

**Aus der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Tübingen  
Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie  
mit Poliklinik  
Ärztlicher Direktor: Professor Dr. A. J. Fallgatter**

**Die psychiatrische Begutachtung an der Universitäts-  
Nervenlinik Tübingen im Jahre 1941 unter besonderer  
Berücksichtigung der Sterilisationsgutachten**

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

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

**vorgelegt von**

**Anna Patricia Owen**

**aus**

**Wien / Österreich**

**2012**

Dekan: Professor Dr. I. B. Autenrieth

1. Berichtstatter: Professor Dr. K. Foerster

2. Berichtstatter: Professor Dr. R. du Bois





---

# Inhaltsverzeichnis

---

1	Einleitung.....	1
1.1	Fragestellung.....	1
1.2	Historischer Überblick.....	2
1.2.1	Zur Entstehung des Sterilisationsgesetzes.....	3
1.2.2	Sterilisationsindikationen.....	6
1.2.3	Begriffsklärung „Euthanasie“ und “Eugenik”.....	7
1.2.4	Das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (GzVeN).....	8
1.2.5	Die Erbkrankheiten – „Erblichkeit liegt sicher vor, ist nur nicht festzustellen“.....	20
1.2.6	Operative Methoden der Sterilisation und Schwangerschaftsunterbrechung.....	47
1.2.7	Exkurs: Dr. Dr. Robert Ritter – der NS-„Zigeunerforscher“.....	54
1.2.8	Exkurs: Zwangssterilisationen von Sinti und Roma.....	57
1.2.9	Exkurs: „Kindereuthanasie“ und die „Aktion T4“.....	59
1.2.10	Biografien.....	63
1.2.11	Exkurs: Prof. Dr. August Mayer – Direktor der Universitäts-Frauenklinik Tübingen.....	70
2	Material und Methoden.....	75
2.1	Vorgehensweise / Datenerhebung.....	75
2.2	Personenspezifische und aufenthaltsbezogene Daten.....	78
2.3	Gutachtenbezogene Daten.....	79
2.4	Besonderheiten bei Sterilisationsgutachten.....	80
2.5	Gutachter.....	80
3	Statistische Auswertung.....	81
3.1	Überblick.....	81
3.2	Sterilisationsgutachten.....	86
3.2.1	Geschlecht.....	86
3.2.2	Altersverteilung.....	87
3.2.3	Konfession.....	91
3.2.4	Exkurs: Die Geschichte der Juden in Tübingen.....	93
3.2.5	Familienstand.....	94

3.2.6	Schwangerschaften, Mutter- / Vaterschaften .....	95
3.2.7	Wohnort .....	97
3.2.8	Staatsangehörigkeit.....	98
3.2.9	Beruf / Soziale Schichtzugehörigkeit .....	99
3.2.10	Aufnahmedatum und Art der Aufnahme .....	103
3.2.11	Aufenthaltsdauer und Entlassung .....	106
3.2.12	Anzahl der stationären Aufnahmen .....	109
3.2.13	Art und Anzahl der Gutachten .....	110
3.2.14	Anzeige erstattende Institutionen, Antragsteller, Auftraggeber des Gutachtens.....	112
3.2.15	Art und Ort des Verfahrens.....	114
3.2.16	Häufigkeit amtsärztlicher Formblattgutachten vs. individueller Gutachten.....	116
3.2.17	Länge bzw. Seitenzahl des Gutachtens.....	119
3.2.18	Diagnostik und Verteilung der Gutachtendiagnosen .....	121
3.2.19	Untersuchung des Zusammenhanges zwischen sozialer Schichtzugehörigkeit und Gutachtendiagnose.....	125
3.2.20	Empfehlungen und Begründungen der Gutachter, Stellung der Patienten zur Sterilisationsfrage .....	127
3.2.21	Beispiel eines Verfahrensfehlers .....	137
3.2.22	Weiterbildungsstand der Gutachter, Zweitunterzeichner.....	137
3.2.23	Zeitpunkt und Datum des Gutachtens .....	139
3.2.24	Grund weiterer Gutachten .....	141
3.2.25	Die Beschlüsse der Erbgesundheitsgerichte bzw. -obergerichte ...	142
3.2.26	Konformität der Gutachterempfehlungen und der EGG-/EGOG-Beschlüsse.....	145
3.2.27	Die Sterilisationszahlen der Universitäts-Frauenklinik .....	146
3.2.28	Fallbeispiel 1 .....	147
3.2.29	Fallbeispiel 2 .....	148
3.2.30	Fallbeispiel 3 .....	149
3.2.31	Fallbeispiel 4 .....	153
3.3	Exkurs: Ehetauglichkeitsgutachten .....	157
3.4	Sonstige zivile Gutachten.....	161
3.4.1	Geschlecht .....	161
3.4.2	Altersverteilung .....	162
3.4.3	Konfession .....	165

3.4.4	Familienstand .....	166
3.4.5	Wohnort .....	167
3.4.6	Staatsangehörigkeit.....	169
3.4.7	Beruf / Soziale Schichtzugehörigkeit .....	170
3.4.8	Aufnahmedatum .....	172
3.4.9	Aufenthaltsdauer .....	174
3.4.10	Datum der ambulanten Untersuchungen .....	177
3.4.11	Anzahl der stationären Aufnahmen .....	180
3.4.12	Art und Anzahl der Gutachten .....	181
3.4.13	Fragestellung .....	183
3.4.14	Auftraggeber .....	185
3.4.15	Zusammenhang Fragestellung – Auftraggeber.....	186
3.4.16	Länge bzw. Seitenzahl der Gutachten .....	187
3.4.17	Weiterbildungsstand der Gutachter, Zweitunterzeichner.....	189
3.4.18	Zeitpunkt und Datum des Gutachtens .....	191
3.4.19	Grund weiterer Gutachten .....	194
3.4.20	Fallbeispiele: Berufs- und Erwerbsminderung .....	194
3.4.21	Fallbeispiel: Rente.....	197
3.4.22	Fallbeispiel: Schuldfähigkeit .....	197
3.4.23	Fallbeispiel: andere Fragestellungen.....	199
3.5	Lazarettgutachten .....	200
3.5.1	Altersverteilung .....	200
3.5.2	Konfession .....	202
3.5.3	Familienstand.....	202
3.5.4	Wohnort .....	203
3.5.5	Staatsangehörigkeit.....	204
3.5.6	Ranggruppen, Rangklassen und Dienstgrade bei der Wehrmacht .	204
3.5.7	Aufnahmedatum.....	208
3.5.8	Aufenthaltsdauer .....	209
3.5.9	Datum der ambulanten Untersuchungen .....	211
3.5.10	Anzahl der stationären Aufnahmen .....	211
3.5.11	Art und Anzahl der Gutachten .....	212
3.5.12	Fragestellung .....	213
3.5.13	Auftraggeber .....	215

## Inhaltsverzeichnis

---

3.5.14	Zusammenhang Fragestellung – Auftraggeber.....	216
3.5.15	Länge und Seitenzahl des Gutachtens .....	216
3.5.16	Weiterbildungsstand der Gutachter, Zweitunterzeichner.....	218
3.5.17	Zeitpunkt und Datum des Gutachtens .....	219
3.5.18	Grund weiterer Gutachten .....	221
4	Diskussion .....	223
5	Zusammenfassung .....	239
	Anhang .....	245
	Anhang 1: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses .....	245
	Anhang 2: Gesetz zur Änderung des GzVeN .....	251
	Anhang 3: Zweites Gesetz zur Änderung des GzVeN .....	253
	Anhang 4: Durchführungsverordnung des GzVeN vom 31. August 1939.....	254
	Anhang 5: Vordruck Anzeige .....	255
	Anhang 6: Vordruck Antrag auf Unfruchtbarmachung.....	256
	Anhang 7: Vordruck Sterilisationsgutachten .....	257
	Anhang 8: Vordruck Intelligenzprüfungsbogen .....	263
	Anhang 9: Historischer Atlas Württembergs (bis 1945).....	266
	Anhang 10: Zusammenstellung einiger vorliegender Sterilisationszahlen.....	267
	Anhang 11: Ehegesundheitsgesetz .....	270
	Anhang 12: Für die Dissertation relevante Paragraphen des Ehegesetzes .....	273
	Anhang 13: Für die Dissertation relevante Paragraphen des Gewohnheitsverbrechergesetzes .....	274
	Anhang 14: Für die Dissertation relevante Paragraphen des Wehrmachtfürsorge- und Versorgungsgesetzes .....	275
	Anhang 15: Datenerhebungsbogen .....	279
	Anhang 16: § 8 Abs. 1 der Benutzungsordnung für das UAT .....	284
	Abkürzungen .....	285
	Abbildungen.....	289
	Tabellen.....	291
	Ungedruckte Quellen / Verzeichnis der benutzten Quellen .....	295
	Literaturverzeichnis.....	296
	Internetquellen .....	303
	Danksagung .....	305



# 1 Einleitung

---

## 1.1 Fragestellung

---

In den 1990er Jahren wurde unter der Leitung der Sektion für Forensische Psychiatrie an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen eine Studie ins Leben gerufen, die sich mit der Dokumentation und Aufarbeitung der Begutachtungspraxis und hierbei insbesondere mit der Umsetzung des *Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses* vom 14. Juli 1933 an der Universitäts-Nervenlinik Tübingen in der Zeit des Nationalsozialismus beschäftigt.

Die Auseinandersetzung mit diesem Thema ist insofern wichtig, als ein umfassender Überblick über die Zahl der durchgeführten Sterilisationen an den meisten beteiligten Kliniken bis heute nicht vorliegt. Außerdem wurden die Zwangssterilisierten bis heute nicht als NS-Verfolgte anerkannt, obwohl seit den 1980er Jahren Entschädigungen in Form von Einmal- und monatlichen Zahlungen gewährt werden.

Die vorliegende Dissertation befasst sich als Teil dieses Projektes mit der Begutachtungspraxis an der Universitäts-Nervenlinik Tübingen im Jahre 1941.

Im Rahmen einer retrospektiven Untersuchung der im Archiv der Universität Tübingen (UAT) noch vorhandenen Krankenakten des in den Jahren 1940 und 1941 aufgenommenen und im Laufe des Jahres 1941 entlassenen Patientenkollektivs wurden diejenigen Akten identifiziert, die ein oder mehrere Gutachten enthielten. Daran schloss sich eine statistische Auswertung der mit Hilfe eines eigens entwickelten Fragebogens vom Deckblatt der Akte und aus den Gutachten erhobenen personen- und gutachtenspezifischen Daten der untersuchten Patienten an.

In der vorliegenden Dissertation wurde den sogenannten Sterilisationsgutachten, die auf dem Boden des am 1. Januar 1934 in Kraft getretenen Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses zur Beurteilung der jeweiligen In-

dikationsstellung zur Sterilisation verfasst wurden, besondere Beachtung geschenkt und diese mit anderen Gutachten desselben Jahres, z. B. zur Erwerbs- und Schuldfähigkeit, verglichen. Außerdem erfolgt eine statistische Auswertung der im Reservelazarett der Nervenlinik verfassten Gutachten.

Um aus unserer heutigen Sicht verstehen zu können, wie das alles – vom Zwangssterilisationsgesetz bis hin zur Euthanasie – geschehen konnte, ist es notwendig, das Gesetz in seinem historischen Kontext zu sehen:

„Wer einen solchen, in kleinen Schritten entwertenden Prozeß überblickt, der mag dies im Blick von außen erkennen. Wer aber selbst Bestandteil eines solchen Prozesses ist, der ist auch dessen Opfer und erkennt dies erst, wenn es zu spät ist.“<sup>1</sup>

Deshalb folgt ein kurzer Überblick über die Entstehung und Bedeutung des Gesetzes zur *Verhütung erbkranken Nachwuchses*, eine Erläuterung der Begriffe der „Euthanasie“ und „Eugenik“, eine Darstellung des zeitgenössischen Verständnisses der im Gesetz genannten Erbkrankheiten sowie der Operationstechniken. Daran schließen sich Exkurse zu dem „Zigeunerforscher“ Robert Ritter, den Zwangssterilisationen von Sinti und Roma und der NS-Euthanasieaktion sowie eine kurze Darstellung der Klinikdirektoren der Universitäts-Nervenlinik und -Frauenlinik Tübingen und des Oberarztes der Nervenlinik an.

## 1.2 Historischer Überblick

---

„Deutsche Männer und Frauen! Die Reichsregierung hat ein für die Zukunft unseres Volkes bedeutungsvolles Gesetz beschlossen. Das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. Bevor ich auf den Inhalt des Gesetzes und seine Auswirkungen eingehe, ist es erforderlich, Ihnen etwas über die Gründe und die Vorgeschichte zu erzählen, die zu dem Gesetz geführt haben. Es ist eine leider bedenkliche Tatsache, dass zum Beispiel gerade oft Minderbegabte und Schwachsinnige sich erheblich stärker vermehren als die wertvollen Gruppen. Während die gesunde deutsche Familie besonders der gebildeten Schichten etwa zwei Kinder im Durchschnitt hat, weisen Schwachsinnige und andere erblich Minderwertige durchschnittlich Geburtenziffern von drei bis vier Kindern je Ehepaar auf. Bei einem solchen Verhältnis ändert sich

---

<sup>1</sup> Siehe Dörner in (BLEKER & JACHERTZ, 1989) S. 100

aber die Zusammensetzung eines Volkes von Generation zu Generation, so dass in etwa drei Geschlechter folgend die wertvolle Schicht fast völlig verschwunden ist und nur noch Minderwertige übrig bleiben. Das bedeutet dann aber den Untergang und das Aussterben der hochwertigen Menschen und Familien. So ist die Zukunft unseres Volkes ernstlich bedroht. Es geht dabei um das Leben und Sterben der deutschen Nation.“<sup>2</sup>

Mit diesen Worten kündigte Arthur Gütt (1891 – 1949), der Leiter der Abteilung „Volksgesundheit“ und „Schöpfer“ des Zwangssterilisationsgesetzes, der mit Falk Ruttke (1894 – 1955) den Kommentar zum Gesetz verfasste, in einer Rundfunkansprache am 26. Juli 1933 die Einführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses an. Die Begründung des Gesetzes spiegelt die Schlussfolgerung des englischen Philosophen und Soziologen Herbert Spencer (1820 – 1903) wieder:

„Eine Gute ererbte Anlage zu haben, ist die erste Bedingung für einen Menschen, um im Leben mit Erfolg zu bestehen; und ein Volk von gut erblich veranlagten Menschen zu sein ist die erste Bedingung für das Gedeihen der Nation.“

### 1.2.1 Zur Entstehung des Sterilisationsgesetzes

---

Die Wurzeln des rassenhygienischen Zuchtgedankens sind in dem 1859 von Charles Darwin (1809 - 1882) veröffentlichten Werk *Über die Entstehung der Arten durch natürliche Zuchtwahl oder die Erhaltung der begünstigten Rassen im Kampfe um's Dasein* (*On the origin of species by means of natural selection or the preservation of favoured races in the struggle for life*) zu suchen. Darwin entwickelte darin die drei grundlegenden Prinzipien seiner Evolutionstheorie: den Kampf um's Dasein<sup>3</sup> (*struggle for life*), die natürliche Zuchtwahl bzw. Selektion<sup>4</sup> (*natural selection*) und das Überleben des Passendsten<sup>5</sup> bzw. Stärksten (*survival of the fittest*). Während sich seine Thesen ursprünglich auf die Tier- und Pflanzenwelt bezogen, entwickelte sich in der Folgezeit durch die

---

<sup>2</sup> (CZEGUHN, HILGENDORF, & WEITZEL, 2009) S. 147

<sup>3</sup> (DARWIN, 1992) S. 80

<sup>4</sup> (DARWIN, 1992) S. 98f

<sup>5</sup> (DARWIN, 1992) S. 99

Anwendung bestimmter Aspekte der Evolutionstheorie Darwins auf menschliche Gesellschaften der sog. *Sozialdarwinismus*, der von der „Überzeugung geprägt [war], dass das Prinzip der Auslese im Kampf ums Dasein in der menschlichen Zivilisation genauso gelte wie in der Natur“<sup>6</sup>, dass jedoch „zivilisatorische Errungenschaften wie Sozialfürsorge und moderne Medizin“<sup>7</sup> die natürlichen Selektionsmechanismen in der Evolution des Menschen weitgehend außer Kraft gesetzt hätten.

Bereits Anfang des 20. Jahrhunderts wurden in den Vereinigten Staaten von Amerika (USA) die ersten Gesetze gegen die Vererbung von Verbrechen und Geistesstörungen erlassen. Zunächst wurden in den Bundestaaten Connecticut (1902), Michigan, Ohio (1904), Kansas (1903), New Jersey (1904) und Minnesota Gesetze zur Verhinderung der Eheschließung von Geisteskranken, Schwachsinnigen, Epileptikern und teilweise schweren Trinkern eingeführt. Der Bundestaat Kalifornien führte 1909 trotz der bekannten Nebenwirkungen ein Kastrationsgesetz zur Anwendung in Gefängnissen (*Prison Laws of California*) ein.

Die ersten Sterilisationen wurden ab dem Jahr 1899 durch den Gefängnisarzt Harry C. Sharp in Jefferson, Indiana, durchgeführt, auf dessen Initiative hin im Bundesstaat Indiana 1907 das erste Sterilisationsgesetz verabschiedet wurde, das vorsah, dass in staatlichen Anstalten untergebrachte „Verbrecher, Blödsinnige und Schwachsinnige“<sup>8</sup> durch zwei Chirurgen und den Chefarzt begutachtet und ggf. sterilisiert werden sollten, wenn eine Besserung unwahrscheinlich sei. Nach Einführung des Gesetzes bis Mitte des Jahres 1911 wurden laut Maier (1911) insgesamt 873 Männer, „meistens verbrecherische Individuen“<sup>9</sup>, sterilisiert. 1909 wurde ein entsprechendes Gesetz im Bundesstaat Connecticut eingeführt und um die Sterilisation von Geisteskranken erweitert. Bis 1933 hat-

---

<sup>6</sup> (KIEBLING, 2005) S. 12; Die eckigen Klammern in den Zitaten kennzeichnen Änderungen oder Substitutionen durch den Verfasser der Dissertation, etwa an den Kontext angepasste Konjugationen von Verben oder den Ersatz von Patientennamen durch die Angabe „die Patienten“ oder „der Patient“.

<sup>7</sup> (KIEBLING, 2005) S. 12

<sup>8</sup> (MAIER, 1911) S. 18

<sup>9</sup> (MAIER, 1911) S. 19

ten 27, bis 1937 bereits 32 US-Bundesstaaten Sterilisationsgesetze erlassen. Bis zum 1. Januar 1933 sollen „nach einer [...] nichtamtlichen Statistik ca. 16.000 Eingriffe erfolgt sein [...], bis Anfang 1939 hatte sich die Zahl auf insgesamt ca. 31.000 Eingriffe erhöht“<sup>10</sup>, wobei insbesondere Geisteskranke und Schwachsinnige sterilisiert worden seien.

Auch „in der Schweiz [wurden] seit der Jahrhundertwende gelegentlich eugenische Sterilisationen [...] ohne gesetzliche Grundlage [vorgenommen], wohl aber meist mit der „Einwilligung“ der Betroffenen“<sup>11</sup>. Das erste europäische Sterilisationsgesetz trat 1928 im schweizerischen Kanton Waadt in Kraft. „Bis 1932 wurden ca. 30 Personen sterilisiert, vor allem „schwachsinnige“ Frauen“<sup>12</sup>.

