizinalperson nur auf besonderes Ersuchen verpflichtet“ (Braß, 2004).

„Mit der Neuauflage des Gesetzeskommentars von Gütt, Rüdin und Ruttke wurde 1936 die Anzeigenpflicht ungeheuer verschärft. Ärzte konnten anlässlich jedes Arztbesuches sterilisationspolitisch aktiv werden“ (Bock, 1986).

Das Fehlen von gesetzlich vorgeschriebenen Anzeigeformularen in allen bearbeiteten Patientenakten ist evident.

Eine Selbstanzeige war in keiner Krankenakte dokumentiert.

1024

Reichsgesetzblatt, Jahrgang 1933, Teil I

Anlage 3**Anzeige**

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

Der¹⁾ — Sie —

(Familienname)

(Vorname)

gehört am

in

zeitiger Aufenthaltsort:

.....

leidet an²⁾ — ist verkränkt zu leiden an — angeborenem Schwachsin — Schizophrenie — primärem (manisch-
depressivem) Irresein — erblicher Narkose — erblicher Weitsicht — erblicher Kurzsicht (Huntington'sche Chorea) — erblicher Blind-
heit — erblicher Taubheit — schwerer erblicher körperlicher Mißbildung — schwerem Alkoholismus —

.....

Ort:

Stempel:

Name:

Stempel:

An

den Herrn³⁾

in

¹⁾ Das Nichtzutreffende ist jeweils zu durchstreichen.

²⁾ Die Mitteilung ist dem für den Wohn- oder Aufenthaltsort der verzeichneten Person zuständigen Amtsarzt zu überreichen.

11. Antragstellung

11.1 Antragstellung durch Anstaltsleiter

Der zweite Schritt im Verfahrensablauf der Sterilisation war der Antrag auf Unfruchtbarmachung in Verbindung mit der ärztlichen Bescheinigung und dem Merkblatt zur Vorlage beim zuständigen Erbgesundheitsgericht (siehe Dokumente 8 bis 10).

Die in den beiden Anstalten untersuchten Patientenakten wiesen anstaltsbezogene individuelle Anträge und ärztliche Bescheinigungen auf. Diese entsprachen nicht den vorgegebenen gesetzlichen Bestimmungen und Vordrucken. Oft wurden in den Patientenakten die ärztliche Bescheinigung und der Antrag auf Unfruchtbarmachung in einem Schreiben zusammengefasst. Ein Beispiel dafür ist nachstehender Antrag für die Patientin Sch. E. der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster (siehe Dokument 11).

Die Dokumente, dass die Ärzte den „erbkranken“ Anstaltsinsassinnen bzw. deren Angehörigen das Merkblatt (Dokument 12) ausgehändigt und die damit verbundene offizielle „Aufklärung“ über das Wesen und die Folgen der Unfruchtbarmachung mitgeteilt hatten, fehlen gänzlich in den Krankenakten und zeigen erneut die Kluft zwischen den theoretischen Vorgaben des GzVeN und den individuellen anstaltsbezogenen Umsetzungen.

Anlage 4

Antrag auf Unfruchtbarmachung

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

die Unfruchtbarmachung — des — der —

zur Zeit wohnhaft in

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

Zur Glaubhaftmachung der vorstehenden Angabe beziehe ich mich — auf das anliegende(s) ärztliche — amts-
mein ärztliche — Gutachten — auf das Zeugnis der nachbezeichneten Personen:

.....

Ort:, den 193.....

Des Antragstellers

Name und Vorname

Stand

Wohnort

Straße

An

die Geschäftsstelle des Erbgesundheitsgerichts

in

¹⁾ Nichtzutreffendes ist jeweils zu durchstreichen.

Ärztliche Bescheinigung

Anlage 1

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

Ich bescheinige hiermit, daß der¹⁾ — die —

zur Zeit wohnhaft in

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

Ort:, den 193.....

Straße:

Name:

Stand:

¹⁾ Nichtzutreffendes ist jeweils zu durchstreichen.

Bezugsärztliches Formblatt Nr. 151
Verlag Carl Gerber, München.

76

Dokument 9

Anlage 2

Merkblatt über die Unfruchtbarmachung

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

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

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

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

Dokument 10

Sc : E1

~~Hausangestellte~~

27/III 1916 Ks

Pfalz

protestantisch

Ka

Pfalz

Sp 70 a

Sc Lt , Fuhrmann

Pfalz

Ks , Si

- 2 Psychischer Befund.
 Sc war die erste Zeit mehr ablehnend, jetzt freundlich zugänglich
 Die erste Zeit verwirrt, ängstlich, jetzt heiter
 Zeigte die erste Zeit stuporöse Zustände oder war auch erregt, störte ihre Mitpatientinnen, spuckte auf ihre Wäsche, Bett, Umgebung
 Aufmerksamkeit durch Sinnestäuschungen zuerst abgelenkt glaubte der Tod wolle sie vergiften, war desorientiert
 Jetzt klar geordnet.

Zeigte zuerst Denkspernung
 Sinnestäuschungen, Wahnvorstellungen (Verfolgungsideen)

Schizophrenie

Sc E ist krank im Sinne des Erbggesetzes, ist noch fortzanzungsfähig kann entlassen werden, wenn sie sterilisiert ist.
 Kostenträger ist der Landesfürsorgeverband Pfalz; infolgedessen dürfte eine beschleunigte Behandlung des Verfahrens angezeigt erscheinen.

KL. 24 / III 3

G. Denhoff

Merkblatt für Erbkrankte und ihre Angehörigen

1. Wird ein Verfahren gegen dich eingeleitet, so rege dich nicht unnötig auf. Du kannst ja nicht wissen, ob das Erbgesundheitsgericht einem Antrag auf Unfruchtbarmachung stattgibt oder nicht. Bist du ein verantwortungsbewußter Mensch, so müßtest du ja selbst darauf drängen, Klarheit zu erhalten, ob dein Nachwuchs gefährdet ist.
2. Das Verfahren ist eine ärztliche Angelegenheit. Die Entscheidung liegt in den Händen zweier besonders erfahrener Ärzte, von denen einer Amtsarzt ist. Hast du dann noch immer Zweifel an der Richtigkeit der Entscheidung, so kannst du das Erbgesundheitsobezgericht anrufen. Um jeden Mißbrauch zu verhüten, ist das Verfahren unter gerichtlichen Schutz gestellt. Deshalb kann sich kein Erbgesunder, der keine Kinder will, unfruchtbar machen lassen. Ein uneinsichtiger Erbkrankter muß aber andererseits den Eingriff dulden, auch wenn er nicht damit einverstanden ist.
3. Betrachte das Verfahren nicht als Strafe oder gegen die Ehre deiner Sippe gerichtet. „Erbkrank zu sein, ist nur ein bedauerndes Unglück. Ein Verbrechen, aber auch zugleich eine Schande ist es, dieses Unglück durch eigenen Egoismus zu entehren, indem man es einem unschuldigen Wesen wieder aufbürdet.“ (Adolf Hittler in „Mein Kampf“, Seite 447). Die Anlage zu den Erbleiden ist schuldlos von Vorfahren ererbt. Der Eingriff kann also für den Erbkrankten keine Schande sein, noch weniger für die Angehörigen. Ohne Schuld gibt es keine Strafe. Unglück zu verhüten, ist nur ein Gebot wahrer Menschlichkeit, niemals Strafe. Hat ein Mensch Verantwortungsgefühl oder nur einen Funken Mitleid im Herzen, der sich erbkrankte Kinder wünscht, oder sich nur der Gefahr aussetzt, ein solches zu bekommen? Ist es nicht furchtbar, wenn auch nur ein Kind im Leben versagen, hungern oder in Anstalten verwahrt werden müßte. Muß es denn sein, daß Tausende sich in Krämpfen winden, blind und taub durchs Leben gehen; in Verzweiflung als Gemütskranke sich und andern oft das Leben wieder nehmen?
Wie traurig ist das Los einer Häufersfamilie? Was soll ein Mann, der seine Kinder nicht ernährt und mißhandelt, noch immer Kinder dazubekommen, die einmal gerade so wie er oder schwachsinzig oder fallüchtig werden können?
4. Frage dich zunächst einmal, ob du dir überhaupt Kinder wünschst. Wenn nein, so ist der Eingriff ja gar kein Opfer.
5. Denn die Möglichkeit, Geschlechtsverkehr auszuüben und das Geschlechtsgefühl bleibt erhalten.
6. Der wechse also nicht Entmannung — Kastration — und Unfruchtbarmachung — Sterilisierung —. Beide Maßnahmen sind nach Zweck, Art und Wirkung des Eingriffs grundverschieden. Entmannt darf nur werden, wer wegen Sittlichkeitsverbrechen mit Gefängnis oder Zuchthaus bestraft wurde, und der voraussichtlich wieder solche Straftaten wegen seines entarteten oder übersteigerten Geschlechtstriebs begehen wird. Nur in diesem Fall werden also die Keimdrüsen entfernt. Durch die Unfruchtbarmachung dagegen soll bei einem Mann oder einer Frau verhütet werden, daß erbuntüchtige Kinder erzeugt werden. Sie richtet sich also nicht gegen den Träger kranker Anlagen, sondern nur gegen entartete Keimzellen.
7. Der harmlose Eingriff darf auch nur bei Erbkranken selbst angeordnet werden, niemals bei seinen erscheinungsbildlich gefunden Angehörigen und Kindern. Wer von ihnen also nicht selbst schwachsinzig, fallüchtig, geisteskrank usw. ist, darf in keinem Fall unfruchtbar gemacht werden. Diese Angehörigen leiden oft selbst wirtschaftlich und seelisch noch mehr als der Erbkrankte. Sie sollten daher doch in erster Linie neben Pflegern und Ärzten den Erbkranken beraten, freiwillig auf Nachwuchs zu verzichten.
8. Ist der Verzicht auf ein Kind wirklich ein Opfer für den Erbkrankten, so bringe er es schweigend.
Bedenke, daß dein Vaterland durch das Anschwellen der Erb-

krankheiten in Gefahr ist, zumal die Erbtüchtigen vielfach keine oder zu wenig Kinder haben.

9. Bedenke weiter, daß die Pflege der Erbkranken dein Vaterland jährlich mehr als eine Milliarde Mark kosten. Diese Beträge können später zur Pflege Gesunder, zur Besserung ihrer Lebenslage und Erziehung verwendet werden. Durch deinen Verzicht leistest du also auch deinem Volk einen großen Dienst.
10. Der Geistes- und Seelenzustand läßt den Erbkranken häufig nicht die Krankheit und ihre Ursachen erkennen. Ihr müßt dem Gericht die Entscheidung darüber überlassen, ob eine Erbkrankheit vorliegt.
11. Nur zwei der gewöhnlich vorgebrachten Einwendungen sind beachtlich, nämlich einmal, daß die Erbkrankheit nicht zweifelsfrei nachgewiesen sei, zweitens, daß der Erbkrankte nicht fortpflanzungsfähig ist.
Falsch und unbeachtlich ist vor allem daher folgender Einwand:
a) Der Erbkrankte wolle nicht heiraten. Er habe keinen Sinn für das andere Geschlecht. Er werde gut bewacht und gehe nicht aus. Wieviele schwachsinzige Mädchen sind z. B. ohne ihren Willen und wegen ihrer Verständnislosigkeit geschlechtlich mißbraucht und geschwängert worden.
b) Falsch ist der Einwand, in der Familie sei noch keine ähnliche Krankheit beobachtet worden, mag er auch nicht immer erlogen sein.
Solche Leiden werden oft nicht erkannt, oder von den Angehörigen verschwiegen. Viele, die erbkrank geworden wären, sterben auch in der Kindheit vor Ausbruch des Leidens. Ferner überspringen solche Krankheiten — heimtückisch verdeckt — oft Generationen. Wesentlich ist nur, daß der Erbkrankte selbst die einmal zu Tage getretene Anlage nach ganz bestimmten Gesetzen in die kommenden Geschlechter bei der Zeugung weitervererbt.
c) Falsch ist die Meinung, eine Geisteskrankheit oder Fallucht könne nicht erblich sein, weil sie nicht in der Kindheit, sondern z. B. erst nach dem 16. Lebensjahr aufzutreten sei. Gerade die erblichen Geistesstörungen treten oft ohne jede äußere Ursache nach der Geschlechtsreife ein. Nur der Schwachsinn muß angeboren sein. Auch die erbliche Blindheit und Taubheit entwickeln sich nicht selten erst allmählich. Fürs Volksganze sind gerade die leichten Fälle und die gutgeheilten Geistesstörungen gefährlicher als die schweren, da anscheinend Gesunde leichter einen Ehepartner finden.
d) Falsch ist die Ansicht, man bekomme gesunde Kinder, wenn das Leiden vorübergehend oder auch ganz wieder geheilt ist. Auch der schwere Alkoholiker hat zu jeder Zeit minderwertigen Nachwuchs zu befürchten.
e) Nutzlos ist die vielfache Behauptung Schwachsinziger, sie seien nicht erbkrank, da sie körperlich nie krank gewesen seien.
12. Füge dich freiwillig und aus innerer Bereitschaft einer Entscheidung, die dein Bestes will. Laß es nicht auf staatlichen Zwang ankommen. Nur bei den Uneinsichtigen ist er nicht zu entbehren.
13. Eine bereits bestehende Schwangerschaft wird nur mit Zustimmung des Erbkranken oder seines gesetzlichen Vertreters unterbrochen.
14. Die Kosten des Eingriffs brauchst du oder deine Familie nicht zu tragen. Sie übernimmt die Krankenkasse, Gemeinde oder Staat.
15. Das Verfahren ist streng geheim. Schweige also selbst in erster Linie, wenn du nicht willst, daß andere davon erfahren.
16. Gegen den Bruch der Schweigepflicht wirst du strafrechtlich ebenso geschützt, wie gegen rohe Kränkung und Mißachtung wegen deines Leidens.
17. An die rassistisch Wertvollen und die Erbtüchtigen dagegen ergeht die Mahnung, den zahlenmäßigen Ausfall durch Erhöhung der Geburten auszugleichen.

Zur Antragsstellung waren berechtigt: der Amtsarzt, die betreffende Person selbst oder ihr gesetzlicher Vertreter sowie die Anstaltsleiter einer Kranken-, Heil- und Pflegeanstalt für ihre Insassen (Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom Juli 1933; In: RGB1, 1933, Teil 1).

Vorzulegen war dem Erbgesundheitsgericht

- neben dem schriftlich verfassten Antrag auf Unfruchtbarmachung,
- eine Bescheinigung über ein ausgeführtes ärztliches Aufklärungsgespräch über das Wesen und die Folgen einer Sterilisation,
- ein ärztliches Gutachten oder eine andere glaubhafte Begründung.
- das Erstellen einer Sippentafel und zumeist auch eine Intelligenzprüfung.

Ein Antrag wurde nicht mehr gestellt, wenn der Amtsarzt bestätigte, dass der Eingriff eine Gefahr für das Leben des „Erbkranken“ bedeutete, der Patient dauerhaft in einer geschlossenen Anstalt verwahrt wurde, eine Altersgrenze von 45 Jahren überschritten wurde oder aus anderen Gründen keine Fortpflanzungsfähigkeit mehr bestand.

Kam der Anstaltsleiter zu dem Ergebnis, dass die eingewiesene Person an einer „Erbkrankheit“ litt, so wurde der Antrag auf Unfruchtbarmachung zur Entscheidung dem Erbgesundheitsgericht vorgelegt. Das Gesetz (§3 GzVeN) gab auch beamteten Ärzten, Leitern und Ärzten von Kranken-, Heil- und Pflegeanstalten, den Gerichts-, Wehrmachts- und KZ-Ärzten das Recht, ungeachtet des Willens der Betroffenen deren Sterilisation zu beantragen. Der Anteil der Anträge von Anstaltsleitern, der 1934 im Reichsdurchschnitt noch bei etwa 30 % lag, verminderte sich im Laufe der Jahre zugunsten der Anträge von Amtsärzten (1935: 70%, 1937: 90%). Ferner erhöhte sich der Anteil der amtsärztlichen Anträge deshalb, weil die Sterilisationsaktivität sich

nach der großen Welle der Anstaltssterilisationen den frei Lebenden zuwandte" (Bock, 1986).

„Gröblich und systematisch verletzt wurde vielfach die Pflicht, über Tragweite, Art und Folgen des Eingriffs aufzuklären ... In der nationalsozialistischen Sterilisationspolitik wurde die Notwendigkeit von Zwang meist gerade mit der „Einsichtslosigkeit“, „Böswilligkeit“ und der angeblichen Unfähigkeit der Betroffenen, für sich selbst zu sprechen, gerechtfertigt, oder ihnen wurde die Fähigkeit dazu gerade zum Zweck abgesprochen, sie zu sterilisieren. Der Antragsteller musste unterschreiben, dass er den Kandidaten „über das Wesen und die Folgen der Unfruchtbarmachung aufgeklärt“ und ihm ein zwölfzeiliges Merkblatt ausgehändigt hatte. Die Aufklärungspflicht gegenüber Anstaltsinsassen wurde weitgehend durch das Verbot, „Erbkranke unsterilisiert zu entlassen, ersetzt“ (Bock, 1986).

Volljährige konnten nach § 2 des Sterilisationsgesetzes ihre Sterilisation selbst beantragen. In der hier untersuchten Stichprobe stellte keine Anstaltsinsassin einen solchen Antrag. „Ein Haupthindernis für Selbstanträge war die Weigerung der Betreffenden, ihren eigenen „Schwachsinn“ oder ihre eigene „Schizophrenie“ zu unterschreiben ... Weigerten sich Anstaltsinsassen, einen Selbstantrag zu unterschreiben, so wurde der Antrag vom Anstaltsleiter oder vom Amtsarzt ohnehin gestellt“ (Bock, 1986).

Für die Patienten in Heil- und Pflegeanstalten galt nach der Maßnahme vom 29. Mai 1934, dass bei Anstaltsinsassen die Unfruchtbarmachung nicht bei dem für ihren Wohnsitz, sondern bei dem für ihren Anstaltsort zuständigen Erbgesundheitsgericht beantragt werden sollte. „Man ersparte sich dadurch die beschwerliche Auseinandersetzungen mit den Angehörigen und erleichterte die Geheimhaltung; die Verordnung wurde insbesondere von Anstaltsleitern als Wohltat empfunden“ (Becker, 1937).

Für die Anstaltsinsassen gab es gesetzlich zwei Möglichkeiten, sich der drohenden Zwangssterilisation zu entziehen. Zum einen konnten sie eine Beschwerde gegen das Urteil des Erbgesundheitsgerichts einlegen, verbunden mit der Hoffnung, dass das Erbgesundheitsobergericht zu ihren Gunsten entscheiden würde, oder sie mussten auf eigene Kosten in der Anstalt bleiben mit der Gewähr, dass die Fortpflanzung unterbleibt. Damit war für die Insassinnen der Anstalten, die als „erbkrank im Sinne des Gesetzes“ eingestuft wurden, eine Entlassung unabwendbar an die vorausgegangene Sterilisation gekoppelt. Dies galt unabhängig davon, ob sie sich freiwillig in eine psychiatrische Anstalt begeben hatten oder zwangsweise eingewiesen worden waren. In den Jahren 1934 bis 1936 gehörten etwa 30% bis 40 % der Sterilisanden zu denjenigen, die, nach den Worten eines damaligen Sterilisationsrichters „sich heute in öffentlichen Nervenanstalten und Krankenhäusern befinden und demnach bedingungslos in unseren Händen sind“ (Straub, 1935).

So beantragten die Anstalten direkt beim Erbgesundheitsgericht die Sterilisation.

„Im vollständigsten Fall enthält eine Prozessakte eine Anzeige, einen Antrag, ein vom Antragsteller unterschriebenes Formular, der „Unfruchtbarzumachende“ sei über „das Wesen und die Folgen der Unfruchtbarmachung aufgeklärt“ und das amtliche „Merkblatt über die Unfruchtbarmachung“ sei ausgehändigt worden, außerdem, das (meist amts-)ärztliche Gutachten des Antragstellers mit Angaben über Familienangehörige, Anamnese, körperlichen und psychischen Befund, bei „Schwachsinn“ - Fällen ein „Intelligenzprüfbogen“, einen mehr oder weniger standardisierten „Sippenbogen“, einen Strafregisterauszug, Krankengeschichten, Kurz- oder Wortprotokolle der Gerichtsverhöre, Briefe der Betroffenen und ihrer Angehörigen, Anfragen bei unterschiedlichen Behörden und deren Antworten, eigens für den Prozess erstellte medizinische und psychiatrische Gutachten mit den dazugehörigen Kostenabrechnungen,

Schriftsätze von Rechtsanwälten, Gerichtsbeschlüsse, Beschwerden oder Wiederaufnahmeanträge, Beschwerdeverzichte, Drohungen mit Polizeieinsatz, Polizeiberichte über Fahndung nach Geflüchteten, einen knappen Operationsbericht des sterilisierenden Arztes, Aussetzungsanträge und im Fall ihrer Genehmigung regelmäßige Berichte über Zustand und Verbleib der Betroffenen, das Duplikat einer Karteikarte über die Betroffenen, die der „erbbiologischen Bestandaufnahme des deutschen Volkes“ einverleibt wurde“ (Koch, 1993).

11.1.1 Zeitfenster zwischen Anstaltsaufnahme und Antrag auf Unfruchtbarmachung durch den Anstaltsleiter

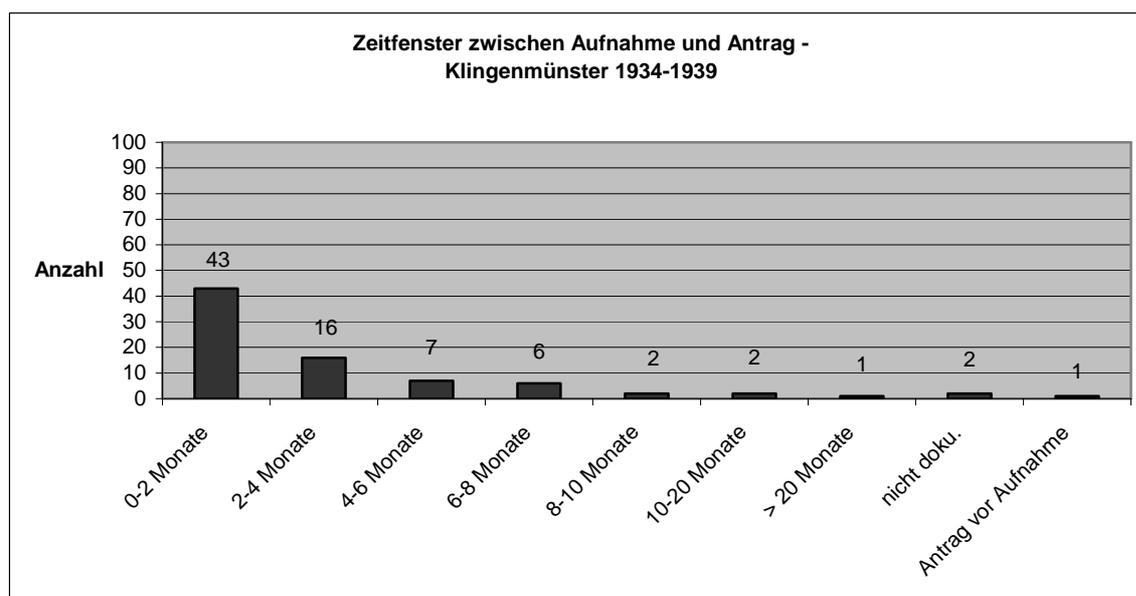


Diagramm 49:

Zeitfenster zwischen Anstaltsaufnahme und Antrag auf Unfruchtbarmachung durch den Anstaltsleiter der Heil- und Pflegeanstalt **Klingenmünster** von 1934-1939 (Absolute Zahlen)

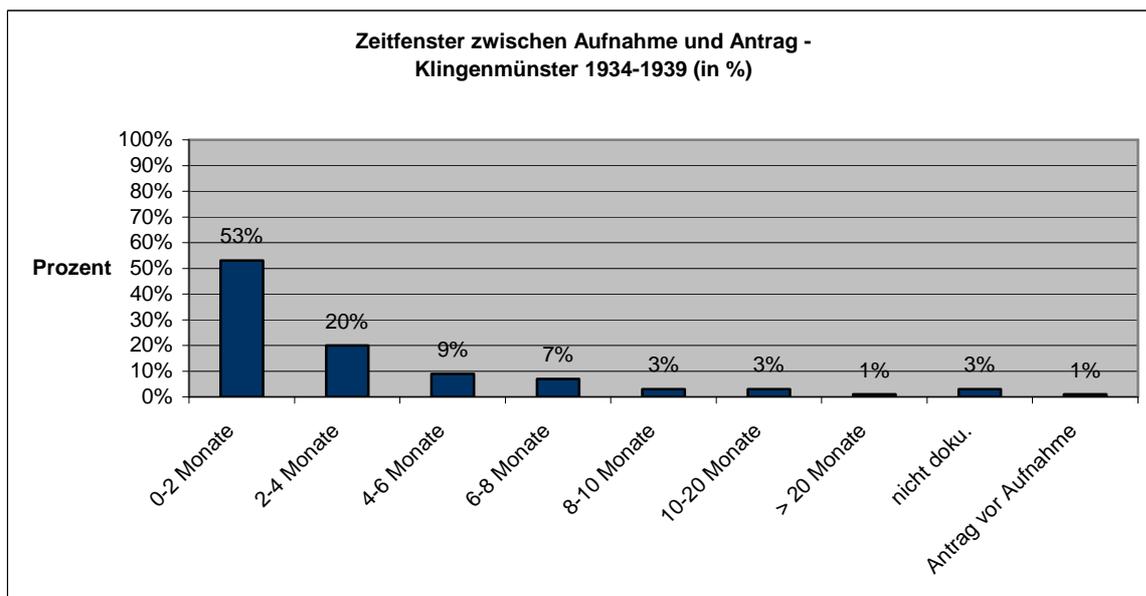


Diagramm 50:

Prozentuale Verteilung bzgl. des Zeitfensters zwischen Anstaltsaufnahme und Antrag auf Unfruchtbarmachung durch den Anstaltsleiter der Heil- und Pflegeanstalt **Klingenmünster** von 1934 - 1939

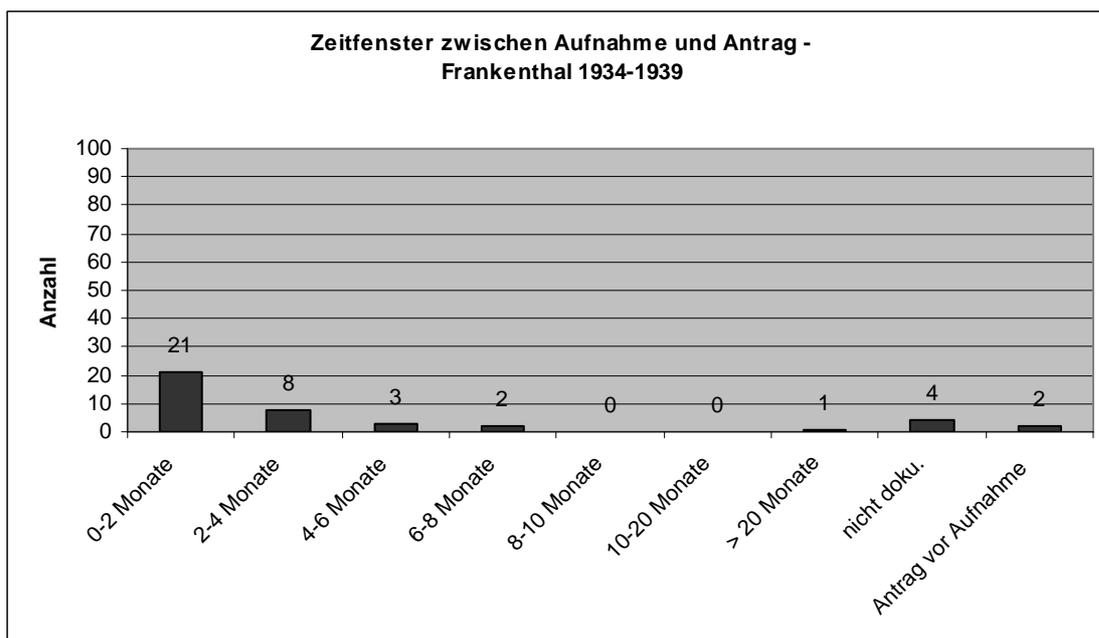


Diagramm 51:

Zeitfenster zwischen Anstaltsaufnahme und Antrag auf Unfruchtbarmachung durch den Anstaltsleiter der Kreis-, Kranken- und Pflegeanstalt **Frankenthal** von 1934-1939 (Absolute Zahlen)

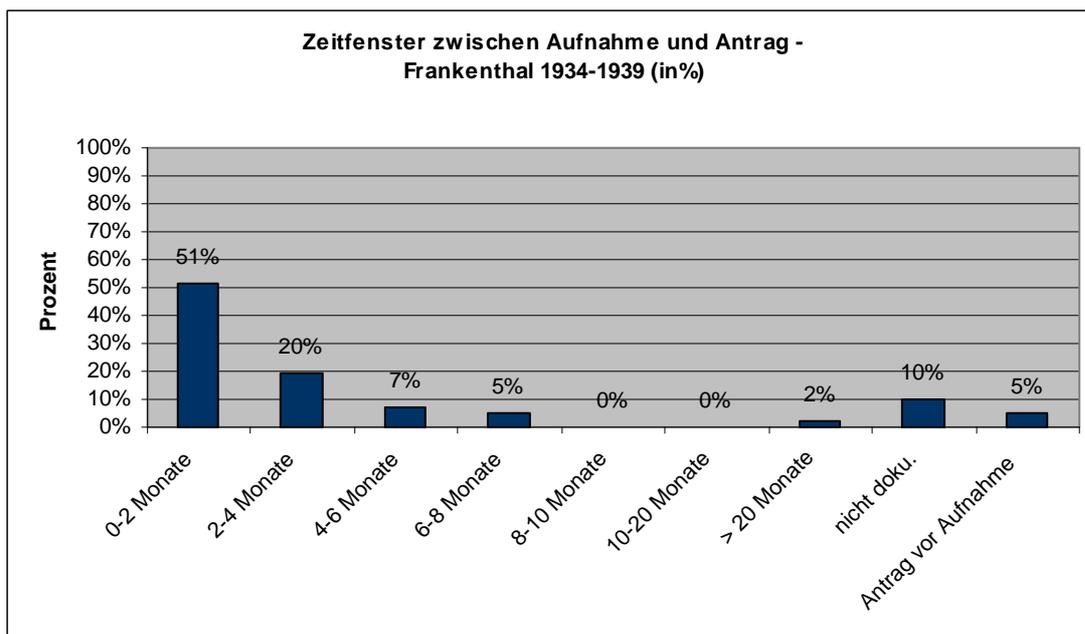


Diagramm 52:

Prozentuale Verteilung bzgl. des Zeitfensters zwischen Anstaltsaufnahme und Antrag auf Unfruchtbarmachung durch den Anstaltsleiter der Kreis-, Kranken- und Pflegeanstalt **Frankenthal** von 1934-1939

In beiden Anstalten wurde in über 50% der Fälle in den ersten zwei Monaten nach Einweisung ein Antrag auf Unfruchtbarmachung bei den als schizophren diagnostizierten und dann zwangssterilisierten Frauen gestellt. In 20% der Fälle erfolgte die Antragsstellung in einem Zeitraum von zwei bis vier Monaten.

In jeweils 1% der Fälle (Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster) und 2% der Fälle (Kreis-, Kranken- und Pflegeanstalt Frankenthal) wurde zwanzig Monate nach der Einweisung ein Antrag auf Unfruchtbarmachung gestellt. Hierfür fand sich in den Krankenakten keine ärztliche Begründung.