Erste Anregungen zur Diskussion über die Einführung eines Sterilisationsgesetzes lieferten die Psychiater Paul Näcke (1900) und Ernst Rüdin (1903), jedoch erlebte die Rassenhygiene erst nach dem verlorenen Ersten Weltkrieg einen bedeutenden Aufschwung in Deutschland. Nach der Machtergreifung der Nationalsozialisten gelang der entscheidende „[sterilisationspolitische] Durchbruch“<sup>13</sup>: Am 30. Januar 1933 ernannte Hitler Wilhelm Frick (1877 – 1946) zum Reichsminister des Innern. Es folgte eine „[rassenhygieneorientierte]“<sup>14</sup> Umstrukturierung der Medizinalabteilung des Reichsinnenministerium, in deren Rahmen Frick am 1. Mai 1933 Dr. med. Arthur Gütt als Medizinalreferenten in das Ministerium berief, der auf der Grundlage des preußischen Gesetzesent-

---

<sup>10</sup> (BENZENHÖFER, 2006) S. 19

<sup>11</sup> (BENZENHÖFER, 2006) S. 19

<sup>12</sup> (BENZENHÖFER, 2006) S. 19; laut (MÜLLER, 1985) S. 41ff wurden außerdem in den folgenden europäischen Staaten in der Folgezeit Sterilisationsgesetze eingeführt: Dänemark (1929), Schweden (1934), Norwegen (1934), Finnland (1935), Estland (1936), Lettland (1937) und Island (1938). In England wurde trotz entsprechender Bestrebungen der Englischen Eugenischen Gesellschaft und des Gesundheitsministeriums kein Sterilisationsgesetz verabschiedet. Außer in den USA und Europa wurden bis 1933 nur in den kanadischen Provinzen Alberta (1928) und British Columbia (1933) sowie im mexikanischen Bundesstaat Vera Cruz (1932) Sterilisationsgesetze eingeführt; siehe auch (HEISS, 1969) S. 3ff: auch in Panama wurde ein Sterilisationsgesetz eingeführt (1938); in Japan galt ab 1940 das *Nationale Eugengengesetz*, das 1948 durch das *Gesetz über den eugenischen Schutz* abgelöst wurde.

<sup>13</sup> (BENZENHÖFER, 2006) S. 95

<sup>14</sup> (BENZENHÖFER, 2006) S. 97

wurfes aus dem Jahre 1932 das *Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses* entwickelte.<sup>15</sup> Es wurde am 14. Juli 1933 verabschiedet, am 25. Juli 1933 im Reichsgesetzblatt veröffentlicht und trat am 1. Januar 1934 in Kraft. Es unterschied sich durch die Androhung von Zwang sowohl vom o. g. preußischen Gesetzesentwurf als auch von allen in anderen Ländern geltenden Sterilisationsgesetzen, die die Freiwilligkeit der Maßnahme betonten.

## 1.2.2 Sterilisationsindikationen

---

Man unterscheidet drei verschiedene Sterilisationsindikationen:

1) Die Sterilisation *aus medizinischer Indikation*: Dabei unterscheidet man zwischen Sterilisationen, „die unmittelbar zu Heilung einer Krankheit vorgenommen werden (*medizinische Sterilisationen im engeren Sinne*)“<sup>16</sup> und Sterilisationen, „die künftigen Gefährdungen vorbeugen sollen (*medizinische Sterilisationen im weiteren Sinne [...], medizinisch-prophylaktische Indikationen*)“<sup>17</sup>.

2) Die Sterilisation *aus sozialer Indikation*: Eine soziale Indikation zu Sterilisation liegt vor, „wenn weiterer Kinderzuwachs die ungünstige wirtschaftliche Lage einer Familie verschlimmert oder sie in ihrer Existenz bedroht und zudem die ordnungsmäßige Erziehung eines Kindes in Frage gestellt ist“<sup>18</sup>.

---

<sup>15</sup> 1934 soll Gütt von Frick als „Schöpfer“ des GzVeN bezeichnet worden sein (siehe (BENZENHÖFER, 2006) S. 68)

<sup>16</sup> (MÜLLER, 1985) S. 25: Medizinische Sterilisationen im engeren umfassen Eingriffe, die infolge von Erkrankungen der Fortpflanzungsorgane (wie Entzündungen oder Tumore) durchgeführt werden und deren primäres Ziel eine Heilung der Krankheit darstellt, die aber aufgrund der Art des Eingriffes eine Sterilität des Patienten zur Folge haben, wie z. B. eine Hysterektomie oder radikale Prostatektomie.

<sup>17</sup> (MÜLLER, 1985) S. 25: Ziel der medizinisch-prophylaktischen Eingriffe ist „die dauernde Konzeptions- bzw. Zeugungsunfähigkeit selbst [...], um eine Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes oder gar eine Lebensgefahr“ durch eine (weitere) Schwangerschaft oder Geburt zu vermeiden.

<sup>18</sup> (MÜLLER, 1985) S. 27: Massensterilisationen „als soziale Maßnahme“ wurden außerdem in Entwicklungsländern wie Indien eingesetzt als Versuch die dortige Bevölkerungsexplosion zu bekämpfen.

3) Die Sterilisation *aus eugenischer Indikation*: Ziel der Sterilisation aus eugenischer Indikation ist die Verhinderung der Weitergabe unerwünschten Erbgutes („Elimination minderwertiger Anlagen“<sup>19</sup>).

### 1.2.3 Begriffsklärung „Euthanasie“ und „Eugenik“

Zum besseren Verständnis ist eine klare Unterscheidung der beiden Begriffe „Eugenik“ und „Euthanasie“ notwendig.

Der Begriff *Eugenik* stammt aus dem Griechischen und bedeutet *wohlgebo-*  
*ren*. Er wurde 1883 durch Francis Galton, einen Vetter Darwins, für die „Rege-

lung der menschlichen Fortpflanzung auf der Grundlage der Vererbungswissenschaft“<sup>20</sup> geprägt und als „science of social improvement“<sup>21</sup> bezeichnet. Es handelt sich bei der Eugenik um eine *pränatale Selektion* mit dem Ziel, eine Beseitigung bzw. Verminderung erblich bedingter Krankheiten sowie die langfristige Verbesserung der Erbanlagen in der Gesamtbevölkerung zu erreichen, also

„die Geburtenrate der Ungeeigneten (Unfit) zu kontrollieren, anstelle es ihnen zu gestatten, ins Dasein zu treten, obschon sie in großer Zahl dazu verdammt sind, bereits vor der Geburt umzukommen [und] [...] die Verbesserung der Rasse durch Förderung der Produktivität der Geeigneten (Fit) mittels früher Heiraten und gesunder Aufzucht ihrer Kinder.“<sup>22</sup>

Im deutschen Sprachraum werden die Begriffe *Rassenhygiene* und Eugenik häufig synonym gebraucht. Der Begriff Rassenhygiene wurde 1895 durch Alfred Ploetz, der 1905 die *Deutsche Gesellschaft für Rassenhygiene gründete*, in Deutschland eingeführt. Er definierte Rassenhygiene als „Lehre von den Bedingungen der optimalen Erhaltung und Vervollkommnung der menschlichen Rasse“<sup>23</sup>.

---

<sup>19</sup> (MÜLLER, 1985) S. 31

<sup>20</sup> (KIEßLING, 2005) S. 13

<sup>21</sup> (KIEßLING, 2005) S. 13

<sup>22</sup> Galton (1908) nach Baader in (BLEKER & JACHERTZ, 1989) S. 23

<sup>23</sup> (MÜLLER, 1985) S. 31

Der Begriff *Euthanasie* stand ursprünglich für den Akt der *Sterbe-Hilfe*. Er stammt ebenfalls aus dem Griechischen und bedeutet *guter* bzw. *schöner Tod*, „d. h. schneller, leichter und schmerzloser Tod“<sup>24</sup>. Unter dieser euphemistischen Bezeichnung ordnete Adolf Hitler im September 1939 mit einem Ermächtigungsschreiben die „Ermordung von körperlich und geistig Behinderten“<sup>25</sup> an. Bei der Euthanasie handelt es sich somit im Gegensatz zur Eugenik um die *Beseitigung bereits lebender Menschen* aus eugenischen sowie ökonomischen Gründen.

#### 1.2.4 Das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (GzVeN)

---

##### 1.2.4.1 Zur Begründung des GzVeN

---

Das *Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (Sterilisationsgesetz)*, im Folgenden als GzVeN bezeichnet, wurde am 14. Juli 1933 verabschiedet und trat am 1. Januar 1934 in Kraft. Es wird heute auch als das „Grundgesetz der Nationalsozialisten“<sup>26</sup> bezeichnet und u. a. von Mitscherlich und Mielke (2004) als Ausgangspunkt für die „Euthanasie“ unheilbar Geisteskranker und die „Ausmerzepläne der für minderwertig erklärten Rassen, der Polen, Russen, Juden und Zigeuner“<sup>27</sup> während des Krieges angesehen. Eine Abschrift des Gesetzestextes findet sich im Anhang 1.

Die Notwendigkeit der Einführung eines solchen Gesetzes wurde durch die Verfasser des Gesetzes damit begründet, dass sich bei einem zu verzeichnenden stetigen „Geburtenrückgang“<sup>28</sup> vor allem „[minderwertige]“<sup>29</sup> Mitbürger „hemmungslos“<sup>30</sup> fortpflanzten, während „die gesunde deutsche Familie“<sup>31</sup>, ins-

---

<sup>24</sup> (SCHWEIZER, 2002) S. 87

<sup>25</sup> (SCHWEIZER, 2002) S. 88

<sup>26</sup> Siehe Dörner in (Kolloquien des Instituts für Zeitgeschichte, 1988) S. 24

<sup>27</sup> (MITSCHERLICH & MIELKE, 2004) S. 236

<sup>28</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 59

<sup>29</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 60

<sup>30</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 60

<sup>31</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 60



besondere die Mitglieder „der gebildeten Schichten“<sup>32</sup> im Schnitt „nur etwa zwei Kinder“<sup>33</sup> hätten. Das wiederum hätte neben einem „Aussterben der hochwertigen Familien“<sup>34</sup> zur Folge, dass weiter steigende Kosten für die Versorgung von „[Geistesschwachen], [Hilfsschülern], [Geisteskranken] und [Asozialen]“<sup>35</sup> anfielen, die durch den Steuerzahler finanziert werden müssten.

Dementsprechend wurde die Sterilisation von „[minderwertigen]“<sup>36</sup> Menschen als „einzig [sicheres] Mittel [...], um die weitere Vererbung von Geisteskrankheiten und schweren Erbleiden zu verhüten“<sup>37</sup>, als „*Tat der Nächstenliebe und Vorsorge* für die kommenden Generationen“<sup>38</sup> und als „wahrhaft soziale Tat für die betroffenen erbkranken Familien“<sup>39</sup> propagiert.

Hitler selbst bezeichnete die Sterilisation von unheilbar Kranken bereits 1924 in „Mein Kampf“ als „die humanste Tat der Menschheit“<sup>40</sup>, die „Millionen von Unglücklichen unverdiente Leiden ersparen [werde] [...]. Der vorübergehende Schmerz eines Jahrhunderts [könne] und [werde] Jahrtausende vom Leid erlösen.“<sup>41</sup>

Letztlich handelte es sich jedoch bei dem Sterilisationsgesetz um ein Mittel zur „Züchtung der auserwählten Edelrasse“<sup>42</sup>, der „nordisch-arischen Rasse“<sup>43</sup>.

Das Gesetz zielte insbesondere auf die Sterilisation leichterer Fälle ab, da bei ihnen eine erhöhte Fortpflanzungsgefahr bestünde.<sup>44</sup> Insbesondere bei erb-

---

<sup>32</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 60

<sup>33</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 60

<sup>34</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 60

<sup>35</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 60

<sup>36</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 60

<sup>37</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 60

<sup>38</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 60

<sup>39</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 60

<sup>40</sup> (HITLER, 1943) S. 279

<sup>41</sup> (HITLER, 1943) S. 279f

<sup>42</sup> (NOWAK, 1978) S. 95

<sup>43</sup> (NOWAK, 1978) S. 95

<sup>44</sup> Vgl. (BOCK, 1986) S. 253; siehe (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 93ff: „Man beachte [...] daß nicht schwerer angeborener Schwachsinn vorliegen muß, um zur Unfruchtbarmachung zu berechtigen oder zu verpflichten. [...] Es ist wesentlich zu erreichen, daß, *genau wie bei*

kranken Frauen wurde diesbezüglich auch die Möglichkeit des ungewollten Geschlechtsverkehrs (Missbrauch, Vergewaltigung) in Erwägung gezogen. Man kam zu dem Schluss, dass „Frauen männlicher Sexualgewalt in einem solchen Maße ausgesetzt waren, daß man sie deshalb zwangsweise [zum Schutz vor den Folgen einer Vergewaltigung] sterilisieren zu müssen glaubte“<sup>45</sup>. Die Massenzwangssterilisationen von Frauen wurden u. a. im Hinblick auf Überlegungen, „Sicherheitsverwahrte, z. B. „Sittlichkeitsverbrecher“, unter der Bedingung der Sterilisation zu entlassen“ von Bock (1986) als „Institutionalisierung und Freigabe sexueller Gewalt von Männern gegenüber Frauen“<sup>46</sup> bezeichnet, da eine Sterilisierung durch die fehlende „Schwängerungsfurcht“<sup>47</sup> eher zu einer Eskalation als zu einer Minderung des Geschlechtstriebes führe. Von einer Sterilisation schwer Kranker oder Dauerhospitalisierter war aufgrund ihrer geringen Fortpflanzungsgefahr abzusehen. Viele von ihnen wurden ab 1939 im Rahmen der Euthanasieaktionen in den Heil- und Pflegeanstalten ermordet (siehe Kapitel 1.2.9).<sup>48</sup>

Selbst Mitglieder der NSDAP wurden durch das Gesetz erfasst, jedoch war der Amtsarzt nach einer Verfügung des Reichsinnenministers von 22. August 1936 verpflichtet „[in] Verfahren gegen Parteigenossen [...] – ehe er einen Sterilisierungsantrag wegen angeborenem Schwachsinn [stellte] – zuerst den zuständigen NSDAP-Gauleiter zu hören [, der] dann „prüfen [musste], ob der Unfruchtbarzumachende sich ganz *besonderer* Verdienste um die Bewegung erworben [habe]“.<sup>49</sup> Der wohl einflussreichste und prominenteste von den Unter-

---

*allen anderen im Gesetz genannten Zuständen, gerade diejenigen Abnormen und Kranken zur Unfruchtbarmachung gelangen, deren Spezial- und Allgemeinverfassung im übrigen eine derartige ist, daß man trotz ihrer Abnormalität auf ihre eventuelle Fortpflanzung gefaßt sein muß. [...] Wer wegen Krankheitsäußerungen der verschiedensten Art dauernd anstalts- und überwachungsbedürftig ist und auch tatsächlich dauernd überwacht und anstaltsverwahrt ist, braucht nicht unfruchtbar gemacht zu werden, da er ja doch keine Gelegenheit hat, sich fortzupflanzen.“*

<sup>45</sup> (BOCK, 1986) S. 398f

<sup>46</sup> (BOCK, 1986) S. 401

<sup>47</sup> (BOCK, 1986) S. 395

<sup>48</sup> (MAKOWSKI, 1996) S. 142

<sup>49</sup> (KLEE, 2010) S. 44f

suchungen betroffene Nationalsozialist war der Reichsminister für Volksaufklärung und Propaganda, Joseph Goebbels. Infolge einer „Knochenmarksentzündung“<sup>50</sup> im Kindesalter, die zu „Lähmungen am rechten Bein“<sup>51</sup> geführt hatte, litt er unter einem Klumpfuß, der in seiner erblichen Form unter § 1 Abs. 2, 8 des GzVeN (schwere erbliche körperliche Missbildung) fiel.

#### 1.2.4.2 Die Durchführung des Erbgesundheitsverfahrens

---

Für die Einleitung des Erbgesundheitsverfahrens gegen einen Patienten mit einer vermeintlichen Erbkrankheit im Sinne des GzVeN gab es, wie von Kaasch (2006) ausführlich beschrieben, zwei Möglichkeiten:

1) Den „stationären Weg“: Die betroffenen Personen wurden durch die in der Klinik angestellten Ärzte während der stationären Behandlung ihrer Erkrankung bei den zuständigen Amtsärzten angezeigt und ihre Unfruchtbarmachung beim Erbgesundheitsgericht (EGG) beantragt.

2) Den „ambulanten Weg“: Ambulant behandelte Patienten wurden durch ihre Hausärzte oder sonstige Personen des öffentlichen Gesundheitswesens beim zuständigen Amtsarzt angezeigt, der in Fällen mit hoher Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer Erbkrankheit im Sinne des GzVeN einen Antrag auf Sterilisation des betroffenen Patienten beim Erbgesundheitsgericht stellte, in Fällen mit größerer Unsicherheit jedoch gegebenenfalls auch den Antrag verzögern oder ganz davon absehen konnte.

Das Erbgesundheitsverfahren begann üblicherweise mit einer Anzeige des jeweiligen Patienten beim zuständigen Amtsarzt (Vordruck siehe Anhang 5) mit dem Ziel einer möglichst vollständigen Erfassung und Auflistung aller vermeintlich erbkranken Personen zur Vorbereitung einer „[erbbiologischen] Bestandsaufnahme des deutschen Volkes“<sup>52</sup>. Dazu bestand eine Pflicht zur Anzeige aller erbkranken Personen unabhängig davon, „ob es sich um ein Kind unter 10 Jahren oder um eine Person in hohem Alter [handelte], oder ob der Antrag beim

---

<sup>50</sup> (REUTH, 1990) S. 15

<sup>51</sup> (REUTH, 1990) S. 15

<sup>52</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1936) S. 210; außerdem (LEY, 2004) S. 70

Erbgesundheitsgericht noch nicht gestellt werden [konnte] oder der Eingriff sonst unterbleiben [müsste], oder ob dauernde Anstaltsbedürftigkeit [vorliege]. Auch bei natürlicher Unfruchtbarkeit [sei] die Anzeigepflicht gegeben“<sup>53</sup>. Nach Artikel 3 der Ausführungsverordnung des GzVeN vom 5. Dezember 1933 war jeder „[approbierte] Arzt“, dem „in seiner Berufstätigkeit eine Person bekannt [wurde], die an einer Erbkrankheit [im Sinne des Gesetzes] oder schwerem Alkoholismus [litt]“, sowie „sonstige Personen, die sich mit der Heilbehandlung, Untersuchung und Beratung von Kranken [befassten]“ zur sofortigen Anzeigeerstattung beim zuständigen Amtsarzt verpflichtet. Der zuständige Amtsarzt prüfte die Anzeigen und entschied über die Antragsstellung und Eröffnung des Erbgesundheitsverfahrens<sup>54</sup>.

Mit dem Antrag auf Unfruchtbarmachung beim zuständigen Erbgesundheitsgericht begann die gerichtliche Untersuchung (Vordruck siehe Anhang 6). „Antragsberechtigt“ war zunächst laut § 2 Abs. 1 des GzVeN „derjenige, der unfruchtbar gemacht werden soll“ bzw. dessen „gesetzlicher Vertreter“ mit „Genehmigung des Vormundschaftsgerichts“, wobei laut § 2 Abs. 2 des GzVeN jeweils die Vorlage „[einer] Bescheinigung eines für das Deutsche Reich approbierten Arztes“ notwendig war, aus der hervorgehen musste, „daß der Unfruchtbarzumachende über das Wesen und die Folgen der Unfruchtbarmachung aufgeklärt worden ist“. Zu diesem Zweck wurde den Betroffenen ein Merkblatt ausgehändigt, das sie über den geplanten Eingriff aufklären sollte. Nach Bauer (1936) erfüllte das Merkblatt seinen Zweck jedoch nicht:

„Die Leute verstehen das Merkblatt überhaupt nicht, es werden die Begriffe von Kastration und Sterilisation durcheinandergeworfen. Es ist schwierig, den einfachen Bauersleuten beizubringen, daß der sexuelle Verkehr nach der Sterilisation keine Störung erleide, daß die Libido und der Genuß ganz unverändert sei, daß bloß eine Befruchtung nicht mehr möglich sei. Aber noch viel schwieriger ist es, ihnen die Notwendigkeit einer Sterilisation zu erklären, ihnen die Einsicht dafür zu geben, daß z. B. ein Depressiver immer noch erbkrank sei, auch wenn er zur Zeit nicht mehr depressiv, sondern normal ist, daß aber die Krankheit jederzeit wieder ausbrechen könne.“<sup>55</sup>

---

<sup>53</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1936) S. 210

<sup>54</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1936) S. 212

<sup>55</sup> (SCHMID, 1994) S. 93 und (BECHDOLF, 1988) S. 295

Darüber hinaus konnte die Unfruchtbarmachung laut § 3 des GzVeN auch durch „1. [den beamteten] Arzt, 2. für die Insassen einer Kranken-, Heil- oder Pflegeanstalt oder einer Strafanstalt [durch den] Anstaltsleiter“ beantragt werden.<sup>56</sup> Bei den Amtsärzten gehörte die Antragsstellung dagegen zu den „Amtspflichtigen, wenn die Voraussetzungen im Sinne des Gesetzes gegeben [waren]“<sup>57</sup>.