11.1.2 Gesamtaufenthaltsdauer der Zwangssterilisierten in den Heilanstalten

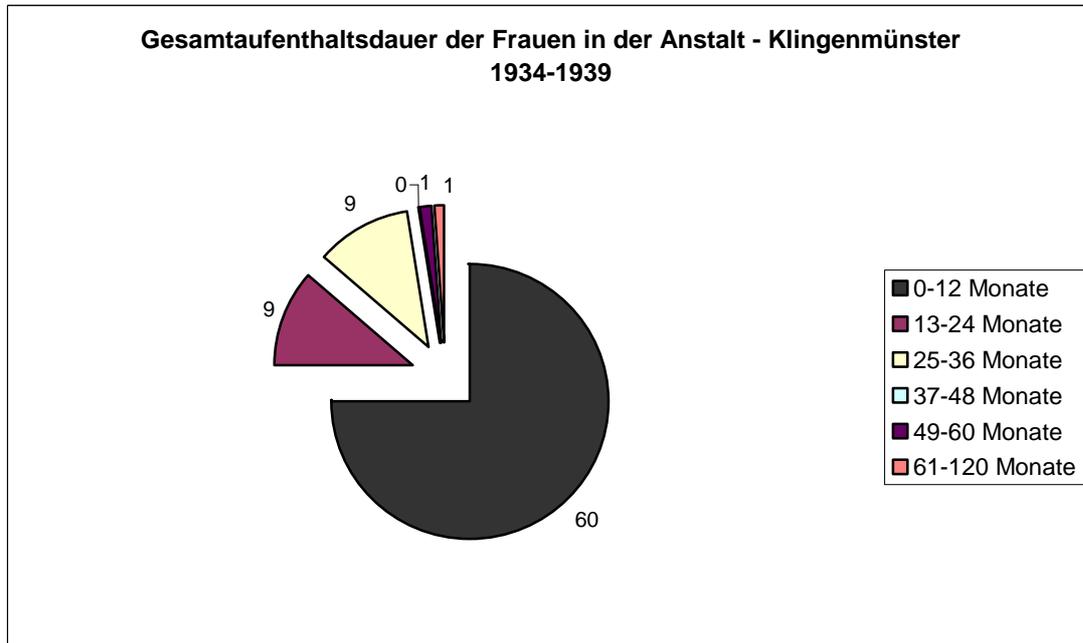


Diagramm 53: Gesamtaufenthaltsdauer der als schizophren diagnostizierten und zwangssterilisierten Frauen der Heil- und Pflegeanstalt **Klingenmünster** von 1934 bis 1939 (Absolute Zahlen)

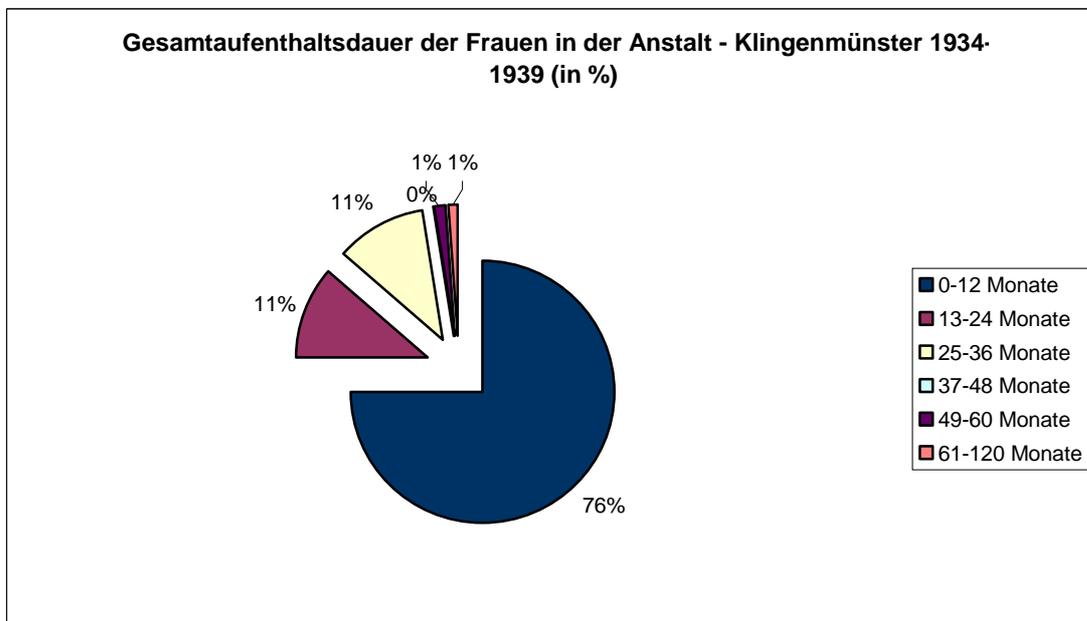


Diagramm 54: Prozentuale Verteilung der Gesamtaufenthaltsdauer der als schizophren diagnostizierten und zwangssterilisierten Frauen der Heil- und Pflegeanstalt **Klingenmünster** von 1934 bis 1939

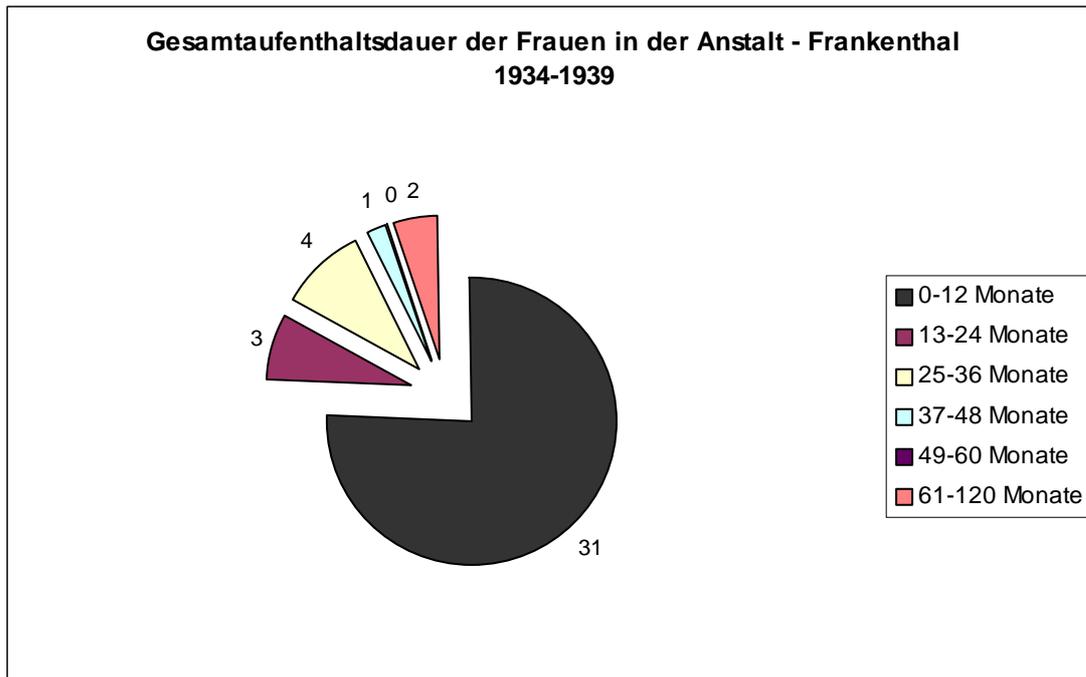


Diagramm 55: Gesamtaufenthaltsdauer der als schizophren diagnostizierten und zwangssterilisierten Frauen der Kreis-, Kranken- und Pflegeanstalt **Frankenthal** von 1934 bis 1939 (Absolute Zahlen)

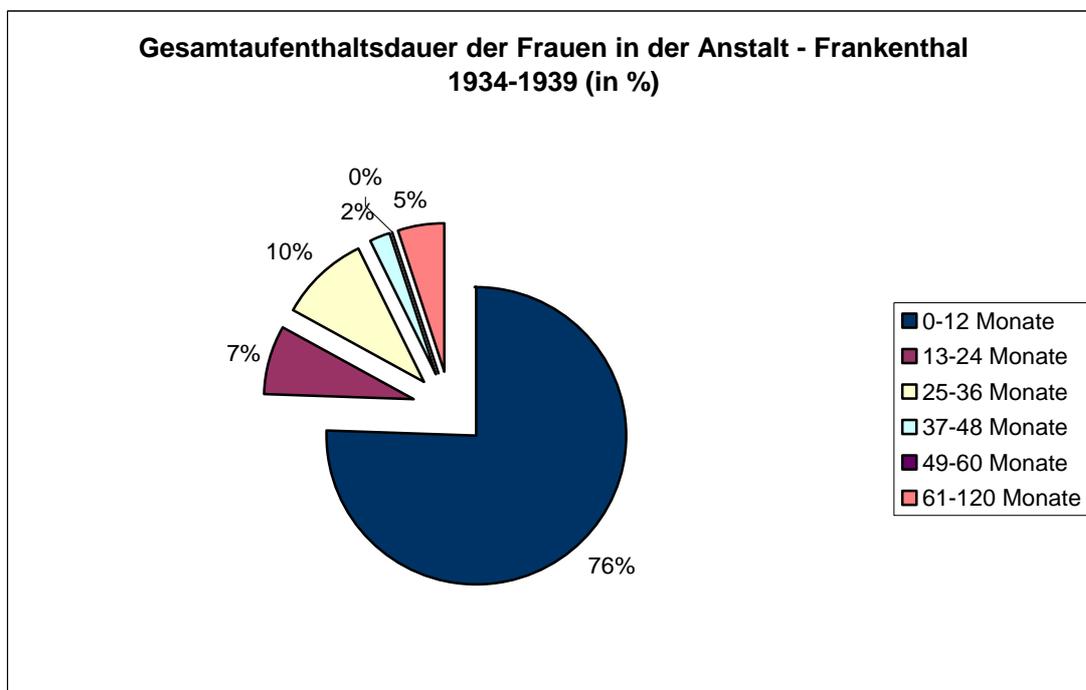


Diagramm 56: Prozentuale Verteilung der Gesamtaufenthaltsdauer der als schizophren diagnostizierten und zwangssterilisierten Frauen der Kreis-, Kranken- und Pflegeanstalt **Frankenthal** von 1934 bis 1939

In beiden Anstalten zeigte sich, dass bei den als schizophren diagnostizierten und dann zwangssterilisierten Patientinnen (in 76% der Fälle in Klingenmünster und in 76% der Frankenthaler Fälle) es zu einer Gesamtaufenthaltsdauer von wenigen Wochen bis zu zwölf Monaten in der Anstalt kommen konnte. Dann wurden die zwangssterilisierten Frauen in die Fürsorge ihrer Familie entlassen.

Nur 11% der Frauen in Klingenmünster und 7% in Frankenthal verblieben insgesamt bis zu zwei Jahre in der Anstalt, bis die Zwangssterilisation durchgeführt worden war und es zur Rückkehr in die Familie kam. Insgesamt scheinen die Handlungsoptionen der beteiligten Ärzte und Anstalten darauf abgezielt zu haben, bei den Frauen möglichst umgehend das GzVeN zur Anwendung zu bringen und damit eine baldige Entlassung in die Fürsorge der Familie zu erreichen.

Längere Anstaltsaufenthalte von 25 bis 36 Monaten lagen nur bei 11% der Frauen in Klingenmünster und 10% der Frauen in Frankenthal vor.

Die nationalsozialistisch geprägte Medizinideologie verlangte eine Veränderung des beruflichen Selbstverständnisses der Mediziner.

Es ging weder um die Behandlung des Kranken und seine Stabilisierung, vielmehr traten rassistische Aspekte durch eine schnelle Sterilisierung und ökonomische Gesichtspunkte durch die schnelle Rückführung der Frauen in die Fürsorge ihrer Ehemänner oder Eltern in den Vordergrund. „Nicht der leidende Einzelmensch, sondern der sogenannte Volkskörper sollte im Mittelpunkt ärztlichen Handelns stehen. Aus dem Arzt des Individuums muss der Arzt der Nation werden“ (Bauer et al., 1938).

11.1.3 Statistische Auswertung der Antragsteller

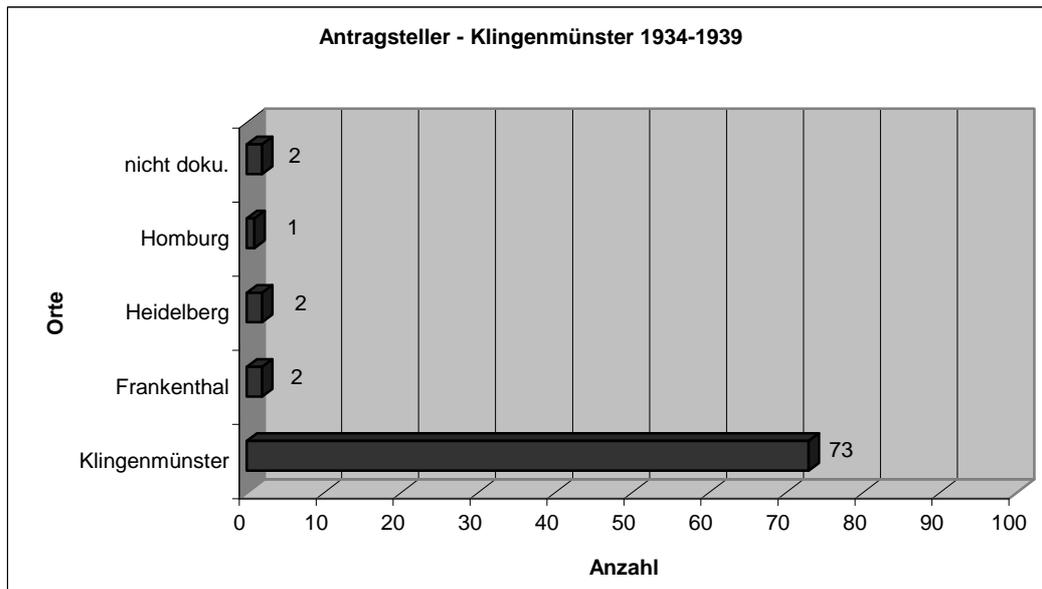


Diagramm 55: Die Antragsteller für die Zwangssterilisation der als schizophren diagnostizierten Frauen der Heil- und Pflegeanstalt **Klingenmünster** von 1934 bis 1939 (Absolute Zahlen)

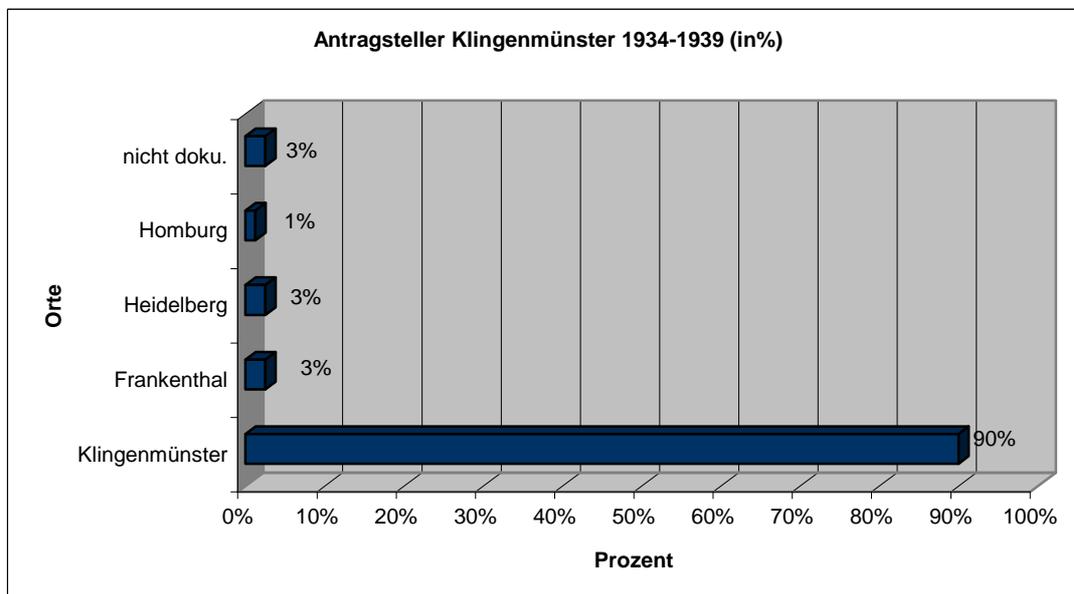


Diagramm 56: Prozentuale Verteilung der Antragsteller für die Zwangssterilisation der als schizophren diagnostizierten Frauen der Heil- und Pflegeanstalt **Klingenmünster** von 1934 bis 1939

Allen ausgewerteten Krankenakten zufolge wurde die Antragstellung zur Unfruchtbarmachung durch den jeweiligen Anstaltsleiter vorgenommen. In keiner Krankenakte ist ein Widerspruch seitens der Patientinnen oder ihrer Angehörigen gegen das eingeleitete Verfahren dokumentiert.

Bei den Krankenakten der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster wurden in 90% der Fälle der Antrag zur Unfruchtbarmachung durch den Anstaltsleiter gestellt. Jeweils 3% wurden durch die Anstaltsleiter von Frankenthal bzw. Heidelberg und 1% der Fälle durch den Anstaltsleiter von Homburg gestellt, was durch eine Verlegung der Patientinnen begründet war. In 3% der Fälle war der Antragsteller nicht dokumentiert, obwohl in der Krankenakte ein Vermerk über die Durchführung einer Zwangssterilisation zu finden war.

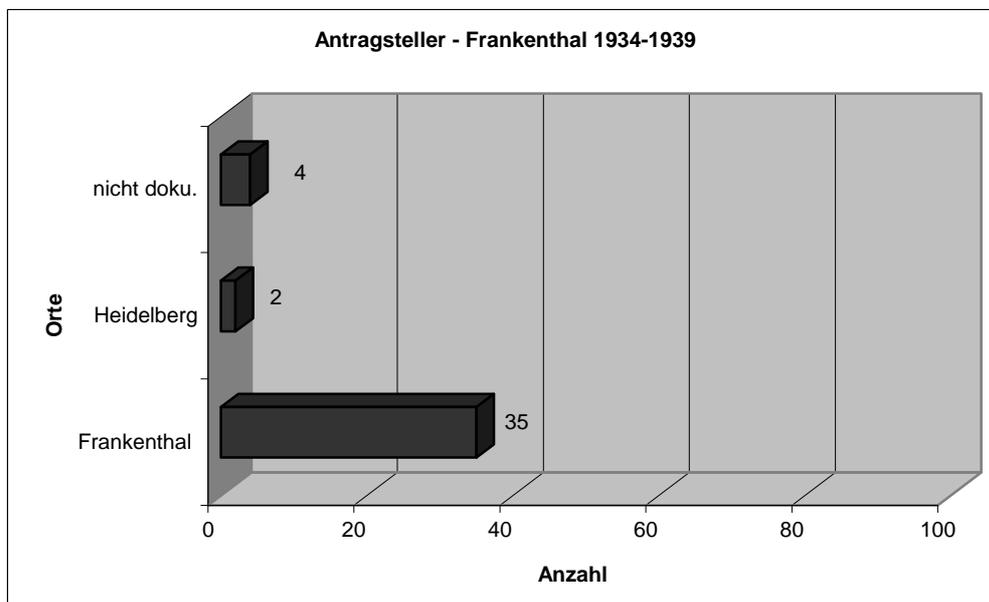


Diagramm 57:

Die Antragsteller für die Zwangssterilisation der als schizophren diagnostizierten Frauen der Kreis-, Kranken- und Pflegeanstalt **Frankenthal** von 1934 bis 1939 (Absolute Zahlen)

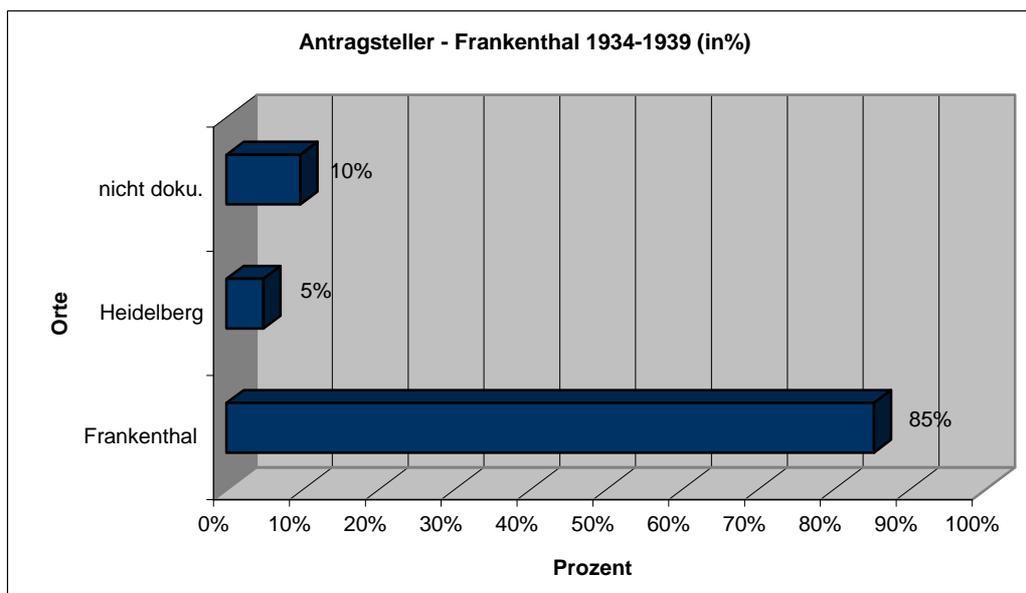


Diagramm 58: Prozentuale Verteilung der Antragsteller für die Zwangssterilisation der als schizophrenen diagnostizierten Frauen der Kreis-, Kranken- und Pflegeanstalt **Frankenthal** von 1934 bis 1939

Die untersuchte Stichprobe zeigt, dass in 85 Prozent der Fälle die Antragsstellung von dem ärztlichen Leiter der Kreis-, Kranken- und Pflegeanstalt Frankenthal vorgenommen wurde. 5% der Anträge wurden vor der Verlegung nach Frankenthal vom Anstaltsleiter der Heidelberger Psychiatrischen Klinik gestellt, bei 10% der bearbeiteten Krankenakten war der Antragsteller nicht dokumentiert.

In keiner der Patientenakten fand sich eine Dokumentation, dass eine Anstaltsinsassin selbst einen Antrag auf Sterilisation gestellt hätte.

Die erste Durchführungsverordnung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses sah nämlich vor, „dass die Sterilisation von Patienten, die dauernd anstaltsbedürftig waren“ (Gütt et al., 1934) oder „sich auf eigene Kosten in eine geschlossenen Anstalt aufnehmen ließen“, (Gütt et al., 1934) für die Dauer ihre Aufenthaltes ausgesetzt werden konnte. „Ein fortpflanzungsfähiger „Erbkranker“ durfte nur dann aus der An-

stalt entlassen oder beurlaubt werden, wenn dieser vorher unfruchtbar gemacht worden war" (Gütt et al., 1934).

Die Entlassung einer nichtsterilisierten Patientin wurde verweigert. So blieb den Frauen oft nichts anderes übrig, als ihre Sterilisation abzuwarten oder sie selbst gar zu beantragen (Bock, 1986), was allerdings in keiner der untersuchten Krankenakten gefunden werden konnte.

11.2 Dokumentation der Antragstellung

In der hier zu untersuchenden Stichprobe war in der Zeit von 1934 bis 1939 in beiden Anstalten keine Antragstellung mit dem gesetzlich vorgeschriebenen Antragsformular (Nr. 138 - Tag der Ausgabe: Berlin, den 7. Dezember 1933 /1025) dokumentiert.

Individuell von der Heilanstalt angefertigte Antragsformulare fanden sich in 25% der Krankenakten aus Klingenmünster und in 2% der Krankenakten aus Frankenthal. Für 41% (Klingenmünster) und 49% (Frankenthal) der als schizophren diagnostizierten und dann zwangssterilisierten Frauen war generell in den Akten keine Antragstellung durch die zuständigen Ärzte bzw. den Anstaltsleiter vorhanden. Formlos, d.h. weder den gesetzlichen Vorgaben entsprechend noch auf individuell angefertigten Antragsformularen, erfolgten in Klingenmünster 34% und in Frankenthal 49% der Anträge auf Unfruchtbarmachung. Offensichtlich wurden die vorgegebenen gesetzlichen Vorschriften hinsichtlich der Antragstellung von der Anstaltsleitung nicht umgesetzt. Unbeantwortet muss die Frage bleiben, ob die Anträge aus den Akten entnommen wurden.

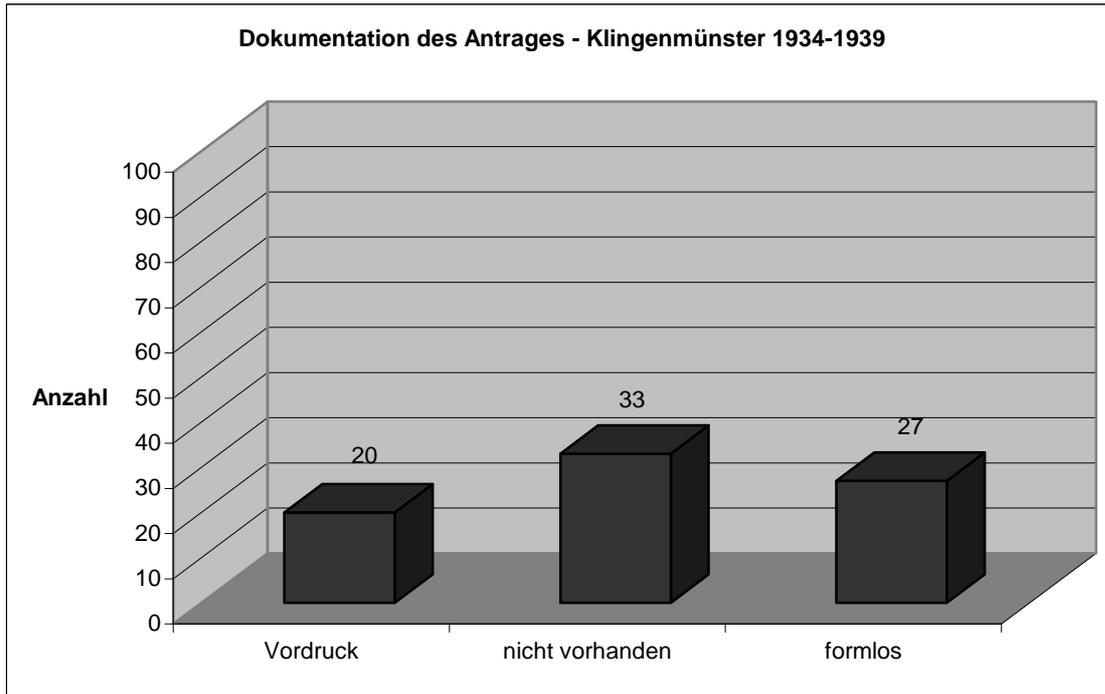


Diagramm 59: Dokumentation der Antragstellung in der Heil- und Pflegeanstalt **Klingenmünster** (absolute Zahlen)

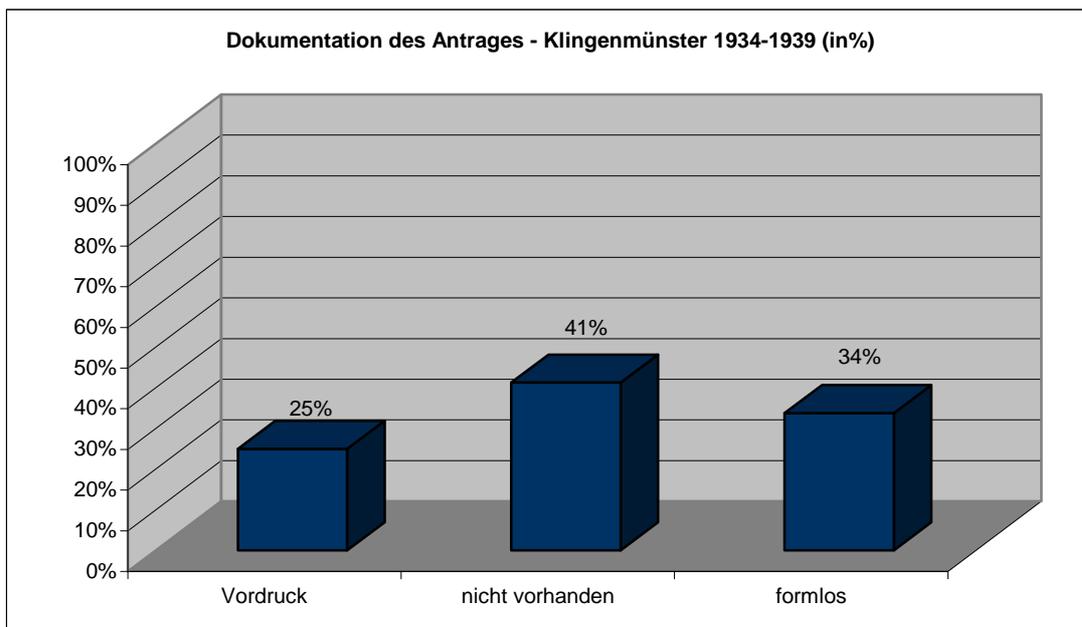


Diagramm 60: Prozentuale Verteilung der Dokumentation der Antragstellung in der Heil- und Pflegeanstalt **Klingenmünster** von 1934 bis 1939

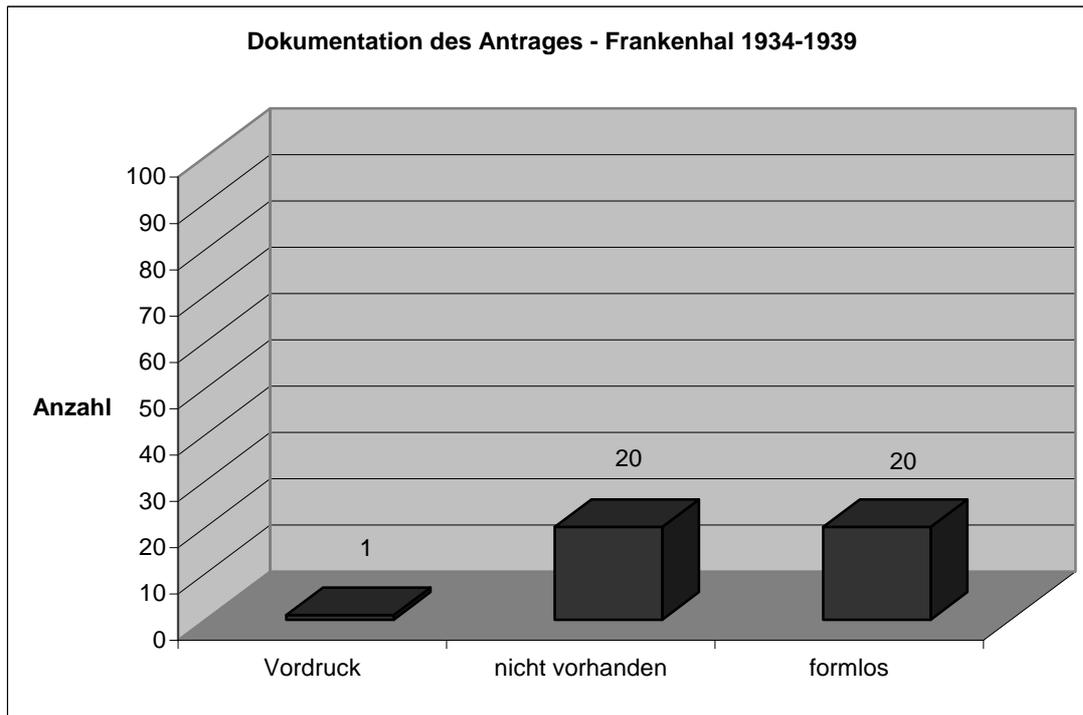


Diagramm 61: Dokumentation der Antragstellung in der Kreis-, Kranken- und Pflegeanstalt **Frankenthal** von 1934 bis 1939

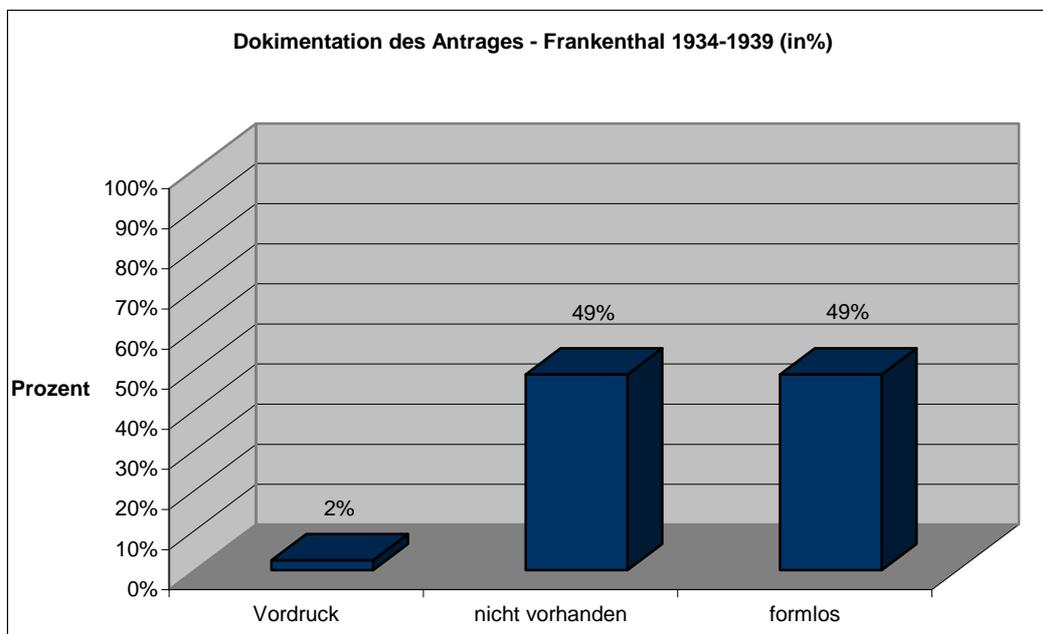


Diagramm 62: Prozentuale Verteilung der Dokumentation der Antragstellung in der Kreis-, Kranken- und Pflegeanstalt **Frankenthal** von 1934 bis 1939

12. Die Verfahrensweise vor dem Erbgesundheitsgericht und dem Erbgesundheitsobergericht

Die ersten sogenannten Erbgesundheitsgerichte hatten 1934 ihre Tätigkeit aufgenommen und waren den Amtsgerichten angegliedert. Zusammengesetzt waren die Erbgesundheitsgerichte mit

- einem Amtsrichter,
- einem Amtsarzt und
- einem Arzt, der mit der Erbgesundheitslehre besonders vertraut war (§6 GzVeN).

„Das Erbgesundheitsgericht hatte u.a. folgende Aufgaben wahrzunehmen:

- Persönliche Anhörung der „Erbkranken“
- Beschlussfassung mit einfacher Mehrheit
- evtl. Aussetzung des Verfahrens
- evtl. Anordnung, ein Gutachten zu erstellen
- evtl. endgültige Anordnung, ein Eheauglichkeitszeugnis auszustellen
- evtl. Anordnung auf Untersuchung der Fortpflanzungsfähigkeit“ (Koch, 1993).

Die Verfahren vor dem Erbgesundheitsgericht waren nicht öffentlich (§ 7 GzVeN). Häufig waren die Betroffenen gar nicht anwesend, ein Urteil wurde dann in Abwesenheit der Betroffenen ausgesprochen.

Eine Terminbenachrichtigung zur Verhandlung vor dem Erbgesundheitsgericht Frankenthal aus der Patientenakte von Frau E.M. aus dem Jahr 1935 zeigt die Diskrepanz zwischen einem offiziellen Gesetz und der „Geheimhaltung“ in seiner Umsetzung. Auf einem extra angefertigten Papierstreifen wurde die Terminbenachrichtigung mit dem Hinweis „auf strengstes Stillschweigen gegenüber dritten Personen“ versehen (siehe Dokument 13).

XIII. 4 30/35

Terminsbenachrichtigung.

Sie werden hiermit benachrichtigt, dass am

S a m s t a g , den 29. Juni 1935 ^{Machmittag} 3 Uhr

die mündliche Verhandlung über den Antrag auf Unfruchtbar-
machung gegen - Sie-

vor dem Erbgesundheitsgerichte bei dem Amtsgerichte Frankent-
thal **im Amtsgerichtsgebäude zu Ludwigshafen a. Rh.**

Wittelsbadstraße 10 - Sitzungssaal - Zimmer No. 110, I. Stock
~~im Sitzungssaal Zimmer 7 des Amtsgerichts Frankenthal~~

stattfindet.

Sie sind **n i e h t** verpflichtet zu diesem Termin zu
erscheinen, es ist Ihnen jedoch freigestellt, zum Termin sich
einzufinden, oder sich durch eine mit schriftlicher Voll-
macht versehene geschäftsfähige Person vertreten zu lassen.

Bei Wahrnehmung des Termins wird eine Entschädigung für
Reisekosten und Zeitversäumnis **n i e h t** gewährt.

Frankenthal, den 27. 6. 35

Geschäftsstelle des Erbgesundheitsgerichts

bei dem Amtsgerichte Frankenthal :

Handwritten signatures and notes:
L. H. ...
geb. ...
L. H. ...



Handwritten signature: ...

Es ist in Ihrem eigenen Interesse gelegen, über das an-
hängige Verfahren strengstes Stillschweigen gegenüber
dritten Personen zu bewahren.

Dokument 13

Wie Dokument 14 zeigt, tagte 1939 das Erbgesundheitsgericht
Zweibrücken nicht nur in den Räumen des Amtsgerichts, sondern
es wurden auch Verhandlungen in der Heil- und Pflegeanstalt
Frankenthal durchgeführt, vielleicht um aufwändige Fahrten der
Anstaltsinsassinnen zu vermeiden. Auch hier fallen wieder die

unklaren Anordnungen über die Notwendigkeit des Erscheinens der Patientin vor dem Erbgesundheitsgericht auf.

Geschäftsstelle des
Erbgesundheitsobergerichts.

Zweibrücken, den 13. April 1939

Wg. 55/39

Terminsbenachrichtigung.

In Sachen
betr. die Unfruchtbarmachung der Br. Pa., geb. 1905
in Lu., Stenotypistin,

ist Termin zur Verhandlung vor dem Erbgesundheitsober-
gericht bestimmt auf

Freitag, den 28. April 1939, nachm. 6 Uhr

~~im Sitzungssaal des in der Heil- u. Pflegeanstalt~~

~~Frankenthal.~~

Sie sind nicht verpflichtet in diesem Termin zu
erscheinen, es ist Ihnen jedoch freigestellt in dem Ter-
mine sich einzufinden. Reisekosten usw. werden nicht er-
stattet.

Das persönl. Erscheinen der Pa. ist angeordnet.

Kunig
~~Justizamtmann.~~
Kanzlei - Insp.

An

- Erl. Pa. Br. r, z.Zt. Heil und Pflegeanstalt Frankenthal,
- Frau Pa. Br. geb. R. in Lu, Brennerstr, 85
- die Direktion der Heil- und Pflegeanstalt Frankenthal,
- Herrn Bezirksarzt in Ludwigshafen.

Heil- u. Pflegeanstalt Frankenthal/Pfalz	
Datum:	15. APR. 1939
Tpt. i. r.	

Immer wieder - wie Dokument 15 zeigt - erfolgt der Hinweis auf die Geheimhaltung und Verschwiegenheit aller am Verfahren beteiligten Personen, obwohl sich alle doch auf ein geltendes Recht beziehen konnten.

Es wird darauf hingewiesen, dass nach § 15 des Gesetzes vom 14.7.1933 zur Verhütung erbkranken Nachwuchses alle an dem Verfahren beteiligten Personen zur strengsten Verschwiegenheit verpflichtet sind. Die Verletzung dieser Schweigepflicht wird mit Gefängnis bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft. Das gilt auch für diejenigen, die als Zeuge vernommen oder um eine schriftliche Auskunft ersucht werden. Um Rückgabe dieses Schreibens bei der Beantwortung wird ersucht.

Dokument 15

Wenn auch vereinzelt, so musste aufgrund der Aktenanalyse festgestellt werden, dass offensichtlich Bescheinigungen durch behandelnde Ärzte handschriftlich verändert wurden (siehe Dokument 16).

8700. 7. März 1934.

An den
Bezirksfürsorgeverband - Stadt
Kaiserslautern, Pfalz.

Anstaltsfürsorge für E. S. t.
geb. 27. III. 1916 zu Kaiserslautern.
- Zum Schr. vom 2. März 1934 A. -

Mit der Mutter unserer Patientin E. S. konnte am letzten Sonntag anlässlich des Besuches bei ihrer Tochter ^{persönlich} Rücksprache genommen werden. Frau S. war durch das ^{Rechnen} Vorhaben ihrer Tochter und die Erklärungen derselben ^{leicht} nicht davon zu überzeugen, dass die Äußerungen derselben krankhafter Art und diese noch bis auf weiteres anstaltsversorgungsbedürftig ist.

B. Z.V.
G. Z. Schick

Dokument 16

Diesem Schreiben vom 7. März 1934 folgte bereits am 19. April 1934 das Urteil des Erbgesundheitsgerichts Zweibrücken auf Unfruchtbarmachung mit der Aufforderung, den Eingriff binnen zwei Wochen im Krankenhaus Ludwigshafen vornehmen zu lassen (siehe Dokument 17).

Bezirksarzt Kaiserslautern.	Kaiserslautern, den 25.4.1934.
An	
Frl. E. Se t, geb. 27.3.1916 z.Zt. Heil-u. Pflegeanstalt K'lmünster.	
Betreff: Unfruchtbarmachung.	<p>Durch Entscheidung des Erbgesundheitsgerichtes Zweibrücken vom 19.4.1934 ist Ihre Unfruchtbarmachung endgültig beschlossen worden. Ich fordere Sie gem. Art. 6 der VO. zur Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 5.12.1933 (zu § 12 des Gesetzes vom 14.7.1933) hiermit auf, den Eingriff binnen 2 Wochen im Krankenhause Ludwigshafen/rhein vornehmen zu lassen.</p> <p>Der Beschluß des Erbgesundheitsgerichtes ist endgültig geworden. Die Unfruchtbarmachung kann auch gegen den Willen des Unfruchtbarzumachenden durchgeführt werden.</p>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Heil- u. Pflegeanstalt KLINGENMÜNSTER Eing. 27. April 1934 Nr. 824 Ref. Beil.</p> </div>	
	Bezirksarzt.

Dokument 17

Auch die im Beschluss (U.R. 720/34; Dokument 18) des Erbgesundheitsgerichts Frankenthal getroffene Behauptung einer Selbstanzeige der Anstaltsinsassin („Am 25.10.1934 beantragte El. S. ihre Unfruchtbarmachung wegen Schizophrenie. Diesem An-

trag hat sich am gleichen Tage der Leiter der Kreis-, Kranken- und Pflegeanstalt Frankenthal angeschlossen.") ist durch kein Dokument abgesichert (siehe Dokument 18).

U. R.
720/34

Beschluss

des Erbgesundheitsgerichts beim Amtsgerichte Frankenthal, erlassen am **13. November 1934** durch den Landgerichtsrat Dr. Savaète als Vorsitzenden sowie den **Stabsarzt der Landespolizei Dr. Eckel in Ludwigshafen a. Rh., und den prakt. Arzt Dr. Freiherr von Schnurbein in Grünstadt**, als Beisitzer in der Sache betreffend die Unfruchtbarmachung d **er Eli S**, Dienstmädchen in Ludwigshafen a. Rh., 1934, z. Zt. in der Kreis-Kranken- und Pflegeanstalt in Frankenthal.

- I. Die Unfruchtbarmachung d **er Eli S**, geb. am 19.8.1908 in M..., Tochter des He... und der M..., ta S..., geb. Bl..., lediges Dienstmädchen in Ludwigshafen a. Rh., 1934, z. Zt. in der Kreis-Kranken- und Pflegeanstalt in Frankenthal, wird **a n g e o r d n e t**.
- II. Die Kosten des gerichtlichen Verfahrens trägt die Staatskasse.

Gründe:

Am 25.10.1934 beantragte Eli S... ihre Unfruchtbarmachung wegen Schizophrenie. Diesem Antrag hat sich am gleichen Tage der Leiter der Kreis-Kranken- und Pflegeanstalt Frankenthal angeschlossen.

Ueber Geistes- oder Nervenerkrankungen in der Familie der E... ist nichts bekannt. Letztere ist körperlich nie ernstlich krank gewesen. In der Schule hat sie gut gelernt. Bis vor 2 Jahren war sie bei ihren Eltern, dann ging sie in Stellung. Etwa Mitte 1934 wurde sie plötzlich unruhig, erregt, verwirrt, auch gewalttätig, sie verkannte ihre Umgebung und hatte auch Vergiftungsideen. Seit 22.6.34 befindet sie sich in der Kreis-Kranken- und Pflegeanstalt in Frankenthal. Hier war sie von Anfang an desorientiert, völlig verwirrt, verkannte alle Personen und fiel auf durch ihre ratelose, ängstliche, auch depressive Stimmung. Erregungszustände wechselten mit Zeiten vollständiger Stumpfheit und Gleichgültigkeit. Sie hatte ausgesprochene Verfolgungs- und Vergiftungsideen, war öfter unrein und stand zeitweise unter dem Einfluss von Sinnestäuschungen. In der letzten Zeit hat sich ihr Zustand wesentlich gebessert.

An die Direktion der
Kreis-Kranken- und -Pflegeanstalt

Frankenthal

Nach dem Gutachten des Sachverständigen Dr. **Resch** leidet die Kranke an **Schizophrenie**, einer Erbkrankheit im Sinne des § 1 Abs. 2 Nr. 2 des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933. Diesem Gutachten, auf das Bezug genommen wird, schliesst sich das Erbgesundheitsgericht an.

Nach den Erfahrungen der ärztlichen Wissenschaft ist mit grosser Wahrscheinlichkeit zu erwarten, dass die Nachkommen der im fortpflanzungsfähigen Alter befindlichen Kranken an schweren geistigen Erbschäden leiden werden. Die Unfruchtbarmachung der Letzteren war daher gemäss § 1 Abs. 1 des Gesetzes anzuordnen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 13 Abs. 1 des Gesetzes.

Rechtsmittelbelehrung:

Gegen diesen Beschluss kann binnen einer Notfrist von einem Monat nach der Zustellung schriftlich oder zur Niederschrift der Geschäftsstelle des Erbgesundheitsgerichts Beschwerde eingelegt werden.

gez. Savate

Dr. Hekel

Dr. Freih. v. Schnurbein.

Der Gleichlaut vorstehender Ausfertigung mit der Urschrift wird hiermit bescheinigt.

Frankenthal, den 27. Nov. 1934 1934

Geschäftsstelle des Erbgesundheitsgerichts:

St. D.-Inspektor.

In den Krankenakten abgeheftete Laufbogen wiesen Vorgänge und Beschlüsse auf, ohne dass die dafür notwendigen Dokumente beigefügt waren. Damit zeigt sich immer wieder die Lückenhaftigkeit der Krankenaktenführung (siehe Dokument 19).

Laufbogen f. Dr. ... He.

6.10.1936 Krankengeschichte mit Antrag an
das Erbgesundheitsgericht Frankenthal gegeben.

6.10.36 Bez.Arzt Ludwigs-
hafen

6.10.36 Erbges.Gericht
Frankenthal.

17.11.1936 Verzichtserklärung auf das Rechtsmittel der Beschwerde gegen
den Beschluss unterschrieben vom Direktor an das Erbgesund-
heitsgericht Frankenthal gegeben.

*14. 10. 36 Nach Aufh. Verhandlung des Erbges. Gerichts
Frankenthal ist der Beschluss nicht erwirkt*

Dokument 19

„Eine zwangsweise Vorführung war bezeichnenderweise für den Gerichtstermin selbst nicht vorgesehen und kam in der Praxis selten vor. Häufig wurden die Prozesse auf der Grundlage von Akten und Krankengeschichten entschieden, und viele Kandidaten erhielten formularmäßige Nachricht:

„Ein Erscheinen zu dem Termine ist nicht erforderlich.“

„Manche glaubten, durch ihre Abwesenheit die Sterilisation hinausschieben oder abwenden zu können, andere bestanden auf Gehör, um die Sache zu ihren Gunsten zu beeinflussen“ (Bock, 1986).

Die Beschlussfassung erfolgte nach mündlicher Beratung und mit Stimmenmehrheit. Die Gründe für die Unfruchtbarmachung bzw. deren Ablehnung mussten in dem schriftlich verfassten Beschluss aufgeführt werden.

Der Beschluss sollte dann außer dem Betroffenen dem zuständigen Amtsarzt sowie dem Antragsteller (§ 8 GzVeN) zugestellt werden. Gegen die Beschlussfassung konnten die betroffenen Personen innerhalb eines Monats, ab Juni 1935 innerhalb von 14 Tagen, Beschwerde einlegen (§9 GzVeN). Über die Beschwerden hatten dann die Erbgesundheitsobergerichte, die den Oberlandesgerichten angegliedert waren, zu entscheiden. Die Entscheidung des Erbgesundheitsobergerichts war endgültig (§10 GzVeN). Die Betroffenen wurden dann von dem Amtsarzt aufgefordert, sich innerhalb von 14 Tagen in einem vorgegebenen Krankenhaus einzufinden. Der Eingriff konnte auch gegen ihren Willen durchgeführt werden.

Die oberste Landesbehörde bestimmte die Krankenhäuser und Ärzte, denen die Sterilisationen überlassen wurde.

Ausgeschlossen wurden Ärzte, die an dem Gerichtsverfahren oder der Antragstellung mitgewirkt hatten (§11 GzVeN).

12.1 Zeitfenster von der Antragsstellung bis zum Beschluss der Erbgesundheitsgerichte

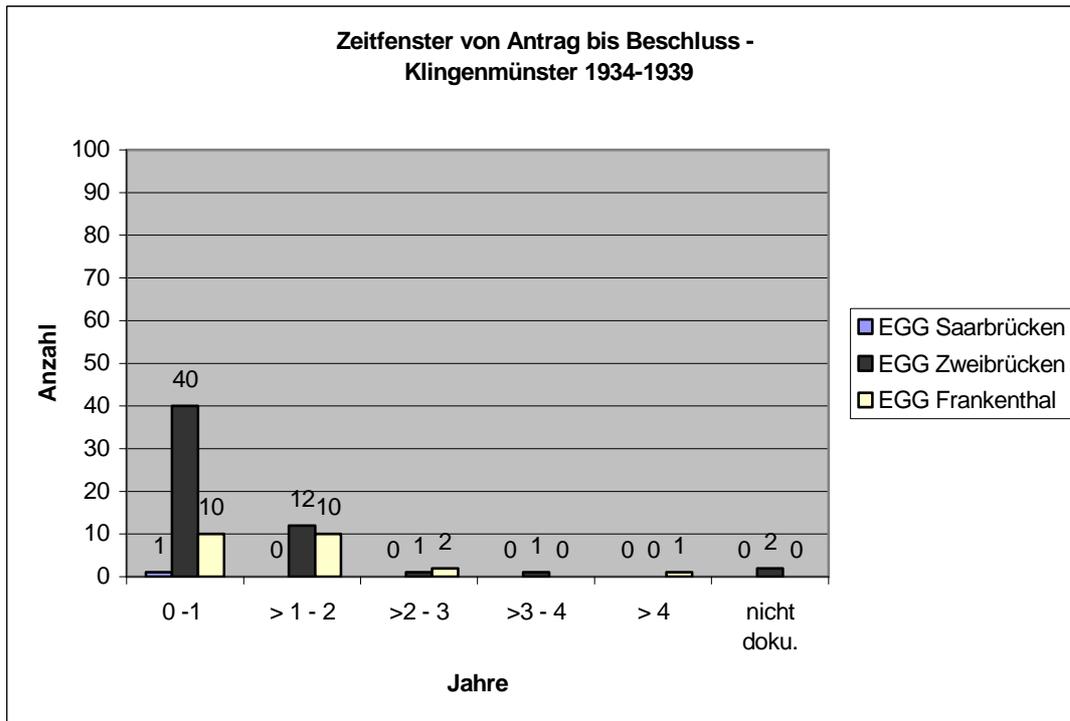


Diagramm 63: Zeitfenster von der Antragsstellung der Heil- und Pflegeanstalt **Klingenmünster** bis zum Beschluss des Erbgesundheitsgerichtes von 1934 bis 1939 (Absolute Zahlen)

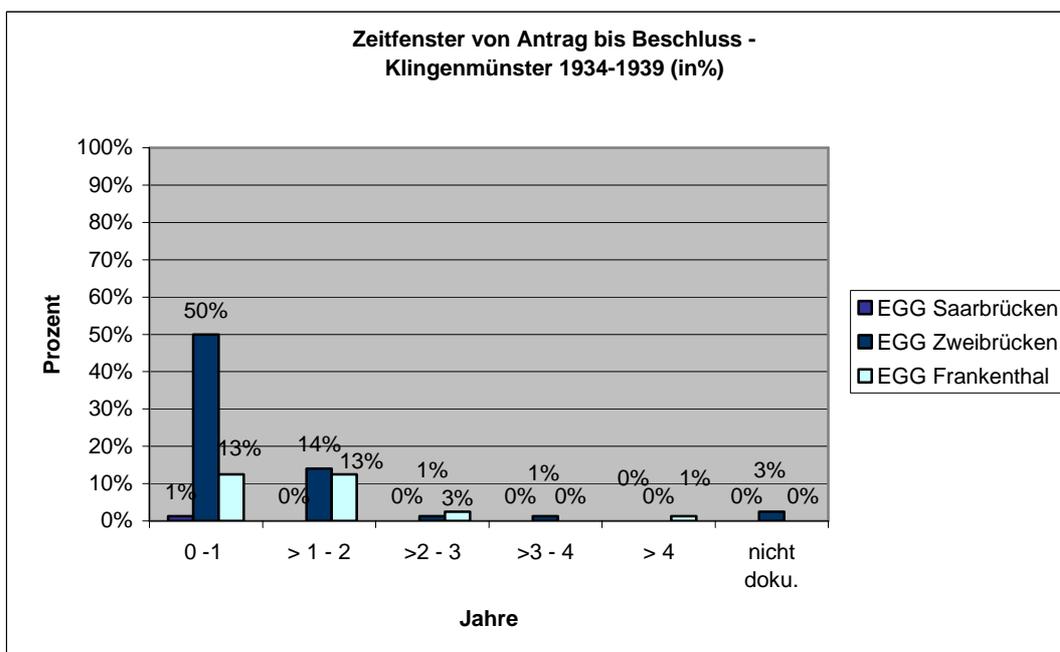


Diagramm 64: Prozentuale Verteilung der Zeit von der Antragsstellung der Heil- und Pflegeanstalt **Klingenmünster** bis zum Beschluss des Erbgesundheitsgerichtes von 1934 bis 1939

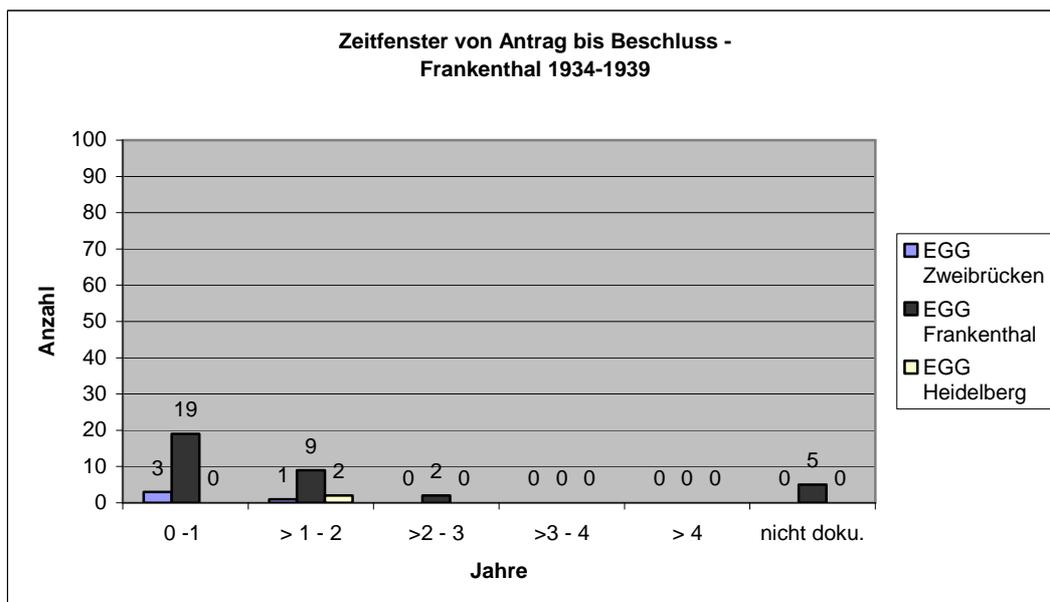


Diagramm 65: Zeitfenster von der Antragstellung der Kreis-, Kranken- und Pflegeanstalt **Frankenthal** bis zum Beschluss des Erbgesundheitsgerichtes von 1934 bis 1939 (Absolute Zahlen)

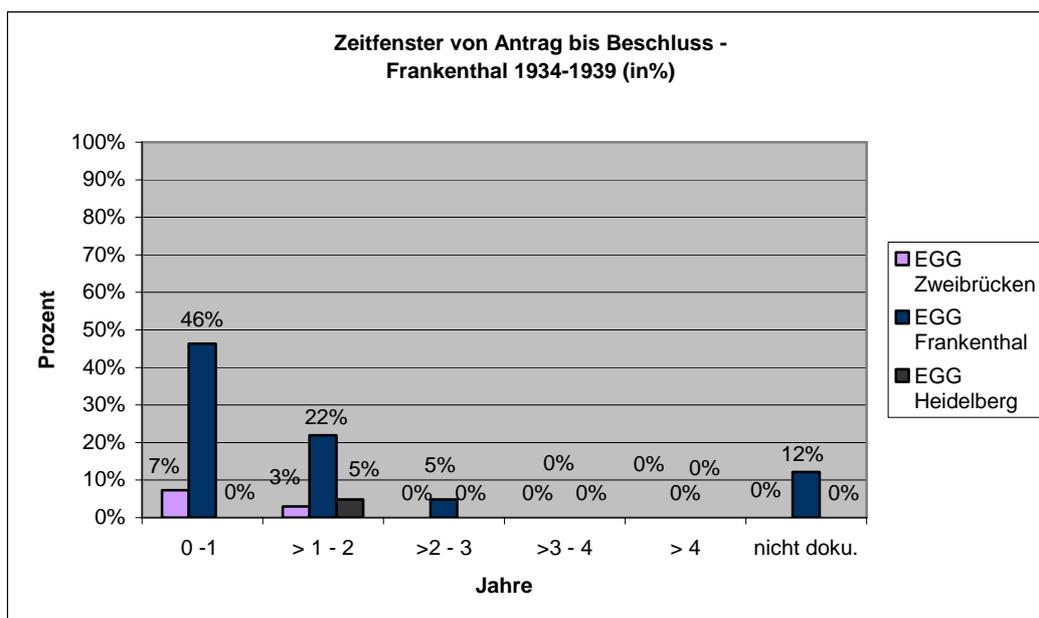


Diagramm 66: Prozentuale Verteilung der Zeit von der Antragsstellung bis zum Beschluss des Erbgesundheitsgerichtes von 1934 bis 1939 an der Kreis-, Kranken- und Pflegeanstalt **Frankenthal**

In den Jahren von 1934 bis 1939 wurden die Erbgesundheitsgerichte dann aktiv, wenn ihnen ein Antrag auf Unfruchtbarmachung von den Anstalten bzw. dem Anstaltsleiter vorlag. Die Zeitspanne zwischen Antragsstellung und der Gerichtsver-

handlung bzw. dem damit verbundenen Urteil dokumentiert sich bei den Patientinnen der Heilanstalt Klingenmünster wie folgt:

In 50% der als schizophrenen diagnostizierten Frauen war das Erbgesundheitsgericht Zweibrücken zuständig. Die Zeitspanne zwischen der Antragstellung und dem Beschluss des Erbgesundheitsgerichtes betrug ein bis zwölf Monate.

Bei 14% der Fälle lagen 12 bis 24 Monaten zwischen Antragstellung und Urteil des Erbgesundheitsgerichtes Zweibrücken.

Für die Patientinnen, für die das Erbgesundheitsgericht Frankenthal zuständig war, kam es nach der Antragstellung in 13% der Fälle innerhalb von einem Monat bis zu zwölf Monaten zu einem Urteil. 6% der Vorgänge erstreckten sich über einen Zeitraum von zwei bis vier Jahren.

Für die Anträge der Heilanstalt Frankenthal war überwiegend das Erbgesundheitsgericht (EGG) Frankenthal zuständig.

Bei 46% der Patientinnen lag zwischen der Antragstellung und dem Urteil des EGG Frankenthal ein Zeitraum von einem Monat bis zu zwölf Monaten. Bei 7% der als schizophrenen diagnostizierten Frauen wurde das Urteil vom Erbgesundheitsgericht Zweibrücken in diesem Zeitfenster gefällt. 22% der Frauen erhielten nach 12 bis 24 Monaten das Urteil vom EGG Frankenthal (3% vom EGG Zweibrücken und 5% vom EGG Heidelberg).

12% der Krankenakten waren so lückenhaft, dass eine Auswertung hinsichtlich des oben beschriebenen Zeitfensters nicht möglich war.

Die Entscheidung des Erbgesundheitsgerichtes wurde durch den Bezirksarzt der Patientin schriftlich übermittelt (siehe Dokument 20). Ein solches offizielles Dokument fand sich jedoch nur vereinzelt in den Krankenakten.

Bezirksarzt Kaiserslautern.

Kaiserslautern, den 25.4.1934.

An

Frl. E. Schmidt, geb. 27.3.1910
z.Zt. Heil-u. Pflegeanstalt Klingenmünster.

Betreff: Unfruchtbarmachung.

Heil- u. Pflegeanstalt KLINGENMÜNSTER	
Eing. 27. April 1934	Nr. 804
Ref.	Beil.

Durch Entscheidung des Erbgesundheitsgerichtes Zweibrücken vom 19.4.1934 ist Ihre Unfruchtbarmachung endgültig beschlossen worden. Ich fordere Sie gem. Art. 6 der VO. zur Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 5.12.1933 (zu § 12 des Gesetzes vom 14.7.1933) hiermit auf, den Eingriff binnen 2 Wochen im Krankenhaus Ludwigshafen/rhein vornehmen zu lassen.

Der Beschluß des Erbgesundheitsgerichtes ist endgültig geworden. Die Unfruchtbarmachung kann auch gegen den Willen des Unfruchtbarzumachenden durchgeführt werden.

Müller

Bezirksarzt.

12.2 Antragsbefürwortung bei Minderjährigen

1934 wurde eine als schizophren diagnostizierte Minderjährige der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster zwangssterilisiert.

Die nachstehende Ausfertigung vom Beschluss des Erbgesundheitsgerichtes Zweibrücken vom 21. April 1934 zeigt die grobe Nachlässigkeit und die unkritische Übernahme des ärztlichen Gutachtens seitens der Richter (Dokument 21 auf den folgenden Seiten).

Der folgende Auszug aus dem Dokument (mit Unterstreichungen der relevanten Stelle) verdeutlicht dies:

„Der Antrag ist auch sachlich begründet. Aus dem ärztlichen Gutachten hat das Gericht die Überzeugung gewonnen, dass die S. E. (geb. am 26. März 1916) seit 1919 an Schizophrenie leidet.

Der Vater ist Trinker. Ein Bruder des Vaters leidet an multipler Sklerose.

Die Geisteskrankheit begann allmählich. Die S. wurde leicht reizbar. Am 14. Januar 1934 äußerte sie Wahnideen, Angstzustände. Sie halluzinierte, war nicht mehr richtig orientiert; glaubte, man wolle sie vergiften. Am 18. Januar 1934 verweigerte sie die Nahrung. Es zeigen sich Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen (Verfolgungsideen). Die S. ist erbkrank im Sinne des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. Sie ist noch fortpflanzungsfähig.“

Von ärztlicher Seite wurde damit postuliert, dass die schizophrene Erkrankung im dritten Lebensjahr ausgebrochen sei.

In der nichtöffentlichen Verhandlung wurde diesbezüglich weder von dem anwesenden Amtsgerichtsarzt, dem Bezirksarzt, noch von dem Medizinalrat oder von den an der Verhandlung beteiligten Juristen Widerspruch erhoben.

Ausfertigung

34.

des Erbgesundheitsgerichts Zweibrücken, erlassen in der nichtöffentlichen Verhandlung vom 19. April 1934 durch Amtsgerichtsrat Wust als stellv. Vorsitzenden und die Beisitzer Landgerichtsrat und Bezirksarzt Dr. Nechs und Medizinalrat Dr. Grüber, beide in Zweibrücken,

in Sachen
So , geb. 1916 zu Kaiserslautern, z.Z. in Klingemünster

wegen Unfruchtbarmachung.

Die Er So , wohnhaft in Kaiserslautern, zur Zeit in der Heil- und Pflegeanstalt Klingemünster, geb. am 27. März 1916 zu Kaiserslautern, Tochter von La So , Fuhrmann und Ev geb. ist unfruchtbar zu machen.

Gegen diesen Beschluss ist Beschwerde zulässig. Diese ist innerhalb der Frist von einem Monat nach Zustellung des Beschlusses schriftlich oder zur Niederschrift der Geschäftsstelle des Erbgesundheitsgerichts einzulegen.

Gründe:

Der Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Klingemünster in der sich die So zur Zeit befindet, hat Antrag gestellt, die So wegen Schizophrenie unfruchtbar zu machen. Die So ist noch minderjährig und gesetzlich vertreten durch ihren vorgenannten Vater. Die formalen Voraussetzungen für die Zulassung des Antrags sind gegeben (§§ 2 ff. des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses).

Gegen die Zuständigkeit des Erbgesundheitsgerichts bestehen keine Bedenken (§ 5 i.o., § 13 CPO. und § 7 BGB.).

Der Antrag ist auch sachlich begründet. Aus dem ärztlichen Gutachten hat das Gericht die Überzeugung gewonnen das die ~~HELMHUT~~ seit 1919 an Schizophrenie leidet. Der Vater ist Trinker. Ein Bruder des Vaters leidet an multipler Sklerose. Die Geisteskrankheit begann allmählich. Sie wurde leicht reizbar. Am 14. Januar 1934 äußerte sie Wahnideen, Angstzustände. Sie halluzinierte, war nicht mehr richtig orientiert; glaubte, man wolle sie vergiften. Am 18. Januar 1934 verweigerte sie die Nahrung. Es zeigten sich Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen (Verfolgungsideen). Die ~~S.~~; ist erbkrank im Sinne des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. Sie ist noch fortpflanzungsfähig.

Handwritten signatures and notes:
 N. N. N. N. N. N. N. N.

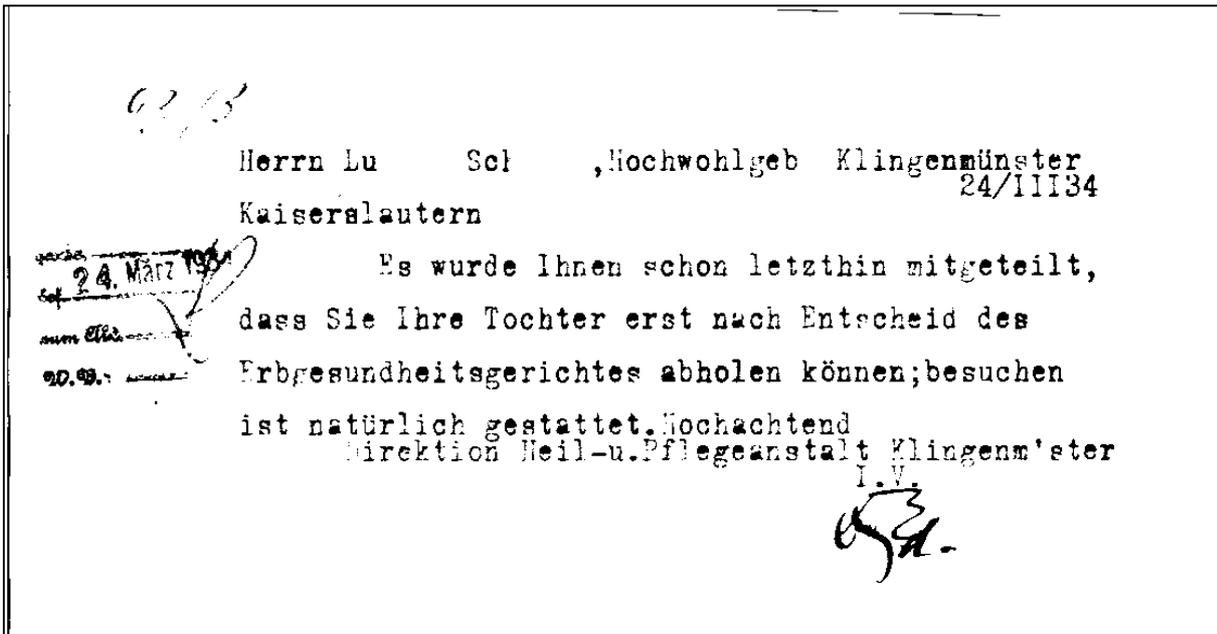
Zur Beglaubigung

Zweibrücken, den **21. April 1934**

Der Urkundsbeamte der Geschäftsstelle



Handwritten signature of the official.



Dokument 22

Von Seiten der Heilanstalt wurde der Vater der minderjährigen Patientin auf das Besuchsrecht hingewiesen und gleichzeitig wurde ihm mitgeteilt, dass eine Rückkehr seiner Tochter in die Familie erst nach Entscheid des Erbgesundheitsgerichtes und der damit verbundenen Verurteilung und Zwangssterilisation möglich sei (siehe Dokument 22).

12.3 Begründungen der Urteile

In den Urteilsbegründungen wurde immer wieder Bezug auf die Krankengeschichte und den „bei den Akten befindlichen Stammbaum“ genommen (siehe Dokument 23).

Auffallend ist, dass sich bei allen untersuchten schizophrenen Frauen kein einziger Stammbaum in der Krankenakte befand.

U. R. 805/34.

Ausfertigung Beschluss

des Erbesundheitsgerichts beim Amtsgerichte Frankenthal
lassen am **21. Dezember 1934** durch den Landgerichtsrat
Dr. Savaète als Vorsitzenden sowie den **Bezirksarzt Dr. Weiss in
Frankenthal**, und den **prakt. Arzt Dr. Freiherr v. Schwarze in
Grünstadt**,

als Beisitzer
betreffend die Unfruchtbarmachung der **Ka. M. geb. B.**
in Schwegenheim No. 206 v. Lt. in der Heil- und Pflegeanstalt Klingen-
münster, vertr. durch ihren Ehemann **Adolf B. als Pfleger**,

Handwritten notes:
Ka. M. geb. B.
geb. B.
2. St. Halb- u.
Klingenmünster

I. Die Unfruchtbarmachung der **Ka. M. geb. B.**
am **10.4.1901** in Oberpfeffstadt, Tochter der **Ka. M.**
ler, verheiratet in **...**
geanstalt Klingenmünster, wird **...**

II. Die Kosten des gerichtlichen Verfahrens trägt die Staats-
kasse.

Gründe:

Am **14.11.34** beantragte der Leiter der psychiatrisch-neuro-
logischen Klinik Heidelberg die Unfruchtbarmachung der **Frau Ka. M.**
wegen Schizophrenie. Letztere kommt aus einer erblich be-
lasteten Familie. In dieser Beziehung wird auf das bei den Akten
befindlichen Stammbaum verwiesen. **Frau Ka. M.** hat eine nor-
male Entwicklung durchgemacht. In der Schule war sie immer unter
den ersten. Mit **23 Jahren** heiratete sie. Die Ehe ist bis jetzt kin-
derlos geblieben. Bis **März 1934** wohnte sie mit Verwandten des Man-
nes zusammen, mit denen es oft zu Streit und Auseinandersetzungen
kam. Hierüber regte sich **Frau Ka. M.** sehr auf. Auch der Um-
zug in ihre jetzige Wohnung, bei dem sie sich überanstrengte, verur-
sachte ihr Aufregungen. Seit dieser Zeit trat eine psychische
Veränderung bei ihr auf. Sie wurde übertrieben fromm, machte sich
viel Selbst-Vorwürfe, wurde auffallend still u. zurückgezogen, ängst-
lich und ratlos und litt an Wahnideen.

Vom **28.10.34** bis **3.12.34** war sie in der psych.-neurolog. Kli-
nik Heidelberg untergebracht. Seit **3.12.34** befindet sie sich in
der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster.

Wie sich aus der Krankengeschichte der Klinik in Heidelberg ergibt,

leidet die Kranke an **Schizophrenie** einer Erbkrankheit im Sinne des § 1 Abs. 2 Nr. 2 des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933. Diesem Gutachten auf das Bezug genommen

wird, schliesst sich das Erbgesundheitsgericht an.

Nach den Erfahrungen der ärztlichen Wissenschaft ist mit grosser Wahrscheinlichkeit zu erwarten, dass die Nachkommen der im fortpflanzungsfähigen Alter befindlichen Kranken an schweren geistigen Erbschäden leiden werden. Die Unfruchtbarmachung der Letzteren war daher gemäss § 1 Abs. 1 des Gesetzes anzuordnen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 13 Abs. 1 des Gesetzes.

Rechtsmittelbelehrung:

Gegen diesen Beschluss kann binnen einer Notfrist von einem Monat nach der Zustellung schriftlich oder zur

Niederschrift der Geschäftsstelle des Erbgesundheitsge-

richts Beschwerde eingelegt werden.

gez. Dr. Savate

Dr. Weiss

Dr. v. Schnitzler

Der Gleichlaut vorstehender Ausfertigung mit der Urschrift wird hiermit bescheinigt.

Frankfurt am Main, den 16. Jan. 1935

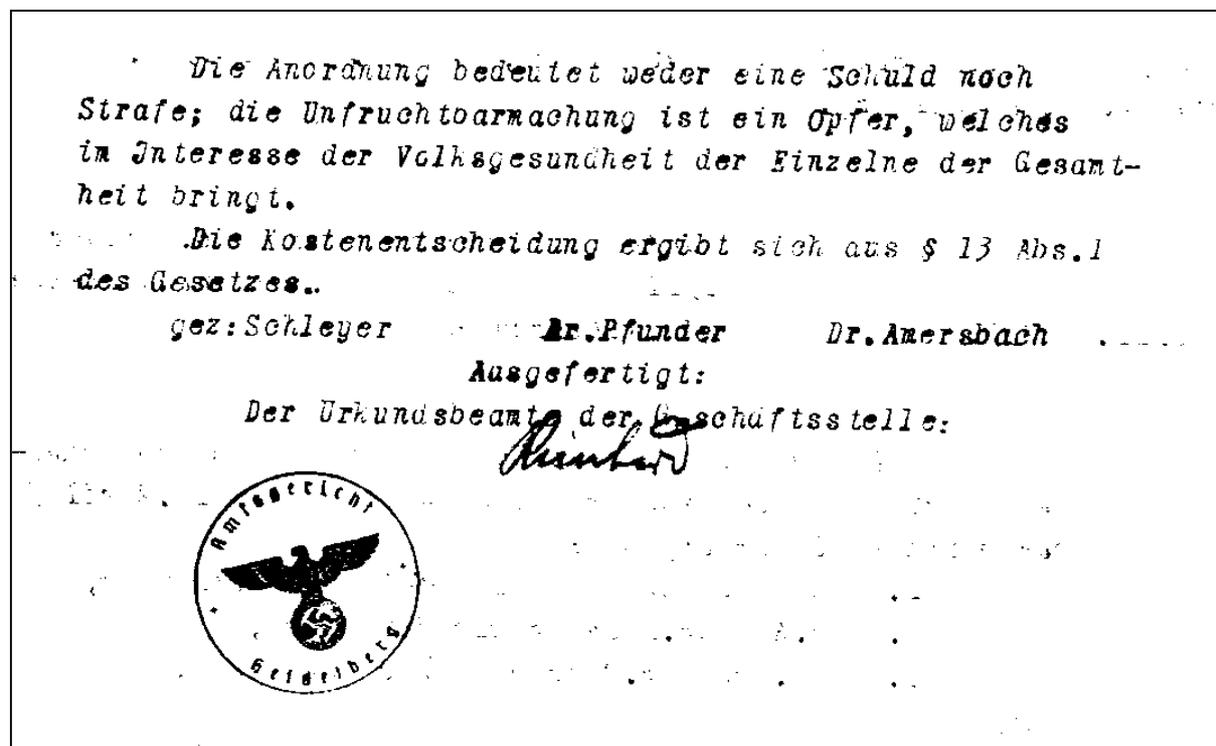
Geschäftsstelle des Erbgesundheitsgerichts



[Handwritten signature]

Hilf. D.-Inspektor

Mit den Ausfertigungen von Beschlüssen der Erbgesundheitsgerichte waren häufig Kommentare verbunden wie der in Dokument 24 wiedergegebene. Dies geschah vermutlich, um Proteste der verurteilten Frauen zu vermeiden und der Verurteilung eine andere psychologische Bedeutung zu geben.