Die insgesamt 205 Amtsgerichten angegliederten Erbgesundheitsgerichte (EGG) (ein Verzeichnis aller Erbgesundheitsgerichte und -obergerichte findet sich in Gütt, Rüdín, Ruttke (1934) S. 242ff), die sich nach § 6 Abs. 1 des GzVeN „aus einem Amtsrichter als Vorsitzenden, einem beamteten Arzt und einem weiteren für das Deutsche Reich approbierten Arzt, der mit der Erbgesundheitslehre besonders vertraut ist“ (bei dem Letztgenannten handelte es sich meist um einen Anstaltspsychiater) zusammensetzten, bearbeiteten die eingehenden Anträge auf Unfruchtbarmachung eines Patienten, indem sie nach § 7 Abs. 2 des GzVeN „die notwendigen Ermittlungen [anstellten]“, d. h. ggf. „Zeugen und Sachverständige vernehmen“ und in Zweifelsfällen die dafür zugelassenen Stellen mit der fachärztlichen Begutachtung der Patienten beauftragten. Sowohl „Ärzte, die als Zeugen oder Sachverständige vernommen werden“, als auch „Gerichts- und Verwaltungsbehörden sowie Krankenanstalten“ waren laut § 7 Abs. 2 des GzVeN im Rahmen des Erbgesundheitsverfahrens von der Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht bzw. des Datenschutzes befreit.

Die Gerichte entschieden nach § 8 des GzVeN „unter Berücksichtigung des gesamten Ergebnisses der Verhandlung und Beweisaufnahme nach freier Überzeugung [...] mit Stimmenmehrheit“ über die Sterilisation der Patienten und leiteten diesen Beschluss an den „Antragsteller, [den] beamteten Arzt sowie [an] denjenigen [weiter], dessen Unfruchtbarmachung beschlossen worden ist“ bzw. ggf. an dessen „gesetzlichen Vertreter“.

---

<sup>56</sup> Nach (GANSSMÜLLER, 1987) S. 47 zeigten die Anstaltsleiter ihre Patientinnen und Patientinnen lieber beim Gesundheitsamt an, als einen Antrag auf Unfruchtbarmachung an das Erbgesundheitsgericht zu stellen, da dann die Anzeige nicht in der Gerichtsakte auftauchte und somit der anzeigende Arzt ungenannt blieb. Anträge durch die Patienten selbst waren selten.

<sup>57</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1936) S. 213

Patienten, bei denen die Sterilisation durch ein Erbgesundheitsgericht beschlossen wurde, hatten nach § 9 des GzVeN „binnen einer Notfrist von einem Monat nach der Zustellung“ des Beschlusses die Möglichkeit, gegen diesen Beschluss Beschwerde einzulegen, über die dann das zuständige, einem Oberlandesgericht angegliederte Erbgesundheitsobergericht (EGOG), bestehend laut § 10 Abs. 1 des GzVeN aus „einem Mitglied des Oberlandesgerichtes, einem beamteten Arzt und einem weiteren für das Deutsche Reich approbierten Arzt, der mit der Erbgesundheitslehre besonders vertraut ist“, endgültig zu entscheiden hatte. Insgesamt gab es 28 Erbgesundheitsobergerichte. Für die Tübinger Patienten war das EGOG Stuttgart zuständig.

Die chirurgische Unfruchtbarmachung durfte laut § 11 Abs. 1 des GzVeN erst dann durchgeführt werden, „wenn der die Unfruchtbarmachung anordnende Beschluss endgültig geworden ist“ und dann nach § 12 Abs. 1 ggf. „auch gegen den Willen des Unfruchtbarzumachenden, sofern nicht dieser allein den Antrag gestellt hat“. Dafür habe der beamtete Arzt bei der Polizeibehörde die erforderlichen Maßnahmen zu beantragen. „Soweit andere Maßnahmen nicht ausreichen, ist die Anwendung unmittelbaren Zwanges zulässig“. Dieser § 12 des GzVeN, „Freigabe der Zwangssterilisation“<sup>58</sup>, kann laut Benzenhöfer (2006) als „Zentrum des Unrechtsgesetzes“ angesehen werden, da „[die] Möglichkeit der Zwangssterilisation während des ganzen Verfahrens als Drohung [wirkte] und [...] dafür [sorgte], dass sich viele Betroffene nach dem Beschluss eines Erbgesundheitsgerichtes (ohne Widerspruch bzw. ohne Widerstand [...]) in ihr „Schicksal“ ergaben“<sup>59</sup>.

Nachdem der Beschluss zur Unfruchtbarmachung endgültig geworden war, wurden insbesondere die Patientinnen auf ihre Operationsfähigkeit (s. u.) und im Rahmen der gynäkologischen Untersuchung auf ihre Fortpflanzungsfähigkeit hin untersucht. Lehnten die Patientinnen diese Untersuchung ab, wurde sie in Narkose kurz vor der Operation nachgeholt. Die Operationsvorbereitung und

---

<sup>58</sup> (BENZENHÖFER, 2006) S. 101

<sup>59</sup> (BENZENHÖFER, 2006) S. 92; laut Morlock in (SCHÖNHAGEN, 1992) S. 97 war In Württemberg in etwa jedem 12. Fall die Anwendung von Gewalt zur Durchführung der Sterilisation notwendig.

-nachsorge erfolgte nach Doneith (2008) zum Teil auch durch einen gynäkologischen Assistenzarzt in der Nervenklinik.

Nach durchgeführter Sterilisation erfolgte die Meldung der Klinik an den Amtsarzt und das EGG mit einem entsprechenden Vordruck.

Den sterilisierten Patientinnen wurde eine Nachuntersuchung nach einigen Monaten empfohlen, die jedoch von den meisten nicht wahrgenommen wurde.

#### 1.2.4.3 Änderungen und Ergänzungen des Gesetzes

---

Die erste Änderung des Gesetzes vom 26. Juni 1935 verkürzte die Beschwerdefrist von einem Monat auf zwei Wochen und erlaubte außerdem eine Schwangerschaftsunterbrechung im Rahmen der Sterilisationsoperation bis zum sechsten Schwangerschaftsmonat, wenn die Patientin einwilligte (siehe Anhang 2). Der Artikel 3 der Ausführungsverordnung vom 18. Juli 1935 erlaubte allerdings auch die Einwilligung zur Schwangerschaftsunterbrechung durch den gesetzlichen Vertreter oder den Pfleger, wenn der Patientin „nach Ansicht des Amtsarztes die Bedeutung der Maßnahme nicht verständlich gemacht werden“ kann. Außerdem regelte dieses Gesetz die Durchführung von Kastrationen. Allerdings wurde bereits durch das *Gesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Maßregeln zur Sicherung und Besserung* vom 24.11.1933 die zwangsweise Kastration von Verbrechern angeordnet.

Die zweite Änderung des Gesetzes vom 4. Februar 1936 erlaubte laut Artikel 1 der Ausführungsverordnung vom 25. Februar 1935 neben der operativen Sterilisation bei Frauen im Alter von über 38 Jahren oder wenn durch die Operation eine Gefahr für das Leben oder die Gesundheit der Patientin zu befürchten war, auch die Sterilisation durch Bestrahlung (siehe Anhang 3).

Die Durchführungsverordnung des GzVeN vom 31. August 1939, einen Tag vor Kriegsbeginn, beschränkte die Durchführung des Gesetzes auf Fälle mit „besonders großer Fortpflanzungsgefahr“. Verfahren, die noch nicht rechtskräftig erledigt waren, sollten eingestellt werden (siehe Anhang 4). Im Angesicht des bevorstehenden Krieges sollten „die Verwaltungsarbeiten auf das Nötigste [beschränkt werden], außerdem wurde die Kriegswichtigkeit von Krankenhäu-

sern und Gesundheitsämtern betont“<sup>60</sup>. Zu diesem Zweck wurden außerdem während des Krieges wiederholt Regelungen zur Vereinfachung der Sterilisationspraxis erlassen.

Im Jahre 1941 wurde die Anwendung des GzVeN auf die nach Deutschland deportierten Polen sowie auf die annektierten Gebiete ausgedehnt.

Mit der Verordnung vom 14. November 1944 wurden die Erbgesundheitsobergerichte geschlossen, sodass den Betroffenen die Möglichkeit, Beschwerde gegen ihr Urteil einzulegen, genommen wurde.

#### 1.2.4.4 Die Bilanz des GzVeN

---

Nach Inkrafttreten des GzVeN am 1. Januar 1934 bis zum Kriegsende am 8. Mai 1945 wurden Schätzungen zufolge 350.000 – 400.000 Menschen<sup>61</sup> zwangssterilisiert. Nach Friedrich und Matzow (1992) entspricht das 1% der Bevölkerung im Alter von 18 bis 40 Jahren und nach Rudnick (1985) etwa 0,5% der Gesamtbevölkerung des Deutschen Reiches (ca. 65 Millionen Einwohner). Ein Grund für diese große Variationsbreite könnte in der Sterilisation von „rund 40 000 Menschen in den annektierten Gebieten [...], also außerhalb der Grenzen Deutschlands von 1937 liegen“<sup>62</sup>, die je nach Betrachtungsweise von verschiedenen Autoren berücksichtigt wurden oder eben nicht. Schätzungsweise 5.000 bis 6.000 Frauen und ca. 600 Männer starben im Zusammenhang mit

---

<sup>60</sup> (MAKOWSKI, 1996) S. 136f: 1940 wurde im Hinblick auf den bevorstehenden Holocaust die Sterilisation von Juden verboten; siehe (RUDNICK, 1985) S. 89: „Die besonderen Zeitumstände machen es erforderlich, alle Verwaltungsarbeiten auf das notwendigste einzuschränken. (...) Auch dürfte es nicht leicht sein, alle Erbgesundheitsgerichte und Erbgesundheitsobergerichte mit der erforderlichen Anzahl von Richtern, beamteten und nichtbeamteten Ärzten zu besetzen.“ Ein weiterer Grund für diese Verordnung ist nach (RICHARZ, 1987) S. 129 die bevorstehende Massentötung psychisch kranker Menschen („Euthanasie“).

<sup>61</sup> Siehe u.a. (HERRMANN & SCHMIDT, 2009) S. 68, (KLEE, 2010) S. 86, (CZEGUHN, HILGENDORF, & WEITZEL, 2009) S. 158, (ROST, 1987) S. 28; (RUDNICK, 1985) S. 91; nach (MAKOWSKI, 1996) S. 145 und (GANSSMÜLLER, 1987) S. 45 schätzte das Bundesjustizministerium aufgrund einer Untersuchung 1950/60 die Zahl der durchgeführten Sterilisationen auf 350.000 (siehe auch Anhang 10).

<sup>62</sup> (HERRMANN & SCHMIDT, 2009) S. 69



---

den Eingriffen<sup>63</sup>. „[Die] Folge waren zerstörte Lebensplanungen, Stigmatisierung und Ausgrenzung“<sup>64</sup>. Allein in Württemberg wurden „bis zum 31. Dezember 1944 11 814 Sterilisationen“<sup>65</sup> durchgeführt. Man schätzt darüber hinaus, dass etwa „1000 Menschen [...] aus Scham und Verzweiflung Suizid begingen“<sup>66</sup>. Am 1. Dezember 1944 stellten die Erbgesundheitsgerichte ihre Tätigkeit ein. Für Tübingen endete der Zweite Weltkrieg am 19. April 1945 mit dem Einmarsch der französischen Truppen.

#### 1.2.4.5 Das GzVeN im internationalen Vergleich

---

Besonders erstaunlich ist der Vergleich der Umsetzung des GzVeN mit der Umsetzung der Sterilisationsgesetze in anderen Ländern. So wurden in Schweden innerhalb von fünf Jahren nach Einführung des Gesetzes 1.918 Personen und in Dänemark innerhalb von 24 Jahren 8.600 Menschen sterilisiert. In den USA wurden zwischen 1907 und 1945 insgesamt 45.000 Personen sterilisiert.<sup>67</sup> Daraus folgt, dass im Deutschen Reich in den Jahren 1933 bis 1945 „10mal so viele Menschen sterilisiert [wurden] wie in den Vereinigten Staaten zwischen 1907 und 1945; bezogen auf die Bevölkerung, wurde vor 1945 in Deutschland über 30mal so häufig sterilisiert wie in den USA“<sup>68</sup>.

#### 1.2.4.6 Das Scheitern des GzVeN

---

Betrachtet man das Sterilisationsgesetz als einen Versuch zur „Endlösung der sozialen Frage“<sup>69</sup>, zur Beseitigung des „sozialen [Ballastes]“<sup>70</sup> und Verbes-

---

<sup>63</sup> (HERRMANN & SCHMIDT, 2009) S. 69; nach (MAKOWSKI, 1996) S. 145 starben nach offiziellen Angaben mindestens 800 Frauen und 100 Männer.

<sup>64</sup> (CZEGUHN, HILGENDORF, & WEITZEL, 2009) S. 158

<sup>65</sup> (BORST, 1988) S. 226

<sup>66</sup> (KLEE, 2010) S. 86

<sup>67</sup> (BOCK, 1986) S. 241f

<sup>68</sup> (BOCK, 1986) S. 242; siehe auch Schulte in (FLITNER, 1965) S. 76

<sup>69</sup> Siehe Dörner in (Kolloquien des Instituts für Zeitgeschichte, 1988) S. 23

<sup>70</sup> Siehe Dörner in (Kolloquien des Instituts für Zeitgeschichte, 1988) S. 23

serung der ökonomischen Situation der Gesellschaft, kann man von einem Scheitern des Gesetzes sprechen.

Bereits während der 30er Jahre schlug der ursprünglich „euphorische Glaube an die Sterilisierung“<sup>71</sup> in Ernüchterung und Resignation um, als man erkannte, „dass die ursprünglich erhofften Wirkungen ausblieben und die Gesetzesmaßnahmen im Gegenteil für alle Beteiligten ausschließlich negative Konsequenzen mit sich brachten“<sup>72</sup>. Radikalere Maßnahmen wurden notwendig und führten zum Übergang von der *Verhütung erbkranken Nachwuchses* zur *Verichtung lebensunwerten Lebens* (vgl. Kapitel 1.2.9).

#### 1.2.4.7 Zum Umgang mit den Zwangssterilisierten nach Ende des Zweiten Weltkrieges

---

Nach dem Ende des Krieges wurden die „als typisch nationalsozialistisch geltenden Gesetze“<sup>73</sup> durch die Siegermächte verboten, allerdings wurde das Sterilisationsgesetz als Erbgesundheitsgesetz nicht zu diesen dazu gezählt, sodass es lediglich außer Kraft gesetzt wurde und die Betroffenen nicht als NS-Verfolgte anerkannt wurden. „Nach Auffassung des Deutschen Bundestages endete die Gültigkeit des Gesetzes mit Inkrafttreten des Grundgesetzes am 23. Mai 1949, soweit Regelungen dem Grundgesetz widersprachen. Die danach

---

<sup>71</sup> Siehe Dörner in (Kolloquien des Instituts für Zeitgeschichte, 1988) S. 24: „Unter der Annahme, daß alle diese [im Gesetz genannten] Leiden Erbleiden seien [...], würde es etwa bei der Epilepsie [...] 300 Jahre dauern, ehe es 20 bis 30 Prozent weniger Epileptiker geben würde.“

<sup>72</sup> (BIRK, 2005) S. 245f: Die Einführung des Gesetzes führte durch steigende Patientenzahlen und Überlastung der Erbgesundheitsgerichte mit langen Verfahrenszeiten zu einer Überfüllung der Kliniken (nach Friedrich und Matzow (1992) wurden viele Patienten erst nach ihrer Unfruchtbarmachung wieder entlassen). Außerdem entwickelte sich aufgrund des „Zwangs- [und] Denunziationscharakters“ des Gesetzes, der „Willkürlichkeit der Entscheidungspraxis“ und dem Versuch, „die Kosten der Zwangssterilisationen auf die Betroffenen oder aber auf Orts- und Bezirksfürsorgeverbände abzuwälzen“, in der Bevölkerung, von kirchlicher Seite und im Ausland Kritik und Ablehnung gegen das Gesetz. Diese Kritik führte laut Rudnick (1985) S. 91 zur Geheimhaltung der genauen Sterilisationszahlen.

<sup>73</sup> (KLEE, 2010) S. 86

noch geltenden Vorschriften des GzVeN wurden [...] am 18. Juni 1974 aufgehoben<sup>74</sup>, sodass das Gesetz heute nicht mehr existiert.

Nachdem nach Tümmers (2011) die Opfer der Zwangssterilisation durch das *Bundesergänzungsgesetz* (BEG) von 1953 von allen Ansprüchen ausgeschlossen wurden, haben Betroffene, „die ihre Sterilisation glaubhaft machen können“<sup>75</sup>, seit dem Jahr 1980 die Möglichkeit, „eine einmalige Entschädigungsleistung von 5 000 DM [zu] beantragen“<sup>76</sup>. Erst im Jahre 1988 verurteilte der Bundestag „die auf der Grundlage des GzVeN durchgeführten Sterilisierungen [als] nationalsozialistisches Unrecht“<sup>77</sup> und hob die Sterilisierungsbeschlüsse der Erbgesundheitsgerichte am 25. August 1989 auf. Auf der Grundlage der Härterichtlinien des *Allgemeinen Kriegsfolgengesetzes* (AKG) vom 7. März 1988 in der Neufassung vom 28. März 2011 haben die Betroffenen außerdem seit 1990 Anspruch auf eine monatliche Rente von 100 DM. Diese Rente wurde 1998 auf 120 DM, 2004 auf 100 €, 2006 auf 120 € und 2011 auf 291 € monatlich erhöht. Bei Nachweis einer finanziellen Notlage können außerdem höhere Beihilfen beantragt werden. Diese Leistungen besitzen allerdings für die Betroffenen

„einen geringeren symbolischen Stellenwert, da mit ihnen keine Anerkennung als „Verfolgte des Nationalsozialismus“ verbunden [ist] – es [handelt] sich gewissermaßen um eine „Entschädigung zweiter Klasse“.“<sup>78</sup>

Die Zahl der Zwangssterilisierten, die finanzielle Entschädigungsleistungen erhalten haben, wird auf 13.000 bis 16.000 geschätzt<sup>79</sup>.

---

<sup>74</sup> (HERRMANN & SCHMIDT, 2009) S. 76

<sup>75</sup> (WESTERMANN, 2010) S. 87

<sup>76</sup> (CZEGUHN, HILGENDORF, & WEITZEL, 2009) S. 159; laut den Regelungen zur Wiedergutmachung des Bundesministeriums für Finanzen vom August 2011 beträgt die einmalige Beihilfe aktuell 2.556,46 € (siehe Internetquelle [1]).