Dokument 24

12.4 Aufforderung zur Sterilisation

Die Aufforderung zur Sterilisation, und damit die Unterbindung einer weiteren Fortpflanzungsfähigkeit der als schizophren diagnostizierten Frauen, erfolgte durch den Bezirksarzt. Dies geschah in Form einer kurzen schriftlichen Benachrichtigung mit dem Hinweis auf die Entlassung nach der Unfruchtbarmachung (siehe Dokument 25 und 26). Die Androhung von „unangenehmen Zwangsmaßnahmen“, sofern dem Urteil nicht Folge geleistet wurde, war Bestandteil der Sterilisationspolitik (siehe Dokument 27). Für die Zwangssterilisation der Patientinnen aus beiden Heilanstalten wurden spezielle Krankenhäuser benannt (Landau, Ludwigshafen, Heidelberg und Speyer).

7842

18. Jan. 1935
 vom 24.
 20. 21.

19/I 35

Herrn Bt

Schwegenheim Hs.Nr.206

Frau Bt

Wir teilen Ihnen mit, dass heute der Beschluss des Amtsgerichtes Frankenthal gekommen ist, dass Ihre Frau unfruchtbar gemacht worden ist. Sie müssen sich jetzt nur noch an den zuständigen Bezirksarzt wenden, dass dieser die Sterilisierung im Krankenhaus Landau beantragt. Mit deutschem Gruss. I.V.

Dokument 25

Bezirksarzt. Germersheim.

Germersheim, den 30. I. 1935.

Nr. 118.

An die

Direktion der Heil- und Pflegeanstalt Klingenstein.

Betr. Unfruchtbarmachung der K.

Bt., geb. Bre

geb. 19. 4. 1901 in Ob

. Ehefrau aus Schwegenheim.

Der Beschluss des Erbgesundheitsgerichts Frankenthal ist am 22. Januar 1935 endgiltig geworden.

Ich ersuche, die Operation baldmöglichst im städt. Krankenhaus ~~in~~ Landau ausführen zu lassen, da nach Angabe des als Pfleger aufgestellten Ehemannes die Entlassung aus der Anstalt zu erwarten ist.



Dokument 26

Bezirksarzt Dr. Roeder
Ludwigshafen a/Rh.
Mendelsohnstr. 1

Ludwigshafen a/Rh., den 5. Dez. 34.

Nr. 8166.....

~~Herrn~~ E. S
~~Frau~~ geb. am 19.8.08
Frä.

z. Zt. Frankenthal.....

Heil- u. Pflageanstalt.....

Gemäss dem Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses ist bei Ihnen die Unfruchtbarmachung beschlossen worden. Dieser Beschluss ist am 29. November 1934..... entgültig geworden. Ich ersuche Sie daher auf, sich bis spätestens 19. Dezember 1934 in das Städt. Krankenhaus Ludwigshafen a/Rh. (chirurgische Abteilung) zur Vornahme der Operation zu begeben. Zu gleicher Zeit mache ich Sie aufmerksam, dass der Eingriff auch gegen Ihren Willen vorgenommen werden wird. Es ist daher in Ihrem Interesse gelegen dieser Aufforderung unbedingt Folge zu leisten. Sie vermeiden dadurch für Sie unangenehme Zwangsmassnahmen. Das Städt. Krankenhaus ist verständigt.



Bezirksarzt.

Eingeschrieben gegen Rückschein.
Abschrift an das Städt. Krankenhaus.
Abschrift zum Akt.

Diagnose .. Schizophrenie.....
Akt d. Erbges. ger. Fr. thal Nr. 720/34

12.5 Ablehnung der Antragstellung durch die Erbgesundheitsgerichte

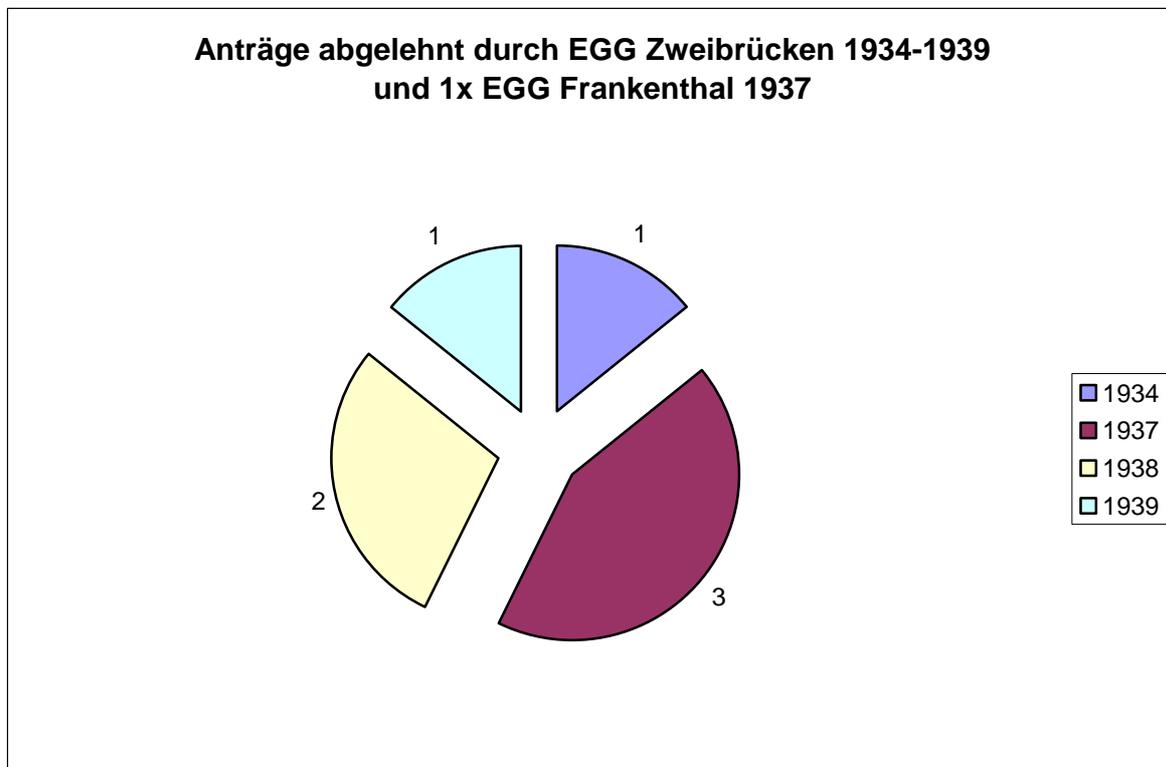


Diagramm 67: Antragsablehnung durch die Erbgesundheitsgerichte von 1934 bis 1939

Von den 121 Anträgen auf Unfruchtbarmachung in den Jahren 1934 bis 1939 wurden durch die beiden Erbgesundheitsgerichte insgesamt 7 Anträge abgelehnt: ein Antrag vom EGG Frankenthal im Jahr 1937. 6 Anträge vom Erbgesundheitsgericht Zweibrücken in den Jahren 1934, 1937, 1938 und 1939.

Paradigmen für die Ablehnung von Anträgen finden sich in den nachfolgenden Dokumentationen aus den jeweiligen Krankenakten (IIII 48/39, Dokument 28 und XIII 30/39, Dokument 29) der als schizophren diagnostizierten Frauen.

In Dokument 28 wird die Ablehnung des Antrages auf Unfruchtbarmachung damit begründet, „dass keine ausgeprägten Symptome

der Schizophrenie vorlagen" und eine Unklarheit in der Diagnose bestand:

„Es kann sich auch um eine endogene Erkrankung aus dem manisch-depressiven Formenkreis gehandelt haben.“

In der Ablehnung eines Antrages auf Unfruchtbarmachung durch den Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster, Dr. Edenhofer, im Jahr 1939 (Dokument 29) nennt das Erbgesundheitsgericht Frankenthal als Gründe, dass die Patientin „wegen äußerst ungünstigen Familienverhältnissen einen Nervenzusammenbruch bekommen habe“. Auch enthalte die Krankengeschichte der Heil- und Pflegeanstalt „keinerlei deutliche einwandfreie Symptome von Schizophrenie“.

XIII 48/39.

Ausfertigung

B e s c h l u s s .

Heil- u. Pflegeanstalt
KLINGENMÜNSTER
20.12.1940 Nr. 3564

Das Erbgesundheitsgericht Frankenthal hat in der nichtöffentlichen Sitzung vom 13. November 1940 im Amtsgericht in Ludwigshafen am Rhein unter Mitwirkung von Landgerichtsrat Zahn in Frankenthal als Vorsitzenden, Bezirksarzt Dr. Schmelz in Speyer am Rhein und prakt. Arzt Dr. Reiß in Frankenthal als Ärztlichen Beisitzern

in dem Verfahren betr. die Unfruchtbarmachung

der R o E , Tochter von E r S e r I und Ma A c n geboren am 7.12.1918 in He i b. La , dort f wohnhaft, verheiratet mit P e l E ,

b e s c h l o s s e n :

Der Antrag auf Unfruchtbarmachung wird abgelehnt.

Die Kosten trägt die Reichskasse.

G r ü n d e .

Der Direktor der Heilanstalt Klingenmünster hat am 14. Juni 1939 die Unfruchtbarmachung der E wegen Schizophrenie und das staatliche Gesundheitsamt Landau am 1.10.1940 die Fortsetzung des eingestellten Verfahrens beantragt.

Der Antrag ist formell zulässig, sachlich aber nicht begründet.

Auf Grund des Gutachtens des Medizinalrats Dr. Schmidt in Klingenmünster und des Direktors Prof. Dr. Schneider der psychiatrisch-neurologischen Klinik in Heidelberg vom 25.10.40 hat das Erbgesundheitsgericht heute nicht die Überzeugung erlangt, daß die Ehmer an Schizophrenie, also an einer Erbkrankheit im Sinne des § 1 des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses leidet.

Die Mutter der E : starb 1939 in depressivem Zustand. Auch gegen den Bruder der E r, R o : S e r , war ein Antrag auf Unfruchtbarmachung wegen Schizophrenie gestellt. Das Erbgesundheitsgericht Frankenthal hatte den Antrag abgelehnt, weil es sich um einen kurzen Schub während der Pubertätszeit handelte und außerdem keine ausgeprägten Symptome von Schizophrenie vorlagen.

Handwritten notes:
Soll
ganz
Mutter
Schizophrenie
1939

Die E. hatte im Anschluß an ein Wochenbett und Lungenentzündung eine Psychose, die rasch abklang. Im April 1939 wurde sie wieder auffällig, erregt, verwirrt, läppisch-heiter, zerfahren, nicht fixierbar.

Die Beobachtung im Oktober 1940 in Heidelberg ergab, daß keine Krankheitssymptome mehr vorlagen und daß volle Krankheitseinsicht besteht. Nach dem Gutachten kann es sich wohl um einen kurzfristigen schizophrenen Schub gehandelt haben. Doch sprechen auch verschiedene Anzeichen dagegen. Es kann sich auch um eine entogene Erkrankung aus dem manisch-depressiven Formenkreis gehandelt haben. Wahrscheinlicher ist aber eine symptomatische Psychose einer gegen äußere Schädigungen besonders empfänglichen Frau.

Auch das Erbgesundheitsgericht hält die Diagnose einer Erbkrankheit zur Zeit für nicht gegeben. Es ist also nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit anzunehmen, daß die Nachkommen an schweren geistigen Erbschäden leiden werden.

Der Antrag auf Unfruchtbarmachung war daher abzulehnen.

Rechtsmittelbelehrung:

Gegen diesen Beschluß kann binnen einer Monatsfrist von 14 Tagen nach der Zustellung schriftlich oder zur Niederschrift der Geschäftsstelle des Erbgesundheitsgerichts Beschwerde eingelegt werden.

Die Beschwerde kann auch bei dem Erbgesundheitsobergericht beim Oberlandesgericht in Zweibrücken schriftlich oder zur Niederschrift der Geschäftsstelle dieses Gerichts eingelegt werden.

ges. Zahn

Dr. Schmels

Dr. Reib

Der Gleichlaut vorstehender Ausfertigung mit der Urschrift wird hiermit bescheinigt.

Frankenthal, den 19. Nov. 1940 193

Geschäftsstelle des Erbgesundheitsgerichts:



J. H. Schubert

Heil- u. Pflegeanstalt	
KLINGENMÜNSTER	
12. April 1939	
Eng.	Nr. 230
Ref. 2	Bei.

Ausfertigung

XIII 30/39

zum Akt

Beschluss

des Erbgesundheitsgerichts beim Amtsgerichte Frankenthal,
 erlassen am 31. März 1939 durch den Landgerichtsrat Schöffling
 als Vorsitzender sowie den Bezirksarzt Dr. Schmelz in
 Bergzabern und den prakt. Arzt Dr. K. Berlet in Ludwigshafen/Rh.
 als Beisitzer,

in der Sache

betreffend die Unfruchtbarmachung der Mag. Or. geb.
 in Limb, Sp, geb., gesetzlich ver-
 treten durch ihren Ehemann Eu. Q., Kupferschmied in
 Li, Sp, als Pfleger.

*Su die Diction der
 Heil- und Pflegeanstalt
 Klingenmünster*

- I. Der Antrag auf Unfruchtbarmachung der Ma. O.
 geb. geb., am 10.7.1912 zu Nei
 Tochter des He und der Ke, Te geb. Se
 in Li, Sp, 95, wird abgelehnt.
- II. Die Kosten des gerichtlichen Verfahrens trägt die
 Staatskasse.

Gründe:

Am 26. Januar 1939 beantragte der Direktor Dr. Edenhofer
 der Heil- und Pflege-Anstalt Klingenmünster die Unfruchtbar-
 machung der Mag. Or. wegen Pfröpf-Schizophrenie.
Mag. O. und ihr Ehemann widersetzten sich dem Antrage, da
 eine Erbkrankheit nicht vorliege, die Ma. O. vielmehr
 wegen äusserst ungünstiger Familienverhältnissen einen Ner-
 venzusammenbruch bekommen habe.

Aus der Familiengeschichte der M. O. ist bemerkenswert,
 dass ihr Vater an Schizophrenie gelitten hat und

eine Schwester des Paters an manisch-melancholischer Psychose.
 Magd. O. hat als Kind Rippenfellentzündung und Keuchhusten
 durchgemacht. Sie besuchte zunächst die Normalschule, dann
 die Hilfsschule und wurde aus der Oberstufe der Hilfsschule
 entlassen. Ihre Schulleistungen waren gut. Nach der Schulab-
 lassung war sie bis zu ihrer Verheiratung als Hausgehilfin tä-
 tig. M. O. wohnte bei ihren Schwiegereltern. Sie hatte mit
 den Schwiegereltern, insbesondere mit ihrem Schwiegervater
 starke Differenzen und fand bei ihrem Manne geringe Unterstüt-
 zung. Im November 1938 wurde sie auffällig. Sie war erregt,
 sprang einmal im Nachthemd in die Stadt um Klage gegen die
 Schwiegereltern zu erheben. Es wechselten Erregungs- und Ver-
 stimmungszustände. Am 16.12.1938 wurde sie in die Heil- und
 Pflege-Anstalt Klingenmünster eingewiesen. Sie war in der
 Anstalt unruhig und erregt, klagte über Schmerzen am Hals,
 hatte 38,2 ° Fieber, die Tonsillen waren gerötet und vergrü-
 sert. Am 20.12.1938 schlug sie zwei Scheiben ein. Am 23.12.38
 erklärte sie, dass sie lebendige Stimmen hörte, nicht wusste
 wo diese Stimmen herkämen. Kurze Zeit später wurde M. O.
 wieder ruhiger und vernünftig. Am 23.1.1939 bestand noch eine
 geringe Rötung der Tonsillen. Nach dem Gutachten des Sachver-
 ständigen Dr. Schmidt leidet M. O. an Pfropf-Schizophrenie.

Das EGG. kann sich diesem Gutachten nicht anschließen.
 Bei der Exploration vor dem EGG. zeigten sich keinerlei Defekt-
 zustände schizophrener Art. Es konnte auch ein deutlicher Schwach-
 sinn nicht festgestellt werden. Die Krankengeschichte der Heil-
 und Pflege-Anstalt Klingenmünster zeigt keinerlei deutliche
 einwandfreie Symptome ^{schizophren} ~~schizophren~~. Es ist nicht ange-
 schlossen, dass M. O. 1, die von Haus aus eine etwas pscho-
 labile Persönlichkeit ist, an einer reaktiven Verstimmung ge-
 litten hat, die nach den Mitteilungen des Bürgermeisters aus-
 serordentlich ungünstige häusliche Verhältnisse hervorgerufen

~~was~~ und möglicherweise auch noch durch die fieberhafte Entzündung der Tonsillen beeinflusst war. Nach alledem erscheint eine Schisphrenie nicht mit der nötigen Sicherheit nachgewiesen, wenn auch ausserordentlich starke Verdachtsgründe dafür sprechen. Da bei M. Q. gegenwärtige Defektzustände nicht festzustellen sind, kann eine Obergutachten die Diagnose auch nicht mit der nötigen notwendigen Sicherheit klären.

Nach alledem war nicht mit der nötigen Sicherheit festzustellen, dass eine Erbkrankheit gemäss § 1 Abs. II Nr. 2 des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vorliegt.

Der Antrag auf Unfruchtbarmachung musste daher abgelehnt werden. Falls ^{die Fälle} weitergehende Symptome auftreten kann gemäss § 12 des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses die Wiederaufnahme des Verfahrens beantragt werden.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 13 Abs. I dieses Gesetzes.

Rechtsmittelbelehrung:

Gegen diesen Beschluss kann binnen einer Frist von 14 Tagen nach der Zustellung schriftlich oder zur Niederschrift der Geschäftsstelle des Erbgesundheitsgericht Frankenthal Beschwerde eingelegt werden.

Die Beschwerde kann auch bei dem Erbgesundheitsobergericht beim Oberlandesgericht Zweibrücken schriftlich oder zur Niederschrift der Geschäftsstelle dieses Gerichts eingelegt werden.

gez. Schäffling, gez. Dr. Schmelz, gez. Dr. K. Berlet.

12.6 Widerspruchsverfahren

In der hier zu untersuchenden Stichprobe von 121 als schizophren diagnostizierten und dann zwangssterilisierten Anstaltsinsassinnen wurde nur ein Widerspruch im Jahr 1937 vom Pfleger einer Anstaltsinsassin der Heil- und Pflegeanstalt Klingenstein erhoben. Der Widerspruch wurde drei Monate später vom Erbgesundheitsobergericht Zweibrücken abgewiesen. Die Zwangssterilisation wurde noch im gleichen Monat im Krankenhaus Landau durchgeführt. Warum ein Widerspruch seitens des Pflegers gegen die drohende Sterilisation erhoben wurde, lässt sich aufgrund fehlender Angaben in der Krankenakte nicht erschließen und somit auswerten.

In Bezug auf die hier untersuchte Stichprobe zeigt sich eine auffallend geringe Wahrnehmung der Beschwerdemöglichkeit durch die betroffenen Frauen, ihre Familienangehörigen oder bestellte Pfleger.

Offensichtlich fügten sich die verurteilten Frauen ohnmächtig dem Urteil und somit ihrem Schicksal.

12.7 Das Erbgesundheitsobergericht

Der Antragsteller, die betroffene Person selbst, ihr Pfleger oder der zuständige Amtsarzt konnten innerhalb von vier Wochen nach dem Urteil des Erbgesundheitsgerichts Beschwerde einlegen. Diese Zeitspanne wurde am 25. Juni 1935 auf zwei Wochen halbiert, um die Zahl der Widersprüche möglichst gering zu halten (Gütt et al., 1936). Das Erbgesundheitsobergericht entschied dann in zweiter und letzter Instanz. Das Urteil war für den Unfruchtbarzumachenden endgültig und wurde von einem Richter sowie „einem beamteten und einem nicht beamteten Arzt, der mit der Erbgesundheitslehre besonders vertraut sein sollte“, gefällt (Gütt et al., 1936).

„In der Praxis leitete das Erbgesundheitsobergericht zumeist keine eigenen Ermittlungen mehr ein, sondern beschränkte sich

auf eine nochmalige Überprüfung der bereits in der ersten Instanz vorgelegten Beweismittel. In Einzelfällen beantragte das Erbgesundheitsobergericht jedoch eine erneute Begutachtung des „Probanden“ durch Sachverständige“ (Braß, 2004).

Dokument 30 weist auf einen Beschluss des Erbgesundheitsobergerichts Zweibrücken in einer nichtöffentlichen Sitzung vom 28. April 1939 hin.

Darin nehmen Oberlandesgerichtsrat Dr. Kiesel, Bezirksarzt Dr. Baer und der praktische Arzt Dr. Jung Bezug auf die bereits dem Erbgesundheitsgericht vorgelegten Symptombeschreibungen der Schizophrenie. Offensichtlich wurde die zur Zwangssterilisation verurteilte Patientin weder selbst gehört, noch wurde ein ärztliches Obergutachten erstellt.

Beschluss

Das Erbgesundheitsobergericht bei dem Oberlandesgericht Zweibrücken hat in nichtöffentlicher Sitzung vom 28. April 1939, abgehalten im Amtsgerichtsgebäude zu Frankenthal, durch den Oberlandesgerichtsrat Dr. Kiesel als Vorsitzenden, den Bezirksarzt Dr. Baer aus Rokkenhausen und den prakt. Arzt Dr. Jung aus Zweibrücken als Beisitzer,

in der Sache
betr. die Unfruchtbarmachung der P. B.
Stenotypistin in Ludwigshafen am Rhein,
folgenden

Beschluss

erlassen:

- I. Die Beschwerde der P. B. gegen den Beschluß des Erbgesundheitsgerichtes Frankenthal vom 3. März 1939 wird als unbegründet zurückgewiesen.
- II. Die Kosten des gerichtlichen Verfahrens hat die Staatskasse zu tragen.

Begründung

Mit Beschluß des Erbgesundheitsgerichtes Frankenthal vom 3. März 1939 wurde die Unfruchtbarmachung der P. B. von Ludwigshafen wegen Schizophrenie angeordnet. Dieser Beschluß wurde der P. B. in diesem Verfahren bestellten Pflegerin, ihrer Mutter, P. B. in Ludwigshafen, am 14. März 1939 zugestellt. Mit einem am 22. März 1939 beim Erbgesundheitsgericht eingelaufenen Schreiben hat die Pflegerin gegen den bezeichneten Beschluß Beschwerde eingelegt mit folgender Begründung:

Die im Beschluß des Erbgesundheitsgerichtes Frankenthal angegebenen Gründe würden teils nicht der

richters verwiesen. Auch die Diagnose der Heil- und Pflanzanstalt, des Antzartes und des Erbgesundheitsgerichtes, daß P. B. an Schizophrenie leidet, kann einer Beanstandung nicht unterliegen. Selbst wenn es wahr wäre, was P. B. immer wieder behauptet, daß sie bei ihrer Einlieferung in die Heilanstalt werde, sich noch die Sanitäter mit Kot beschmiert habe, so steht doch fest, daß dies während ihres Anstaltsaufenthaltes immer wieder vorgekommen ist. Selbst wenn das Beschmiern nicht vorgekommen wäre, ist die von P. B. durchgemachte Krankheit mit den schweren Verwirrtheitszuständen, dem gegebenen Negativismus der bestehenden Katatonie - Umstände, die nicht absichtlich von P. B. in ihren Krankheitsverlauf hineingetragen sein können - so, daß für den Arzt kein Zweifel an der Diagnose der Krankheit; Schizophrenie bestehen kann. Wenn es wahr wäre, daß der P. B. bei ihrer Entlassung aus der Anstalt Frankenthal von Ärzten gesagt wurde, daß ihr überwundener Verwirrheitszustand keine Erbkrankheit sei, so ist dies nur ohne allen Zweifel ^{vorläufigen Beruhigung} auf Erbgang der Patientin geschehen, denn das abgelaufene Krankheitsbild ist für jeden Arzt eindeutig.

Der Exstrichter hat daher mit Recht die Unfruchtbarmachung der P. B. wegen Schizophrenie angeordnet.

Es rechtfertigt sich damit die getroffene Entscheidung.

Die Kostenentscheidung stützt sich auf § 13 I Erb.G.

gez. Dr. Kiesel

Dr. Baer

Dr. Jung

Für den Gleichlaut mit der Urschrift

Zweibrücken, den 19. Mai 1939

Gesch. Stelle des Erbgesundheitsobergerichts:



Rumoldt
Justiz - Insp.

13. Die Sterilisation

Mit der Sterilisation im Rahmen des GzVeN wurde durch einen chirurgischen Eingriff (Tubenresektion, Tubenexzision oder Tubenexstirpation) die Fortpflanzungsfähigkeit der verurteilten Mädchen und Frauen für immer unmöglich gemacht. Durchgeführt wurden die Zwangssterilisationen in Krankenhäusern, die per Verordnung zur Vornahme des Eingriffes ermächtigt waren. In der hier untersuchten Stichprobe der als schizophren diagnostizierten Frauen der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster und der Kreis-, Kranken- und Pflegeanstalt Frankenthal waren es die Krankenhäuser in Ludwigshafen, Landau, Heidelberg, Speyer und Mainz.

„Der Zwangscharakter der gesetzlichen Sterilisation war vielfältig in seinen Mitteln, Formen und Wirkungsweisen. Für seine Bedeutung sind neben diesen die Erfahrung der Betroffenen von Bedeutung. Sie sind in den Prozessakten reichlich dokumentiert und beantworten wenigstens teilweise die Frage, die ein Arzt 1936 stellte: „Wir kennen überhaupt noch zu wenig den Einfluss des Bewusstseins, zwangsweise sterilisiert zu sein, auf die Psyche des Kranken, namentlich des Geisteskranken.“ „Den häufigen Protesten dagegen, wie Straftäter vor Gericht gezogen und bestraft zu werden, hielt man entgegen, Sterilisation bedeute „keine Strafe“, sondern „ein Opfer fürs Vaterland“, das Lob und Ehre verdiene, ja die Wohltat, den Betroffenen, „unendliches Leid zu ersparen“ (Bock, 1986).

Da in keiner der untersuchten Krankenakten beider Heilanstalten von 1934 bis 1939 eine Aufzeichnung über den Verlauf der Operation zu finden war, können keine Angaben über mögliche Komplikationen oder mögliche, mit der Zwangssterilisation verbundene Schwangerschaftsunterbrechungen gemacht werden. Auch kann aufgrund der Krankenakten keine Aussage zu der psychischen Verarbeitung der Zwangssterilisation und den damit

verbundenen Auswirkungen auf die psychische Situation der Frauen gemacht werden.

13.1 Die Dokumentations- und Informationspflicht der beteiligten Ärzte

In beiden Krankenanstalten zeigt die Auswertung der Krankenakten signifikante Abweichungen zwischen der den behandelnden Ärzten amtlich vorgegebenen Informations- und Aufklärungspflicht und der praktischen Umsetzung. Demnach wurde nur im ersten Jahr der Umsetzung des GzVeN 1934 in der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster in einem Prozent der Fälle die notwendige Aufklärung der Anstaltsinsassinnen vor ihrer Zwangssterilisation in der Krankenakte erwähnt, jedoch nicht dokumentiert. Eine ärztliche Bescheinigung nach der Durchführung der Sterilisation war 1934 und 1938 in nur jeweils einem Fall vorhanden. Vergleichbar sind die Ergebnisse bei der Auswertung der Akten der Kreis-, Kranken- und Pflegeanstalt Frankenthal. Hier war von 1934 bis 1939 weder die gesetzliche vorgeschriebene Aufklärung vor der Sterilisation, noch eine Bescheinigung nach der Sterilisation in einer Krankenakte dokumentiert.

Im Rahmen des GzVeN war die Erstellung des ärztlichen Berichtes (Nr.138 - Tag der Ausgabe: Berlin, den 7. Dezember 1933 - 1035) nach der erfolgten Unfruchtbarmachung gesetzlich verpflichtend (siehe Dokument 31: Vordruck für den ärztlichen Bericht nach erfolgter Unfruchtbarmachung). In keiner der 121 Krankenakten der als schizophren diagnostizierten und dann zwangssterilisierten Frauen lag ein solcher Bericht vor.

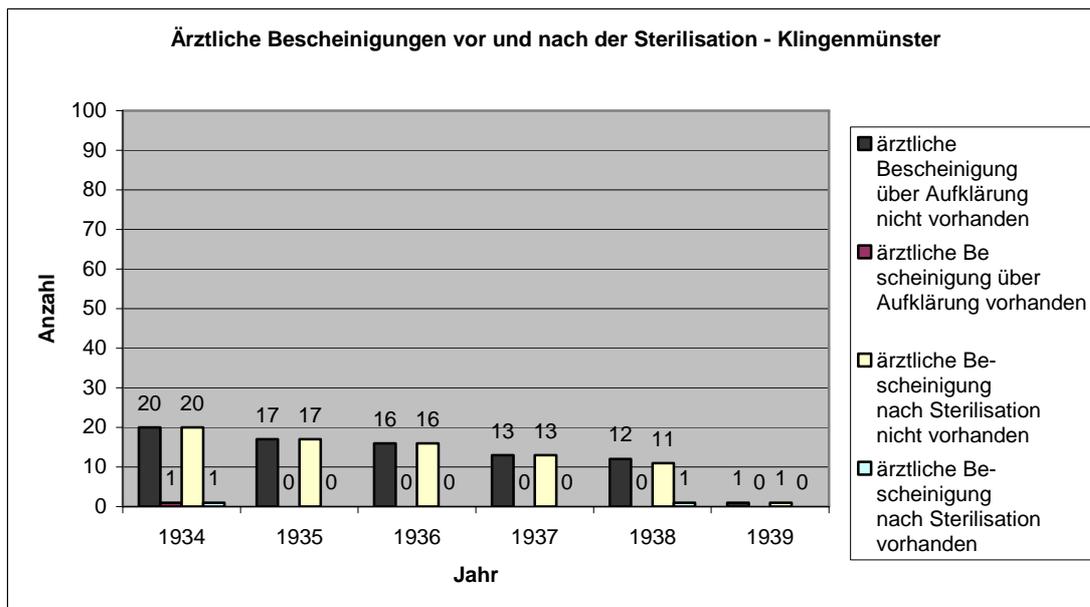


Diagramm 68: Die Dokumentation der ärztlichen Bescheinigungen vor und nach der Sterilisation in den Krankenakten der Heil- und Pflegeanstalt **Klingenmünster** von 1934 bis 1939 (Absolute Zahlen)

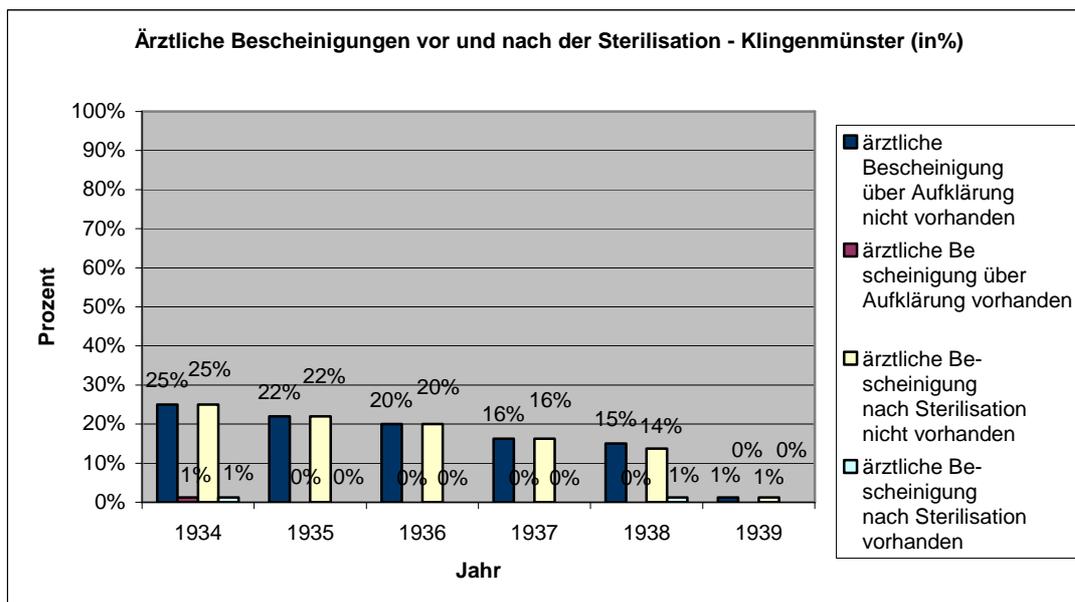


Diagramm 69: Prozentuale Verteilung der Dokumentation der ärztlichen Bescheinigungen vor und nach der Sterilisation in den Krankenakten der Heil- und Pflegeanstalt **Klingenmünster** von 1934 bis 1939

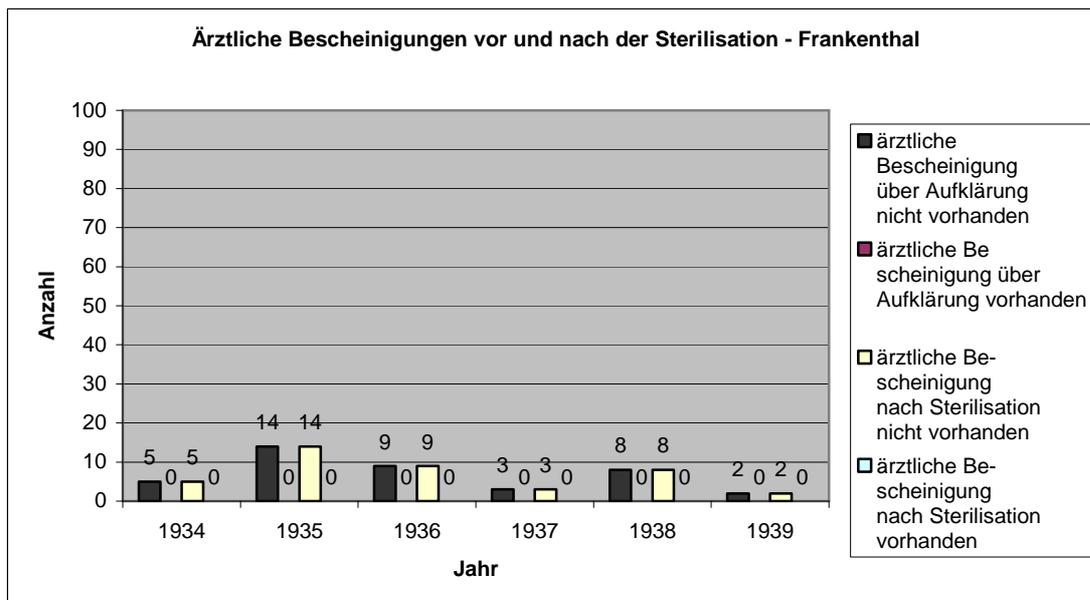


Diagramm 70: Die Dokumentation der ärztlichen Bescheinigungen vor und nach der Sterilisation in den Krankenakten der Kreis-, Kranken- und Pflegeanstalt **Frankenthal** von 1934 bis 1939 (Absolute Zahlen)

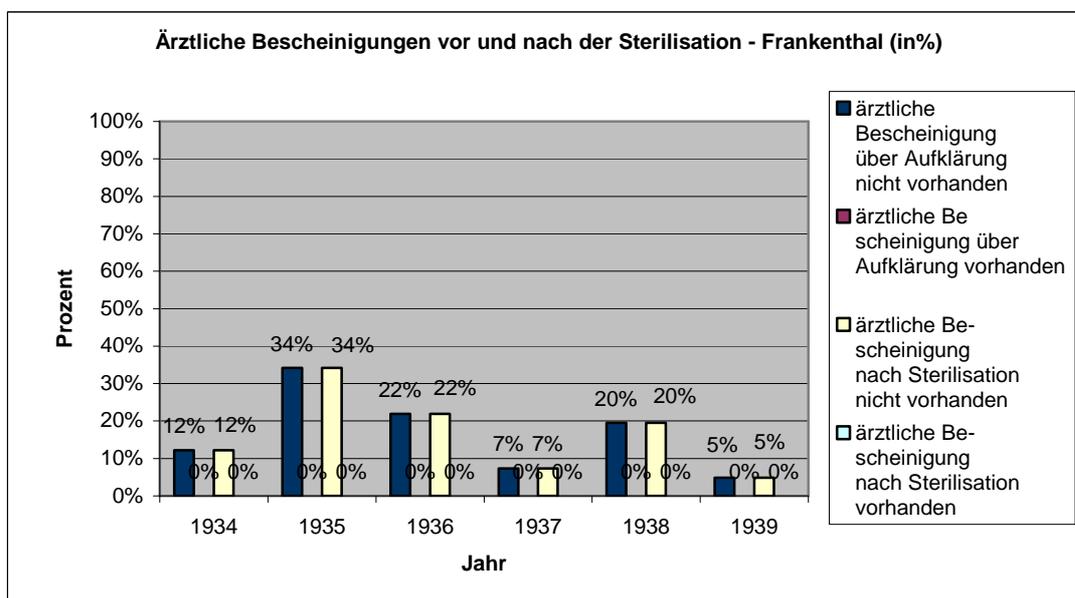


Diagramm 71: Prozentuale Verteilung der Dokumentation der ärztlichen Bescheinigungen vor und nach der Sterilisation in den Krankenakten der Kreis-, Kranken- und Pflegeanstalt **Frankenthal** von 1934 bis 1939

Anlage 6

Ärztlicher Bericht

(gemäß § 11 Abs. 2 des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933
— Reichsgesetzbl. I S. 529)

Der¹⁾ — Die — an _____
leidende _____
ans _____ Strafe: _____ ist auf Grund der
Entscheidung des Erbgesundheitsgerichts — Erbgesundheitsbergerichts — zu _____
vom _____ 19. _____ Altenszeiten
am _____ 19. _____ von mir unfruchtbar gemacht worden.