<sup>77</sup> (HERRMANN & SCHMIDT, 2009) S. 76

<sup>78</sup> (GOSCHLER, 2005) S. 214

<sup>79</sup> Siehe (WESTERMANN, 2010) S. 88, (CZEGUHN, HILGENDORF, & WEITZEL, 2009) S. 159

Trotz der verstärkten Auseinandersetzung mit der Thematik seit den 1980er Jahren hat bis heute eine förmliche Anerkennung der Zwangssterilisierten als Verfolgte des Nationalsozialismus nicht stattgefunden.<sup>80</sup>

#### 1.2.4.8 Zur aktuellen gesetzlichen Regelung von Sterilisierungen

---

Nach heute geltendem Recht erfüllt die Sterilisation nach § 226 Abs. 1,1 StGB den Tatbestand der schweren Körperverletzung, ist aber durch die Einwilligung des Betroffenen zulässig (§ 228 StGB).

Die Sterilisation Minderjähriger ist grundsätzlich verboten, Volljährige haben grundsätzlich nach ausreichender Aufklärung und wenn sie die Tragweite des Eingriffes verstehen, das Recht auf eine Sterilisation. Bei unter gesetzlicher Betreuung stehenden, nicht einwilligungsfähigen Volljährigen wird zusätzlich zum gesetzlichen Betreuer ein Sterilisationsbetreuer bestellt.

Außerdem werden heute im Rahmen der Sterilisationsoperationen Methoden angewandt, die eine spätere Wiederherstellung der Fortpflanzungsfähigkeit ermöglichen.

#### 1.2.5 Die Erbkrankheiten – „Erblichkeit liegt sicher vor, ist nur nicht festzustellen“

---

Das Zitat im Zwischentitel wurde von Rothmaler<sup>81</sup> in einem Sterilisationsantrag gefunden und soll hier verdeutlichen, dass zum Zeitpunkt der Verabschiedung des GzVeN für keine der im Gesetz genannten Erbkrankheiten der Nachweis der Erblichkeit erbracht worden war. Deshalb wurden Sterilisationen empfohlen und angeordnet, wenn exogene Krankheitsursachen, die also gegen eine

---

<sup>80</sup> (WESTERMANN, 2010) S. 88; siehe außerdem Internetquelle [1]

<sup>81</sup> Siehe Rothmaler in (BLEKER & JACHERTZ, 1989) S. 73; Das Gesetz verlangte zur Indikationsstellung zur Sterilisation lediglich die einwandfreie ärztliche Feststellung der Erkrankung, der Nachweis der Erblichkeit war im Einzelfall nicht erforderlich, da bei den im § 1 des GzVeN genannten Krankheiten „der Nachweis als generell erbracht“ anzusehen sei (siehe (RICHARZ, 1987) S. 115); siehe auch (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 91ff

---

Erblichkeit der vorliegenden Erkrankung sprachen, ausgeschlossen worden waren.

Im Folgenden werden die sog. Erbkrankheiten unter Zuhilfenahme zeitgenössischer Literatur kurz erläutert.

#### 1.2.5.1 Angeborener Schwachsinn

---

Die Erläuterungen des GzVeN verstanden „unter angeborenem Schwachsinn [jeden] im medizinischen Sinne eben noch als deutlich abnorm diagnostizierbaren Grad von Geistesschwäche, also von Fällen der Idiotie [...] über die Variationsbreite der Imbezillität bis hinauf zur Debilität“<sup>82</sup> und gingen von einer Prävalenz des angeborenen Schwachsinn in Deutschland von „1 – 2 Prozent [aus], also 300 000 bis höchstens 600 000 Fälle“<sup>83</sup>, von denen „mehr oder weniger willkürlich [gerechnet], [...] mindestens 2/3 erbbedingt [sein], [sodass] [...] rund 200 000, hochgerechnet 400 000 schwere und leichtere Fälle von erblich bedingtem angeborenem Schwachsinn in Deutschland“<sup>84</sup> vorlägen. Die Kinder eines erblich und angeboren Schwachsinnigen seien in „mindestens ein Drittel bis zur Hälfte, also mindestens 33 – 50 Prozent [der Fälle] [...] wieder erblich und angeboren schwachsinnig“<sup>85</sup>, während die Kinder zweier angeboren schwachsinniger Eltern in etwa 90% der Fälle ebenfalls schwachsinnig seien.

Grundsätzlich unterschied man den angeborenen Schwachsinn von im Laufe des Lebens auftretenden Formen des Schwachsinn sowie sekundärem Schwachsinn aufgrund einer vorausgehenden Primärschädigung. Darüber hinaus erfolgte eine ätiologische Einteilung der verschiedenen klinischen Bilder des Schwachsinn in endogen und exogen bedingte Formen, wobei weiterhin, insbesondere im Hinblick auf eine Beurteilung hinsichtlich des § 1 Abs. 2,1 des GzVeN, zwischen erblichen und nicht-erblichen Ursachen des endogenen Schwachsinn unterschieden werden musste, da das Gesetz „ausdrücklich alle

---

<sup>82</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 91

<sup>83</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 91

<sup>84</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 91

<sup>85</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 92

die Fälle von einer Unfruchtbarmachung [ausschloss], bei denen eine äußere Entstehungsursache mit Sicherheit nachweisbar [sei]<sup>86</sup>.

Dubitscher (1937) nannte folgende Ursachen eines Schwachsinn, bei denen die Vererbbarkeit zweifelsfrei erwiesen sei:

- Megalencephalie,
- Angiodystrophia cerebri,
- xerodermische Idiotie,
- tuberöse Sklerose,
- Recklinghausensche Krankheit,
- Syringomyelie,
- Status dysraphicus,
- Oligophrenie sowie
- „alle heredodegenerativen Nervenkrankheiten, sofern sie nicht unter den Begriff der schweren körperlichen Mißbildung [fielen]“<sup>87</sup>.

„Mikrozephalien, Hydrozephalien, Hirngeschwülste und zerebrale Kinderlähmungen“<sup>88</sup> hingegen bedürften weiterer Abklärung, um die Frage der Erbllichkeit zu beantworten.

Zu den sicher exogene Ursachen zählten z. B. „Hirnentzündungen, Vergiftungen, Verletzungen“<sup>89</sup>.

Als Ursachen erworbener sekundärer Schädigungen galten „endokrine Störungen wie Kretinismus [und] Myxödem“<sup>90</sup>, zu den Ursachen des vererbaren sekundären Schwachsinn zählten die „Chondrodystrophie und manche Formen des Turmschädels“<sup>91</sup>.

---

<sup>86</sup> (DUBITSCHER, 1937) S. 202

<sup>87</sup> (DUBITSCHER, 1937) S. 203

<sup>88</sup> (DUBITSCHER, 1937) S. 203

<sup>89</sup> (DUBITSCHER, 1937) S. 203

<sup>90</sup> (DUBITSCHER, 1937) S. 203

<sup>91</sup> (DUBITSCHER, 1937) S. 203

---

Eine Einteilung der verschiedenen Grade des Schwachsinn erfolgte anhand des Wissensstandes des Patienten ohne Berücksichtigung seiner Gesamtpersönlichkeit „nach Altersstufen“<sup>92</sup> in:

- (Dummheit; fiel nicht unter den Begriff des Schwachsinn)
- Debilität (Schwachsinn leichten Grades) „mit einem Intelligenzalter von über 12 Jahren“<sup>93</sup>
- Imbezillität (Schwachsinn mittelschweren Grades) „mit einem Intelligenzalter von 6 – 12 Jahren“<sup>94</sup>
- Idiotie (Schwachsinn schweren Grades) „mit einem Intelligenzalter von weniger als 6 Jahren“<sup>95</sup>

Grundsätzlich wurden zur Diagnosestellung des Schwachsinn und zur Bestimmung seines Schweregrades nach Dubitscher (1937) folgende Hilfsmittel herangezogen, die in ihrer Gesamtheit betrachtet werden mussten:

a) Die Intelligenzuntersuchung mit Fragen zur Orientierung des Patienten zur eigenen Person, zu Ort und Zeit, zur Aufmerksamkeit und Merkfähigkeit sowie zu seinen Schulkenntnissen und allgemeiner Lebenserfahrung, Rechenaufgaben etc. (der Vordruck eines solchen Intelligenzprüfbogens ist in Anhang 8 abgedruckt),

b) eine Beleuchtung des sozialen Werdegangs des Patienten einschließlich der vorschulischen und schulischen Entwicklung, dem beruflichen Werdegang, der Stellung in der Gesellschaft sowie eventuellen soziale Auffälligkeiten,

c) die Beurteilung der sog. Lebensbewährung des Patienten, unter der letztlich die Fähigkeit eines Menschen, einen Beruf auszuüben und in der Gesellschaft zu funktionieren verstanden wurde, anhand seines Werdegangs und Privatlebens, sowie

d) seines ethischen Verhaltens und

e) die Klärung einer etwaigen erblichen Belastung.

---

<sup>92</sup> (DUBITSCHER, 1937) S. 179

<sup>93</sup> (DUBITSCHER, 1937) S. 179

<sup>94</sup> (DUBITSCHER, 1937) S. 179

<sup>95</sup> (DUBITSCHER, 1937) S. 179

Da es für die meisten Ursachen des Schwachsinn keine kausale Behandlung gab, lag der Schwerpunkt der Therapie in der symptomatischen Behandlung von Begleiterscheinungen wie epileptischen Anfällen oder organischen Ausfallserscheinungen sowie bei Schwachsinn leichteren bis mittleren Grades in Fürsorgemaßnahmen und bei Schwachsinn schweren Grades in Pflegemaßnahmen.

#### 1.2.5.2 Schizophrenie (syn. Dementia praecox, Dementia paranoides)

---

Die Erläuterungen des GzVeN beschrieben die Schizophrenie als eine Erkrankung, die „mit einer eigenartigen Zerstörung des inneren Zusammenhanges der Persönlichkeit, mit vorwiegender Schädigung des Gemütslebens und des Willens, mit Wahnideen, vielfach auch mit Sinnestäuschungen, Lautwerden der Gedanken, Stimmenhören usw., besonders Gehörstäuschungen, Täuschungen der Leib- und Gemeinempfindungen, vielen anderen Trugwahrnehmungen und zahlreichen Absonderlichkeiten im Benehmen und Ausdruck [einhergehe].

Dabei [seien] die formale Intelligenz, Auffassungsfähigkeit, das Gedächtnis, die Merkfähigkeit und die Orientierung in Zeit und Raum verhältnismäßig ungestört“<sup>96</sup>.

Der Manifestationsgipfel der Schizophrenie liege in ca. „2/3 aller Fälle zwischen dem 15. und 30. Altersjahr“<sup>97</sup> (ca. 75% der Fälle „zwischen dem 20. und 25. [Lebensjahr]“<sup>98</sup>), also am Beginn des fortpflanzungsfähigen Alters, sodass „eine sehr große Anzahl von Kranken noch rechtzeitig ([vor der Zeugung von Nachkommen bzw. von weiteren Kindern]) unfruchtbar gemacht werden könne“<sup>99</sup>. Die Anzahl der Erkrankten in Deutschland betrage etwa 280.000.

Der rezessive Erbgang der Schizophrenie führe zu einem 9 – 10%igen Erkrankungsrisiko für die Kinder eines betroffenen Elternteils, „daneben [seien] noch 17,6% [der] Kinder Schizophrenie-ähnliche Psychopathen sowie 22,6%

---

<sup>96</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 97

<sup>97</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 97

<sup>98</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 97

<sup>99</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 97



andere abnorme Typen; also [seien] rund 49% im ganzen geistig abnorm“<sup>100</sup>. Die Kinder zweier schizophrener Eltern hätten ein 53%iges Erkrankungsrisiko, „29% [der Kinder seien] Schizophrenie-ähnliche Psychopathen, Summa 82% Abnorme“<sup>101</sup>.

Für die Entstehung der Schizophrenie wurden krankhafte Erbanlagen verantwortlich gemacht, was nach Kihn und Luxenburger (1940) folgerichtig bedeuten musste, „daß die Anlage zu einer solchen krankhaften Entwicklung schon bei der Geburt festgelegt [sei] und im Laufe des individuellen Wachstums einmal erscheinen [werde], vorausgesetzt, daß die Durchschlagstärke der Anlage (Manifestationskraft) hinreichend groß [sei] oder die schädlichen Umweltreize so stark [würden], daß die Anlage an die Oberfläche [gelangen könne]“<sup>102</sup>. Außerdem sei „[eine] schizophrene Prozeßerkrankung, die allein oder nur vorwiegend durch äußere Ursachen entsteht, [...] nicht bekannt und nicht bewiesen [sei]“<sup>103</sup>, sodass „[jede] schizophrene Psychose [...] das Bestehen einer schizophrenen Erbanlage [voraussetze]“<sup>104</sup>. Unter dem Begriff der „exogenen Schizophrenie“<sup>105</sup> wurde „eine bestehende latente schizophrene Erbanlage [, die] durch äußere Erkrankungen gelegentlich an die Oberfläche gebracht [würde]“<sup>106</sup> verstanden.

Kihn und Luxenburger (1940) unterschieden die folgenden „drei pathogenetisch verschieden [gelagerten schizophrenen] Zustände [...]:

1) Endogene Prozeßpsychosen mit typischem Ausbruche, Verlaufe und Ausgange, ohne erweisbare Beeinflussung durch Schädlichkeiten von außen.

2) Endogene Prozeßpsychosen, die, obwohl anlagemäßig vorbestimmt, erst durch äußere Umstände zum Abrollen gebracht werden, dann aber den üblichen Verlauf nehmen.

---

<sup>100</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 97

<sup>101</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 97

<sup>102</sup> (KIHN & LUXENBURGER, 1940) S. 165

<sup>103</sup> (KIHN & LUXENBURGER, 1940) S. 165

<sup>104</sup> (KIHN & LUXENBURGER, 1940) S. 165

<sup>105</sup> (KIHN & LUXENBURGER, 1940) S. 165

<sup>106</sup> (KIHN & LUXENBURGER, 1940) S. 165

3) Schizophrene Zustandsbilder im Gefolge körperlicher Erkrankungen.“<sup>107</sup>

Selbst „bei [den schizophrenen Zustandsbildern] [...] [sei] eine gewisse „Bereitschaft zur schizophrenen Reaktion“ [...], eine schizophrene Erbdisposition wahrscheinlich“<sup>108</sup>, die aber unter eugenischen Gesichtspunkten kaum ins Gewicht falle. „[Die] „schizophrene Reaktionsform“ [trete] nach Ablauf der äußeren Schädlichkeit wieder zurück und [bleibe] dauernd verschwunden“<sup>109</sup>. Dementsprechend fielen nur die beiden Gruppen der endogenen Prozesspsychosen unter das GzVeN.

Darüber hinaus unterschieden Kihn und Luxenburger (1940) die folgenden fünf Krankheitsformen der Schizophrenie:

1) Die Hebephrenie, deren Hauptkennzeichen „der frühe Krankheitsbeginn in der Zeit der Reife und die allgemein-läppische Gebarung des Kranken [sei]“<sup>110</sup>,

2) die Dementia simplex, die durch eine „[langsam] fortschreitende einfache Verblödung ohne akute Symptome, ohne Wahnbildungen, ohne Sinnestäuschungen [und] ohne Phase der Erregtheit“<sup>111</sup> (= „[fehlende produktive] Symptome“<sup>112</sup>), die sich „fast immer über lange Zeitabschnitte, bis ins höhere Lebensalter“<sup>113</sup> entwickelt, gekennzeichnet sei,

3) die Katatonie, deren „auffallendstes Merkmal die Krankheitszeichen der Spannung und Sperrung, die Störungen der Psychomotilität“<sup>114</sup> sei, zu denen u. a. „Bewegungsstereotypien“<sup>115</sup>, das „Verbigerieren“<sup>116</sup> (= „einförmiges sinnloses Wiederholen von Worten, Satzteilen und Sätzen“<sup>117</sup>), „Impulshandlungen“<sup>118</sup>,

---

<sup>107</sup> (KIHN & LUXENBURGER, 1940) S. 165f

<sup>108</sup> (KIHN & LUXENBURGER, 1940) S. 166

<sup>109</sup> (KIHN & LUXENBURGER, 1940) S. 166

<sup>110</sup> (KIHN & LUXENBURGER, 1940) S. 47

<sup>111</sup> (KIHN & LUXENBURGER, 1940) S. 47

<sup>112</sup> (KIHN & LUXENBURGER, 1940) S. 88

<sup>113</sup> (KIHN & LUXENBURGER, 1940) S. 82

<sup>114</sup> (KIHN & LUXENBURGER, 1940) S. 47

<sup>115</sup> (KIHN & LUXENBURGER, 1940) S. 96

<sup>116</sup> (KIHN & LUXENBURGER, 1940) S. 98

<sup>117</sup> (KIHN & LUXENBURGER, 1940) S. 103

<sup>118</sup> (KIHN & LUXENBURGER, 1940) S. 98

„Automatismen“<sup>119</sup> (= die Betroffenen „müssen gegen ihren Willen Dinge aussprechen, die sie unter anderen Verhältnissen nie auszusprechen gewagt hätten“<sup>120</sup>), „Echopraxie [(das Wiederholen von Handlungen)] und Echolalie [(das Wiederholen von Worten und Sätzen)]“<sup>121</sup>, „Negativismus“<sup>122</sup> (= die Neigung der Patienten „gewisse, von außen an sie herantretende Willensanregungen aufzuhalten oder sie aktiv zurückzuweisen bzw. in ihr Gegenteil zu verkehren“<sup>123</sup>), „Stupor“<sup>124</sup> (= „Minderung des psychomotorischen Erscheinungsbildes, [...] Versiechen des motorischen Antriebes und der Spontanmotorik“<sup>125</sup>) und „Katalepsie (wächserne Biagsamkeit, *Flexibilitas cerea*)“<sup>126</sup> (= „[die] Kranken bewegen sich dabei spontan nicht, lassen sich aber vom Untersucher in jede beliebige Stellungen bringen und halten diese abnorm lange bei, auch wenn sie un bequem ist“<sup>127</sup>) gezählt wurden,

4) die paranoide Demenz, die durch einen „verhältnismäßig späten Krankheitsbeginn, [das] Hervortreten ungereimter Wahnbildungen und [eine] zwar [sichtbare], aber vielfach nicht bis zu völliger Auslöschung gehenden Verblö dung“<sup>128</sup> gekennzeichnet sei, und

5) die Paraphrenie, deren besonderes Merkmal die „Wahnbildungen [seien], die ähnlich wie bei der paranoiden Demenz verhältnismäßig spät [entstünden], aber einen wesentlich geordneteren logischen Aufbau [zeigten] und die Persönlichkeit nicht stärker in ihrem Werte [alterierten]“<sup>129</sup>.