Art der Unfruchtbarmachung:

Bei dem Eingriff wurden die Samenleiter — Eileiter — _____

Die Operation verlief regelrecht — insofern nicht regelrecht, als _____

Die Wunde heilte in _____ Tagen, ohne — mit — Nebenerscheinungen _____

Der — Die — Operierte wurde am _____ 19. _____ als geheilt
entlassen.

Sonstige Bemerkungen: _____

Ort: _____ den _____ 19 _____
Straße: _____

Unterschrift des Arztes
(deutliche Schrift)

An
Herrn²⁾ _____

¹⁾ Nichtzutreffendes ist jeweils zu durchstreichen.

²⁾ Die Mitteilung ist dem für den Wohn- oder Aufenthaltswort des vorbeschriebenen Befragten zuständigen Amtsbüro zu übersenden.

13.2 Zuständige Krankenhäuser

93% der Frauen, für die von dem Anstaltsleiter der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster ein Antrag auf Unfruchtbarmachung gestellt worden war und die von einem Erbgesundheitsgericht verurteilt worden waren, wurden im Städtischen Krankenhaus in Landau zwangssterilisiert. In 5% der Fälle wurde die Zwangssterilisation in Ludwigshafen und in jeweils 1% der Fälle in den Krankenhäusern in Heidelberg und Speyer durchgeführt. 96% der Anstaltsinsassinnen aus Frankenthal wurden im Ludwigshafener Krankenhaus sterilisiert, bei jeweils 2% wurde der Eingriff in den Krankenhäusern in Landau und Mainz vorgenommen.

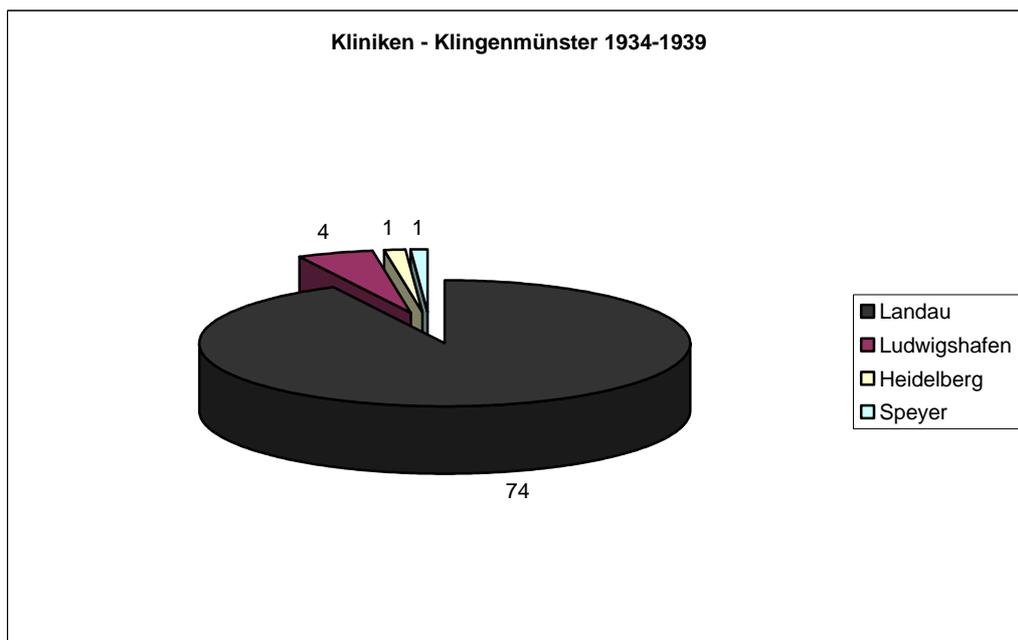


Diagramm 72: Gesetzlich bestimmte Krankenhäuser zur Durchführung von Sterilisationen der verurteilten Anstaltsinsassinnen der Heil- und Pflegeanstalt **Klingenmünster** von 1934 bis 1939

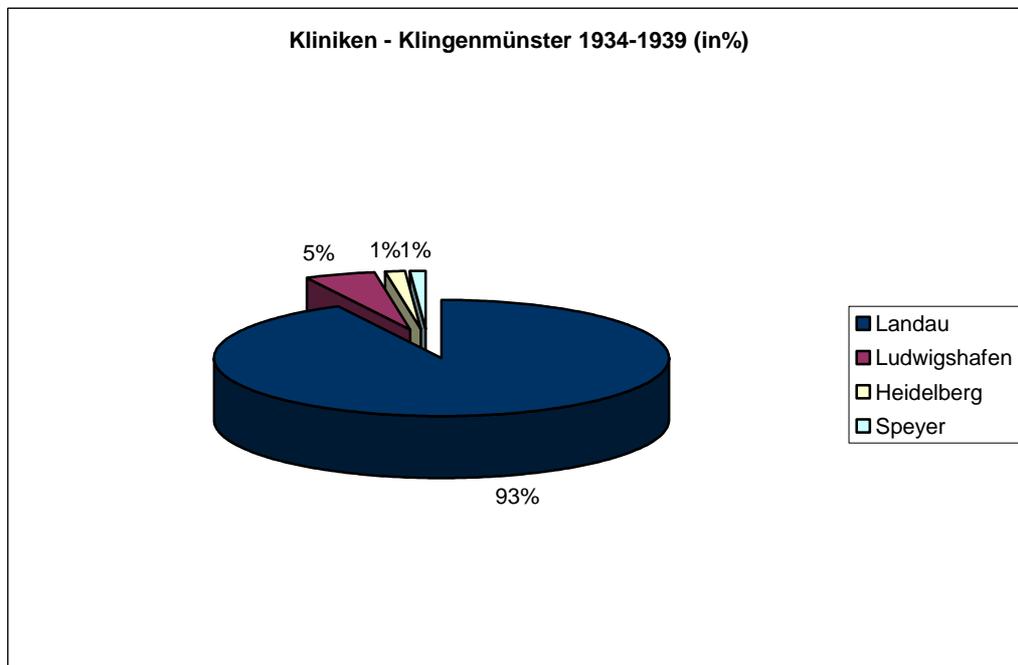


Diagramm 73: Prozentualer Anteil der gesetzlich bestimmten Krankenhäuser zur Durchführung von Sterilisationen der verurteilten Anstaltsinsassinnen der Heil- und Pflegeanstalt **Klingenmünster** von 1934 bis 1939

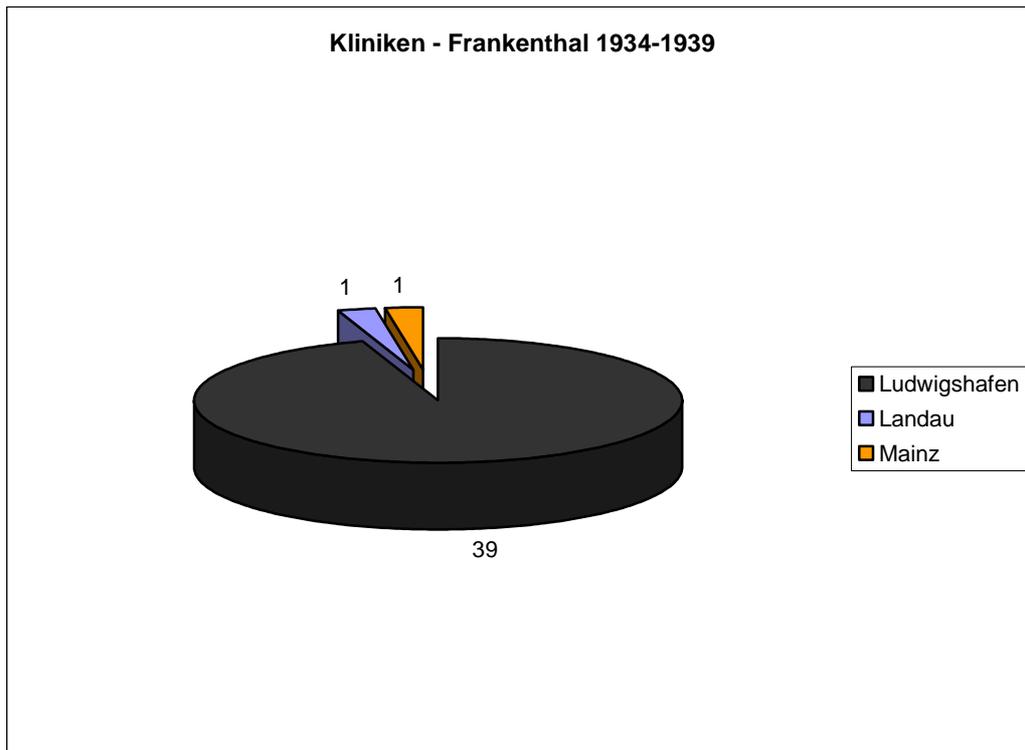


Diagramm 74: Gesetzlich bestimmte Krankenhäuser zur Durchführung von Sterilisationen der verurteilten Anstaltsinsassinnen der Kreis-, Kranken- und Pflegeanstalt **Frankenthal** von 1934 bis 1939 (Absolute Zahlen)

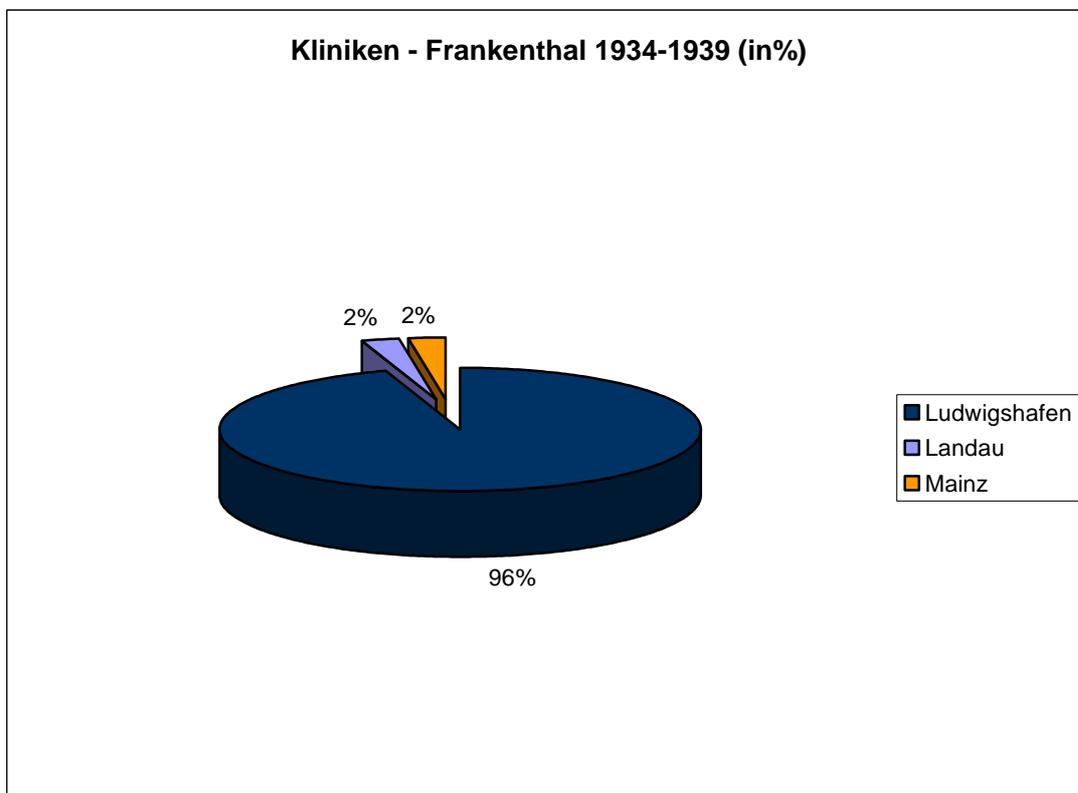


Diagramm 75: Prozentualer Anteil der gesetzlich bestimmten Krankenhäuser zur Durchführung von Sterilisationen der verurteilten Anstaltsinsassinnen der Kreis-, Kranken- und Pflegeanstalt **Frankenthal** von 1934 bis 1939

13.3 Sterilisationskosten

Die Kosten für die Sterilisation wurden der jeweiligen Krankenkasse der Anstaltsinsassin in Rechnung gestellt. Bei der Patientin M.H. war es die Betriebskrankenkasse der I.G. Farbenindustrie in Ludwigshafen. Die Kostenanfrage wurde durch den Anstaltsleiter in Klingenmünster, Herrn Dr. Klüber, beantwortet und unterschrieben (Siehe Dokument 32).

~~26.1.35~~
~~20.1.35~~
20.1.35

An
die Betriebskrankenkasse der J.G.Farbenindustrie AG.
in Ludwigshafen a/Rh.

Betreff: Sterilisationskosten für M. H. von H.

In Beantwortung Ihrer Karte vom 21.1.1935 teilen wir an= schliessend mit, wie sich der Betrag von 75.50 RM zusammensetzt:

Verpflegung der Obengenannten im städt. Krankenhaus Landau i.d.Pf. vom 30.7. bis 11.8.1935 tgl. 4.50 RM	54.- RM
Verbrauch bei der Operation	15.- RM
Medikamente	2.50 RM
Chem. und histol. Untersuchungen in der Bakt. Untersuchungsstation Landau Pf.	4.- RM.

Wir bitten obigen Betrag alsbald anher zu überweisen.

J.K. Klüber

13.4 Entlassungsmodalitäten

Im Rahmen des GzVeN und der nationalsozialistischen Sterilisationspolitik sollten die als schizophrenen diagnostizierten Mädchen und Frauen nach ihrer Zwangssterilisation nach Hause entlassen werden. Aus ökonomischen Gründen sollten die „erbkranken“ Frauen möglichst umgehend wieder in die „Fürsorge“ der Familie kommen.

Dies traf bei 87% der zwangssterilisierten Patientinnen der Anstalt Klingenmünster zu. Nur 13% wurden nach erfolgreicher Operation wieder in der Klinik aufgenommen. Hinweise auf die Gründe der Wiederaufnahme lagen in den untersuchten Krankenakten nicht vor.

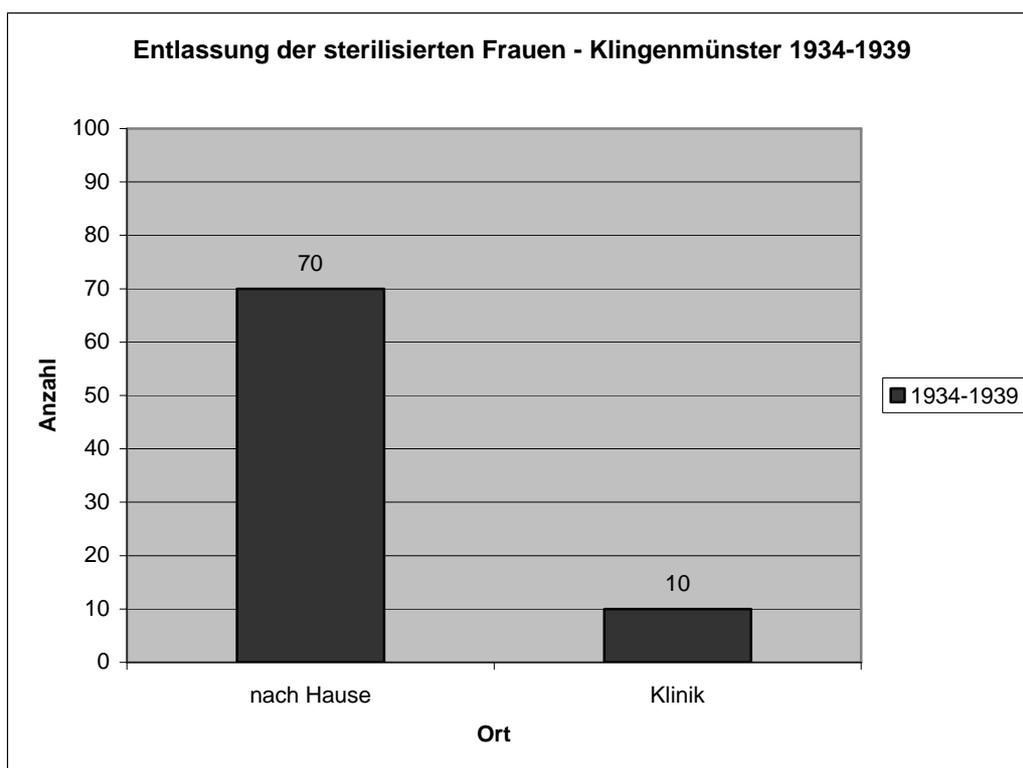


Diagramm 76: Entlassungsmodalitäten der zwangssterilisierten schizophrenen Frauen der Heil- und Pflegeanstalt **Klingenmünster** von 1934 bis 1939

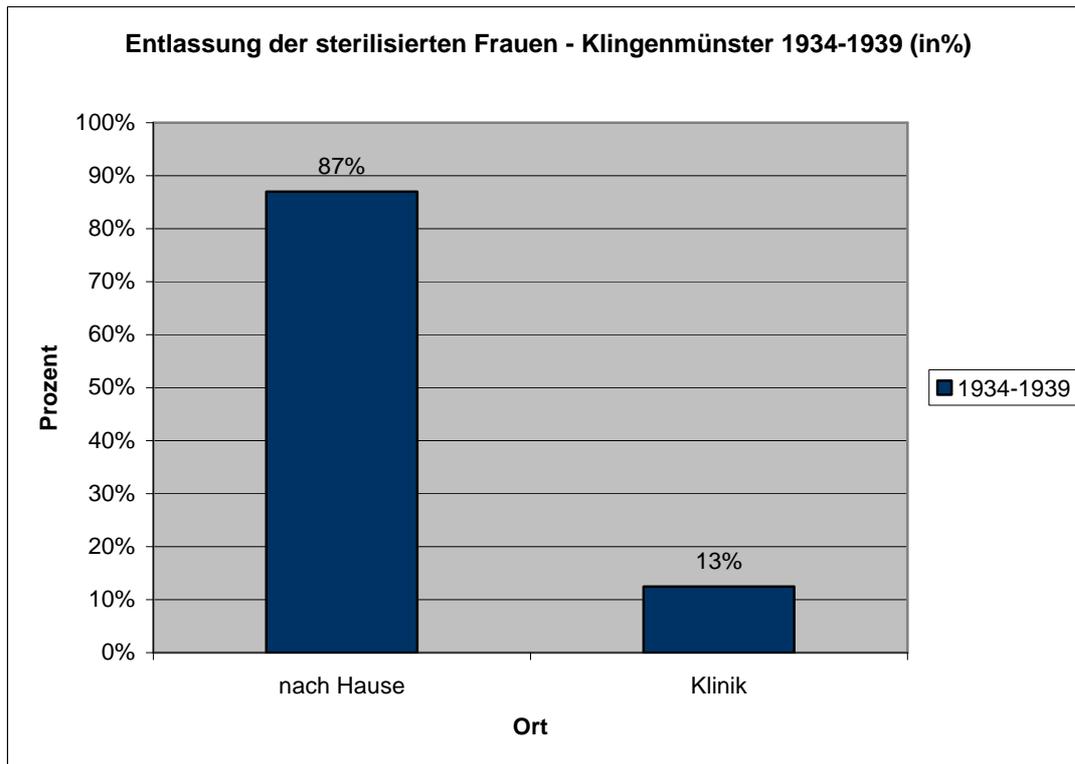


Diagramm 77: Prozentuale Verteilung der Entlassungsmodalitäten der zwangssterilisierten schizophrenen Frauen der Heil- und Pflegeanstalt **Klingenmünster** von 1934 bis 1939

Die Entlassung in die Fürsorge der Familie nach der Zwangssterilisation wurde in wenigen Fällen dem zuständigen Bezirksarzt mitgeteilt.

Im Dokument 33 wird bestätigt, dass bei der Patientin E. S. innerhalb von zwei Monaten nach Aufnahme in die Anstalt (Aufnahmedatum: 20. Januar 1934) die Zwangssterilisation beantragt, durch das Erbgesundheitsgericht entschieden und in dem zuständigen Krankenhaus durchgeführt wurde. Die Rückkehr in die Familie ist mit dem Entlassungsdatum 2. Mai 1934 dokumentiert.

Nr. 1303

Klingenmünster, den 15. Mai 1934

An

den Herrn Bezirksarzt

geb. 16. Mai 1934
 vom 16. Mai 1934
 10. 12.

in Kaiserslautern, Pfalz.

Hiermit beehren wir uns mitzuteilen, dass nachstehend
 bezeichneter Pflégling am 2. Mai 1934
 aus der hiesigen Anstalt probeweise in Fürsorge entlassen
 wurde; durch das städt. Krankenhaus Ludwigshafen a. Rh. :

Namen:

E S t

Tag und Jahr der Geburt: 27. März 1916

Geburtsort: K t

Familienstand und Beruf: Hausangestellte, ledig

Aufnahme in die Anstalt: 20. Januar 1934

Anschrift der nächsten Angehörigen: Vater: Lu Sc in E
1, S; tr.

Anschrift des Vormundes:

Krankheitsform: Dementia praecox

Zustand beim Verlassen der Anstalt: Ruhig, gestärkt.

Jetziger Aufenthalt (Wohnung): K n, S;

Bemerkungen über besondere Beaufsichtigung: Wurde in Ludwigshafen
sterilisiert, wird in Fürsorge genommen.

I.V.

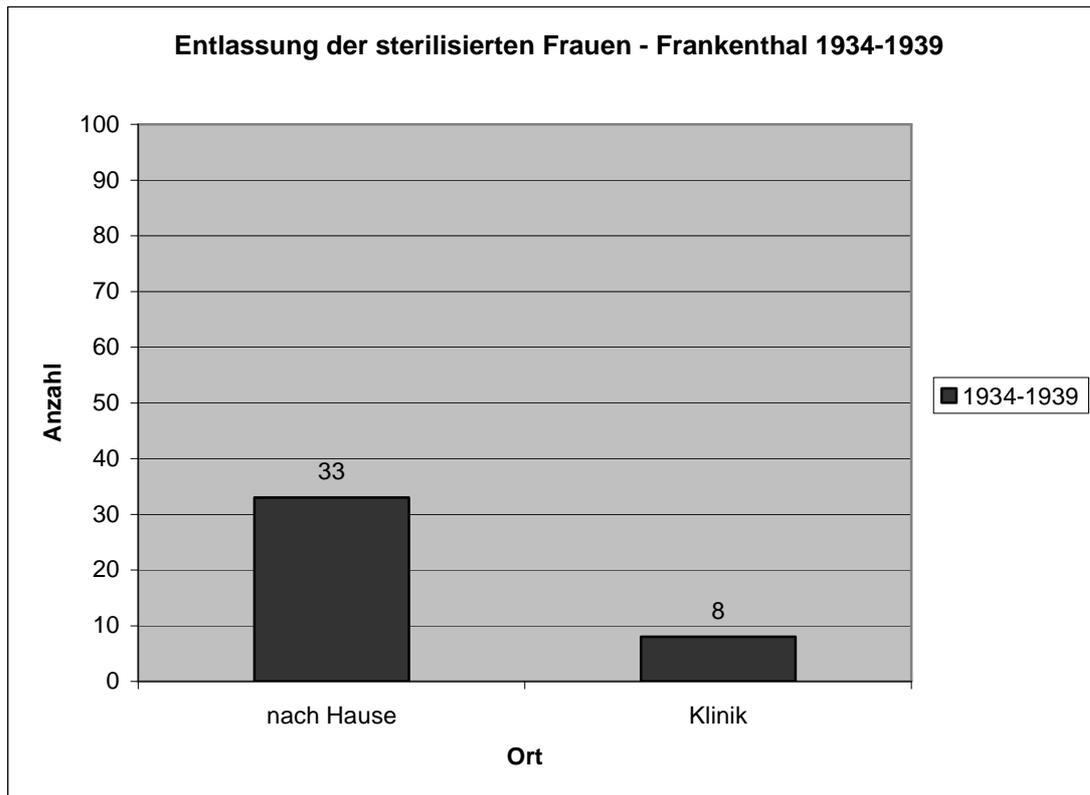


Diagramm 78: Entlassungsmodalitäten der zwangssterilisierten schizophrenen Frauen der Kreis-, Kranken- und Pflegeanstalt **Frankenthal** von 1934 bis 1939

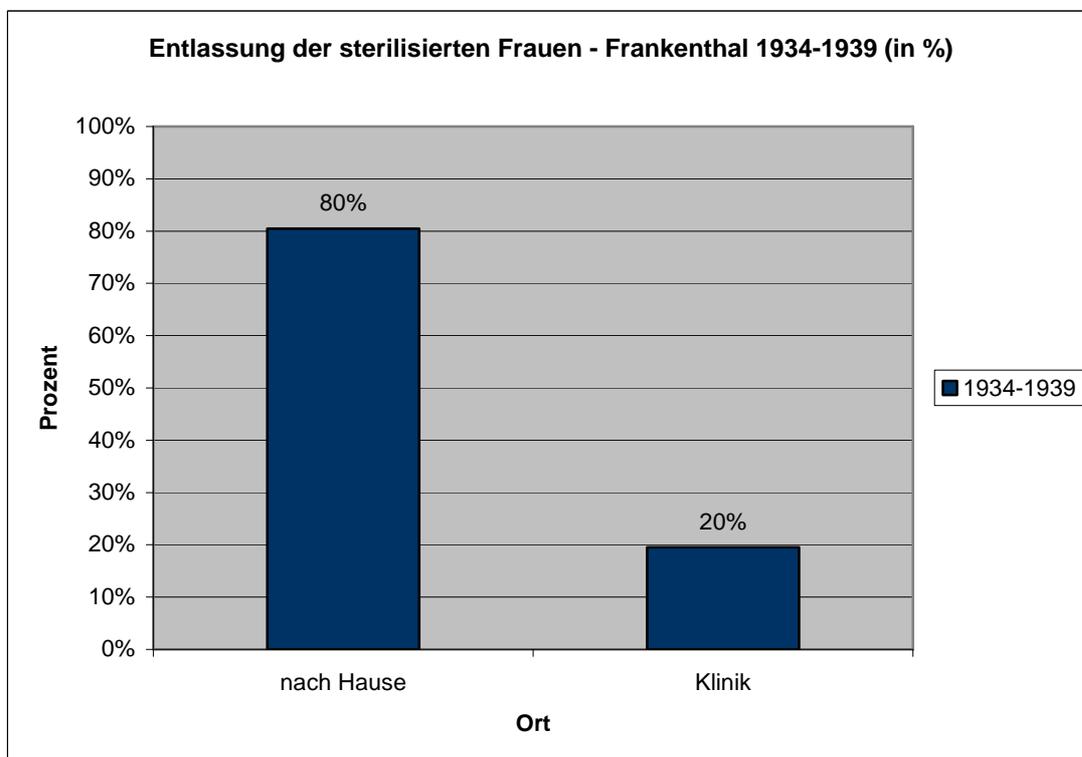


Diagramm 79: Prozentuale Verteilung der Entlassungsmodalitäten der zwangssterilisierten schizophrenen Frauen der Kreis-, Kranken- und Pflegeanstalt **Frankenthal** von 1934 bis 1939

In Frankenthal zeigte sich eine ähnliche Verteilung. 80% der Zwangssterilisierten wurden nach ihrer Zwangssterilisation von der Klinik nach Hause entlassen. 20% dagegen wurden nach dem operativen Eingriff wieder in die Anstalt zurückverlegt.

In einem kurzen Anschreiben (siehe Dokument 34) wurde den Angehörigen mitgeteilt, sie sollten die Tochter im Krankenhaus abholen und sie wieder in die familiäre Fürsorge aufnehmen.

B
Lasse

Wir teilen Ihnen mit, dass Sie Ihre Tochter nach der Heilung der Operationsnarbe gleich in Ludwigshafen im Krankenhaus abholen können. Die gewünschte Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit wollen Sie vom Krankenhaus Ludwigshafen erbitten.

Dokument 34

14. Das Auftreten von Rezidiven nach der Sterilisation

Bei 41 der als schizophren diagnostizierten und dann zwangssterilisierten Frauen (n=80) aus der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster kam es nach ihrer Operation und der Entlassung in die familiäre Fürsorge zu einem Rezidiv. Mit dem Rückfall verbunden war eine Neueinweisung in die Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster. Bei 88% der Frauen mit einem Rezidiv kam es in den ersten vier Jahren nach der Operation dazu. Bei 7% der Frauen kam es zwischen vier und acht Jahren und bei 5% zwischen acht und zwölf Jahren nach der Zwangssterilisation zu einem Rezidiv und einer Neueinweisung in die Anstalt.

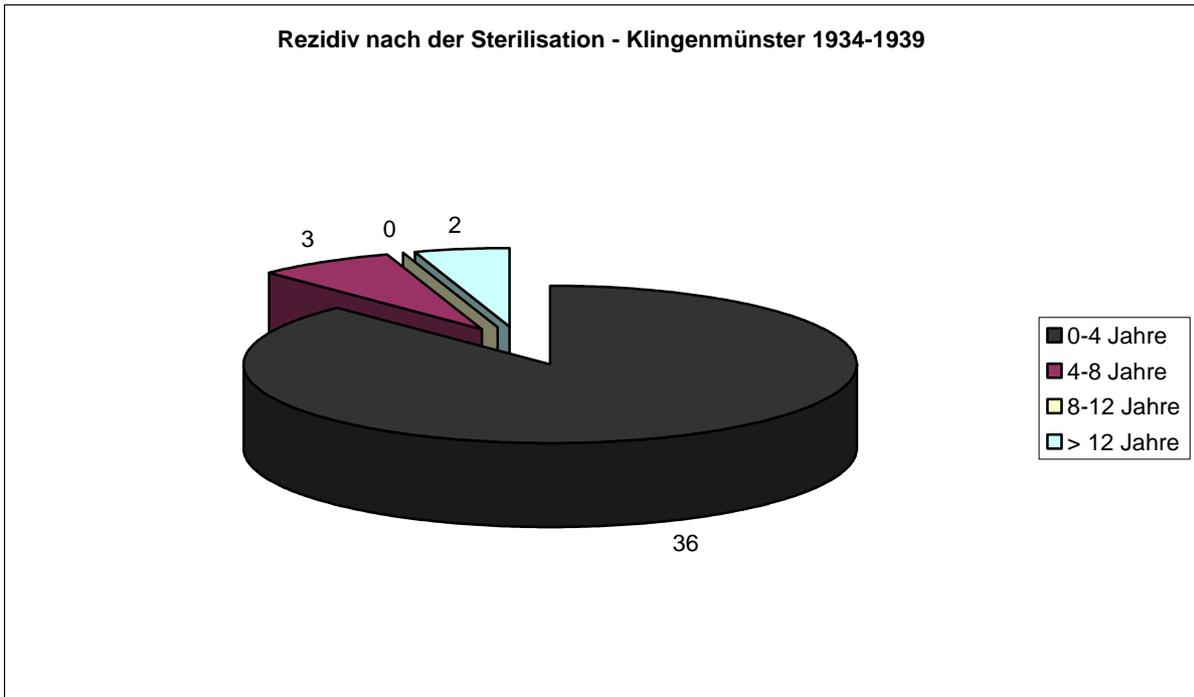


Diagramm 80:

Auftreten von Rezidiven nach der Zwangssterilisation von schizophrenen Frauen der Heil- und Pflegeanstalt **Klingenmünster** (1934 bis 1939)(Absolute Zahlen)

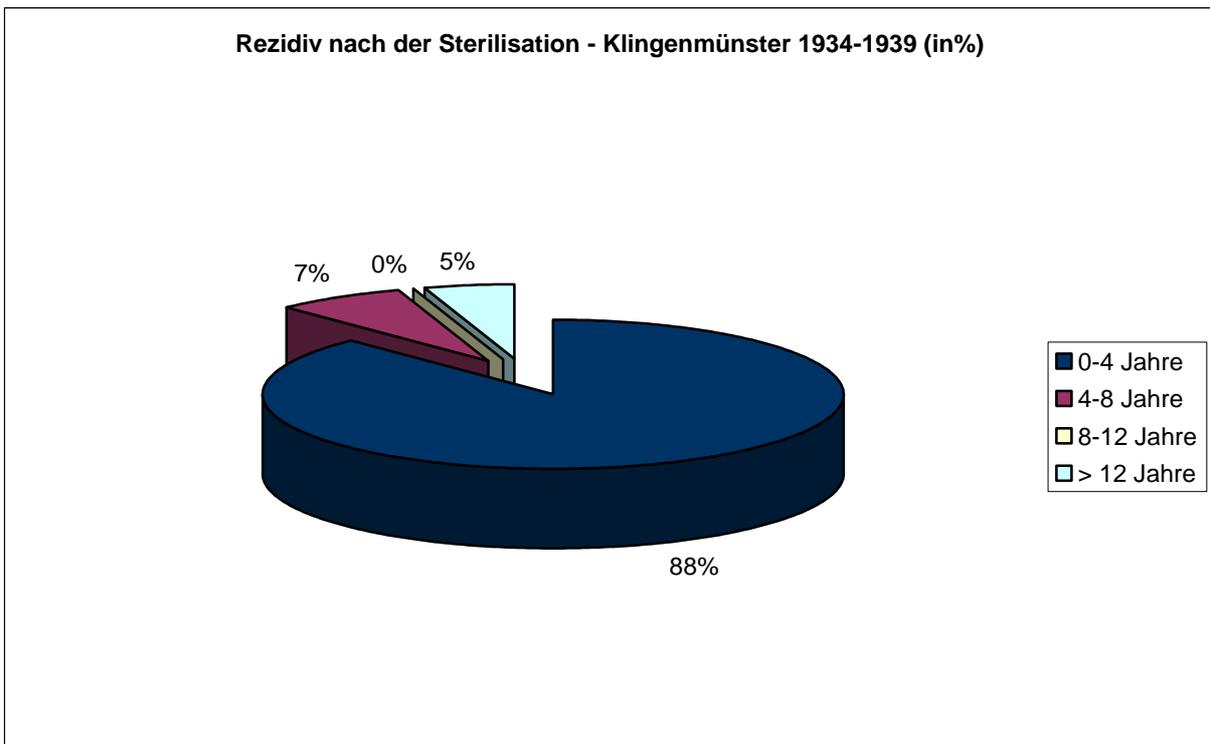


Diagramm 81:

Prozentuales Auftreten von Rezidiven nach der Zwangssterilisation von schizophrenen Frauen der Heil- und Pflegeanstalt **Klingenmünster** (1934 bis 1939)

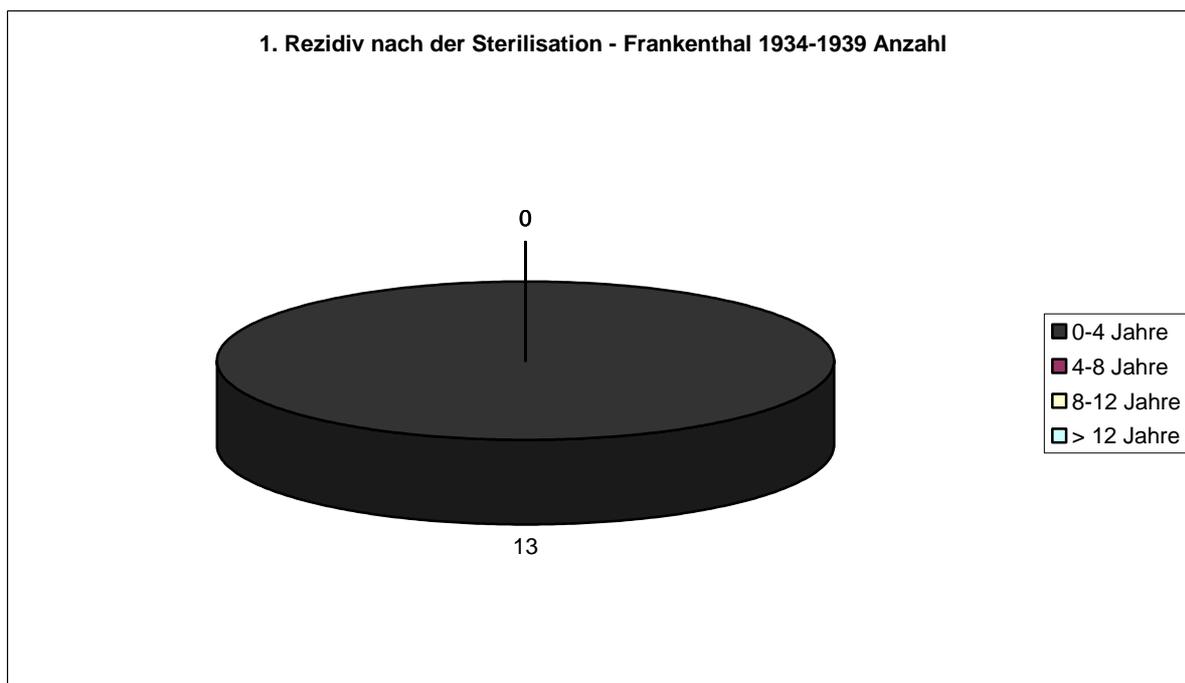


Diagramm 82: Auftreten von Rezidiven nach der Zwangssterilisation von schizophrenen Frauen der Kreis-, Kranken- und Pflegeanstalt **Frankenthal** (1934 bis 1939) (Absolute Zahlen)

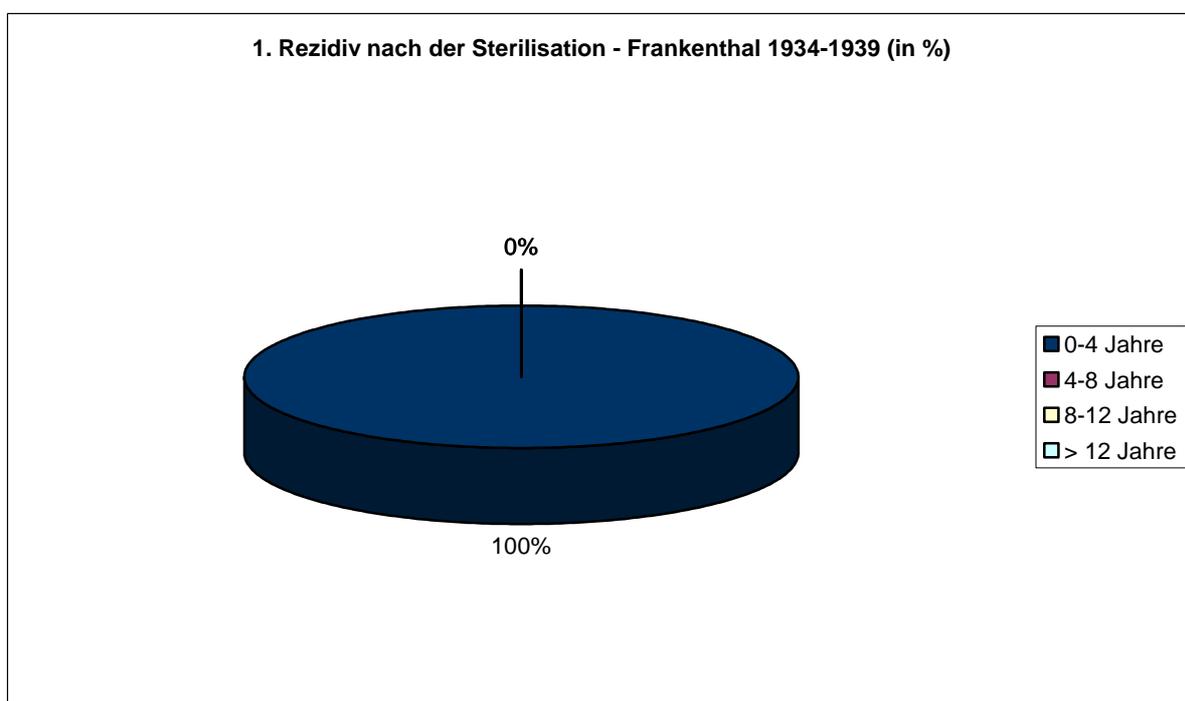


Diagramm 83: Prozentuales Auftreten von Rezidiven nach der Zwangssterilisation von schizophrenen Frauen der Kreis-, Kranken- und Pflegeanstalt **Frankenthal** (1934 bis 1939)

Bei 13 der als schizophren diagnostizierten und dann zwangssterilisierten Frauen der Kreis-, Kranken- und Pflegeanstalt

Frankenthal (n=41) kam es in den ersten vier Jahren nach ihrer Operation laut den untersuchten Krankenakten zu einem Rezidiv in Verbindung mit einer Neueinweisung in die Anstalt.

15. Einleitung von Scheidungsverfahren

Bei 33 verheirateten schizophrenen und zwangssterilisierten Frauen der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster kam es nach der Sterilisation in 8 Fällen zu einer Scheidung.

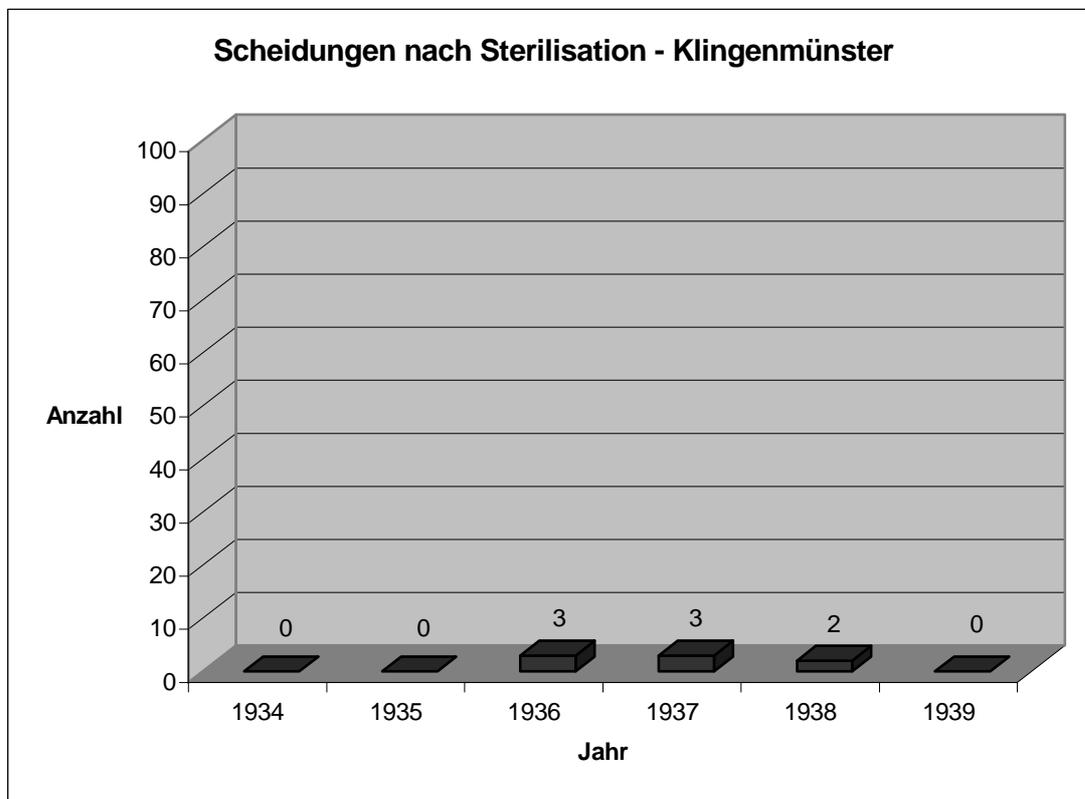


Diagramm 84: Anzahl der Scheidungen zwangssterilisierter schizophrener Frauen aus der Heil- und Pflegeanstalt **Klingenmünster** von 1934 bis 1939 (Absolute Zahlen)

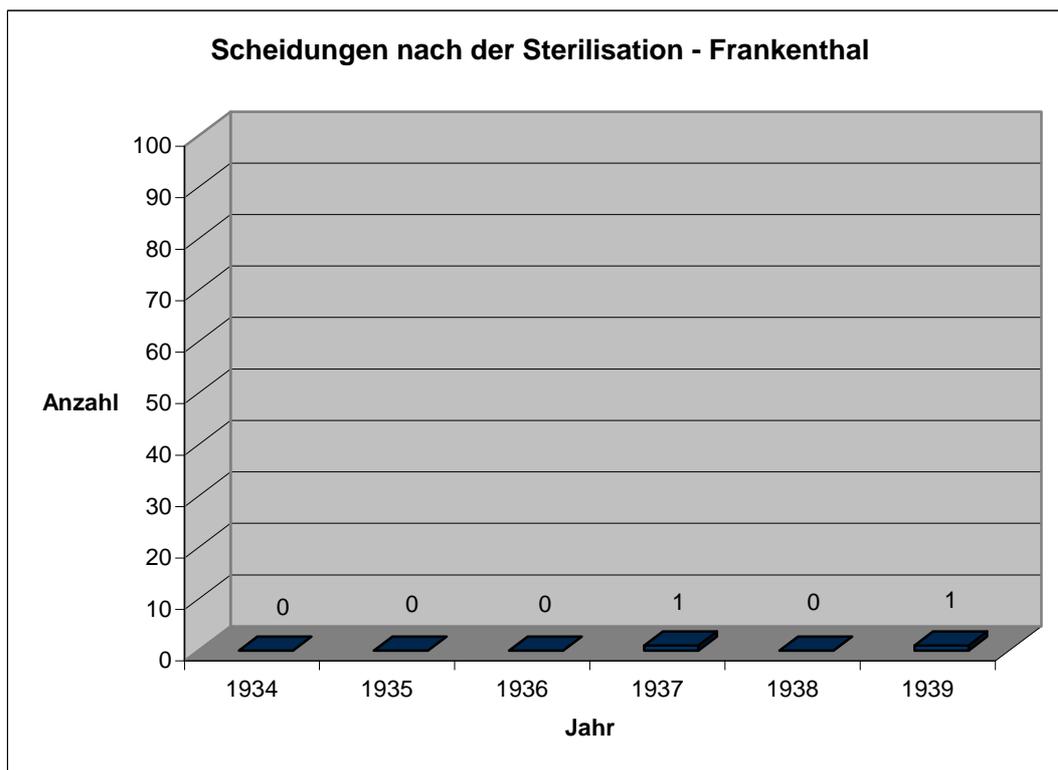


Diagramm 85: Anzahl der Scheidungen zwangssterilisierter schizophrener Frauen aus der Kreis-, Kranken- und Pflegeanstalt **Frankenthal** von 1934 bis 1939 (Absolute Zahlen)

Eine sehr viel geringere Scheidungsquote zeigt sich bei den als schizophren diagnostizierten und zwangssterilisierten Frauen von 1934 bis 1939 der Kreis-, Kranken- und Pflegeanstalt **Frankenthal**. Bei 17 verheirateten Frauen wurde nur in 2 Fällen nach der Sterilisation eine Scheidung durch den Ehemann beantragt.

16. Mortalität nach dem Sterilisationsverfahren

Nur von den nach einem Rezidiv wiedereingewiesenen Frauen konnte aufgrund der Krankenakten ermittelt werden, ob und wann nach der Zwangssterilisation diese während eines erneuten Aufenthaltes in der Anstalt verstorben sind. Bezogen auf die Gesamtheit der in Klingenmünster untersuchten 80 Krankenakten ergab sich folgende Mortalitätsrate:

- 04% in den ersten vier Jahren nach der Operation
- 11% in dem Zeitraum zwischen 4 und 8 Jahren
- 18% nach 8 bis 12 Jahren
- 06% nach über 12 Jahren.

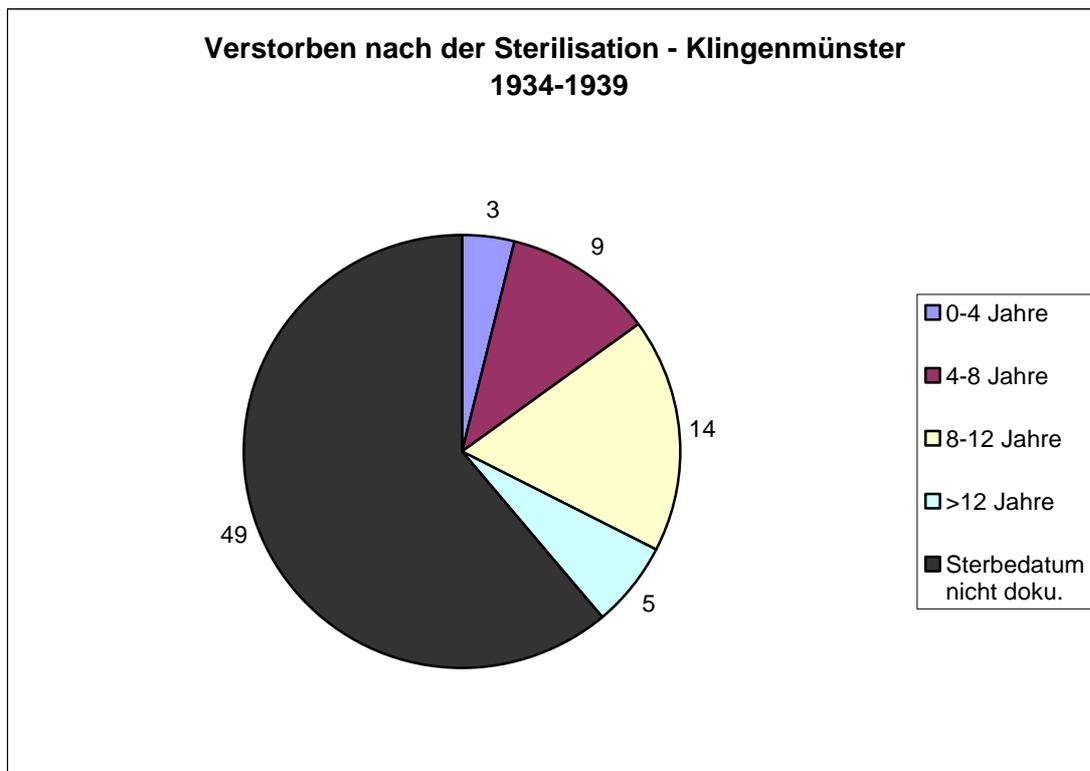


Diagramm 86: Mortalitätsrate nach der Zwangssterilisation der schizophrenen Frauen aus der Heil- und Pflegeanstalt **Klingenmünster** von 1934 bis 1939 (absolute Zahlen)

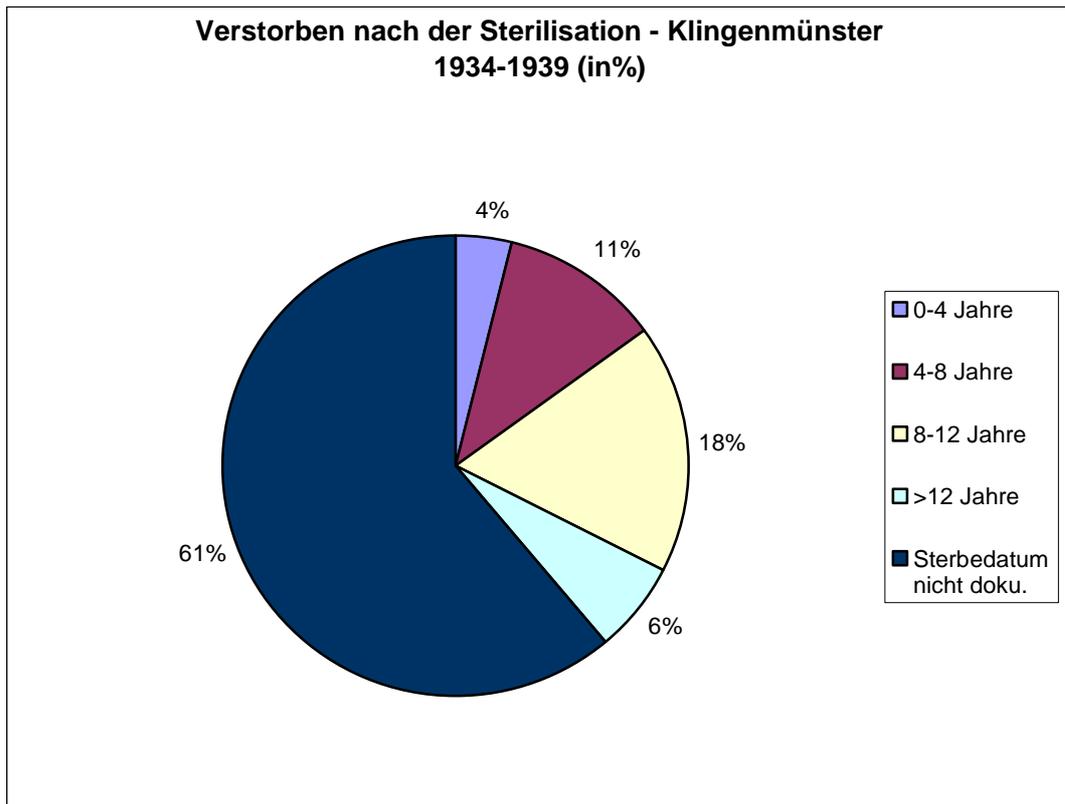


Diagramm 87: Prozentualer Anteil der Mortalitätsrate nach der Zwangssterilisation der Frauen aus der Heil- und Pflegeanstalt **Klingenmünster** von 1934 bis 1939

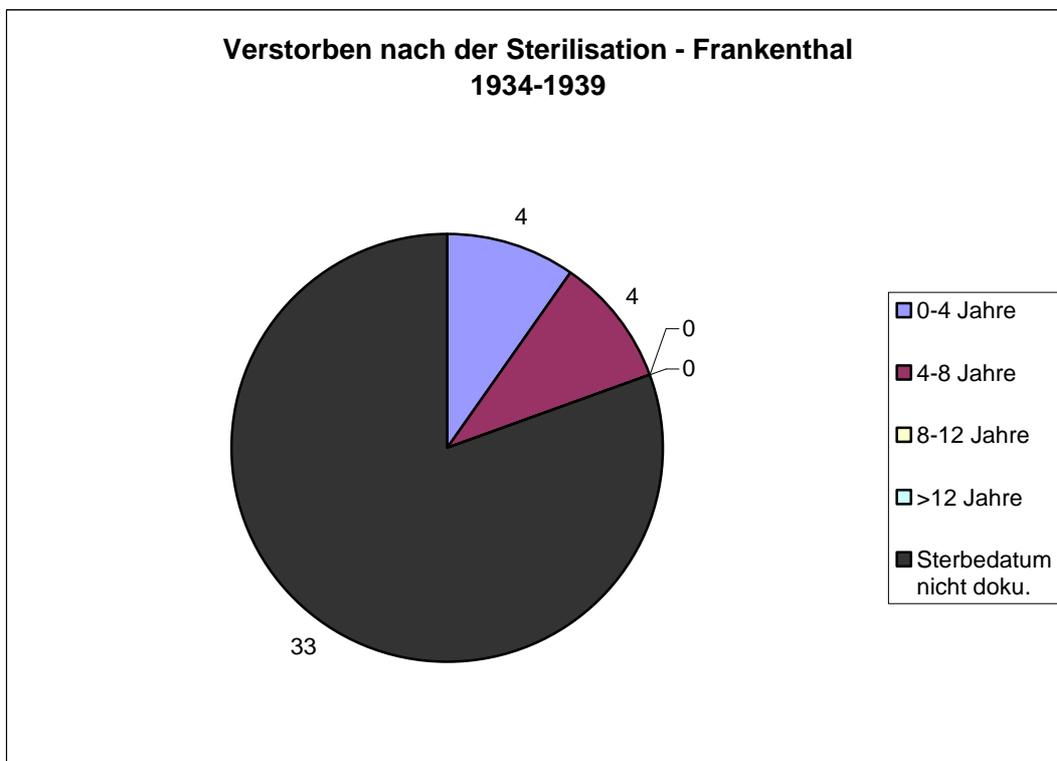


Diagramm 88: Mortalitätsrate nach der Zwangssterilisation der Frauen aus der Kreis-, Kranken- und Pflegeanstalt **Frankenthal** von 1934 bis 1939

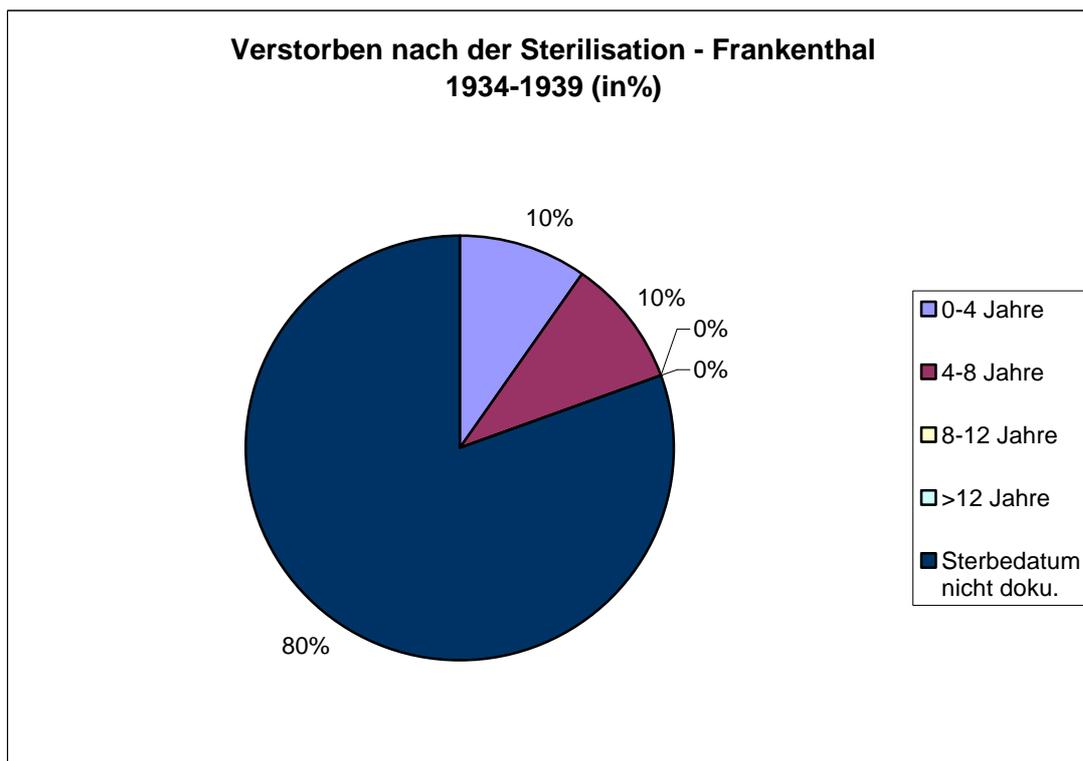


Diagramm 89: Prozentualer Anteil der Mortalitätsrate nach der Zwangssterilisation der Frauen aus der Kreis-, Kranken- und Pflegeanstalt **Frankenthal** von 1934 bis 1939

Zehn Prozent der als schizophren diagnostizierten und zwangssterilisierten Frauen aus Frankenthal verstarben in den ersten vier Jahren nach der Operation, weitere zehn Prozent nach vier bis acht Jahren.

Verstarb eine Patientin in der Heilanstalt, wurde ein Leichenschauchein von der Heilanstalt ausgestellt. In der Krankenakte einer zwangssterilisierten, schizophrenen Patientin der Kreis-, Kranken- und Pflegeanstalt Frankenthal fand sich nachstehender Leichenschauchein. Als Todesursache wurde „chronische Erschöpfung vom Gehirn aus“ (bei der Krankheit Schizophrenie) vermerkt (Dokument 35).

17. Wiedergutmachung und Entschädigungsverfahren

„Der kurz nach 1945 gegründete Verband der Sterilisierten sprach damals von zwei Millionen Sterilisationsopfern und forderte für sie eine Entschädigung von 5000 DM; trotz Unterstützung der Länder Bayern und Baden-Württemberg wurde die Forderung abgelehnt“ (Bock, 1986). Im Zusammenhang von laufenden und erwarteten Wiedergutmachungsprozessen wurde die Ziffer mehrfach amtlich geschätzt: vom Bundesjustizminister im Jahr 1959 für die Jahre 1934 bis 1945 auf 350000, vom Bundesfinanzministerium 1961 auf eher 320000, im Jahr 1967 von einer Arbeitsgruppe, die von der Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder eingesetzt worden war, auf höchstens 320.000 (Deuel, 1942). „Auch die Wiedergutmachungsrechtsprechung setzte die Rechtmäßigkeit des Sterilisationsgesetzes voraus; in den Entschädigungsverfahren urteilte man auf seiner Grundlage und knüpfte „bewusst an die damalige Rechtsprechung an. Die Frage, ob es mit rechtstaatlichen Prinzipien vereinbar sei, wurde entweder bejaht oder für belanglos erklärt. Eine „auf erbbiologischen Wertmaßstäben beruhende Benachteiligung“ wurde nicht nur aus der Entschädigungswürdigkeit, sondern auch aus dem Kreis der nationalsozialistischen Verfolgungsmaßnahmen ausgeschlossen.

Zwangssterilisation wurde als nationalsozialistische Verfolgung nur dann anerkannt(und entschädigt), wenn der Antragsteller „nicht erbkrank im Sinne des Gesetzes“ war, wenn das Sterilisationsgesetz nicht „korrekt“ angewandt worden war oder wenn eine Sterilisation außerhalb des Gesetzes erzwungen worden war“ (Bock, 1986).

Im gesamten Bundesgebiet konnten Zwangssterilisierten im Zeitraum von 1980 bis Ende 1999 in 13709 Fällen einmalige Zuwendungen und in 9485 Fällen laufende Leistungen zugesprochen werden.

Jenseits der juristischen und sicherlich auch ökonomischen Diskussion, wobei eine finanzielle Zuwendung keine „Wiedergutmachung“ leisten kann, zeigt der Brief der zwangssterilisierten Patientin M.M., geb. Gr., vom 5. Juli 1983 die Verbitterung darüber, dass die Oberfinanzdirektion Stuttgart zwei Jahre nicht auf ihren Antrag von 1981 reagierte (Dokument 36). Sie musste sich um einen Nachweis bemühen, dass die Sterilisation bei ihr vorgenommen wurde.

Eine Bescheinigung bzw. ein Dokument über die vorgenommene Zwangssterilisation wurde ihr im Jahr 1937 nicht ausgehändigt.

Ihre Anfrage im Jahr 1983 wurde vom Verwaltungsrat der Pfalz-klinik umgehend beantwortet und die beglaubigten Nachweise über die Zwangssterilisation wurden beigelegt (siehe Dokument 37).

Abgesandt am 13. Juli 1983

M: a M r (geb. Gr)
 Mi 12
 7 K

PFALZKLINIK LANDECK	
Eint. 1. 1. 1983	
Nr.	Z.

5. Juli 1983

An die
 Pfalz-Klinik Landeck
 (Verwaltung)
 6749 Klingenmünster

Sehr geehrte Damen und Herren,

Bitte gestatten Sie mir, daß ich Ihnen folgendes Anliegen vortrage:

Ich stamme aus Kaiserslautern, wo ich 1915 geboren wurde.

Im Jahr 1937 war ich vorübergehend als Patientin in der Klinik Landeck. Meine Entlassung aus der Klinik machte man damals davon abhängig, daß vorher aufgrund des "Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses" ein Sterilisations-Eingriff bei mir vorgenommen wurde. Wenn ich mich recht entsinne war zu jener Zeit ein Herr Dr. Ludwig, Chefarzt in Landeck, der veranlaßt hat, daß der Eingriff bei mir in Landau vorgenommen wurde.

Nachdem Anfang 1981 mir bekannt geworden war, daß auf der Grundlage einer Entscheidung des Herrn Bundesministers der Finanzen seit dem Frühjahr 1980 Personen, die glaubhaft machen, daß sie in der Zeit von 1933 bis 1945 sterilisiert worden sind, auf Antrag eine einmalige Zuwendung von 5 000.- D-Mark erhalten, habe ich Anfang 1981 einen entsprechenden Antrag an die für meinen derzeitigen Wohnsitz zuständige Oberfinanzdirektion Stuttgart gerichtet. Jetzt, mehr als zwei Jahre später, bekam ich von Stuttgart den Bescheid, daß ich mich um eine Bestätigung bemühen soll zum Nachweis dafür, daß die Sterilisation bei mir vorgenommen wurde.

Ich kann dazu nur sagen, daß mir damals, im Jahr 1937, bei meiner Entlassung aus der Klinik Landeck keine diesbezügliche Bestätigung ausgehändigt worden ist und ich war auch noch zu jung und unerfahren, um eine solche Bestätigung zu verlangen. Ich habe zwar in meiner Familie heute noch Zeugen, die bestätigen können, daß damals der Eingriff bei mir vorgenommen wurde (und jeder Arzt kann das auch heute noch feststellen), aber die Oberfinanzdirektion verlangt nun mal eine Bestätigung.

Ich gestatte mir daher bei Ihnen anzufragen, ob in Ihrer Verwaltung noch Unterlagen aus dem "Dritten Reich" vorhanden sind über erfolgte Sterilisations-Eingriffe bei Patienten der Pfalz-Klinik Landeck.

Gegebenenfalls bitte ich um Nachforschung, ob in Akten aus dem Jahr 1937 mein Name erscheint. Ich hieß damals "Ma ... ri" - manchmal auch "Gr ..." geschrieben. Es ist aber schon mehrmals vorgekommen, daß mein Mädchennamen auch in amtlichen Schriftstücken falsch geschrieben wurde und ich dann unter "Ma ... K: ... l", bzw. "kr ..." oder auch "Ar ..." geführt wurde.

- 2 -

- 2 -

Sollten jedoch - wie ich vermute, die alten Akten an ein Archiv oder an eine sonstige Stelle abgegeben worden sein, so wäre ich Ihnen dankbar, wenn Sie mir die Anschrift des Archivs oder der Behörde mitteilen würden, damit ich mich mit meinem Anliegen dorthin wenden kann.

Sollten Sie jedoch den Nachweis besitzen, daß die alten Akten vernichtet worden sind, so bitte ich Sie, mir darüber eine Bestätigung zu schicken, damit ich diese Bestätigung der Oberfinanzdirektion Stuttgart vorlegen kann.

Für Ihre freundliche Rückantwort lege ich Rückporto hier bei und sehe Ihrer Nachricht gerne entgegen.

Hochachtungsvoll

Elke "Ole"
geb. G.

- 1,80 DM in Briefmarken
 entnommen 12.7.83 Jk.

Dokument 36/2

Der Antrag auf Wiedergutmachung der Patientin G.M., gesch. G., geb. am 23.04.1909, wurde von dem Regierungsbezirksamt für Wiedergutmachung in Neustadt a. d. Weinstraße als Wiedergutmachung „politischer Schäden“ angesehen und nicht in Bezug zum Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses behandelt (siehe Dokumente 38, 39 und 40), obwohl Frau G.M. im Dezember 1936 in die Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster eingewiesen und als schizophren diagnostiziert worden war. Zwei Monate später fasste das Erbgesundheitsgericht Zweibrücken laut Krankenakte den Beschluss zur Zwangssterilisation. Nach der Zwangssterilisation im städtischen Krankenhaus Landau wurde Frau G. in die häusliche Fürsorge zu ihrem Ehemann entlassen.

Der Ehemann beantragte noch im gleichen Jahr die Scheidung.

Ob es zu einer Wiedergutmachung gekommen ist, ist in der Krankenakte nicht dokumentiert.

ENTWURF Abgesandt am 13. Juli 1983

13.7.1983

203

I. Frau
Ma. M
12
70 Rt

5.7.1983

D/E

Ihre Sterilisierung im Städtischen Krankenhaus Landau
am 26.7.1937

Sehr geehrte Frau M:

Als Anlage übersenden wir Ihnen 2 beglaubigte Nachweise (Schreiben des Gesundheitsamtes Kaiserslautern sowie des Landesfürsorgeverbandes Pfalz in Speyer) über die im Jahre 1937 durchgeführte Unfruchtbarmachung.

Wir hoffen, daß Ihrem Antrag auf Zahlung einer Entschädigung in Höhe von 5 000,-- DM nunmehr entsprochen werden kann und verbleiben

mit freundlichen Grüßen

II. Z. d. A.

Oberverwaltungsrat

**Regierungsbezirksamt
für Wiedergutmachung
und verwaltete Vermögen
Neustadt a. d. W.**

An die
Pfälz. Nervenkliniken
Landeck
Klingenmünster

(22b) NEUSTADT a. d. W., den 12. Okt. 1955.
Maximilianstraße 31
Telefon Nr. 3054

Erkrankung
Landeck
Nr. 6828

Akte Nr. 49 712 Sp/K.

Im Schriftverkehr mit uns ist die
Angabe der Akten-Nr. unerlässlich

Betr.: Wiedergutmachung politischer Schäden;
hier: G₁ Me₁ gesch. Gu₁, geb. am 9.4.1909 zu L₁ f.
wohnhaft in L₁, H₁ 2.

Die Vorgenannte, die aufgrund des Bundesentschädigungsgesetzes (BEG) von 18.9.1953 Antrag auf Entschädigung für Freiheitsentziehung sowie Antrag auf Gewährung einer Beschädigtenrente gestellt hat, gibt an, im Jahre 1936/37 aus politischen Gründen ca. 6 Monate in der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster untergebracht gewesen und nach ihrer Entlassung im Städt. Krankenhaus Landau unfruchtbar gemacht worden zu sein. Zum Zwecke der Beweisführung bitten wir höflichst um kurzfristige Überlassung der seinerzeit entstandenen Krankenpapiere zur Einsichtnahme. Die Antragstellerin hat ihre Zustimmung zur Auskunfterteilung gegeben. Für Ihre Bemühungen danken wir im voraus bestens.

Absenden!
14. 10. 55

*Im Auftrage;
Schilling*

den 31. Okt. 1955

-/St.Nr.6828

An das Regierungsbezirksamt für Wieder-
gutmachung und verwaltete Vermögen

Einschreiben

N e u s t a d t /Weinstrasse

Betreff: Wiedergutmachung politischer Schäden,
G₁ geb. G₁ 1, geb. 23.4.1909, gesch.,
Bezug: Dörtiges Ersuchen vom 12.10.1955 - Az. r 49 712 Sp/K.
Anlage: Personalakte und Krankenblatt gegen Rückgabe

In der Anlage wird gemäss Ersuchen vom 12.10.55
die Personalakte mit Krankenblatt über die Vorgenannte zur Einsic-
nahme mit der Bitte um Rückgabe übersandt.