Alternativ erfolgte die Einteilung anhand des Krankheitsverlaufs in:

<sup>119</sup> (KIHN & LUXENBURGER, 1940) S. 99

<sup>120</sup> (KIHN & LUXENBURGER, 1940) S. 99

<sup>121</sup> (KIHN & LUXENBURGER, 1940) S. 99

<sup>122</sup> (KIHN & LUXENBURGER, 1940) S. 100

<sup>123</sup> (KIHN & LUXENBURGER, 1940) S. 100

<sup>124</sup> (KIHN & LUXENBURGER, 1940) S. 100

<sup>125</sup> (KIHN & LUXENBURGER, 1940) S. 100

<sup>126</sup> (KIHN & LUXENBURGER, 1940) S. 102

<sup>127</sup> (KIHN & LUXENBURGER, 1940) S. 103

<sup>128</sup> (KIHN & LUXENBURGER, 1940) S. 47

<sup>129</sup> (KIHN & LUXENBURGER, 1940) S. 47

1) „Prodromalsymptome“<sup>130</sup> (= „Symptome, deren Weiterentwicklung in lückenloser Folge zu dem eigentlichen Prozeß hinüberleitet, deren ganze Form aber doch nicht so bestimmt gefügig ist, daß aus ihr eine Schizophrenie mit Sicherheit erkannt werden könnte“<sup>131</sup>), die „sowohl einen akuten Schub als [auch] ein schleichendes geistiges Siechtum oder einen von längeren Besserungen unterbrochenen Leidensverlauf einleiten [könnten]“<sup>132</sup> und sich oft als „Antriebsstörungen“<sup>133</sup> (= „Verlust der psychischen Aktivität“<sup>134</sup>), „Denkstörungen“<sup>135</sup>, affektive Störungen sowie „Wahnbildungen und wahnhafte Stimmungen“<sup>136</sup> manifestierten,

2) Symptome des „Krankheitsbeginnes“<sup>137</sup>, wie „länger [dauernde traurige] oder [hypochondrische] Verstimmungszustände“<sup>138</sup> oder „Stimmungslagen dauernden Gehobenseins, erhöhter fahriger Ablenkbarkeit, nervöser Unruhe und zielloser zersplitterter Geschäftigkeit, die an manische Erregungen [erinnerten]“<sup>139</sup>, „[hysterische], zweckhaft [anmutende] Krankheitszeichen“<sup>140</sup>, „zwangsneurotische Einleitungen des Schubes“<sup>141</sup> oder „[der plötzliche Einbruch] krankhafter Impulse und katatonischer Erregungen“<sup>142</sup>, akustische, vegetative, optische, olfaktorische und gustatorische „Sinnestäuschungen“<sup>143</sup> (Halluzinationen), emotionale, vegetative und charakterologische „Wahnbildungen“<sup>144</sup> sowie die

---

<sup>130</sup> (KIHN & LUXENBURGER, 1940) S. 48

<sup>131</sup> (KIHN & LUXENBURGER, 1940) S. 52

<sup>132</sup> (KIHN & LUXENBURGER, 1940) S. 52

<sup>133</sup> (KIHN & LUXENBURGER, 1940) S. 52

<sup>134</sup> (KIHN & LUXENBURGER, 1940) S. 52f

<sup>135</sup> (KIHN & LUXENBURGER, 1940) S. 54

<sup>136</sup> (KIHN & LUXENBURGER, 1940) S. 56

<sup>137</sup> (KIHN & LUXENBURGER, 1940) S. 48

<sup>138</sup> (KIHN & LUXENBURGER, 1940) S. 58

<sup>139</sup> (KIHN & LUXENBURGER, 1940) S. 58

<sup>140</sup> (KIHN & LUXENBURGER, 1940) S. 58

<sup>141</sup> (KIHN & LUXENBURGER, 1940) S. 58

<sup>142</sup> (KIHN & LUXENBURGER, 1940) S. 58

<sup>143</sup> (KIHN & LUXENBURGER, 1940) S. 64

<sup>144</sup> (KIHN & LUXENBURGER, 1940) S. 71f

„Zerfahrenheit“<sup>145</sup> des Denkens, wobei man insbesondere zwischen „plötzlich einsetzenden Psychosen“<sup>146</sup> und „solchen mit schleichendem, langgezogenem Verlaufe“<sup>147</sup> unterschied,

3) der „Krankheitshöhe“<sup>148</sup> und

4) des „Defektes“<sup>149</sup>.

In vielen Fällen gehe der eigentlichen Erkrankung außerdem eine „[prämorbid schizophrene] Persönlichkeitsprägung“<sup>150</sup> bzw. ein „sog. prämorbid Verhalten“<sup>151</sup> voraus, welche allerdings sehr variabel sei und sich z. B. „[bei] dem einen Kranken [...] lediglich [als] charakterliche Besonderheiten [manifestieren könne], die auch im Bereich der Norm angetroffen [werde], bei anderen“<sup>152</sup> beständen von Geburt an „Entwicklungsstörungen sowohl auf körperlichem wie auf geistigem Gebiete, die sich langsam [steigerten] und in die manifeste Schizophrenie [ausliefen]“<sup>153</sup> und bei einem Dritten würden „frühzeitig schwere Entartungszeichen und psychopathische Verhaltensweisen“<sup>154</sup> beobachtet, sodass im Einzelfall aufgrund dieser Eigenarten die Vorhersage einer möglichen späteren Erkrankung an Schizophrenie nicht möglich sei.

Die Erkrankung beginne in den meisten Fällen, wie oben bereits erwähnt, im frühen Erwachsenenalter, wobei die Prognose umso schlechter sei, je jünger der Patient bei Ausbruch der Krankheit war. Darüber hinaus ging man bei den schleichend verlaufenden Formen der Schizophrenie, der Dementia simplex und der Hebephrenie, von einer schlechteren Prognose aus als bei der paranoiden Demenz und der Paraphrenie. Dagegen habe die Katatonie eine uneinheitliche Prognose. Im Verlauf der Schizophrenie könnten unterschiedlich lang an-

---

<sup>145</sup> (KIHN & LUXENBURGER, 1940) S. 77

<sup>146</sup> (KIHN & LUXENBURGER, 1940) S. 58

<sup>147</sup> (KIHN & LUXENBURGER, 1940) S. 58

<sup>148</sup> (KIHN & LUXENBURGER, 1940) S. 48

<sup>149</sup> (KIHN & LUXENBURGER, 1940) S. 48

<sup>150</sup> (KIHN & LUXENBURGER, 1940) S. 49

<sup>151</sup> (KIHN & LUXENBURGER, 1940) S. 50

<sup>152</sup> (KIHN & LUXENBURGER, 1940) S. 50

<sup>153</sup> (KIHN & LUXENBURGER, 1940) S. 50

<sup>154</sup> (KIHN & LUXENBURGER, 1940) S. 50

haltende Phasen der Besserung auftreten, die durch Rückfälle unterbrochen würden und letztlich zu einem schizophrenen Defektzustand führten. „Die Schizophrenien enden in einem Defektzustand“<sup>155</sup>, der sich als Demenz insbesondere „auf dem Gebiete des Gefühlslebens und der Antriebe“<sup>156</sup>, aber auch „im Bereich des Denkens, des motivierten und sinnvollen Handelns und des sprachlichen Ausdrucks“<sup>157</sup> manifestieren könne. „Die häufigste Form des schizophrenen Defektzustandes [sei] die einfache Verblödung“<sup>158</sup>, daneben unterschied man die „sog. faselige Verblödung“<sup>159</sup> und die „manierierte Form der Demenz“<sup>160</sup>, ein schizophrener Endzustand könne aber auch durch fortbestehende „manifeste Symptome des Leidens“<sup>161</sup> gekennzeichnet sein oder als „wahnbildender Defektzustand“<sup>162</sup> auftreten.

Zur Diagnosestellung der Schizophrenie im Rahmen des Erbgesundheitsverfahrens forderten Kihn und Luxenburger (1940), „nie das klinische Bild in seiner Gänze aus den Augen zu lassen, stets von neuem den Gesamteindruck des Kranken zu würdigen und die Gefahr der Überwertung einzelner Symptome nicht zu unterschätzen“<sup>163</sup>. Darüber hinaus ergebe sich die Schwierigkeit, eine exogen bedingte Schizophrenie von einer endogenen Schizophrenie zu unterscheiden, da bekannt sei, dass sowohl „die verschiedensten äußeren Umstände teils auslösend, teils formgebend“<sup>164</sup> als auch „hirnfremde Reize (heteronome Reize)“<sup>165</sup> an einer schizophrenen Erkrankung beteiligt sein können.

Als einzig kausale Therapiemöglichkeit der Schizophrenie nannten Kihn und Luxenburger (1940) die Sterilisation. Darüber hinaus bestanden folgende

---

<sup>155</sup> (KIHN & LUXENBURGER, 1940) S. 117

<sup>156</sup> (KIHN & LUXENBURGER, 1940) S. 118

<sup>157</sup> (KIHN & LUXENBURGER, 1940) S. 118

<sup>158</sup> (KIHN & LUXENBURGER, 1940) S. 118

<sup>159</sup> (KIHN & LUXENBURGER, 1940) S. 121

<sup>160</sup> (KIHN & LUXENBURGER, 1940) S. 121

<sup>161</sup> (KIHN & LUXENBURGER, 1940) S. 120

<sup>162</sup> (KIHN & LUXENBURGER, 1940) S. 121

<sup>163</sup> (KIHN & LUXENBURGER, 1940) S. 153

<sup>164</sup> (KIHN & LUXENBURGER, 1940) S. 155

<sup>165</sup> (KIHN & LUXENBURGER, 1940) S. 155

symptomatischen Behandlungsmöglichkeiten, die eine Remission der Schizophrenie erreichen sollten, deren Wirkungsweise jedoch letztlich unbekannt war:

1) Die Insulinbehandlung (Herbeiführung eines hypoglykämischen Schocks durch vorsichtig gesteigerte intramuskuläre Insulingaben),

2) die Cardiazolbehandlung (Auslösung eines Cardiazolkrampfes durch intravenöse Gabe einer dem Körpergewicht und Krampfpotenzial des Patienten angepassten Dosis Cardiazol in einer 10%igen Lösung) und

3) die kombinierte Cardiazol-Insulinbehandlung.

### 1.2.5.3 Zirkuläres (manisch-depressives) Irresein

---

Das zirkuläre (manisch-depressive) Irresein verlaufe „in der Regel in periodischen Zuständen, die bald in heiterer oder gereizter oder ängstlicher Erregung und Bewegungsunruhe, bald in schwermütiger Stimmung mit Bewegungshemmung, bald in einem Gemisch der genannten und anderer Krankheitszeichen bestehen und bald Tage bis Wochen, bald Monate bis Jahre dauern, praktisch aber fast immer heilen, um entweder einem andersartigen Krankheitsabschnitt oder einer krankheitsfreien Zeit Platz zu machen“<sup>166</sup>.

Den Erläuterungen des GzVeN ist weiter zu entnehmen, dass in Deutschland schätzungsweise 100.000 Menschen an manisch-depressivem Irresein erkrankt seien.

Bei einem betroffenen Elternteil seien „32,5% der Kinder [...] wieder manisch-depressiv, 17,30% [seien] zyklische Psychopathen und 13% andere abnorme Typen, Summa 62,8% abnorme Kinder.

Sind beide Eltern betroffen, so [seien] insgesamt 90 – 100% der Kinder geistig abnorm.“<sup>167</sup>

Das Manifestationsalter der Erkrankung liege laut Lange in Heinze et al. (1942) in 50% der Fälle vor dem 30. Lebensjahr, in 30 – 40% sogar vor dem 25. Lebensjahr.

---

<sup>166</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 101

<sup>167</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 102

Klinisch manifestiere sich das manisch-depressive (zirkuläre) Irreseins, wie der oben genannten Definition zu entnehmen ist, mit den folgenden zwei periodisch auftretenden Komponenten:

1) Der häufiger vorkommenden Melancholie, die durch eine „*Depression des Lebensgefühls*“ sowie Denk- und Willenshemmung“<sup>168</sup> gekennzeichnet und häufig mit „Angst oder Ängstlichkeit“<sup>169</sup> sowie einem erhöhten Suizidrisiko assoziiert sei, und

2) der selteneren Manie, die sich als eine „*Exaltation der Lebensgefühle*, Ideenflucht und Willenserregung [manifestieren]“<sup>170</sup> und „[erheblichen wirtschaftlichen] Schaden“<sup>171</sup>, „[Geschlechtskrankheiten]“<sup>172</sup> oder ungewollte „[Schwangerschaften]“<sup>173</sup> zur Folge haben könne.

„Die Dauer der [einzelnen] Phasen [schwanke] zwischen Tagen [...] bis zu vielen Jahren“<sup>174</sup> und die durchschnittliche Dauer der dazwischen liegenden gesunden Intervalle nehme mit zunehmender Krankheitsdauer ab. Mit zunehmendem Lebensalter überwiegen die melancholischen Phasen, während die manischen Phasen immer weiter zurücktreten. „[Manisch-depressive] Erkrankungen, die nur eine Phase im Leben machen, [seien] verhältnismäßig selten“<sup>175</sup>. Außerdem gebe es chronische Erkrankungen, die „dem Grade nach nicht selten verhältnismäßig leicht seien, vor allem die eigentlichen Zykllothymien, bei denen es nie zu wirklich gesunden Zeiten, aber auch nie zu wirklich schweren Krankheitserscheinungen [komme], während die isoliert stehenden Phasen häufig dem Grade nach sehr schwer [seien]“.

Für die Diagnosestellung des manisch-depressiven Irreseins sei eine „sehr sorgfältige Anamnese“<sup>176</sup>, einschließlich der Familienanamnese, eine „körperli-

---

<sup>168</sup> (HEINZE, LANGE, LUXENBURGER, & POHLISCH, 1942) S. 4

<sup>169</sup> (HEINZE, LANGE, LUXENBURGER, & POHLISCH, 1942) S. 5

<sup>170</sup> (HEINZE, LANGE, LUXENBURGER, & POHLISCH, 1942) S. 10

<sup>171</sup> (HEINZE, LANGE, LUXENBURGER, & POHLISCH, 1942) S. 10

<sup>172</sup> (HEINZE, LANGE, LUXENBURGER, & POHLISCH, 1942) S. 10

<sup>173</sup> (HEINZE, LANGE, LUXENBURGER, & POHLISCH, 1942) S. 10

<sup>174</sup> (HEINZE, LANGE, LUXENBURGER, & POHLISCH, 1942) S. 67

<sup>175</sup> (HEINZE, LANGE, LUXENBURGER, & POHLISCH, 1942) S. 65

<sup>176</sup> (HEINZE, LANGE, LUXENBURGER, & POHLISCH, 1942) S. 72



che, insbesondere auch neurologische und serologische Untersuchung<sup>177</sup> des Patienten und ggf. eine Liquoruntersuchung notwendig, um wichtige körperliche Differentialdiagnosen ausschließen zu können.

Bei der Behandlung der Melancholie kam der Verwahrung des Patienten in einer geschlossenen Krankenabteilung aufgrund des erhöhten Suizidrisikos eine besondere Bedeutung zu. Darüber hinaus konnten „Angst, Verstopfung und Schlaflosigkeit“<sup>178</sup> eine medikamentöse Therapie notwendig machen. Die Manie erforderte in den meisten Fällen ebenfalls eine „Anstaltsbehandlung“<sup>179</sup> und ggf. den Einsatz von „[Beruhigungsmitteln] und vor allem [Schlafmitteln]“<sup>180</sup>.

#### 1.2.5.4 Erbliche Fallsucht (Epilepsie sui generis)

Hoche (1909) definierte die Epilepsie als „eine nervöse Allgemeinerkrankung von chronischem Charakter, die sich auf geistigem Gebiet, abgesehen von gewissen auch in der anfallsfreien Zeit vorhandenen, vielfach periodisch exazerbierenden habituellen Abweichungen, in transitorischen, anfallsweise auftretenden und wesentlich durch eigenartige Bewusstseinsänderungen charakterisierten Irreseinsformen äussert, ohne dass dabei begleitende konvulsivische Erscheinungen notwendig vorhanden zu sein brauchen“<sup>181</sup>.

Grundsätzlich sei sowohl für die Beurteilung im Erbgesundheitsverfahren als auch für die Therapie eine differentialdiagnostische Unterscheidung zwischen der „genuinen, essentiellen Epilepsie [...] (Epilepsie ohne erkennbare Ursache [...])“<sup>182</sup> und der symptomatischen Epilepsie notwendig.

Als genuine Epilepsie beschrieb Rüdin (1934) in den Erläuterungen des GzVeN „eine Krankheitsgruppe, bei der das periodische Auftreten von Krampfanfällen mit schwerer Bewußtseinstrübung verbunden [sei], desgleichen dabei andere periodische Bewußtseinsstörungen wie Dämmerzustände, Ohnmach-

<sup>177</sup> (HEINZE, LANGE, LUXENBURGER, & POHLISCH, 1942) S. 72

<sup>178</sup> (HEINZE, LANGE, LUXENBURGER, & POHLISCH, 1942) S. 78

<sup>179</sup> (HEINZE, LANGE, LUXENBURGER, & POHLISCH, 1942) S. 78

<sup>180</sup> (HEINZE, LANGE, LUXENBURGER, & POHLISCH, 1942) S. 78

<sup>181</sup> (HOCHÉ, 1909) S. 701

<sup>182</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 104f

ten, Absenzen, kurze, periodische Verstimmungen ohne äußeren Anlaß usw. [vorkämen]<sup>183</sup>. Die Erkrankung beginne „meist im jugendlichen Alter“<sup>184</sup> und gehe mit „einer typischen, chronischen und vielfach deutlich fortschreitenden Pedanterie, Umständlichkeit, Schwerfälligkeit, z. T. auch Frömmerei, Reizbarkeit, Vergeßlichkeit und [den] durch geistige Umwandlung [gekennzeichneten sogenannten epileptischen] Charakter, die sogenannte epileptische Verblödung“<sup>185</sup> einher.

Als Ursachen für die Entstehung einer symptomatischen Epilepsie nannte Rüdin Schädel- und Hirnverletzungen, Hirnsyphilis, akute und chronische Vergiftungen, Gehirnabszesse, Hirnerkrankungen durch Parasiten, Urämie infolge von Nierenerkrankungen, Hirngeschwülste, Epithelkörpererkrankungen, Encephalitis und Meningitis. Von einer Sterilisation könne laut Gesetz auch bei der Epilepsie nur abgesehen werden, wenn eine exogene Ursache der Erkrankung sicher nachgewiesen werden könne.

Die Anzahl der an erblicher Epilepsie erkrankten Personen schätzte Rüdin in Deutschland auf 100.000 und die Erkrankungswahrscheinlichkeit der Kinder von Epileptikern auf ca. 10%.

Pohlisch in Conrad et al. (1940) unterschied in seinen Ausführungen die folgenden drei Anfallsformen:

1) Den generalisierten Krampfanfall. Dieser könne, v. a. vor „Serienanfällen“<sup>186</sup> mit einem tagelang andauernden Prodromalstadium „mit Kopfdruck, Schwindelgefühl, Übelkeit, Brechreiz“ und ggf. mit einer „[sensorischen (optischen, akustischen, gustatorischen oder olfaktorischen), sensiblen, viszeralen, motorischen oder psychischen]“<sup>187</sup> Aura beginnen. Im anschließenden Krampfstadium beobachte man zunächst einen „schlagartig [einsetzenden, tonischen Krampf] der gesamten willkürlich erregbaren Körpermuskulatur“<sup>188</sup> (= „Streck-

---

<sup>183</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 105

<sup>184</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 105

<sup>185</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 105

<sup>186</sup> (CONRAD, ENTRES, KEHRER, MEGGENDORFER, & POHLISCH, 1940) S. 16

<sup>187</sup> (CONRAD, ENTRES, KEHRER, MEGGENDORFER, & POHLISCH, 1940) S. 17

<sup>188</sup> (CONRAD, ENTRES, KEHRER, MEGGENDORFER, & POHLISCH, 1940) S. 16

krampf“<sup>189</sup>), der etwa eine halbe Minute andauere und dann in die klonische Phase übergehe, die etwa 1 – 3 Minuten andauere und mit „Schlag-, Stoß-, Strampel- oder Tretbewegungen“<sup>190</sup> einhergehe. „Die Bewusstlosigkeit [setze] in der Regel mit Beginn der tonischen Krampfphase ein“<sup>191</sup>. Im sog. Nachstadium komme der Patient oft erst nach Stunden wieder zu sich (sog. Schlaf) und es bestehe Amnesie für den größten Teil des Anfalles.

2) Rudimentäre und abortive Anfälle. Hierunter wurden diejenigen Anfälle verstanden, die übrig blieben, wenn man „vom generalisierten Anfall, einschließlich seiner atypischen Ablaufsweisen, die übrigen Formen [trenne]“<sup>192</sup>. Rudimentäre Anfälle seien durch das Auftreten nur einer der beiden Phasen (tonisch oder klonisch) gekennzeichnet, während beim abortiven Anfall (petit mal) „die wichtigsten Kennzeichen der generalisierten Form, die Krampferscheinungen, gar nicht oder nur abortiv vorhanden [seien]“<sup>193</sup> und „[das] Bewußtsein [...] nur wenig oder kurz getrübt [sei]“<sup>194</sup> (= Absenke).

3) Anfallsformen von Herdcharakter. Hierzu zählten:

a) Der motorische kortikale (Jackson-)Anfall: „Der Anfall oder doch der Beginn des Anfalls [sei] umschrieben und einseitig in einem Fokus oder mehreren Foci“<sup>195</sup>. Bei einer Ausbreitung des Anfalles könne es zur Entstehung eines „[tonischen], eventuell auch [tonisch-klonischen Allgemeinkrampfes kommen], auch Massenkampf genannt, weil die gesamte Muskulatur dieser Extremität gleichzeitig [krampfe]“<sup>196</sup>. „Das Bewusstsein [bleibe] in der Regel erhalten“<sup>197</sup>.

<sup>189</sup> (CONRAD, ENTRES, KEHRER, MEGGENDORFER, & POHLISCH, 1940) S. 19

<sup>190</sup> (CONRAD, ENTRES, KEHRER, MEGGENDORFER, & POHLISCH, 1940) S. 19

<sup>191</sup> (CONRAD, ENTRES, KEHRER, MEGGENDORFER, & POHLISCH, 1940) S. 18

<sup>192</sup> (CONRAD, ENTRES, KEHRER, MEGGENDORFER, & POHLISCH, 1940) S. 24

<sup>193</sup> (CONRAD, ENTRES, KEHRER, MEGGENDORFER, & POHLISCH, 1940) S. 24

<sup>194</sup> (CONRAD, ENTRES, KEHRER, MEGGENDORFER, & POHLISCH, 1940) S. 24

<sup>195</sup> (CONRAD, ENTRES, KEHRER, MEGGENDORFER, & POHLISCH, 1940) S. 26

<sup>196</sup> (CONRAD, ENTRES, KEHRER, MEGGENDORFER, & POHLISCH, 1940) S. 26

<sup>197</sup> (CONRAD, ENTRES, KEHRER, MEGGENDORFER, & POHLISCH, 1940) S. 26

b) Die sog. Epilepsia partialis continua von Kojewnikoff mit „langdauernden halbseitigen Zuckungen, kombiniert mit typischen Jacksonanfällen“<sup>198</sup> aufgrund einer Encephalitis.

c) Der sensible kortikale (Jackson-)Anfall mit Parästhesien entsprechend der Anordnung der Foci.

d) Die subkortikalen Anfälle.

Außerdem unterschied Pohlisch in Conrad et al. (1940) verschiedene krampfauslösende Faktoren, wie Gifte (v. a. Alkohol, Insulin, Cardiazol), seelische Einflüsse, thermische Einwirkungen, körperliche Strapazen und Erschöpfungszustände, Stoffwechselstörungen, Infektionskrankheiten und andere fieberhafte Erkrankungen, wobei die Anfälle im Rahmen der erblichen Fallsucht hauptsächlich durch die Erblichkeit bedingt und äußere Faktoren nur als Teilursache an ihrer Entstehung beteiligt seien.

Der Ausbruch der Erkrankung habe zwei Altersgipfel: im Säuglingsalter sowie in der Pubertät „einschließlich der angrenzenden Jahre“<sup>199</sup>. Der Krankheitsverlauf wurde als chronisch progredient bezeichnet, teilweise kämen auch Spontanheilungen vor.

Für die Diagnosestellung gab es die folgenden Untersuchungsmethoden:

1) Anamnese und klinische Untersuchung,

2) Röntgenuntersuchungen:

a) Übersichtsaufnahmen des Schädels dienten als „negativ diagnostisches Verfahren zum Ausschluß erworbener Ursachen“<sup>200</sup>, z. B. durch den Nachweis von „intrakraniellen Verkalkungs- und Verknöcherungsherden“<sup>201</sup> infolge intrakranieller Blutungen o. ä. oder durch den Nachweis von Fissuren und Frakturen des knöchernen Schädels.

b) Encephalogramme konnten „meningoencephalitische Herde, Hydrocephalus und raumbeschränkende Prozesse als Ursache der Anfälle

---

<sup>198</sup> (CONRAD, ENTRES, KEHRER, MEGGENDORFER, & POHLISCH, 1940) S. 27

<sup>199</sup> (CONRAD, ENTRES, KEHRER, MEGGENDORFER, & POHLISCH, 1940) S. 41

<sup>200</sup> (CONRAD, ENTRES, KEHRER, MEGGENDORFER, & POHLISCH, 1940) S. 51

<sup>201</sup> (CONRAD, ENTRES, KEHRER, MEGGENDORFER, & POHLISCH, 1940) S. 46

zum Vorschein bringen“<sup>202</sup>, zeigten aber bei erblicher Fallsucht nur unspezifische Befunde, sodass die Durchführung einer Enzephalographie nur bei atypischem klinischem Gesamtbild notwendig sei.

c) Bei der Tomographie handelte es sich um ein „Röntgenschnittverfahren, das eine Ebene in zahlreiche Ebenen zerlegte“ und zur Beantwortung spezieller Fragestellungen eingesetzt werden konnte, um detailliertere Informationen über das Liquorsystem zu erhalten.

3) Die Untersuchung des Liquors wurde nur in Zweifelsfällen als ergänzendes diagnostisches Hilfsmittel zur Diagnosestellung der Epilepsie eingesetzt.

4) Der Ansatz, durch Provokation von Anfällen, z. B. mittels Cardiazol, ggf. eine erbliche Fallsucht auszuschließen, hatte sich nicht bewährt.

#### 1.2.5.5 Erblicher Veitstanz (Huntingtonsche Chorea)

Beim erblichen Veitstanz handelt es sich um eine seltene, dominant vererbte Erkrankung mit sehr hoher Durchschlagskraft (heute genauer als vollständige Penetranz bezeichnet), für die es bis heute keine kausale Therapie gibt und die bei der Beurteilung im Sinne des Gesetzes eine klare differentialdiagnostische Abklärung gegenüber den folgenden (äußeren) Ursachen erforderte:

1) Dem infektiösen Veitstanz, „der bei Gelenkrheumatismus und anderen Infektionskrankheiten oder als Folge derselben auftreten [könne]“<sup>203</sup> (sog. „Chorea minor Sydenham“<sup>204</sup>) oder der „Schwangerschaftschorea“<sup>205</sup> bei jungen Erstgebärenden „infolge einer sog. „rheumatischen“ Infektion“<sup>206</sup>,

2) der „Chorea imitatoria“<sup>207</sup> sowie

3) einem „choreatischen Syndrom“<sup>208</sup> als Folge von Hirnprozessen und Vergiftungen.

<sup>202</sup> (CONRAD, ENTRES, KEHRER, MEGGENDORFER, & POHLISCH, 1940) S. 58

<sup>203</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 106

<sup>204</sup> (CONRAD, ENTRES, KEHRER, MEGGENDORFER, & POHLISCH, 1940) S. 190

<sup>205</sup> (CONRAD, ENTRES, KEHRER, MEGGENDORFER, & POHLISCH, 1940) S. 190

<sup>206</sup> (CONRAD, ENTRES, KEHRER, MEGGENDORFER, & POHLISCH, 1940) S. 190

<sup>207</sup> (CONRAD, ENTRES, KEHRER, MEGGENDORFER, & POHLISCH, 1940) S. 190

<sup>208</sup> (CONRAD, ENTRES, KEHRER, MEGGENDORFER, & POHLISCH, 1940) S. 190

Klinisch manifestiere sich diese „Erkrankung des Zentralnervensystems, welche in der Regel im mittleren Lebensalter beginnt, allmählich fortschreitet und schließlich zu schwerer Geistesstörung führen kann [, ...] durch ruckartige Zuckungen in verschiedenen Muskelgebieten, [...] sowie in verschiedenen Veränderungen der Persönlichkeit, insbesondere Hemmungslosigkeiten im Genuß- und Triebleben, und endlich in verschiedenen Zeichen geistiger Störung im engeren Sinne des Wortes (Demenz, Schwachsinn)“<sup>209</sup>.

Als Erklärungsversuch für den in etwa 5% der Fälle auftretenden Erkrankungsbeginn vor dem 15. bis 20. Lebensjahr ging Kehrer in Conrad et al. (1940) bereits auf die Vermutung ein, „daß bei vorwiegend einfach dominant vererbten Leiden [wie dem Erbveitstanz] der Entfaltungsbeginn derselben in jeder nächstfolgenden Generation der betreffenden Sippe in ein früheres Lebensalter [falle]“<sup>210</sup> und bezeichnete dieses Phänomen als „Anteposition“ (wir sprechen heute in diesem Zusammenhang von der sog. Antizipation).

Man schätzte die Erkrankungsdauer auf durchschnittlich „1½ - 2 Jahrzehnte“<sup>211</sup> und ging davon aus, dass „[die] ganz überwiegende Mehrzahl [der Patienten] an den unmittelbaren oder mittelbaren Folgen des Leidens [...]: einfache Erschöpfung der Lebenskräfte, Herzlähmung Schlucklähmung, Lungenentzündung durch mangelhafte Atmung oder Verschlucken von Speiseresten, Blasenentzündung, Sepsis nach Aufliegegeschwüren u. dgl.“<sup>212</sup> starben.

Im Hinblick auf die Durchführung des Erbgesundheitsverfahrens ergab sich für den erblichen Veitstanz das Problem des späten Auftretens der Erkrankung, sodass in einigen Fällen die Unfruchtbarmachung zu spät komme, weshalb betroffenen Familien durch Erbberater besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden müsse.

---

<sup>209</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 107

<sup>210</sup> (CONRAD, ENTRES, KEHRER, MEGGENDORFER, & POHLISCH, 1940) S. 193

<sup>211</sup> (CONRAD, ENTRES, KEHRER, MEGGENDORFER, & POHLISCH, 1940) S. 200

<sup>212</sup> (CONRAD, ENTRES, KEHRER, MEGGENDORFER, & POHLISCH, 1940) S. 202

---

### 1.2.5.6 Erbliche Blindheit

---

Es gibt eine Vielzahl von Erkrankungen (s. § 1 Abs. 2 Ziffer 6 des GzVeN) und Fehlbildungen (s. Ziffer 8) des Auges, die zu „Blindheit oder zu an Blindheit grenzender Herabminderung des Sehvermögens“<sup>213</sup> führen können.

Die erbliche Blindheit im Sinne des Gesetzes umfasste jede erbliche Krankheit oder Fehlbildung des Auges, „die erfahrungsgemäß zu Blindheit führt“. Dazu zählten u. a.:

- „die meisten Formen angeborener oder sonst im Leben früh auftretender Trübung der Augenlinse (Stare, Katarakte)“<sup>214</sup>,
- das „angeborene Glaukom = Hydrophthalmus [hereditarius] = Buphthalmus congenitus“<sup>215</sup>, das durch eine „das physiologische Maßüberschreitende, dauernde oder anfallsweise auftretende Steigerung des intraokulären Druckes“<sup>216</sup> gekennzeichnet sei,
- die „Retinitis pigmentosa (Netzhautverödung, Pigmententartung der Netzhaut)“<sup>217</sup>,
- die „familiären Hornhautentartungen“<sup>218</sup> (= „erbliche Hornhauttrübungen, Dystrophiae corneae hereditariae“<sup>219</sup>)
  - der „Keratokonius“<sup>220</sup>, eine „konusartige Vorwölbung der Hornhaut“<sup>221</sup>,
  - die „angeborene totale Farbenblindheit“<sup>222</sup>,
  - der „Anophthalmus bzw. Mikrophthalmus und Kryptophthalmus“<sup>223</sup>, wobei beim Anophthalmus der „Bulbus überhaupt nicht angelegt [sei] oder rudimentär

---

<sup>213</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 107

<sup>214</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 109

<sup>215</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 110

<sup>216</sup> (BÜCKLERS, et al., 1938) S. 35

<sup>217</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 110

<sup>218</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 111

<sup>219</sup> (BÜCKLERS, et al., 1938) S. 74

<sup>220</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 111

<sup>221</sup> (BÜCKLERS, et al., 1938) S. 70

<sup>222</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 111

<sup>223</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 111

[bleibe]<sup>224</sup>, während der Mikrophthalmus eine „Verkleinerung des Auges in seinen verschiedenen Durchmesser [...] bei im übrigen scheinbar normalen Verhältnissen [darstelle]<sup>225</sup> und beim Kryptophthalmus „die Haut des Gesichtes und der Stirn [als Ersatz für die Hornhaut] ohne Unterbrechung das Auge [überziehe], das sich als kugelige Vorwölbung unter der Haut fühlen [lasse und] auch Bewegungen [ausführe]<sup>226</sup>,

- „die Träger einer Gliom-Anlage (Netzhaut-Gliom)<sup>227</sup> (= „Neuroblastoma malignum<sup>228</sup>),
- die „Aniridie<sup>229</sup> (= „[kongenitales] Fehlen der Iris<sup>230</sup>),
- die erblichen „Kolobombildungen des Auges<sup>231</sup> („Spaltmißbildungen<sup>232</sup>) und
- die „Ectopia lentis (et pupillae) congenita<sup>233</sup>.

Eine Besonderheit stellte in diesem Zusammenhang die sog. *Lebersche Sehnervenatrophie* (Optikusatrophie) dar, die in ihrem Verlauf ebenfalls zu hochgradiger Sehschwäche führe, aber nicht unter das Gesetz falle, „soweit es die Hauptüberträger der Krankheit [betreffe, ...] weil [...] die hauptsächlichsten Überträger der Krankheit erscheinungsbildlich gesunde Frauen [... seien], die ja nicht unfruchtbar gemacht werden [könnten], weil sie selbst nicht krank [sein]<sup>234</sup> und keine Fälle der Übertragung der Erkrankung von manifest erkrankten männlichen Trägern auf deren Nachkommen nachgewiesen werden konnten. Aus heutiger Sicht wissen wir, dass es sich bei der Leber-Optikusatrophie

---

<sup>224</sup> (BÜCKLERS, et al., 1938) S. 20

<sup>225</sup> (BÜCKLERS, et al., 1938) S. 16

<sup>226</sup> (BÜCKLERS, et al., 1938) S. 29

<sup>227</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 111

<sup>228</sup> (BÜCKLERS, et al., 1938) S. 205

<sup>229</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 111

<sup>230</sup> (BÜCKLERS, et al., 1938) S. 20

<sup>231</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 111

<sup>232</sup> (BÜCKLERS, et al., 1938) S. 1

<sup>233</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 111

<sup>234</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 112



um eine mitochondrial vererbte Erkrankung handelt, die nur durch die klinisch gesunden Mütter auf ihre Nachkommen weitervererbt werden kann.

Davon abzugrenzen war die angeborene oder früh erworbene Blindheit aufgrund exogener Ursachen, wie z. B. einer perinatalen Infektion des Neugeborenen mit Tripper (Gonorrhö), die „als Folge von Hornhautgeschwüren“<sup>235</sup> zur Erblindung führe, sowie eine Erblindung, „die im Laufe irgend einer anderen, auch erblichen Krankheit, wie z. B. Zuckerkrankheit oder Nierenkrankheit, oder einer durch äußere Ursache bedingten Störung wie Hirnsyphilis auftreten [können]“<sup>236</sup>.

#### 1.2.5.7 Erbliche Taubheit

Unter erblicher Taubheit im Sinne des Gesetzes wurde „jede Ohrenkrankheit [verstanden], welche auf einer Erbanlage [beruhe] und vor Beginn oder innerhalb der hauptsächlich in Betracht kommenden Fortpflanzungsperiode nachweisbar [sei sowie] Zustände, die im Laufe des Lebens erfahrungsgemäß in einem hohen Prozentsatz der Erkrankungen zu Taubheit oder zu an Taubheit grenzender oder mit ihr gleichzusetzender starker Schwerhörigkeit [führten] und bereits im Laufe des fortpflanzungsfähigen Altersabschnittes oder vor demselben ärztlich einwandfrei festgestellt [seien]“<sup>237</sup>.

Zu den verschiedenen Formen der unter das Gesetz fallenden erblichen Taubheit zählten u. a.:

- Die *rezessive Taubstummheit*<sup>238</sup>: Die Zahl der Taubstummen liege laut den Erläuterungen des GzVeN bei 86 pro 100.000 Einwohnern, was in absoluten Zahlen rund 55.000 Taubstummen in Deutschland entspreche, von denen „mindestens 43% angeboren und fast ausschließlich auch erblich bedingt [seien], also für die Unfruchtbarmachung in Betracht [kämen], 51% der Gesamtfälle von Taubstummen [seien] durch äußere Schäden, besonders infektiöser Art,

<sup>235</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 108

<sup>236</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 109

<sup>237</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 114

<sup>238</sup> (SCHWARZ & ECKHARDT, 1940) S. 54

durch Meningitis usw. in den ersten Jahren der Kindheit erworben, der Träger aber erblich gesund, also keine Objekte der Unfruchtbarmachung [seien]<sup>239</sup>. Bei den übrigen 6% sei eine sichere Unterscheidung zwischen erblicher und erworbener Taubstummheit nicht möglich.

- Die *erbliche Innenohrschwerhörigkeit bzw. Taubheit*<sup>240</sup>,
- Die *erbliche Gehörgangsatresie*<sup>241</sup>, eine Fehlbildung des äußeren bzw. mittleren Ohres „mit Fehlen oder mangelhafter Ausbildung des Trommelfells und der Gehörknöchelchen, die, wenn sie beiderseits [auftrete], eine sehr hochgradige Schwerhörigkeit [bedinge]<sup>242</sup>.
- Die *Otosklerose*<sup>243</sup>, eine im jüngeren Lebensalter beginnende knöcherne Verwachsung der Steigbügelplatte mit dem ovalen Fenster, die zu einer zunehmenden Versteifung der Gehörknöchelchenkette und damit zu einer zunehmenden Schalleitungsschwerhörigkeit führe.

Davon abzugrenzen waren Taubheitszustände, die auf äußere Ursachen wie Infektionskrankheiten, chronische Mittelohrentzündungen, schwere Verletzungen oder z. B. auf Kretinismus zurückzuführen seien und nicht unter das Gesetz fielen.

#### 1.2.5.8 Schwere, erbliche, körperliche Missbildungen

---

Das Gesetz verstand unter schweren erblichen körperlichen Missbildungen „erblich familiäre, durch Erbanlage bedingte, meist bei der Geburt sichtbare, oft aber erst im späteren Leben gut feststellbare, einseitige oder doppelseitige körperliche Abweichungen von der Norm, die im unkorrigierten Naturzustand durch Funktionsbehinderung oder durch Abschreckung die Anpassung an das Leben erschweren und die durch fehlerhafte Entwicklung im Mutterleibe oder im späte-

---

<sup>239</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 115

<sup>240</sup> (SCHWARZ & ECKHARDT, 1940) S. 75

<sup>241</sup> (SCHWARZ & ECKHARDT, 1940) S. 85

<sup>242</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 116

<sup>243</sup> (SCHWARZ & ECKHARDT, 1940) S. 95

ren Leben innerhalb der Entwicklungs- und Wachstumszeit auf erblicher Anlage beruhend sich herausgebildet haben“<sup>244</sup>. Dazu zählten z. B.:

- Fehlbildungen des Bewegungsapparates, wie „Gliedermaßendefekte aller Art [...], Dysostosis cleidocranialis [(= „[ein- oder doppelseitiger, partieller oder totaler] Mangel (Aplasie) des Schlüsselbeines [...] in den meisten Fällen [assoziiert mit] mehr oder weniger [deutlichen] Anomalien der Schädelossifikation)], erbliche Skelettstörungen [...], multiple Exostosen und Enchondrome, Knorpel- und Knochengeschwülste [...], manche Formen von Zwergwuchs [„Chondrodystrophie“<sup>245</sup>], Spina bifida mit und ohne Klumpfuß, erblicher Klumpfuß allein, erbliche angeborene Hüftverrenkung“<sup>246</sup>,

- Fehlbildungen der Augen: schwere erbliche Brechungsfehler des Auges, schwere Myopie [...], schwere erbliche Hypermetropie [...], schwerer erblicher Astigmatismus, erbliches Augenzittern mit Albinismus und Schwachsichtigkeit, erbliches Schielen verbunden mit erheblicher erblicher Sehstörung, schwere Spaltbildungen in der Regenbogenhaut und Retina usw. (Kolobome), Fehlen der Regenbogenhaut [(Aniridie)], angeborene Verlagerung der Augenlinse (Ectopia lentis), Mikrophthalmie,

- schwere Lippen-, und Gaumenspalten [...]“<sup>247</sup> sowie

- „während des Wachstums und im Laufe des Lebens sich [entwickelnde kongenitale] Mißbildungen, die auf Grund von erblich bedingten Defekten des Nervensystems entstehen, wie z. B. die dysraphischen Störungen (Syringomyelie), die tuberöse Sklerose, erblicher Turmschädel mit Sehnervenstörungen, erbliche Mikrozephalien“<sup>248</sup>.