Der Direktor: I. Y. /

(O. Med. Rat Dr. Schröder)

**Regierungsbezirksamt
für Wiedergutmachung
und verwaltete Vermögen
Neustadt/Weinstraße**

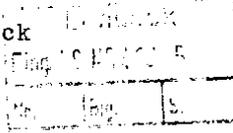
Einschreiben

(22b) NEUSTADT/Weinstraße, den 9. Nov. 1955.
Maximilianstraße 31
Telefon Nr. 3054

Akte Nr. 49 712 Sp/K.

An die
Pfälz. Nervenlinik Landeck

Klingenmünster/Pfalz



Im Schriftverkehr mit uns ist die
Angabe der Akten-Nr. unerlässlich

Betr.: Wiedergutmachung politischer Schäden;
hier: Gu ria geb. G geb. 23.4.1909,

Bezug: Dortiges Schreiben vom 31.10.55, - / St.Nr. 6828.

In der Anlage übersenden wir Ihnen die Personalakte mit Krankenblatt
über die Vorgenannte nach Einsichtnahme bestens dankend wieder zurück.

Im Auftrage:

18. Zusammenfassung der Ergebnisse

Im Folgenden werden die wichtigsten empirischen Ergebnisse dieser regionalen Studie im Hinblick auf die zentralen Fragestellungen zusammengefasst:

- nach der institutionsbezogenen und organisatorischen Umsetzung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses durch die klinischen Psychiater der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster und der Kreis-, Kranken- und Pflegeanstalt Frankenthal,
- nach dem Einfluss der nationalsozialistisch gelenkten eugenischen Gesundheitspolitik auf die ärztlichen Einstellungen und das ärztliche Entscheidungsverhalten hinsichtlich der Beantragung einer Zwangssterilisation bei schizophrenen Patientinnen,
- nach der Anwendung eines klinischen Diagnoseschemas und der Untersuchung und Dokumentation von Nachweisen zur Erblichkeit der Schizophrenie bei der Diagnose- und Antragsstellung,
- nach den selektiven ärztlichen Entscheidungsprozessen im Zusammenhang mit der Antragstellung auf Unfruchtbarmachung auf der Basis der ärztlichen Dokumentationen in den Krankenakten und den erhobenen sozialanamnestischen Daten,
- nach dem weiteren Krankheitsverlauf und möglichen Auswirkungen des Zwangseingriffs bei den zwangssterilisierten Patientinnen,
- nach dem Umfang von Wiedergutmachungsverfahren in der Nachkriegszeit für die von der Zwangssterilisation betroffenen Frauen.

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung gründen in der Auswertung originaler Krankenakten der beiden Heilanstalten und beziehen sich ausschließlich auf die eng umgrenzte Stichprobe der schizophrenen Frauen im Alter von 16 bis 40 Jahren, die im Rahmen des GzVeN von 1934 bis 1939 zwangssterilisiert wurden.

Im Zeitraum von 1934 bis 1939 wurden in der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster und in der Kreis-, Kranken- und Pflegeanstalt Frankenthal insgesamt 213 Frauen im Alter von 16 bis 40 Jahren von den Anstaltspsychiatern als schizophren diagnostiziert. Als erstes bedeutsames Ergebnis der Auswertung der Krankenakten beider Heilanstalten ergab sich, dass von den behandelnden Psychiatern bei 121 der 213 Frauen (56,8%) im Rahmen des GzVeN ein Antrag auf Unfruchtbarmachung beim Erbgesundheitsgericht gestellt wurde und eine Zwangssterilisation durchgeführt wurde. Über den gesamten Zeitraum von 1934 bis 1939 betrachtet kann daher nicht von einer uneingeschränkten und konsequenten Umsetzung der Vorgaben des GzVeN durch die Anstaltspsychiatern der beiden Heilanstalten gesprochen werden. Die Häufigkeit der Beantragung einer Zwangssterilisation im Zusammenhang mit der Diagnose Schizophrenie war in Klingenmünster mit 65,5% deutlich höher als mit 45,1% in Frankenthal. Die Auswertung der Krankenakten kann diesen Unterschied nicht erklären. Ob das konformere Verhalten der Psychiater in Klingenmünster hinsichtlich der Anzeige- und Antragspraxis gemäß des GzVeN im Zusammenhang damit zu sehen ist, dass die meisten Ärzte aus Klingenmünster bereits ab 1933 dem Nationalsozialismus nahe standen, kann nur vermutet werden.

In den beiden Jahren nach dem In-Kraft-Treten des GzVeN wurde das Gesetz in beiden Anstalten am konsequentesten umgesetzt (Klingenmünster 1935: 80,0%, 1936: 84,2%; Frankenthal 1935: 73,6%, 1936: 60,0%). Dieses Ergebnis stimmt mit Untersuchungen aus anderen Krankenanstalten überein (Bock, 1986; Fuchs, 1988; Koch, 1993; Braß, 2004; Grimm, 2004). Einerseits war der politische Druck auf die Ärzte, das Gesetz gemäß den Vorgaben und den damit verbundenen rassenhygienischen Zielsetzungen umzusetzen, in diesen Jahren sicherlich am stärksten, andererseits kann angenommen werden, dass die nationalsozialistische Gesundheitspolitik vor allem in den ersten Jahren der Gültigkeit des GzVeN von einem Großteil der Ärzteschaft noch in Überein-

stimmung mit den eigenen eugenischen Überzeugungen gesehen wurde.

Über den gesamten Untersuchungszeitraum gesehen gibt es in dieser regionalen Studie und bezogen auf die untersuchte Patientengruppe keine Belege dafür, dass durch die Ärzte in den beiden untersuchten Heil- und Pflegeanstalten eine bedingungslose Umsetzung der eugenischen Gesundheitspolitik der Nationalsozialisten und der damit verbundenen Propagierung der Sterilisation als Maßnahme zur „Ausmerzungen Minderwertiger“ erfolgte. Weder aus den Krankenakten noch aus dem Ergebnis, dass von den Anstaltspsychiatern bei „nur“ der Hälfte der als schizophren diagnostizierten Frauen ein Antrag auf Unfruchtbarmachung gestellt worden war, lassen sich Hinweise darauf ableiten, dass für die Ärzte in Frankenthal und Klingenmünster ein institutioneller Zwang (z.B. durch Kontrollen der Anstaltsleitung) bestand, bei jeder der von ihnen als schizophren diagnostizierten Frau auch konsequenter Weise einen Antrag auf Zwangssterilisation zu stellen. Allerdings kann angenommen werden, dass in Klingenmünster vor allem in den ersten beiden Jahren nach In-Kraft-Treten des GzVeN bei einem Großteil der Anstaltsärzte eine starke innere Zustimmung und Einwilligung (Compliance) gegenüber den staatlich verordneten rassenhygienischen Maßnahmen gegeben war. Ein konformes Verhalten der Ärzte hinsichtlich des GzVeN ergab sich somit offenbar weniger als eine Folge institutionellen Zwangs, sondern war vermutlich eher Ausdruck der politischen Einstellungen und eugenischen Grundüberzeugungen.

Die Frage nach der organisatorischen Umsetzung des GzVeN in den beiden Heil- und Pflegeanstalten hat folgende Hauptergebnisse. In annähernd der Hälfte der gesichteten Krankenakten waren die Anträge auf Unfruchtbarmachung gemäß GzVeN überhaupt nicht vorhanden. Falls Anträge vorhanden waren, waren diese formlos gehalten, d.h. es wurden nicht die gesetzlich vorge-

schriebenen Antragsformulare benutzt. Auch war in beiden Einrichtungen der Vorgang der Anzeige in keiner der untersuchten Krankenakten dokumentiert. Hier zeigen sich erhebliche Diskrepanzen zwischen den formalen Verfahrensvorgaben des GzVeN einerseits und den in der praktischen Umsetzung des Gesetzes eher informellen Vorgehensweisen in den beiden Heil- und Pflegeanstalten andererseits. Der Umstand, dass eine Kontrolle hinsichtlich der konsequenten Umsetzung der formalen Vorgaben des GzVeN offensichtlich nicht gegeben war, kann möglicherweise ein Hinweis dafür sein, dass kein starker institutioneller Druck auf die Ärzte im Zusammenhang mit dem GzVeN ausgeübt wurde. Die Anträge auf Unfruchtbarmachung, die an das Erbgesundheitsgericht weitergeleitet wurden, wurden in 85% bis 90% der Fälle vom Anstaltsleiter unterschrieben und damit formal auch gegenüber dem Erbgesundheitsgericht gestellt. Somit kann davon ausgegangen werden, dass die Anstaltsleitung einen Überblick über das Antragsverhalten der einzelnen behandelnden Anstaltspsychiater hatte. Ob einzelne Anstaltspsychiater versuchten, die Vorgaben des GzVeN gezielt zu ignorieren bzw. zu umgehen, und ob diese Ärzte von Seiten der Anstaltsleitung mit Sanktionen zu rechnen hatten, kann allerdings aus den untersuchten Krankenakten nicht erschlossen werden.

Hinsichtlich der Frage nach der Anwendung eines klinischen Diagnoseschemas kann davon ausgegangen werden, dass in dem untersuchten Zeitraum die Klassifizierung und damit das klinische Bild der Schizophrenie nach E. Bleuler in der Unterscheidung von Grundsymptomen und akzessorischen Symptomen für die Diagnosestellung zugrunde gelegt wurde. Bei der Auswertung der Krankenakten zeigte sich in beiden Heilanstalten gleichermaßen eine besonders häufige Nennung von akzessorischen Schizophreniesymptomen (Wahn, Halluzinationen und katatone Symptomatik), während die Grundsymptome des klinischen Bildes der Schizophrenie nach Bleuler (z.B. Denkzerfahrenheit, Affektverflachung, Antriebslosigkeit) bei der Diagnosestellung in der

Regel keine Berücksichtigung fanden. Eine differenzierte Anwendung des Diagnoseschemas nach Bleuler lässt sich aus den Krankenakten nicht erkennen. Vielmehr zeigt sich das Bild, dass die behandelnden Ärzte vorrangig die „nach außen hin klar beschreibbaren“ akzessorischen Symptome der Schizophrenie zur Diagnosestellung heranzogen und diese in den Krankenakten und den Anträgen auf Zwangssterilisation auch dokumentierten. So wurde das akzessorische Symptom „Wahn“ bei 120 der 121 zwangssterilisierten Frauen aus beiden Anstalten in dem Antrag zur Sterilisierung genannt. Diese Orientierung an eindeutig beschreibbaren Symptomen kann möglicherweise vor dem Hintergrund gesehen werden, dass der Antrag eines Psychiaters von einem Juristen des Erbgesundheitsgerichtes ohne Hinzuziehung eines weiteren Psychiaters verworfen werden konnte und somit auch für psychiatrische Laien deutlich zu sein hatte.

Kritisch zu bewerten ist auch der Umgang mit der Hereditätsproblematik. Die schizophrene Erkrankung war im GzVeN als Erbkrankheit festgelegt und die Überprüfung der Frage der Erbllichkeit der Schizophrenie war nach den Vorgaben des Gesetzes ein wichtiger Bestandteil für die Antragstellung zur Unfruchtbarmachung. Kontrastierend dazu zeigen die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung, dass der gesetzlich geforderte Nachweis der Vererbung einer schizophrenen Erkrankung von den Psychiatern in den Krankenakten nur sehr begrenzt geführt wurde. Nur bei 32.5% der zwangssterilisierten Frauen aus Klingenstein und 48.8% der zwangssterilisierten Frauen aus Frankenthal wurde das Vorliegen einer Erbkrankheit, die im Diagnosekatalog des GzVeN genannt war, bei einem Mitglied der Herkunftsfamilie der betroffenen Frau in der Krankenakte genannt. In den meisten dieser Fälle handelte es sich jedoch nicht um eine schizophrene Erkrankung, sondern um eine andere im Gesetz definierte Krankheit, z.B. eine Alkoholerkrankung. Die gesetzlich vorgeschriebene individuelle Sippentafel ist in keiner einzigen Krankenakte dokumentiert und wurde somit offensicht-

lich in keinem einzigen Fall der 121 zwangssterilisierten Frauen vor der Antragsstellung durch den betreuenden Arzt als Entscheidungsgrundlage herangezogen. Der Nachweis und die Dokumentation eines genetischen Zusammenhangs der Schizophrenie wurde somit durch die Ärzte nicht nach den gesetzlichen Vorgaben erbracht. Offensichtlich waren die ärztlichen Einstellungen und das ärztliche Entscheidungsverhalten nicht auf die Rekonstruktion und damit den Nachweis der Vererbung der Schizophrenie fokussiert, die Erbllichkeit wurde als Tatsache bzw. als Gefahr vorausgesetzt. Da auch die nationalsozialistische Gesundheitspolitik mit einer staatlich verordneten Eugenik grundsätzlich von der Vererbung der Schizophrenie ausging, wurden die Anträge der Heil- und Pflegeanstalten auf Zwangssterilisation offenbar von den Erbgesundheitsgerichten auch ohne die gesetzlich geforderten erbbiologischen Erfassungsmaßnahmen verhandelt und als Grundlage für den gerichtlichen Beschluss herangezogen.

Ein weiteres wichtiges Ergebnis der vorliegenden Untersuchung ist, dass „nur“ bei etwas mehr als der Hälfte der als schizophren diagnostizierten Patientinnen von den Anstaltspsychiatern ein Antrag auf Unfruchtbarmachung gestellt wurde. Die selektiven ärztlichen Entscheidungsprozesse, die darüber bestimmten, dass bei 121 Frauen schließlich die Zwangssterilisation durchgeführt wurde, sind jedoch in keiner der 121 Krankenakten dokumentiert. Außer der oben beschriebenen Nennung von vor allem akzessorischen Symptomen der Schizophrenie und der Feststellung des Vorliegens einer Erbkrankheit bei einem Mitglied der Herkunftsfamilie (dies allerdings auch nur bei weniger als der Hälfte der zwangssterilisierten Frauen) finden sich in den Krankenakten keine Hinweise auf mögliche am klinischen Krankheitsbild orientierte Entscheidungskriterien. Auffällig ist, dass explizite differenzierte Aussagen zur Schwere der Erkrankung oder zur Prognose des Krankheitsverlaufs in den Krankenakten nicht als Begründung für die An-

tragstellung aufgeführt werden. Angesichts der fehlenden Dokumentation in den Krankenakten kann die vorliegende Untersuchung somit keine belegbaren Erklärungen für das festgestellte selektive ärztliche Entscheidungsverhalten liefern. Allerdings können auf der Basis der im Folgenden dargestellten Ergebnisse zu den erhobenen sozialanamnestischen Daten mögliche Hypothesen über Faktoren, die den ärztlichen Entscheidungsprozess beeinflusst haben, generiert werden.

Als ein Faktor, der die ärztliche Entscheidung für einen Antrag auf Unfruchtbarmachung beeinflusst hat, kann die Möglichkeit der Rückkehr der zwangssterilisierten Frauen in ihr familiäres Umfeld angesehen werden. So fällt bei der Auswertung der Krankenakten auf, dass 87% der Patientinnen aus Klingenstein und 80% der Frauen aus Frankenthal nach dem operativen Eingriff wieder in ihr familiäres Umfeld entlassen wurden. Der Zeitpunkt der Entlassung war dabei weniger vom Krankheitsverlauf und der aktuellen psychischen Verfassung der Patientin abhängig als vielmehr vom Abschluss des Verfahrens vor dem Erbgesundheitsgericht und dem erfolgten operativen Eingriff. Ein Motiv für die ärztliche Entscheidung wäre somit möglicherweise die Reduzierung der Unterbringungskosten in den Heil- und Pflegeanstalten durch die Entlassung in das häusliche Umfeld gewesen. Eingeschlossen in die ärztliche Einschätzung war aber sicherlich, dass bei diesen Frauen nach Entlassung aus der Anstalt die „Gefahr der Fortpflanzung“ und damit der „Vererbung minderwertigen Lebens“ nicht mehr gegeben war. Das eindeutige Ergebnis, dass bei der Hälfte der sterilisierten Frauen bereits in den ersten beiden Monaten nach der Aufnahme ein Antrag auf Unfruchtbarmachung gestellt wurde, zeigt, dass in vielen Fällen offenbar sehr schnell das Ziel einer Rückführung in die Familie verbunden mit der Verhinderung weiterer Fortpflanzungsmöglichkeit verfolgt wurde.

Die Daten zum Familienstand und zur Anzahl der Kinder der sterilisierten Frauen bestärken die Annahmen zur Bedeutung des oben genannten Entscheidungskriteriums. Deutlich mehr als die Hälfte der sterilisierten Frauen aus beiden Anstalten war ledig und über 60% der sterilisierten Frauen hatten zum Zeitpunkt der Sterilisation keine Kinder. Die Hälfte der Kinder der sterilisierten Patientinnen war unter sechs Jahre alt, sodass aus ärztlicher Sicht auch bei diesen Frauen von einer „Gefahr der weiteren Fortpflanzung“ ausgegangen werden konnte. Die eugenischen Zielsetzungen des GzVeN wurden vermutlich gerade bei dieser Gruppe von Frauen (ledig, keine Kinder, sehr junge Kinder) durchgesetzt, da die „Gefahr der Fortpflanzung“ und damit der „Vererbung minderwertigen Lebens“ bei einer Entlassung aus der Anstalt von den Anstaltsärzten als besonders groß angesehen wurde.

In der Zusammenschau kann mit den Daten die Hypothese vertreten werden, dass nur bedingt psychiatrische Kriterien, die am Krankheitsbild der einzelnen Patientin (z.B. Schwere und bisheriger Verlauf der Erkrankung, Prognose, Nachweis der Erbllichkeit) orientiert waren, für die selektive ärztliche Entscheidung der Psychiater, einen Antrag auf Unfruchtbarmachung zu stellen, ausschlaggebend waren. Dies würde dann auch erklären, warum in keiner einzigen Krankenakte differenzierte psychiatrische Begründungen für die ärztliche Entscheidung gefunden wurden.

Vor dem Hintergrund der administrativen Vorgaben des GzVeN zur Aufklärungspflicht gegenüber den betroffenen Patientinnen zeigte die Auswertung der Krankenakten gravierende Abweichungen vom gesetzlich vorgesehenen Vorgehen in beiden Heil- und Pflegeanstalten. In keiner der 121 Krankenakten war dokumentiert, dass die gesetzlich vorgesehene Aufklärung mittels des Merkblatts über die Unfruchtbarmachung durchgeführt und das Merkblatt für Erbkrankte und ihre Angehörigen ausgehändigt wor-

den waren. Das für die Dokumentation dieses Vorgangs im GzVeN vorgesehene Formblatt, wurde ebenfalls in keiner Krankenakte gefunden. Die Frage, ob die Ärzte die Aufklärung ihrer Patientinnen umgingen oder nur teilweise durchführten, kann nicht beantwortet werden.

Gegen den Beschluss des Erbgesundheitsgerichtes zur Unfruchtbarmachung ist nur in einem der 121 untersuchten Fälle formal Widerspruch eingelegt worden, dieser wurde aber vom Erbgesundheitsobergericht abgewiesen. Das Ergebnis, dass die meisten zwangssterilisierten Frauen ohne Beruf waren bzw. aus einfachen Dienstleistungsberufen kamen und dass keine der Patientinnen eine akademische Ausbildung hatte, könnte unter anderem die äußerst gering erscheinende Zahl an Widersprüchen erklären. Es ist erschreckend, wie schutzlos schizophrene Patientinnen und deren Angehörige der Antragstellung durch die Psychiatrie und der juristischen Entscheidung des Erbgesundheitsgerichts ausgeliefert waren.

Von 1934 bis 1939 wurden sechs Anträge vom Erbgesundheitsgericht Zweibrücken, 1937 ein Antrag auf Unfruchtbarmachung vom Erbgesundheitsgericht Frankenthal abgelehnt. Alle sieben Ablehnungen wurden jedoch vom zuständigen Erbgesundheitsobergericht (EGOG) wieder aufgehoben, sodass die Zwangssterilisationen gemäß den Anträgen der Anstaltspsychiater durchgeführt wurden. Mit dem Beschluss des Erbgesundheitsobergerichts war für die Betroffenen in der nationalsozialistischen Rechtsordnung der Rechtsweg erschöpft.

Der weitere Krankheitsverlauf bei den schizophrenen Patientinnen nach der Zwangssterilisation ergibt sich nicht aus den Krankenakten. Weder sind Angaben zum körperlichen und psychischen Zustand, in dem die Frauen nach dem operativen Eingriff das Krankenhaus verließen, noch Bedingungen der Rückkehr in die Familie in den Krankenakten dokumentiert worden. Auch

finden sich keinerlei Angaben zur Fortführung der ärztlichen Behandlung. Bedeutsam ist allerdings, dass es bei 36 der 80 (45%) zwangssterilisierten schizophrenen Frauen aus Klingenstein und bei 13 der 41 (32.5%) Frauen aus Frankenthal in den ersten vier Jahren nach der Sterilisation zu einem Rezidiv, verbunden mit einer erneuten Einweisung in die jeweilige Heil- und Pflegeanstalt, kam.

In keiner Krankenakte ist dokumentiert, dass eine der betroffenen Frauen während der Operation verstorben ist.

Die Mortalitätsrate der sterilisierten schizophrenen Frauen liegt für den Zeitraum bis zu 12 Jahren nach der Unfruchtbarmachung in Klingenstein bei 33%, in Frankenthal bei 20%. In Anbetracht der Tatsache, dass das Sterbedatum nur von den Frauen erhoben werden konnte, die infolge eines Rezidivs wieder in die Anstalt eingewiesen wurden und dort verstarben, erscheinen diese Werte hoch. Die Todesumstände sind medizinisch nicht dokumentiert, ein ursächlicher Zusammenhang zur Zwangssterilisation kann nicht hergestellt werden. In einer Krankenakte wurde als Todesursache einer 1937 verstorbenen schizophrenen Patientin „chronische Erschöpfung vom Gehirn aus“ eingetragen (Dokument 35).

Die Zwangssterilisationen hatten erhebliche soziale Auswirkungen für die betroffenen Frauen, 8 der 33 verheirateten Patientinnen aus Klingenstein und 2 der 17 Frauen aus Frankenthal wurden nach der Sterilisation auf Betreiben der Ehemänner geschieden.

Zwei Krankenakten enthielten schriftliche Anfragen aus den Jahren 1955 und 1983 mit der Bitte um Ausstellung einer Bescheinigung über die vorgenommene Zwangssterilisation. Benötigt wurden diese Bescheinigungen für Anträge im Wiedergutmachungsverfahren. Ob es in den beiden Fällen zu finanziellen Entschädigungen als Wiedergutmachung kam, konnte nicht ermittelt werden.

19. Diskussion

Mit der Untersuchung der originalen Krankenakten der Stichprobe der in den Jahren von 1934 bis 1939 im Rahmen des GzVeN zwangssterilisierten Frauen mit der Diagnose Schizophrenie aus den Heil- und Pflegeanstalten Klingenmünster und Frankenthal konnte ein Beitrag zur Klärung der institutionsbezogenen Umsetzung der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik durch Psychiater in Heil- und Pflegeanstalten geleistet werden.

Nach Durchsicht der aktuellen Literatur gibt es zur Kenntnis der Untersucherin keine vergleichbare Studie, die konkret die psychiatrische Umsetzung des GzVeN hinsichtlich der Erbkrankheit Schizophrenie bei Frauen in Heil- und Pflegeanstalten untersucht hat. Die Datenerhebungen in den meisten Studien, die sich mit den Zwangssterilisationen während des Nationalsozialismus befassen, zeigen eine Vielfalt an unterschiedlichen Archivmaterialien und legen im Gegensatz zur vorliegenden Untersuchung ihren Analysen die Akten der Erbgesundheitsgerichte oder der Universitätskliniken zugrunde (Braß, 2004; Bräutigam, 1988; Fenner, 1990; Fuchs, 1988; Rothmaler, 1986). Die Untersuchungen von Bräutigam (1988) und Fuchs (1988) stützten sich auf das Datenmaterial der Akten des Erbgesundheitsgerichts in Bremen. Fenner bezog sich in seiner Arbeit ausschließlich auf die Indikation zur Zwangssterilisation in Hamburg und Rothmaler (1986) untersuchte stichprobenartig die Akten des Erbgesundheitsgerichtes Hamburg hinsichtlich der Entscheidungspraxis der Gerichte. Braß (2004) analysierte die unterschiedlichen Indikationen für Zwangssterilisationen auf der Grundlage der Akten des Erbgesundheitsgerichtes Saarbrücken.

Die Häufigkeit der veranlassten Zwangssterilisationen bei Patienten und Patientinnen von Heil- und Pflegeanstalten ist bisher nur in wenigen Studien erfasst worden. Von Cranach und

Siemen (1999) berichten für die bayerischen Heil- und Pflegeanstalten über die absolute Anzahl der zwangssterilisierten Patienten und den prozentualen Anteil dieser Patienten bezogen auf die Gesamtzahl der untergebrachten Patienten, ohne eine Differenzierung nach den unterschiedlichen psychiatrischen Krankheitsbildern vorzunehmen. Der Dissertation von Koch (1993) lagen sowohl originale Krankenakten der Universitätsfrauenklinik Göttingen als auch der Heil- und Pflegeanstalt Göttingen zugrunde, wobei sich die in seiner Arbeit dargestellten quantitativen Daten auf die Gesamtheit der 787 von 1934 bis 1945 an der Universitätsfrauenklinik zwangssterilisierten Frauen beziehen, von denen 20,9% aus der Heil- und Pflegeanstalt stammten. Seine Untersuchung bezog sich auf alle im GzVeN genannten Krankheitsbilder, die als Begründung für eine Zwangssterilisation herangezogen wurden, und zielte primär auf einen Vergleich der Häufigkeiten für die verschiedenen psychiatrischen Indikationen. Ettle und Renelt (1999) berichten über den prozentualen Anteil der Zwangssterilisierten unter der Patientengruppe der Diagnose „Schizophrenie“ im Vergleich zum prozentualen Anteil der an Schizophrenie Erkrankten an der Gesamtheit der Patienten der Heil- und Pflegeanstalt Bayreuth, wobei sie nicht zwischen Männern und Frauen unterscheiden.

In keiner der genannten Untersuchungen erfolgte jedoch eine über die berichteten Häufigkeitsangaben hinausgehende differenzierte Analyse der praktischen Umsetzung des GzVeN bezogen auf die Gruppe der zwangssterilisierten Patientinnen mit der Diagnose „Schizophrenie“. Dies bedeutet, dass zur Interpretation und Einordnung der vorliegenden Untersuchungsergebnisse in der Regel nicht direkt vergleichbare Zahlenangaben aus den bisherigen Untersuchungen herangezogen werden können. Die hier belegte Tatsache, dass „nur“ bei etwas mehr als der Hälfte der Patientinnen mit der Diagnose Schizophrenie ein Antrag auf Unfruchtbarmachung gestellt worden war, spricht eher

gegen eine konsequente und uneingeschränkte Umsetzung der Vorgaben des GzVeN durch die Anstaltspsychiater in den Heil- und Pflegeanstalten Klingenmünster und Frankenthal.

Es kann jedoch nicht ausgeschlossen werden, dass nach 1945 Anträge aus den Akten herausgenommen wurden.

Der relative Anteil der zwangssterilisierten Patienten an der Gesamtanzahl der jeweiligen Anstaltspatienten ist zum Teil mit einigen Daten belegt. Cranach und Siemen (1999) ermittelten, dass in den bayerischen Heil- und Pflegeanstalten zwischen 10,2% und 18,9% aller Anstaltspatienten zwangssterilisiert wurden, während 1935 an den Rheinischen Provinzial-Heilanstalten 19% der Anstaltsbewohner und in den Jahren von 1934 bis 1942 39,5% der Patienten der privaten und öffentlichen Anstalten in Westfalen zwangssterilisiert wurden (Bock, 1986). Die Frage allerdings, bei wie viel Prozent einer Diagnosegruppe eine Zwangssterilisation nach dem GzVeN beantragt bzw. vorgenommen wurde, ist bisher nur vereinzelt untersucht worden. Für Patienten mit der Diagnose Schizophrenie scheint bisher nur ein Ergebnis von Ettle und Renelt (1999) für die Heil- und Pflegeanstalt Bayreuth für den Zeitraum 1934 bis 1940 vorzuliegen, dabei wurde allerdings nicht zwischen Männern und Frauen differenziert: „Bei der Diagnose Schizophrenie wurde am häufigsten sterilisiert. 70,6% dieser Patienten waren davon betroffen. Der prozentuale Anteil der an Schizophrenie Erkrankten an der untersuchten Gesamtpopulation lag bei 58,6%.“ Dieses Ergebnis spricht dafür, dass von den Psychiatern eine bedingungslose Umsetzung des GzVeN bei allen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie nicht verfolgt wurde und dass eher von einem individuellen Entscheidungsspielraum für das Antragsverhalten der einzelnen Anstaltsärzte ausgegangen werden kann. Andererseits wird bei dem erheblichen Unterschied zwischen den verschiedenen Anstalten (Bayreuth 70,6%, Klingenmünster 65,5%, Frankenthal 45,1%) auch deutlich, dass es personenbezogene, regionale und institutionelle Fakto-

ren gab, die stärkeren Einfluss auf das individuelle ärztliche Entscheidungsverhalten hatten.

Ein Einflussfaktor bei den hier untersuchten Heil- und Pflegeanstalten ist mit hoher Wahrscheinlichkeit die Nähe zur Politik der Nationalsozialisten. 1933 bemühten sich der damalige stellvertretende Direktor Dr. Edenhofer, der Verwaltungsleiter und einige weitere Ärzte in Klingenmünster um Aufnahme in die NSDAP. Dr. Edenhofer war zudem als Beisitzer und Gutachter an zwei Erbgesundheitsgerichten tätig und hatte sicherlich seinen Einfluss auf die Umsetzung des GzVeN an der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster bereits erweitert, lange bevor er 1936 zum Nachfolger von Dr. Klüber ernannt wurde.

Nach Kater (1989) waren 44,8% der deutschen Ärzte in der NSDAP organisiert, außerdem waren weitere 16,2% der deutschen Ärzte Mitglieder in der SA oder der SS, ohne in der NSDAP zu sein.

In den Jahren 1934 bis 1936, direkt nach dem In-Kraft-Treten des GzVeN, wurden die Anträge auf Zwangssterilisation in Klingenmünster und Frankenthal am konsequentesten umgesetzt. Die vorliegende Untersuchung entspricht den Untersuchungsergebnissen einer Reihe von Studien (Bock, 1986; Fuchs, 1988; Koch, 1993; Braß, 2004; Grimm, 2004), die vollzogene Zwangssterilisationen in den Jahren 1934 bis 1939 erhoben haben. Zwischen 1935 und 1936 wurden die meisten Zwangssterilisationen vorgenommen unabhängig von der in der Antragstellung formulierten Diagnose und Indikation. Es ist davon auszugehen, dass der politische Druck auf die Anstaltsärzte, das Gesetz gemäß den Vorgaben und den damit verbundenen rassenhygienischen Zielsetzungen umzusetzen, in diesen Jahren am stärksten war. Der vehemente propagandistische Einfluss, mit dem die Nationalsozialisten ihre rassenhygienisch ausgerichtete Gesundheitspolitik unter den Psychiatern verbreiteten, wurde durch die ausdrückliche Befürwortung eugenischer Maßnahmen durch führende Psychiater wie Ernst Rüdin, Fritz Lenz, Alfred

Ploetz, Falk Ruttke, Alfred Hoche, und Arthur Gütt verstärkt. Es kann davon ausgegangen werden, dass die nationalsozialistische Gesundheitspolitik vor allem in den ersten Jahren nach dem In-Kraft-Treten des GzVeN von einem Großteil der Ärzteschaft in Übereinstimmung mit den eigenen ärztlichen Einstellungen gesehen wurde. Gerade beim Krankheitsbild Schizophrenie wurden angesichts der therapeutischen Hilflosigkeit eugenische Maßnahmen von vielen Ärzten befürwortet. Die Daten bisheriger Studien zeigen, dass über den Zeitraum von 1934 bis 1939 Schizophrenien beim Vergleich der Antragsindikationen die häufigste oder zweithäufigste Diagnose (nach dem angeborenen Schwachsinn) waren (Braß, 2004; Koch, 1993; Ettle, 1999; Kaminsky, 1995; Walter, 1991; Heitzer, 2005).

Übereinstimmend mit anderen Ergebnissen ergab auch die vorliegende Untersuchung ein erhebliches Nachlassen der Sterilisationsanträge vor Kriegsbeginn (Braß, 2004; Fuchs, 1988; Grimm, 2004; Koch, 1993; Heitzer, 2005; Töpol, 2000).

Die Ergebnisse können so interpretiert werden, dass bei den ärztlichen Entscheidungen, ob ein Antrag auf Unfruchtbarmachung gemäß dem GzVeN gestellt wurde oder nicht, psychiatrische Kriterien, z.B. die Schwere und Dauer der Erkrankung, die Eindeutigkeit der Diagnose, die Prognose bezüglich des weiteren Krankheitsverlaufs oder der Nachweis der Vererbung der Krankheit nicht unbedingt von ausschlaggebender Bedeutung waren.

Nach Funk (2007) stellte 1931 der deutsche Verein für Psychiatrie auf seiner Tagung den sogenannten „Würzburger Schlüssel“ als eine grundlegende Diagnosetabelle zusammen, der ab 1932 auch in Klingenmünster bei der Erfassung der Diagnosen aller Patienten in den Grundbüchern verwendet wurde. Die differenzierte Anwendung eines Diagnoseschemas, orientiert am klinischen Bild der Schizophrenie nach Bleuler, ist in den untersuchten Krankenakten jedoch nicht erkennbar. Vielmehr waren in den Anträgen auf Unfruchtbarmachung primär positive Symptome

wie Wahn, Halluzinationen oder eine katatone Symptomatik genannt worden. Die Fokussierung auf die klar beschreibbaren Symptome kann einerseits als Ausdruck dafür angesehen werden, dass in der damaligen Zeit die Diagnose der Schizophrenie auch von Psychiatern selbst durchaus als schwierig angesehen wurde, „da die Grenzen zur schweren Psychopathie kaum erkennbar“ waren (Kaminsky 1995). Andererseits sollte aus der Sicht des beantragenden Arztes durch die Nennung eines „eindeutigen“ Symptoms vermutlich auch sichergestellt werden, dass der gestellte Antrag von den psychiatrisch ungeschulten Laien – was Juristen und zum Teil auch Amtsärzte an den Erbgesundheitsgerichten in den Augen der Psychiater waren – nicht abschlägig beurteilt wurde. Wurden nämlich Anträge der Anstalten vom Sterilisationsgericht abgelehnt, war nach Bock (1986) die Reaktion der Anstaltsärzte oftmals bitter: „Es ist kränkend, wenn eine jahrelange Beobachtung durch eine so kurze Betrachtung umgestoßen wird“ (Bock, 1986).

Neben den akzessorischen Schizophreniesymptomen wurden in einem Teil der untersuchten Krankenakten in den Anträgen auf Unfruchtbarmachung in Verbindung mit der Diagnose „Schizophrenie“ auch Kernsymptome anderer Krankheitsbilder wie psychische Erschöpfung, Depressionen, Suizidalität, Gewalttätigkeit und auch Beschreibungen schwieriger sozialer Verhältnisse als ärztliche Begründung für die Antragstellung aufgeführt.

Bräutigam (1988) kommt in seiner Untersuchung zur Ansicht, dass die Diagnosen im Rahmen der ärztlichen Gutachten zur Zwangssterilisation oft willkürlich gestellt wurden. Die Bremer Ärzte stützten sich nach Bräutigam (1988) in ihren Gutachten zu einem großen Teil auf soziale Werturteile und gesellschaftspolitische Argumentationen, weniger auf die tatsächliche Erkrankung der Patienten. Die vorliegende Untersuchung ergibt allerdings vor allem das Bild einer sehr mangelhaften Dokumentation, einer nicht an einem differenzierten Diagnose-

schema orientierten Diagnosestellung und eines nicht an psychiatrischen Krankheitskriterien orientierten ärztlichen Entscheidungsverhaltens. Die Notwendigkeit, die eigenen fachlichen Einschätzungen, diagnostischen Beurteilungen und Entscheidungskriterien ausführlich zu dokumentieren, zu begründen und damit nachvollziehbar zu machen, wurde von den Ärzten in Klingenmünster und Frankenthal offensichtlich nicht gesehen. Auch die Institution, die Anstaltsleitung und die Erbgesundheitsgerichte forderten dies offensichtlich nicht. Auf den gesetzlich vorgeschriebenen Nachweis der Erblichkeit der Schizophrenie und die Erstellung einer Sippentafel verzichteten die Psychiater in allen untersuchten Krankenakten der beiden Heilanstalten. Dies muss als eine institutionsspezifische Missachtung der gesetzlichen Vorgaben interpretiert werden.

Gesicherte wissenschaftliche Erkenntnisse über Erbzusammenhänge bei dem Krankheitsbild „Schizophrenie“ lagen in der damaligen Zeit allerdings nicht vor. Es bestand somit eine Diskrepanz zwischen dem wissenschaftlichen Erkenntnisstand einerseits und der andererseits im GzVeN definierten Voraussetzung der „Erblichkeit“ als Legitimation für die gesetzlich geforderte Sterilisation. Der Nachweis der Erblichkeit der Schizophrenie gestaltete sich im Einzelfall als schwierig. Der umfassende Verzicht auf die Erstellung von Sippentafeln kann deshalb auch als Beleg für die Problemhaftigkeit des Nachweises der Erblichkeit der schizophrenen Erkrankung in der Praxis angesehen werden. Bräutigam (1988) betonte in seiner Untersuchung, dass die Ärzte einen Nachweis der Erblichkeit für die von ihnen erstellten Diagnosen nicht erbracht hätten. Der im GzVeN formulierte Argumentations- und Begründungszusammenhang zwischen der Vererbung einer Krankheit und der Zwangssterilisation hatte somit bei der praktischen Umsetzung des Gesetzes nicht mehr die ursprünglich propagierte Bedeutung und wurde bei der Entscheidung im konkreten Einzelfall praktisch immer vernachlässigt.

Zur Frage nach den ausschlaggebenden Faktoren für das in der vorliegenden Untersuchung festgestellte selektive ärztliche Entscheidungsverhalten konnte durch die Erhebung sozialanamnestischer Variablen folgende Erklärungshypothese generiert werden: Die Anstaltspsychiater stellten primär für die „fortpflanzungsgefährlichen“ schizophrenen Frauen, bei denen die Möglichkeit der Entlassung aus der Anstalt und der Rückführung in das bisherige häusliche Umfeld bestand, einen Antrag auf Zwangssterilisation.

„Der Schritt von der Anzeige zum Antrag fand hauptsächlich dann statt, wenn die Betreffenden physiologisch als „fortpflanzungsfähig“ oder wegen eventueller Bewegungsfreiheit innerhalb der Anstalt oder bevorstehender Entlassung als „fortpflanzungsgefährlich“ galten“ (Bock, 1986). Warum diese pragmatischen Aspekte, die dem selektiven ärztlichen Entscheidungsverhalten offensichtlich zugrunde lagen und die durch das GzVeN gestützt wurden, von den behandelnden Anstaltsärzten in den Krankenakten überhaupt nicht als Begründung aufgeführt wurden, kann nicht beantwortet werden. Das Problem der mangelhaften Dokumentationen wurde bereits von Kudlien (1991) thematisiert: „Schriftliche Zeugnisse von Ärzten sind höchst selten“. Auch in einem Artikel über die Heil- und Pflegeanstalt Lohr wird festgestellt: „Die Krankenblatteintragungen sind knapp gehalten“ (Posamentier, 1999).

Die Umsetzung der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik in beiden untersuchten Heil- und Pflegeanstalten wurde auf der Einstellungsebene wesentlich durch die bei den Psychiatern vorherrschenden eugenischen Grundüberzeugungen begünstigt. Die selektiven ärztlichen Entscheidungen wurden offenbar vor allem durch die gesetzliche Vorgabe bestimmt, dass fortpflanzungsfähige Erbkrankte erst nach erfolgter Sterilisation beurlaubt und entlassen werden durften.

Die Krankenakten zeigen, dass in beiden Heil- und Pflegeanstalten die formalen Vorgaben des GzVeN nicht eingehalten wurden.

Wichtige gesetzlich vorgegebene Vorgänge, z.B. die Anzeige, die Antragstellung, die Erstellung einer Sippentafel oder die Informations- und Aufklärungspflicht sind in den Krankenakten nur zum Teil, meist überhaupt nicht dokumentiert. Auch die gesetzlich vorgeschriebenen Formulare wurden grundsätzlich nicht verwendet. Von den Juristen der Erbgesundheitsgerichte wurden diese Abweichungen von den gesetzlichen Vorgaben ganz offensichtlich akzeptiert, was durch die Gerichtsurteile belegt ist. Diese im Wortsinn „blinde“ Akzeptanz aller formaler Abweichungen erweiterte sich zu einer Akzeptanz unangemessener inhaltlich-fachlicher Begründungen bei der Antragstellung. So akzeptierten sowohl der beantragende Anstaltsleiter als auch die über den Antrag befindenden Juristen, dass bei einer verurteilten minderjährigen Patientin der Ausbruch der schizophrenen Erkrankung auf das dritte Lebensjahr datiert worden war (Dokument 21/2).

Das erschreckende Ergebnis der vorliegenden Untersuchung, dass die gesetzlich vorgegebene Informations- und Aufklärungspflicht durch den behandelnden Psychiater in nur einer der untersuchten 121 Krankenakten dokumentiert wurde, wird durch die Publikationen von Braß (2004) und Bock (1986) bestätigt.

Braß (2004) stellt in seiner Untersuchung von Gerichtsakten des Erbgesundheitsgerichtes Saarbrücken fest, „dass in der überwiegenden Mehrzahl der ausgewerteten saarländischen Akten die vorgeschriebene ärztliche Bescheinigung gemäß § 2 Abs. 2 des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses fehlte, in der der Arzt mit Datum und Unterschrift bestätigen musste, dass er die betroffene Person über das Wesen und die Folgen der Unfruchtbarmachung informiert und ihr ein entsprechendes Merkblatt ausgehändigt hatte“. Bock (1986) bekräftigt diesen offenkundigen Mangel: „Gröblich und systematisch verletzt wur-

de vielfach die Pflicht, über Tragweite, Art und Folgen des Eingriffs aufzuklären. Der Antragsteller musste unterschreiben, dass er den Kandidaten über das Wesen und die Folgen der Unfruchtbarmachung aufgeklärt und ihm ein zwölfzeiliges Merkblatt ausgehändigt hatte.“

In den Beschlüssen und Schreiben der Erbgesundheitsgerichte wird immer wieder auf die Schweigepflicht bzw. die Verschwiegenheit gegenüber Dritten hingewiesen (siehe Dokument 13 und 15), obwohl es sich bei dem GzVeN um ein offizielles politisches Gesetz handelte. Heitzer (2005) betont in seiner Untersuchung der Zwangssterilisationen in Passau das widersprüchliche Vorgehen des nationalsozialistischen Regimes, das einerseits von einem öffentlichen Gesetz mit einer breiten Aufklärungsoffensive sprach, andererseits die Öffentlichkeit über Ausmaß und Art seiner Umsetzung gezielt im Unklaren lassen wollte. Die offenkundigen Diskrepanzen zwischen den formal-gesetzlichen Vorgaben und der anstaltseigenen Umsetzung des Gesetzes zielten bewusst darauf ab, eine reibungslose und für die Öffentlichkeit ohne große Publizität vollzogene Umsetzung des Gesetzes sicherzustellen. Braß (2004) stellt in seiner regionalen Studie fest: „Die Akten des Erbgesundheitsgerichtes Saarbrücken dokumentieren eine Reihe von formalen Verhaltensfehlern und Manipulationen zum Nachteil des Angeklagten“.

Nur in einer einzigen der 121 untersuchten Krankenakten fand sich ein Widerspruch gegen das Urteil des Erbgesundheitsgerichtes, der dann drei Monate später vom Erbgesundheitsobergericht abgelehnt wurde. Widersprüche gegen die drohende Zwangssterilisation durch die betroffenen Frauen oder deren Angehörige sind in der untersuchten Stichprobe auffallend geringer als in der Untersuchung von Koch (1993), der für die Patientinnen der Universitätsklinik Göttingen feststellte, dass in 20% der 787 untersuchten Fälle Widerspruch eingelegt

worden war. Dieses deutlich höhere Widerspruchsverhalten erklärt sich möglicherweise aus der unterschiedlichen Zusammensetzung der Stichprobe bei Koch, in der lediglich 20,9% der Patientinnen aus der Heil- und Pflegeanstalt Göttingen an die Universitätsklinik überwiesen worden waren, während bei den anderen Patientinnen die Überweisung vorwiegend durch die Amtsärzte der Gesundheitsämter erfolgt war. Allerdings beziehen sich die Zahlenangaben bei Koch auf alle Indikationen für eine Zwangssterilisation und nicht nur auf die Diagnose „Schizophrenie“, womit die Vergleichbarkeit sehr eingeschränkt ist. Eine zu den vorliegenden Daten vergleichbare Stichprobe von zwangssterilisierten schizophrenen Patientinnen an Heil- und Pflegeanstalten liegt bisher nicht vor. Die Frauen aus Klingenmünster und Frankenthal hatten überwiegend keinen oder nur einfache Berufe, keine hatte eine akademische Ausbildung. Dies entspricht auch den Untersuchungen von Fuchs (1988), Koch (1993) und Rothmaler (1986), nach denen die Opfer der Zwangssterilisationen vorrangig den niedrigen sozialen Schichten angehörten und einfachere Dienstverhältnisse innehatten. Diese Frauen waren den Maßnahmen der nationalsozialistischen Rassenpolitik hilfloser ausgeliefert als die Mittelschicht und vermieden den Widerspruchsweg, um weitere Repressalien zu vermeiden. Die im GzVeN festgelegte Konsequenz wäre der weitere Aufenthalt in der Heilanstalt gewesen, vor allem auch verbunden mit der Übernahme aller Kosten durch die Betroffenen, was sich diese Frauen oder deren Familien aufgrund ihres sozioökonomischen Status nicht hätten leisten können oder wollen. „In dieser Lage wählten viele Opfer den Ausweg, sich der Unfruchtbarmachung zu unterziehen“ (Huonker, 2003).

Die in der vorliegenden Untersuchung festgestellte Häufigkeit von Rezidiven für die Zeit nach der erfolgten Zwangssterilisation entspricht den Erwartungswerten, die sich aus Untersuchungen zum Langzeitverlauf schizophrener Erkrankungen ergeben (Häfner, 2001).

Es kann aber als Hypothese angenommen werden, dass die Zwangssterilisation bei einzelnen Frauen traumatisierend wirkte und damit ein Rezidiv der schizophrenen Erkrankung begünstigte. Nach Häfner (2001) ist belegt, „dass bei vorhandener Schizophrenie Rückfälle durch stressbedingte seelische Belastungen ausgelöst werden können.“ Da in den Krankenakten aber keinerlei Hinweise auf den körperlichen und psychischen Zustand nach dem operativen Zwangseingriff zu finden sind, lassen sich ursächliche Zusammenhänge kaum belegen.

Keine der zwangssterilisierten Frauen verstarb infolge der Operation. Braß (2004) berichtet von einem Mortalitätsrisiko von 0,47% für Frauen im Landeskrankenhaus Homburg, was in etwa den Sterblichkeitsziffern in anderen zeitgenössischen Veröffentlichungen entspricht.

Die ermittelten Mortalitätsraten für den Zeitraum bis zu 12 Jahren nach der Unfruchtbarmachung können im Rahmen dieser Arbeit nicht interpretiert werden. Auf Grund der nicht in den Krankenakten dokumentierten Sterbedaten eines großen Teils der untersuchten Stichprobe und wegen fehlender Vergleichswerte kann keine Aussage darüber gemacht werden, ob der Eingriff Einfluss auf die Lebenserwartung der betroffenen Patientinnen hatte.

Nur zwei der 121 zwangssterilisierten Frauen forderten und erhielten eine Bescheinigung über die Zwangsterilisation (siehe Dokumente 36 und 37), um einen Antrag auf Wiedergutmachung zu begründen. Es ist davon auszugehen, dass die überwiegende Zahl der betroffenen Frauen aus beiden Heilanstalten nach dem Ende der Nazi Herrschaft weder eine materielle, noch eine ideelle Wiedergutmachung erfahren hat. Dies hängt vermutlich mit dem über Jahrzehnte anhaltendem persönlichen Stillschweigen der Zwangssterilisierten selbst zusammen wie auch mit der gesellschaftlichen und juristischen Tabuisierung des Themas in der Nachkriegszeit in Deutschland. Von circa 360 000 Zwangs-

sterilisierten (Häfner, 2001) erhielten nach Grimm (2004) im gesamten Bundesgebiet in den Jahren von 1980 bis 1999 13709 Zwangssterilisierte eine einmalige Zuwendung von 5000 DM. Sichere Daten, wie viele Menschen aufgrund der Diagnose „Schizophrenie“ in der Zeit des Nationalsozialismus zwangssterilisiert wurden und wie viele davon eine materielle Wiedergutmachung erfahren haben, liegen nicht vor. „ Angesichts dessen, was den Sterilisationsopfern seiner Zeit angetan wurde, kann von einer besonderen finanziellen Genugtuung eigentlich nicht gesprochen werden. Mittlerweile ist sicherlich der größte Teil der Betroffenen verstorben, so dass ihnen keinerlei irgendwie geartete Genugtuung mehr zuteil werden kann. Andererseits war einer Reihe von betroffenen, wie unsere eigenen Beobachtungen ergaben, die Möglichkeit einer Entschädigung bis in die jüngste Zeit hin nicht bekannt“ (Ody, 1998).

Die vorliegende Studie will sich auch verstanden wissen als ein Beitrag, der auf das Schicksal der in der Zeit des Nationalsozialismus von Zwangssterilisation betroffenen schizophrenen Mädchen und Frauen am Beispiel der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster und der Kreis-, Kranken- und Pflegeanstalt Frankenthal aufmerksam macht.

20. Literaturverzeichnis

- Altenbockum, J. v. (1997) "Nazismus mit umgekehrtem Gedanken-
gang" in Schweden. In: Frankfurter Allgemeine Zeitung,
2. September 1997.
- Bauer, M., Cropp, F., Walther, K. (1938) Der Arzt.
Ministerialdirektor Arthur Gütt (Hrsg.) Handbücherei für den
öffentlichen Gesundheitsdienst, Band 3. Reichs- und Preußi-
sches Ministerium des Inneren, Berlin.
- Becker, K. (1937) Erfahrungen bei der Durchführung des Steri-
lisationsgesetzes in der Heil- und Pflegeanstalt Langenhagen
bei Hannover. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift,
37 (1937).
- Blasius, D. (1987) Ehescheidungen in Deutschland 1934-1945.
Scheidung und Scheidungsrecht in historischer Perspektive.
Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft, Bd. 74.
Göttingen.
- Blasius, D. (1990) Das Ende der Humanität. Psychiatrie und
Krankenmord in der NS-Zeit. In: Pehle, W. (Hrsg.) Der histori-
sche Ort des Nationalsozialismus. Frankfurt am Main.
- Blasius, D. (1994) Einfache Seelenstörung. Geschichte der
deutschen Psychiatrie 1800-1945. Frankfurt am Main.
- Bleuler, E. (1911) Dementia praecox oder Gruppe der Schizo-
phrenien. Franz Deuticke, Wien und Leipzig.
- Bock, G. (1986) Zwangssterilisation im Nationalsozialismus.
Studien zur Rassenpolitik und Frauenpolitik. Westdeutscher
Verlag, Opladen.
- Braß, Ch. (2004) Zwangssterilisationen und Euthanasie im Saar-
land 1935 - 1945. Verlag Schöningh, Paderborn.

Bräutigam, D. (1988) Ärztliche Gutachten in Sterilisationsverfahren nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ in Bremen. Diss. med., Hamburg.

Bumke, O. (1939) Der Staat und die Geisteskrankheiten.
In: Bumke, O. (Hrsg.) Handbuch der Geisteskrankheiten, Berlin.

Clees, E. (1997) Zwangssterilisationen in Skandinavien: Weitverbreitete Ideologie der Eugenik. In: Deutsches Ärzteblatt (1997), 94(40).

Conti, L. (Hrsg.)(1943) Reden und Aufrufe: Gerhard Wagner 1888-1939, Berlin.

Cranach, M., Siemen, H.-L. (1999) Psychiatrie im Nationalsozialismus: Die Bayerischen Heil- und Pflegeanstalten zwischen 1933 bis 1945. München.

Der Spiegel (1997) Minderwertige Elemente. 36/1997.

Deuel, W. R. (1942) People under Hitler. New York.

Die Zeit (1997) Europas Scham. In vielen Ländern wurden über Jahrzehnte Behinderte zwangssterilisiert. 5. September 1997.

Dörner, K. (1978) Irren ist menschlich oder Lehrbuch der Psychiatrie. Psychiatrie-Verlag, Wunstdorf/Hannover.

Dritte Verordnung zur Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 25. Februar 1935. In: RGB1(1935), Teil 1, 289-292.

Engstrom, E., Burgmair, W., Weber, M.M. (2006) Emil Kraepelin (1856-1926): Zwischen klinischen Krankheitsbildern und „psychischer Volkshygiene“. Deutsches Ärzteblatt 2006, 103 (41).

Ettle, M., Renelt, H. (1999) Die Heil- und Pflegeanstalt Bayreuth. In: Cranach, M., Siemen, H.-L. (Hrsg.) Psychiatrie im Nationalsozialismus: Die Bayerischen Heil- und Pflegeanstalten zwischen 1933 bis 1945. München.

Ewald, G. (1933) Eugenik vom ärztlichen Standpunkt aus. In: Die Medizinische Welt 7.

Ewald, G. (1934) Altes und Neues zum Sterilisationsgesetz. In: Zeitschrift für Hygiene 7.

Felten, M. v. (2000) Zwangssterilisationen. Entschädigung für Opfer. Bericht vom 31. Januar 2000 der Kommission für Rechtsfragen, Schweizer Nationalrat.

Fenner, E. (1990) Zwangssterilisation im Nationalsozialismus - zur Rolle der Hamburger Nationalverwaltung. Diss. med., Hamburg.

Fetscher, R. (1933) Die rassenhygienische Sterilisierung. In: Archiv für soziale Hygiene, Bd. 8, 1933/1934.

Frei, N. (Hrsg.) (1991) Medizin und Gesundheitspolitik in der NS-Zeit. Oldenbourg Verlag, München.

Frick, W. (1935) Ansprache des Reichs- und Preußischen Innenministers zur Eröffnung der Ausstellung „Das Wunder des Lebens“. In: Der öffentliche Gesundheitsdienst, Bd. 1, 1935/36, Teilausgabe A.

Friedländer, E. (1930) Eine Gefahr für die deutsche Irrenfürsorge. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie (93), 130.

Fuchs, G. (1988) Zwangssterilisationen im Nationalsozialismus in Bremen. Diss. med., Hamburg.

Funk, B. (2007) Von der Dementia Praecox zur Schizophrenie im Pfalzkrankenhaus Klingenstein. Diss. med., Mainz.

Funk, B., Steinberg, R. (2008) Von der Dementia praecox zur Schizophrenie in Klingenmünster. Unveröffentlichtes Manuskript, Klingenmünster.

Fünfte Verordnung zur Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 25. Februar 1936. In: RGBI(1936), Teil 1, 122.

Gaupp, R. (1934) Das Gesetz zur Verhütung des erbkranken Nachwuchses und die Psychiatrie. In: Klinische Wochenschrift, Bd. 13.

Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933 (GzVeN). In: RGBI (1933), Teil 1, 529- 531.

Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 26. Juni 1935. In: RGBI (1935,) Teil 1, 773.

Grimm, J. (2004) Zwangssterilisationen von Mädchen und Frauen während des Nationalsozialismus: Eine Analyse der Krankenakten der Universitäts-Frauenklinik Halle von 1934 bis 1945.

Diss. med., Halle.

Groß, W. (1935) Weltanschauung und Rassenhygiene. München.

Groß, W. (1937) Geistige Grundlagen der nationalsozialistischen Rassenpolitik. In: Neues Volk, Bd. 5.

Gütt, A., Rüdin, E., Ruttke, F. (1934) Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. Lehmanns Verlag, München. (1. Auflage)

Gütt, A., Rüdin, E., Ruttke, F. (1936) Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. Lehmanns Verlag, München. (2. Auflage)

Haavie, S. (2003) Die Geschichte der Sterilisation in Norwegen - ein dunkles Kapitel? Samtiden.

(www.eurozine.com/articles/2003-04-09-haavie-de.html)

Häfner, H. (2001) Das Rätsel Schizophrenie. Eine Krankheit wird entschlüsselt. 2. Auflage. C. H. Beck, München.

Heitzer, H. W. (2005) Zwangssterilisation in Passau. Die Erbgesundheitspolitik des Nationalsozialismus in Ostbayern, 1933-1939. Böhlau Verlag, Köln.

Huonker, T. (2003) Diagnose: „Moralisch defekt“. Kastration, Sterilisation und Rassenhygiene im Dienst der Schweizer Sozialpolitik und Psychiatrie. Zürich.

Huonker, T. (2004) Diagnostik und „Eugenik“. Referat zum Gedenken der Opfer des Nationalsozialismus im Psychiatriezentrum Reichenau.

Jütte, R. (2004) Die Fratze des Heilens. Grauenhaft gut dokumentiert bis 1970: Psychiatrische Zwangsmaßnahmen in der Schweiz. In: Frankfurter Allgemeine, 28. Januar 2004.

Kaiser, J.C., Nowak, K., Schwartz, M. (1992) Eugenik, Sterilisation, Euthanasie - Politische Biologie in Deutschland 1895 - 1945. Union, Berlin.

Kaiser, W., Völker, A. (1985) Die faschistischen Strömungen an der Medizinischen Fakultät der Universität Halle. In: Thom, A., Spaar, H. (Hrsg.) Medizin im Faschismus - Symposium über das Schicksal der Medizin in der Zeit des Faschismus in Deutschland 1933- 1945. Verlag Volk und Gesundheit, Berlin.

Kaminsky, U. (1995) Zwangssterilisation und Euthanasie im Rheinland. Evangelische Erziehungsanstalten sowie Heil- und Pflegeanstalten 1933 bis 1945. Köln.

Kater, M. H. (1989) Doctors under Hitler. Chapel Hill, London.

Klee, E. (1985) Euthanasie im NS-Staat. Die Vernichtung lebensunwerten Lebens. Fischer, Frankfurt am Main.

Klee, E. (1986) Was sie taten - Was sie wurden. Fischer, Frankfurt am Main.

Klee, E. (1997) Wie Eugenik die Köpfe eroberte. In: Die Zeit, 5.September 1997.

Koch, T. (1993) Zwangssterilisationen im Dritten Reich am Beispiel der Universitätsfrauenklinik Göttingen. Diss. med., Göttingen.

Kudlien, F. (1991) Fürsorge und Rigorismus. Überlegungen zur ärztlichen Normaltätigkeit im Dritten Reich. In: Frei, N. (Hrsg.) Medizin und Gesundheitspolitik in der NS-Zeit. Oldenbourg Verlag, München.

Kühl, S. (1997) Die Internationale der Rassisten. Frankfurt am Main / New York.

Lenz, Fritz (1931) Die Stellung des Nationalsozialismus zur Rassenhygiene. In: Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie. Berlin.

Lenz, Fritz (1933) Rassenhygiene und Sterilisierung im Preussischen Landesgesundheitsrat. In: Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie. Berlin.

Ley, A. (2004) Zwangssterilisation und Ärzteschaft. Hintergründe und Ziele ärztlichen Handelns von 1934-1945. Frankfurt am Main.

Loeffler, L. (1984) Rassen- und Siedlungspolitik. In: Mühlfeld, C., Schönweiss, F. (Hrsg.) Nationalsozialistische Familienpolitik. Stuttgart.

Nestler, G.(Hrsg.)(1993) Frankenthal unter dem Hakenkreuz, Bezirksverband Pfalz. Landau.

Nowak, K. (1977) Euthanasie und Sterilisierung im Dritten Reich. Halle/Saale.

Nowak, K. (1984) Euthanasie und Sterilisierung im Dritten Reich. Die Konfrontation der evangelischen und der katholischen Kirche mit dem Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses und der Euthanasie-Aktion. Ergänzungsreihe Bd. 12. Göttingen.

Nowak, K. (1987) Sterilisation, Krankenmord und Innere Mission im Dritten Reich. In: Götz, A. (Hrsg.) Aktion T 4, 1939 - 1945. Die Euthanasie-Zentrale in der Tiergartenstraße 4. Stätten der Geschichte Berlins, Bd. 26. Berlin.

Nowak, K. (1991) Widerstand, Zustimmung, Hinnahme. Das Verhalten der Bevölkerung zur Euthanasie. In: Frei, N. (Hrsg.) Medizin und Gesundheitspolitik in der NS-Zeit. Oldenbourg Verlag, München.

Ody, R. (1998) Zur Entschädigung der zwangssterilisierten Opfer des Nationalsozialismus. In: Der Nervenarzt 69. Springer-Verlag, Berlin / Heidelberg.

Paul, R. (2004) Krieg gegen die Schwachen. In: Spiegel online Panorama, 5/2004.

Pauleickhoff, B. (1983) Das Menschenbild im Wandel der Zeit. Ideengeschichte der Psychiatrie und der klinischen Psychologie. Bd. II. Hürtgenwald.

Posamentier, R. (1999) Heil- und Pflegeanstalt Lohr am Main. In: Cranach, M., Siemen, H.-L. (Hrsg.) Psychiatrie im Nationalsozialismus: Die Bayerischen Heil- und Pflegeanstalten zwischen 1933 bis 1945. München.

Ristow, E. (1936) Bevölkerungspolitik und Kriminalbiologie. In: Harmsen, H., Lohse, F. (Hrsg.) Bevölkerungsfragen. München.

Roelcke, V. (2002) Zeitgeist und Erbgesundheitsgesetzgebung im Europa der 1930er Jahre. In: Der Nervenarzt 11/2002. Springer Verlag, Berlin / Heidelberg.

Roemer, H. (1936) Die Leistungen der psychiatrischen Kliniken und der öffentlichen Heil- und Pflegeanstalten bei der Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses im ersten Jahr des Vollzuges. In: Zeitschrift für psychische Hygiene 9/136.

Rosenberg, M. J.; Hovland, C. I. (1960) Cognitive, affective and behavioural components of attitudes. In: Rosenberg, M. (Hrsg.) Attitude Organization and change. New Haven, London.

Rothmaler, C. (1986) Die Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933 in Hamburg. Diss.med., Hamburg.

Rüdin, E. (1938/1939) Die Bedeutung Arthur Gütts für die Erb- und Rassenforschung und deren praktische Auswertung. In: Der öffentliche Gesundheitsdienst, Bd. 4, 1938/1939, Teilausgabe A.

Rudnick, M. (1990) Aussondern - Sterilisieren - Liquidieren. Die Verfolgung Behinderter im Nationalsozialismus. Edition Marhold im Wissenschaftsverlag Volker Spiess, Berlin.

Saathoff, G. (1991) Vom Umgang der Bundesrepublik mit den Zwangssterilisierten im Nationalsozialismus. In: Fachschaft der Medizin der Phillips-Universität Marburg: Bis endlich der langersehnte Umschwung kam. Von der Verantwortung der Medizin unter dem Nationalsozialismus. Schüren, Marburg.

Scherer, K., Linde, O., Paul, R. (1998) Psychiatrie im Nationalsozialismus. Die Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster 1933-1945. Institut für pfälzische Geschichte und Volkskunde. Kaiserslautern.

Schmuhl, H-W. (1987) Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie: Von der Verhütung zur Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ 1890-1945. Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft, Band 75, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.

Schmuhl, H-W. (1991) Sterilisation, Euthanasie, Endlösung. Erbgesundheitspolitik unter den Bedingungen charismatischer Herrschaft. In: Frei, N. (Hrsg.): Medizin und Gesundheitspolitik in der NS-Zeit. Oldenbourg Verlag, München.

Schnell, W. (1958) Aktuelle Probleme der Volksgesundheitspflege - Kongressbericht 1957. Wilhelm Limpert - Verlag, Frankfurt am Main.

Schneppen, A. (1997) Keine Hoffnung auf Wiedergutmachung. Zwangssterilisationen auch in Japan. In: Frankfurter Allgemeine, 20. September 1997.

Schultz, B. (1934) Über die Bedeutung der empirischen Erbprognoseforschung. In: Der Erbarzt Bd. 6/1934.

Sechste Verordnung zur Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 23. Dezember 1936. In: RGB1, 1936; Teil 1.

Siemen, H. (1991) Reform und Radikalisierung. Veränderungen der Psychiatrie in der Weltwirtschaftskrise. In: Frei, N. (Hrsg.) Medizin und Gesundheitspolitik in der NS-Zeit. Oldenbourg Verlag, München.

Staemmler, M. (1938) Rassenpflege im völkischen Staat. Das Problem der erbkranken und asozialen Familien und ihre Behandlung. In: Volk und Rasse, Bd. 13/1938.

- Stauber, M. (1993) Gynäkologie und Nationalsozialismus. 22. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Geburtshilfe und Gynäkologie, Berlin.
- Stauber, M. (1994) Gynäkologie im Nationalsozialismus: Späte Entschuldigung statt Verdrängung. Aus der Rede auf der 50. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe im August 1994 in München. Z. Münchn. med. Wschr. 136, (1994), 6-9.
- Stauber, M., Kindermann, G. (1994) Über inhumane Praktiken der Frauenheilkunde im Nationalsozialismus und ihre Opfer. Z. Geburtsh. u. Frauenheilk. 54 (1994), 479-489.
- Steinberg, R. (1991) Die Schizophrenie im diagnostischen Prozess. In : 17. Psychiatrie-Symposion, Pfalzlinik Landeck, S. 5-13, Klingenmünster.
- Straub, E. (1935) Die Verantwortung des Arztes als Mitglied des Erbgesundheitsgerichts. Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 37 (1935).
- Szasz, T. (1982) Schizophrenie: Das heilige Symbol der Psychiatrie. Frankfurt am Main.
- Thom, A., Spaar, H. (1985) Medizin im Faschismus: Symposium über das Schicksal der Medizin im Faschismus in Deutschland 1933-1945. Volk und Gesundheit, Berlin.
- Thom, A., Caregorodcev, G.I. (1989) Medizin unterm Hakenkreuz. Volk und Gesundheit, Berlin.
- Thom, A. (1991) Kriegsoffer der Psychiatrie. Das Beispiel der Heil- und Pflegeanstalten Sachsens. In: Frei, N.(Hrsg.) Medizin und Gesundheitspolitik in der NS-Zeit. Oldenbourg Verlag, München.

Töpolt, B. (2000) Vorgeschichte und Praxis der Zwangssterilisation im Dresdner Raum 1933-1945. Diss. med., Dresden.

Verordnung zur Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 5. Dezember 1933. In: RGB1 (1933), Teil 1, 1021-1036.

Verschuer, O. v. (1934) Erbpathologie. Praktische Erbprognose und Indikation für Unfruchtbarmachung, Dresden/Leipzig.

Vierte Verordnung zur Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 18. Juli 1935. In: RGB1 (1935), Teil 1, 1035-1037.

Wagner, G. (1934) Rasse und Volksgesundheit. In: Deutsches Ärzteblatt, Bd. 64 / 1934.

Wagner, G. (1943) Reden und Aufrufe. In: Conti, L. (Hrsg.) Reden und Aufrufe: Gerhard Wagner 1888-1939. Berlin.

Walter, B. (1991) Anstaltsleben als Schicksal. Die nationalsozialistische Erb- und Rassenpflege an Psychiatriepatienten. In: Frei, N. (Hrsg.) Medizin und Gesundheitspolitik in der NS-Zeit. Oldenbourg Verlag, München.

Wieggrebe, J. (2001) „Entlassen: Altscherbitz - Zwangssterilisation und Euthanasie an Bewohnern der Neinstedter Anstalten 1934 -1945. In: Hoffmann, U. (Hrsg.) Psychiatrie des Todes. NS-Zwangssterilisation und „Euthanasie“ im Freistaat Anhalt und in der Provinz Sachsen. Landeszentrale für politische Bildung des Landes Sachsen-Anhalt, Magdeburg.

Zimmermann, S., Zimmermann, T. (1997) „Wer erbkrank ist, kann durch chirurgischen Eingriff unfruchtbar gemacht werden.“ Zwangssterilisationen in Deutschland während der Zeit des Nationalsozialismus. Z Zbl. Gynäk. 119 (1997), 143-148.

Zweites Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Februar 1936. In: RGB1(1936), Teil I, S. 119. Ministerialdirektor Arthur Gütt (Hrsg.), Reichs- und Preußisches Ministerium des Inneren, Bd.3, Berlin.

Zweite Verordnung zur Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 29. Mai 1934.

In: RGB1 (1934), 475-476.

Danksagung

Mein ganz besonderer Dank gilt Frau Professorin Dr. Pritzel für ihre hilfreiche, geduldige und umsichtige Betreuung meiner Arbeit. Die gemeinsamen Gespräche und ihr fachlicher Einsatz waren dem Ziel und der Bewältigung der Arbeit stets strukturgebend.

Herrn Professor Dr. Steinberg danke ich besonders für seine Bereitschaft, meine Arbeit zu betreuen. Sein persönliches und fachliches Engagement für das Thema motivierten mich, ergänzende inhaltliche Aspekte zu integrieren.

Den Mitarbeitern des Patientenarchivs des Pfalzkrankenhauses für Psychiatrie und Neurologie in Klingenmünster ist für die Unterstützung bei der Bereitstellung der Krankenakten zu danken.

Zum Schluss möchte ich meinem Ehemann und meinem Sohn danken, die mich besonders in arbeitsintensiven Zeiten unterstützten und mir mit Zuspruch zur Seite standen.

Lebenslauf

Name: Gisela Drescher-Müller, geb. Drescher
Geburtsdatum: 02.12.1952
Geburtsort: Somborn /Kreis Gelnhausen
Wohnort: 67434 Neustadt, Erkenbrechtstr. 37
Familienstand: verheiratet,
1 Sohn: Jonas, geb. am 13.04.1990

Eltern: Albert Drescher, Rosa Drescher
Schulbesuch: Brüder-Grimm-Schule in Hanau von 1959-1963
Karl Rehbein Schule in Hanau von 1963-1969

Studium: Fachhochschule Gießen, Fachbereich
Pädagogik von 1969-1972

Fachhochschule Darmstadt Fachbereich
Pädagogik von 1972-1973

Abschluss des Studiums mit der Ersten
Prüfung zum Erwerb der Lehrbefähigung in
musisch-technischen Fächern
Gesamtnote: Sehr gut

Studium der Psychologie an der
Universität Mainz von WS 1973/1974-1979
Diplom am 12. Juli 1979
Gesamtnote: Sehr gut

Berufserfahrung: 1979-1988 Diplom-Psychologin,
Jugend- und Drogenberatungsstelle des
Diakonischen Werkes Hanau und Gelnhausen,
Leiterin der Beratungsstelle

Seit 1988 selbstständig in eigener psychotherapeutischer Praxis

Ab 1999 Approbation als Psychologische Psychotherapeutin und Zulassung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Pfalz

Weiterbildungen: Tiefenpsychologisch orientierte Supervisionsseminare, Dr. K. Antons

Ausbildung in klientenzentrierter Gesprächspsychotherapie, Prof. Dr. W.-R. Minsel
1979-1981

Weiterbildung in strukturell- und entwicklungsorientierter Familientherapie, Weinheim von 1982-1985

Anerkennung als klinische Psychologin(BDP), 1984

Anerkennung als klinische Psychologin / Psychotherapeutin (BDP) aufgrund nachgewiesener Aus- und Weiterbildungen, 1992

Fortbildung zur Supervisorin (BDP) gemäß den Qualifizierungsbestimmungen des Berufsverbandes Deutscher Psychologen, 1994

Fortbildung zum Coach (BDP), 1998

Weiterbildung in Tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie, 1998