Davon abzugrenzen waren durch äußere Ursachen wie „mechanische Verletzungen, Geburtsschäden, Infektionen oder Vergiftungen im Laufe des Le-

<sup>244</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 117

<sup>245</sup> (SCHWARZ & ECKHARDT, 1940) S. 185

<sup>246</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 124

<sup>247</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 124

<sup>248</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 124f

bens vor oder nach der Geburt“<sup>249</sup> bedingte Missbildungen, die dem Gesetz nicht unterlagen.

#### 1.2.5.9 Schwerer Alkoholismus

---

Rüdin beschrieb in den Erläuterungen des GzVeN den schweren Alkoholiker als einen „[eingefleischten chronischen Alkoholisten], der trotz der verschiedensten Gegenwirkungen (schlechten Erfahrungen aller Art, die er infolge seines übermäßigen Trinkens machen mußte [...]) dem Laster zu frönen fortfährt und sei es in seiner Leistungsfähigkeit ernstlich leidet oder gar im Sinne des Gesetzes seine Angelegenheiten nicht mehr zu besorgen vermag, sei es infolge des Trinkens körperlich oder geistig erkrankt, sei es anderen zur Last fällt oder die Mitmenschen belästigt oder schädigt (Alkoholriminalität), sei es verkommt oder sonstwie infolge des Trinkens auf der sozialen Stufenleiter herabsinkt“<sup>250</sup>. Als Begründung für die Notwendigkeit der Sterilisation dieser Personen führte er die „schlechte Ernährung und Erziehung“<sup>251</sup> und „abnorme Veranlagung der Kinder“<sup>252</sup> schwerer Alkoholiker an. Der Nachweis der Erblichkeit war im Einzelfall nicht erforderlich, weil man davon ausging, dass in den meisten Fällen die erbliche Veranlagung die Ursache des Alkoholismus sei.

Meggendorfer in Conrad et al. (1940) unterschied verschiedene Ursachen des Alkoholismus, der bei Männern deutlich häufiger aufträte als bei Frauen. Historisch gesehen wurde Alkohol konsumiert, „weil sich diese Getränke im Gegensatz zu dem oft verseuchten Wasser als bekömmlich [erwiesen]“<sup>253</sup>. Daraus habe sich allerdings im Laufe der Zeit eine „Gepflogenheit des Trinkens solcher Getränke zu den Mahlzeiten entwickelt“<sup>254</sup>, die schon für sich allein gesehen zum Missbrauch führen könne. „Der Hauptgrund des Gebrauchs der alkoholischen Getränke aber [sei] wohl die Eigenschaft des Alkohols, die Stim-

---

<sup>249</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 117

<sup>250</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 127

<sup>251</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 129

<sup>252</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 127

<sup>253</sup> (CONRAD, ENTRES, KEHRER, MEGGENDORFER, & POHLISCH, 1940) S. 278

<sup>254</sup> (CONRAD, ENTRES, KEHRER, MEGGENDORFER, & POHLISCH, 1940) S. 278

mung zu heben [und] Kummer und Sorgen in Heiterkeit und Frohsinn zu verwandeln. Die alkoholischen Getränke seien deshalb in erster Linie ein Genußmittel<sup>255</sup> und wirkten „geselligkeitsfördernd“<sup>256</sup>. Menschen, die aus diesen Gründen Alkohol konsumierten, bezeichnete Meggendorfer als „Umwelts-trinker“<sup>257</sup> oder „[Gewohnheitstrinker]“<sup>258</sup> und grenzte sie von denjenigen ab, die „um des Rausches und der Betäubung willen [...] an den Alkohol [herantra-ten]“<sup>259</sup>. Zu dieser Gruppe zählte er die „eigentlich Trunksüchtigen“<sup>260</sup>, die „aus einem inneren, triebhaften Verlangen und Drang“<sup>261</sup> heraus alkoholische Getränke konsumierten. Die Entstehung des Alkoholismus würde einerseits durch eine „erbliche Veranlagung zum Alkoholismus“<sup>262</sup>, die häufig mit „der Veranla-gung für verschiedene Geisteskrankheiten, für Psychopathie [sowie] geistige und körperliche Minderwertigkeiten“<sup>263</sup> assoziiert sei, andererseits durch ver-schiedene äußere Faktoren wie den Beruf, „geschlechtliche und eheliche Schwierigkeiten, ungünstige Wohnungsverhältnisse, Arbeitslosigkeit, Kummer und Sorgen“<sup>264</sup> begünstigt.

Unter chronischem Alkoholismus verstand Hoche (1909) die „dauernden Veränderungen [...], welche sich unter dem schädlichen Einfluss eines ge-wohnheitsmäßig betriebenen und relativ zu starken Alkoholgenusses auf dem geistigen und körperlichen Gebiet einstellen“<sup>265</sup>, den sog. „Habitualzustand des chronischen Trinkers“<sup>266</sup>, der nach Bonhoeffer in Conrad et al. (1940) die Folge der „Wirkung einer sekundären, durch die alkoholische Organschädigung verur-

---

<sup>255</sup> (CONRAD, ENTRES, KEHRER, MEGGENDORFER, & POHLISCH, 1940) S. 279

<sup>256</sup> (CONRAD, ENTRES, KEHRER, MEGGENDORFER, & POHLISCH, 1940) S. 279

<sup>257</sup> (CONRAD, ENTRES, KEHRER, MEGGENDORFER, & POHLISCH, 1940) S. 281

<sup>258</sup> (CONRAD, ENTRES, KEHRER, MEGGENDORFER, & POHLISCH, 1940) S. 321

<sup>259</sup> (CONRAD, ENTRES, KEHRER, MEGGENDORFER, & POHLISCH, 1940) S. 282

<sup>260</sup> (CONRAD, ENTRES, KEHRER, MEGGENDORFER, & POHLISCH, 1940) S. 282

<sup>261</sup> (CONRAD, ENTRES, KEHRER, MEGGENDORFER, & POHLISCH, 1940) S. 282

<sup>262</sup> (CONRAD, ENTRES, KEHRER, MEGGENDORFER, & POHLISCH, 1940) S. 302

<sup>263</sup> (CONRAD, ENTRES, KEHRER, MEGGENDORFER, & POHLISCH, 1940) S. 302

<sup>264</sup> (CONRAD, ENTRES, KEHRER, MEGGENDORFER, & POHLISCH, 1940) S. 281

<sup>265</sup> (HOCHÉ, 1909) S. 676

<sup>266</sup> (HOCHÉ, 1909) S. 676

sachten Vergiftung“<sup>267</sup> sei. Die Symptome seien „[auf] geistigem Gebiet [...] vor allem [ethische] Defekte und [...] Willenschwäche“ sowie eine Beeinträchtigung der „intellektuellen Leistungen“, „[auf] körperlichem Gebiet“ der „bekannte äussere Habitus“ und die „allgemeinen körperlichen Veränderungen“ sowie „Störungen der Motilität“. Zu den Komplikationen des schweren chronischen Alkoholismus wurden:

- die „Alkoholepilepsie“<sup>268</sup>,
- die *Alkoholhalluzinose* (oder „Alkoholwahnsinn“<sup>269</sup>), eine „Geistesstörung, die ohne wesentliche körperliche Beschwerden, ohne Bewusstseinsstörungen, aber mit Gehörstäuschungen und Wahnbildungen, vor allem im Sinne der Verfolgung, einhergeht, in Wochen [ablaufe], aber Neigung zu verzögertem Verlaufe [zeige]“<sup>270</sup>,
- das *Delirium tremens*, das „mit Bewusstseinsstrübung, Verkenning der Umwelt, vorwiegend Gesichtstrugwahrnehmungen und Beschäftigungsdrang einhergeht und zeitlich auf einige Tage beschränkt [sei]“<sup>271</sup>,
- die *alkoholische Korsakowsche Psychose*, die „durch allgemeine Nervenentzündung und durch eine Schädigung des Hirngewebes gekennzeichnet [sei], die vorwiegend in einer Schwäche der Merkfähigkeit, des Gedächtnisses und des Denkens zum Ausdruck [komme] und
- die *Pseudoencephalitis Wernickes*, die „meist plötzlich mit Kopfschmerzen, Schwindel, Erbrechen und Bewusstseinsstrübung [einsetze]“<sup>272</sup>, im weiteren Verlauf zu Augenerscheinungen und vegetativen Störungen führe und „meist Ende der ersten oder in der zweiten Woche zum Tode führe“<sup>273</sup>, gezählt.

Als oberstes Behandlungsziel in der Therapie des Alkoholismus galt „die dauernde völlige Alkoholenthaltsamkeit“<sup>274</sup>, die man durch „die Aufklärung, die

---

<sup>267</sup> (CONRAD, ENTRES, KEHRER, MEGGENDORFER, & POHLISCH, 1940) S. 322

<sup>268</sup> (CONRAD, ENTRES, KEHRER, MEGGENDORFER, & POHLISCH, 1940) S. 332

<sup>269</sup> (CONRAD, ENTRES, KEHRER, MEGGENDORFER, & POHLISCH, 1940) S. 344

<sup>270</sup> (CONRAD, ENTRES, KEHRER, MEGGENDORFER, & POHLISCH, 1940) S. 347

<sup>271</sup> (CONRAD, ENTRES, KEHRER, MEGGENDORFER, & POHLISCH, 1940) S. 341

<sup>272</sup> (CONRAD, ENTRES, KEHRER, MEGGENDORFER, & POHLISCH, 1940) S. 356

<sup>273</sup> (CONRAD, ENTRES, KEHRER, MEGGENDORFER, & POHLISCH, 1940) S. 356

<sup>274</sup> (CONRAD, ENTRES, KEHRER, MEGGENDORFER, & POHLISCH, 1940) S. 358

---

Überredung, die Beeinflussung des Kranken<sup>275</sup> zu erreichen und durch die Arbeit der „Enthaltensamkeitsvereine“<sup>276</sup> oder die Unterbringung in einer „Trinkerheilstätte“<sup>277</sup> aufrecht zu erhalten versuchte.

#### 1.2.6 Operative Methoden der Sterilisation und Schwangerschaftsunterbrechung

---

Den Erläuterungen des GzVeN ist zu entnehmen, dass das Gesetz lediglich eine Unfruchtbarmachung (= Sterilisation) der Patienten vorsieht, d.h. „lediglich die Verlegung, Unterbindung, Durchtrennung oder Unwegsammachung der Ausführungsgänge (Samenleiter beim Mann, Eileiter bei der Frau) der Geschlechtsdrüsen auf operativem Wege [...], wobei die Geschlechtsdrüsen [selbst] unversehrt bleiben (Hoden beim Mann, Eierstöcke bei der Frau)“<sup>278</sup> sollten, sodass die Befruchtung verhindert wurde, „der Geschlechtstrieb (Libido), die Geschlechtsliebe und Geschlechtskraft (Potenz) [aber] in normaler Art und Stärke erhalten“<sup>279</sup> blieb. Die Kastration „mittels operativer Entfernung der männlichen oder weiblichen Geschlechtsdrüsen“<sup>280</sup> war bis auf wenige Ausnahmen im Rahmen des GzVeN verboten, weshalb hier nicht näher darauf eingegangen wird.

##### 1.2.6.1 Die Vasotomie beim Mann

---

Beim Mann war zur Sterilisation die Durchtrennung des Samenleiters (Vas deferens), die sogenannte Vasotomie, vorgesehen. Die dafür notwendigen Operationsschritte sollen im Folgenden kurz dargestellt werden.

---

<sup>275</sup> (CONRAD, ENTRES, KEHRER, MEGGENDORFER, & POHLISCH, 1940) S. 359

<sup>276</sup> (CONRAD, ENTRES, KEHRER, MEGGENDORFER, & POHLISCH, 1940) S. 358

<sup>277</sup> (CONRAD, ENTRES, KEHRER, MEGGENDORFER, & POHLISCH, 1940) S. 359

<sup>278</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 85

<sup>279</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 85

<sup>280</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 85

Zur Durchführung dieses Eingriffes sucht man zunächst die äußere Leistenpforte, durch die der Samenstrang „die Bauchwand“<sup>281</sup> verlässt und die nach unten durch das Leistenband und nach oben durch die Aponeurose des *M. obliquus abdominis externus* begrenzt wird, auf, indem man „die Hodensackhaut von unten mit dem tastenden Finger [einstülpt]“<sup>282</sup>. „[An] dem Punkt, den der Finger als obere Begrenzung der Leistenpforte festgestellt hat“<sup>283</sup> setzt man einen „etwa 10 cm [langen] Schnitt, der in der gleichen schrägen Richtung wie die Fasern der Aponeurose des äußeren schrägen Bauchmuskels [*M. obliquus abdominis externus*] [...] verläuft“<sup>284</sup> und präpariert sich unter Schonung der im Wundgebiet verlaufenden Gefäße bis zum Samenstrang vor. Die „den Samenstrang umgebenden Kremasterfasern [werden stumpf abgedrängt]“<sup>285</sup> und „die lockere allgemeine Hülle des Samenstranges [...] mit zwei anatomischen Pinzetten [zerrissen]“<sup>286</sup>, wodurch die Venen des Plexus pampiniformis, der *N. spermaticus externus*, „begleitet von der gleichnamigen Arterie und einer größeren Begleitvene“<sup>287</sup>, sowie „in der Tiefe das Vas deferens mit der kleineren, stets zu schonenden [*A. spermatica interna*], deren Verletzung und Unterbindung eine Nekrose oder Atrophie des Hodens zur Folge haben kann“<sup>288</sup>, sichtbar werden. Es heißt, der Samenleiter, der „am Innenrande des Samenstranges [aufgesucht wird]“<sup>289</sup>, sei „leicht zu erkennen, denn er [habe] eine helle, gelbliche Farbe und [sei] mit einem Durchmesser von 3 mm stärker als die [*A. spermatica externa*]“<sup>290</sup>. Außerdem könne er „durch Betastung an seiner harten Beschaffenheit erkannt werden“<sup>291</sup>. Er wird „auf 1 – 2cm von seiner lockeren

---

<sup>281</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 219

<sup>282</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 219

<sup>283</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 219

<sup>284</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 219

<sup>285</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 219f

<sup>286</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 220

<sup>287</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 220

<sup>288</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 220

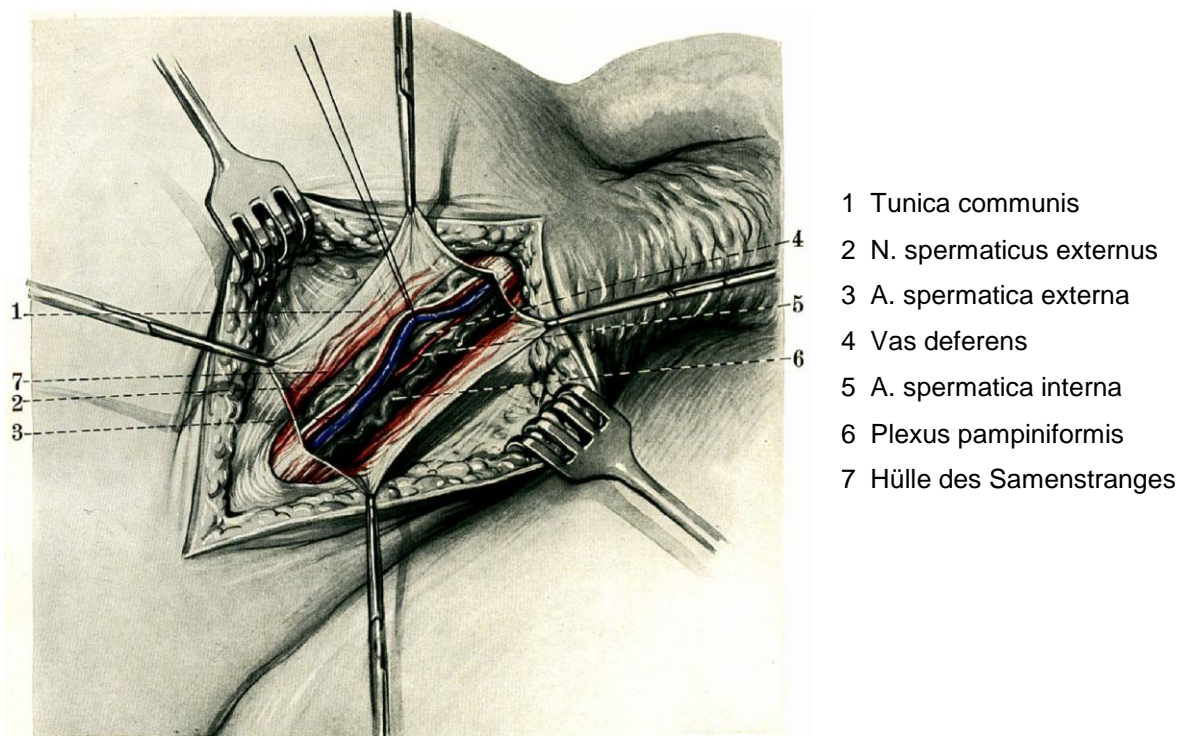
<sup>289</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 220

<sup>290</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 220

<sup>291</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 220



Umgebung befreit, [...] mit einer Arteriennadel hervorgehoben und einfach durchtrennt [...]. Eine Unterbindung [sei weder] [...] nötig [noch] empfehlenswert, da die in seiner Wandung (Adventitia) verlaufenden feinen Geflechte sympathischer und parasymphatischer Fasern des [N. spermaticus internus]) durch die Quetschung bei der Unterbindung ebenso wie bei grobem Zerren einen plötzlichen Schockzustand auszulösen vermögen<sup>292</sup>. Nachdem sich der Operateur vergewissert hat, „daß keine Gefäße im subkutanen Fettgewebe bluten, die noch einer Umstechung oder Unterbindung bedürfen“<sup>293</sup>, wird die Wunde mit „[einigen] Knopfnähten oder Metallklammern [...] vollständig [verschlossen]“<sup>294</sup> und die Operation der kontralateralen Seite angeschlossen. Eine Entfernung des Nahtmaterials oder der Klammern sei üblicherweise nach 6 Tagen möglich. Die anatomischen Verhältnisse des Operationssitus bei der Vasotomie des Mannes zeigt Abbildung 1.



**Abb. 1:** Die anatomischen Verhältnisse des Operationssitus bei der Vasotomie des Mannes

(Abbildung siehe GÜTT, RÜDIN, RUTTKE 1934)

<sup>292</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 220

<sup>293</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 220

<sup>294</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 220

### 1.2.6.2 Die Sterilisationsoperation der Frau

---

Die Sterilisationsoperation bei der Frau stellt im Vergleich zur Vasotomie des Mannes insbesondere aufgrund „der topographischen Anatomie der weiblichen Genitalien [...] an denen die Eingriffe [vorgenommen] werden müssen“<sup>295</sup>, „einen schweren Eingriff in den Körper“<sup>296</sup> dar, da diese im Gegensatz zu den männlichen Genitalien innerhalb der Bauchhöhle liegen und damit zur Durchführung der Operation eine Eröffnung der Peritonealhöhle erforderlich ist.

Man unterschied drei verschiedene Zugangswege zur Bauchhöhle:

1) den abdominalen Zugang mittels medianem Längs- oder suprasymphysärem (Pfannenstiel) Querschnitt (Laparotomie)

2) den vaginalen Zugang, „Colpocoeliotomia anterior oder posterior“<sup>297</sup> und

3) den Zugang „durch die Leistenkanäle“<sup>298</sup>,

die verschiedene Vor- und Nachteile hatten: Der vaginale Zugang bedeutete im Vergleich zur Laparotomie einen kleineren Eingriff und damit „eine geringere Gefährdung der [gesamten] Bauchhöhle und [sei] deshalb auch mit weniger Schmerzen und Unzuträglichkeiten nach der Operation verbunden“<sup>299</sup>, außerdem könne die Patientin „durch Unruhe oder direkte örtliche Manipulationen keine Wundstörung veranlassen“<sup>300</sup>. Auf der anderen Seite bot eine Laparotomie eine wesentlich bessere „Übersichtlichkeit des ganzen Operationsgebietes“<sup>301</sup>. Der inguinale Zugang wurde „besonders von denen gewählt, die das Menge'sche Sterilisierungsverfahren (s.u.) oder eine seiner Modifikationen einschlagen [wollten]“<sup>302</sup> und habe den Vorteil, „daß sich alle [...] Maßnahmen ext-

---

<sup>295</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 224

<sup>296</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 224

<sup>297</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 224

<sup>298</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1936) S. 331

<sup>299</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 224

<sup>300</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1936) S. 333

<sup>301</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 224

<sup>302</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1936) S. 331

raperitoneal abspielen und [...] alle Unterbindungen und Nähte außerhalb des Bauchraumes liegen, so daß jede Adhäsionsgefahr [entfalle]<sup>303</sup>.

Aufgrund der Schwere des sterilisierenden Eingriffes bei der Frau und einer „Operationssterblichkeit von [immerhin] 0,33%“<sup>304</sup> mussten möglichst bereits im Rahmen des Erbgesundheitsverfahrens, spätestens jedoch durch „Aktenstudium, Anamnese und eingehende Allgemein- und Lokaluntersuchung“<sup>305</sup> der zur Sterilisation eingewiesenen Frau durch den die Unfruchtbarmachung durchführenden Arzt festgestellt werden, ob sich die Patientin überhaupt noch im fortpflanzungsfähigen Alter befinde bzw. als fortpflanzungsunfähig (steril) zu betrachten sei und ob „aus örtlichen oder allgemeinen Gründen eine augenblickliche oder dauernde Gegenanzeige gegen diese Operation bestehe“<sup>306</sup>.

Heinrich Christian Eymmer, der Verfasser des offiziellen Gesetzeskommentars *Die Unfruchtbarmachung der Frau* (1936), führte folgende Ursachen einer bereits eingetretenen Sterilität bei Frauen auf:

1) Entzündliche Unterleibserkrankungen, insbesondere chronische Eileiter- und Bauchfellentzündungen als Folge einer Gonorrhö, eines fieberhaften Abortes, einer Extrauterin gravidität (EUG), intrauteriner Eingriffen oder einer Appendizitis, könnten zu einer Sterilität aufgrund eines beidseitigen Tubenverschlusses führen. Zur Diagnosesicherung werde die Durchgängigkeit der Tuben durch eine Durchblasung oder durch eine Salpingographie geprüft.

2) Das Lebensalter der Patientin. Die Konzeptionswahrscheinlichkeit sei bei Nullipara ab dem 40. Lebensjahr sehr gering und betrage mit 45 Jahren nur noch etwa 0,2%, sodass bei diesen Frauen nur noch in besonders begründeten Ausnahmefällen eine Sterilisationsoperation in Frage komme. Auch bei bereits bestehenden Zeichen einer rechtzeitigen oder verfrühten Klimax (wie länger ausbleibender Periode, Scheiden- oder Uterusschrumpfung, charakteristischen vasomotorischen Anzeichen usw.) sei auf eine Sterilisation zu verzichten.

3) Endokrine Störungen.

---

<sup>303</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1936) S. 336

<sup>304</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1936) S. 338

<sup>305</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1936) S. 328

<sup>306</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1936) S. 327

Bezüglich der zu bevorzugenden Operationsverfahren herrschte Uneinigkeit, da bis dato „alle [...] Eingriffe keine vollkommene Sicherheit gegen künftige Befruchtung erzielten“<sup>307</sup>, weshalb „Ovarien, Tuben, Uterus und [Vagina] in der verschiedensten Weise operativ angegriffen [wurden], um künftige Schwangerschaften zu verhüten“<sup>308</sup>.

Da jedoch das Gesetz eine Entfernung der Eierstöcke im Sinne einer Kastration aufgrund der „Ausfallserscheinungen [...] bei im geschlechtsreifen Alter stehenden Frauen“<sup>309</sup> untersagte, und „auch der Uterus, und damit die Regelblutung, [...] erhalten bleiben [sollten]“<sup>310</sup>, kamen nur noch Eingriffe an den Eileitern in Betracht.

„Das natürlichste und deshalb auch älteste Verfahren zur Behinderung weiterer Konzeption [sei ohnehin] die Unterbindung der Eileiter“<sup>311</sup>, allerdings habe sich „[im] Laufe der Zeit gezeigt, daß diese Unterbindung allein keineswegs vor weiteren Schwangerschaften schütze [und] kein operatives Vorgehen an den Tuben die gewünschte Sicherheit [ergebe]“<sup>312</sup>. Dementsprechend gab es keine einheitlichen Empfehlungen hinsichtlich der anzuwendenden Operationstechnik.

Albert Döderlein, der Verfasser des offiziellen Gesetzeskommentars *Die Eingriffe zur Unfruchtbarmachung der Frau* (1934), schlug die von ihm selbst entwickelte sogenannte Sterilisierung durch Ligaturknotung der Tuben vor, die er bisher bei 30 Patientinnen durchgeführt habe. Aufgrund von Nekrosen der Tuben und mehreren nach Ligaturknotung aufgetretenen Schwangerschaften konnte sich dieses Verfahren jedoch nicht durchsetzen.

Eymer nannte in seinen Ausführungen 1936 als wichtigstes abdominelles Sterilisationsverfahren die *Herausnahme des ganzen Eileiters mit Exzision des intramuralen Tubenanteils* durch eine Keilexzision aus den Uterushörnern. Alternativ könne lediglich die Entfernung des intramuralen Eileiterteiles unter Mit-

---

<sup>307</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 225

<sup>308</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 225

<sup>309</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 225

<sup>310</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1936) S. 327

<sup>311</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 225

<sup>312</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 225

nahme eines 2–3 cm langen Abschnittes des isthmischen Teiles der Tube durchgeführt werden, die auch vaginal möglich sei.

Bei dem am häufigsten durchgeführten Operationsverfahren handelte es sich jedoch um die sog. *Tubenquetschung nach Madlener*, zu deren Komplikationen allerdings laut Eymers Tubo-Peritonealfisteln, Adhäsionsbildungen und Ileus sowie Tubargraviditäten zählten.

Die einzige „zuverlässige inguinale Dauersterilisierung[smethode]“<sup>313</sup> sei das Menge'sche Sterilisationsverfahren, das bereits seit dem Jahr 1900 durchgeführt werde und bisher zu keiner späteren Schwangerschaft geführt habe, sodass diese Methode bei allen Frauen, die sich dafür eigneten, d. h. keine ausgedehnten abdominalen Verwachsungen aufwiesen, bevorzugt werden sollte. Dabei würden die Tubenstümpfe extraperitoneal im Leistenkanal fixiert, sodass nicht mit einem „Wiederwegsamwerden der Tuben“<sup>314</sup> gerechnet werden müsse.

Eine andere von Eymers vorgestellte Methode der Sterilisation war die Unfruchtbarmachung durch Röntgenstrahlen oder durch die Strahlung radioaktiver Substanzen. Diese sollte zu einer derartigen Veränderung des Keimdrüsengewebes, „daß die weitere Erzeugung befruchtungsfähiger Eier endgültig ausgeschlossen [sei]“<sup>315</sup>. Die Strahlung radioaktiver Substanzen führe darüber hinaus zu einer funktionsunfähigen Gebärmutter Schleimhaut. Da durch die Bestrahlung jedoch auch die hormonelle Aktivität der Eierstöcke gestört bzw. eingestellt würde, wurde dieses Verfahren lediglich bei Frauen nach dem 38. Lebensjahr empfohlen.

### 1.2.6.3 Schwangerschaftsunterbrechungen im Rahmen der Sterilisationsoperation

---

Bezüglich der Notwendigkeit, „bei einer gesetzlich zu sterilisierenden Frau gleichzeitig eine Schwangerschaftsunterbrechung [aus eugenischen Gründen]

---

<sup>313</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1936) S. 335

<sup>314</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1936) S. 337

<sup>315</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1936) S. 340

vorzunehmen“<sup>316</sup> betonte Eymer, dass diese „nur so lange vorgenommen werden [dürfe], als das Kind noch keine extrauterine Lebensfähigkeit erlangt [habe]. Die Grenze [sei] auf das Ende des 6. Schwangerschafts- [...] Monats festgesetzt“<sup>317</sup>, eine Unterbrechung danach sei nicht mehr zulässig, sodass „für die Zeit vom Beginn des 7. Monats bis zum Ende der Schwangerschaft auch keine Tubensterilisation in Frage [komme], da dann der Gesamteingriff als über das gewöhnliche Maß gefährlich betrachtet werden [müsse]“<sup>318</sup>. Eine Sterilisation sollte in diesem Falle erst „nach ungefähr oder vollständig abgelaufenem Wochenbett, d.h. etwa 6 Wochen nach der Geburt“<sup>319</sup>, erfolgen. Außerdem dürfe die Unterbrechung „nur mit Einwilligung der Schwangeren oder ihres Vormundes“<sup>320</sup> vorgenommen werden. Bei einer Ablehnung der Schwangerschaftsunterbrechung durch die Schwangere oder ihren Vormund innerhalb der ersten 6 Schwangerschaftsmonate „[habe] auch die Sterilisierung zu unterbleiben“<sup>321</sup>.

Bezüglich der durchzuführenden Verfahren empfahl Eymer in den ersten zwei Schwangerschaftsmonaten eine Beendigung der Schwangerschaft „durch die [...] Ausräumung des Uterus durch die Scheide“<sup>322</sup> und sofort eine Tubensterilisation anzuschließen. Ab dem dritten Schwangerschaftsmonat empfehle sich ein Vorgehen ähnlich wie beim Kaiserschnitt. In seltenen Fällen, z. B. bei massiven Blutverlusten, könne bei der abdominalen Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisation die Uterusexstirpation notwendig werden, über die die Patienten oder ihr Vormund im Vorfeld der Operation aufzuklären seien.

#### 1.2.7 Exkurs: Dr. Dr. Robert Ritter – der NS-„Zigeunerforscher“

---

Da die Verfolgung und Ermordung der Sinti und Roma im Dritten Reich wesentlich durch die “[rassenanthropologische und bevölkerungspolitische For-

---

<sup>316</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1936) S. 338

<sup>317</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1936) S. 338

<sup>318</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1936) S. 339

<sup>319</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1936) S. 340

<sup>320</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1936) S. 338

<sup>321</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1936) S. 339

<sup>322</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1936) S. 339

schung]<sup>323</sup> des Kinderpsychologen und Psychiaters Prof. Dr. Dr. med. Robert Ritters (1901 - 1951) vorangetrieben wurde, erfolgt hier eine kurze Darstellung.

Ritter wurde am 14. Mai 1901 in Aalen geboren.

Nach seinem Abitur im Sommer 1921 studierte er in Bonn, Tübingen, Marburg, Christiana (heute: Oslo, Norwegen), München (Promotion zum Dr. phil. am 1. August 1927 über den *Versuch einer Sexualpädagogik auf psychologischer Grundlage*) und Heidelberg Medizin und Psychologie. Seine Approbation erhielt er im Mai 1929 und promovierte am 3. Mai 1930 über das Thema *Zur Vererbung der allergischen Diathese* zum Dr. med.

Nach seinem Staatsexamen arbeitete Ritter vom 3. März bis 22. September 1930 als ärztlicher und pädagogischer Mitarbeiter im Jugendsanatorium und Pädagogium Wyk auf Föhr und verbrachte anschließend aufgrund eines Stipendiums der Heidelberger Universitätsstiftung das Wintersemester an der Sorbonne und an der *Clinique [de] neuro-psychiatrie infantile* in Paris. Vom 16. April 1931 bis 30. April 1932 arbeitete er als Assistenzarzt in der schweizerischen Heilanstalt Burghölzli und übernahm am 1. August 1932 eine Assistenzarztstelle als ärztlicher Betreuer des Klinischen Jugendheims der Universitäts-Nervenlinik Tübingen.

Ab Mitte März 1934 leitete er die „rassenhygienische [Ehe-]Beratungsstelle“<sup>324</sup> und am 1. November 1934 zum Oberarzt ernannt. Darüber hinaus war er ab Januar 1936 als stellvertretender Amtsarzt beim Erbgesundheitsgericht Tübingen tätig. 1937 habilitierte er sich mit dem Thema *Ein Menschenschlag. Erbärztliche und erbgeschichtliche Untersuchungen über die – durch 10 Geschlechterfolgen durchforschten – Nachkommen von „Vagabunden, Jaunern und Räubern“*.

Schmidt-Degenhard (2012) bezeichnet Ritter als „[überzeugten] Anhänger und Kämpfer für den Nationalsozialismus“<sup>325</sup>. Er widmete sich der sog. „Bastardforschung“<sup>326</sup> und hierbei insbesondere der Erforschung der Sinti und Ro-

---

<sup>323</sup> (LINK, 1999) S. 443

<sup>324</sup> (RIECHERT, 1995) S. 12

<sup>325</sup> (SCHMIDT-DEGENHARD, 2012) S. 151

<sup>326</sup> (BASTIAN, 2001) S. 38

ma, die er als „unerziehbare Volksschädlinge“<sup>327</sup> betrachtete, und forderte die Sterilisation „asozialer Zigeunermischlinge“<sup>328</sup>.

Am 4. August 1936 siedelte er nach Berlin über und richtete mit der Krankenschwester Eva Justin, die ihm aus Tübingen nach Berlin gefolgt war, beim Reichsgesundheitsamt in Berlin-Dahlem eine *Rassenhygienische und bevölkerungsbiologische Forschungsstelle*<sup>329</sup> zur systematischen Erfassung der Sinti und Roma im Deutschen Reich mittels „[anthropometrischer] Untersuchungen“<sup>330</sup>, Befragungen von „Zigeunern“ zu ihren Abstammungs- und Familienverhältnissen sowie der Auswertung „[genealogischer Materialien] aus Pfarr- und Bürgermeisterämtern, Privat- und Staatsarchiven und Polizeiakten“<sup>331</sup> ein, bei der er bis 1944 in leitender Funktion arbeitete. Anhand der gewonnenen Informationen wurden riesige<sup>332</sup> Erbtafeln erarbeitet, auf deren Grundlage „rasenhygienische Gutachten“<sup>333</sup> erstellt wurden, die die Betroffenen in *Zigeuner* und *Zigeunermischlinge* unterteilten<sup>334</sup>. Diese Gutachten stellten wiederum die Grundlage der nationalsozialistischen Verfolgung und Vernichtung der „Zigeuner“ dar.

Ab Dezember 1942 übernahm Ritter nebenamtlich die wissenschaftliche Leitung des *Kriminalbiologischen Instituts der Sicherheitspolizei* und wurde am 1. November 1943 zum Direktor des Reichsgesundheitsamtes ernannt.

Ab dem Wintersemester 1944/45 bis Anfang 1946 erhielt Ritter eine Lehrermächtigung für Kriminalbiologie an der Universität Tübingen und wurde am

---

<sup>327</sup> (KIEßLING, 2005) S. 62

<sup>328</sup> (RIECHERT, 1995) S. 21

<sup>329</sup> (SCHÖNHAGEN, 1992) S. 106

<sup>330</sup> (SCHMIDT-DEGENHARD, 2012) S. 159

<sup>331</sup> (SCHMIDT-DEGENHARD, 2012) S. 160

<sup>332</sup> (SCHMIDT-DEGENHARD, 2012) S. 160: Die Erbtafeln sollen teilweise mehr als 800 Personennamen umfasst haben.

<sup>333</sup> (SCHMIDT-DEGENHARD, 2012) S. 160

<sup>334</sup> Siehe (SCHMIDT-DEGENHARD, 2012) S. 160ff; Auf diese Weise konnten bis März 1943 21.498 Fälle rassenbiologisch geklärt werden; nach (KIEßLING, 2005) S. 62 wurden bis Ende 1944 24.000 Sinti und Roma erfasst.



---

1. Dezember 1947 zum Leiter der städtischen Fürsorgestelle für Nerven- und Gemütskranke in Frankfurt am Main ernannt.

Weder für Ritter selbst noch für seine Mitarbeiter zog das Entnazifizierungsverfahren strafrechtliche Folgen nach sich: 1948 leitete die Frankfurter Staatsanwaltschaft ein Ermittlungsverfahren gegen Ritter als einen der Hauptverantwortlichen für die Misshandlung, Verfolgung und Ermordung von Sinti und Roma im Dritten Reich ein. Das Verfahren wurde 1950 eingestellt und Ritter als „Mitläufer der NS-Diktatur“<sup>335</sup> eingestuft.

Am 15. April 1951 starb Ritter infolge einer seit Jahren bestehenden und zunehmend seine Berufsfähigkeit einschränkenden kardiovaskulären Grunderkrankung in der psychiatrischen Kurklinik Hohe Mark im Taunus<sup>336</sup>.

#### 1.2.8 Exkurs: Zwangssterilisationen von Sinti und Roma

---

Die Verfolgung und Diskriminierung der Sinti und Roma begann bereits vor der nationalsozialistischen Machtergreifung am 30. Januar 1933 z.B. durch die 1725 von Friedrich Wilhelms I. erlassene Verordnung zur Sicherstellung der *Aufhebung des Diebes-/Rotten-/Bettler- und Zigeuner-/ oder anderen liederlichen Gesindels in Städten und auf dem Lande*, die 1906 in Preußen erlassene *Anordnung zur Bekämpfung des Zigeunerwesens* und das *Bayerische Zigeuner- und Arbeitsscheuengesetz* aus dem Jahre 1926. In der Folgezeit wurden u.a. in Bremen (1933), Thüringen (1935) und Baden (1937) ähnliche Gesetze erlassen.

„Zigeuner“ wurden im Kommentar des zu den Nürnberger Gesetzen vom 15. September 1935 zählenden *Reichsbürgergesetz* als nicht artverwandt bezeichnet<sup>337</sup> und in der Ausführungsverordnung des *Gesetzes zum Schutze des deutschen Blutes und der deutschen Ehre* von der Eheschließung mit Staats-

---

<sup>335</sup> Siehe Schmidt- Degenhard in (WIESING, BRINTZINGER, GRÜN, JUNGINGER, & MICHL, 2010) S. 848

<sup>336</sup> (SCHMIDT-DEGENHARD, 2012) S. 202ff, S. 210

<sup>337</sup> (BEYER, 1936) S. 21: „Artverwandt sind in der Hauptsache die Angehörigen der europäischen Völker, (außer Juden und Zigeuner), auch soweit sie sich reinrassisch außerhalb Europas erhalten haben.“;

angehörigen deutschen oder artverwandten Blutes ausgeschlossen<sup>338</sup>. Im Runderlass vom 6. Juni 1936 wurden sie als *dem deutschen Volk artfremdes Zigeunervolk* bezeichnet<sup>339</sup>.

Himmlers Erlass zur *Bekämpfung der Zigeunerplage* vom 8. Dezember 1938 führte ab 1. März 1939 zur systematischen „Erfassung und [rassenbiologischen] Untersuchung aller Zigeuner und Zigeunermischlinge“<sup>340</sup>. Der *Festsetzungserlass* von 7. Oktober 1939 verbot allen „Zigeunern“ das Verlassen ihrer Aufenthaltsorte. Aufgrund des *Zigeunerumsiedlungserlasses* vom 27. April 1940 erfolgte die Deportation von ca. 2500 „Zigeunern“ nach Polen. Am 16. Dezember 1942 folgte der *Auschwitz-Erlass*, der die Deportation und Ermordung der meisten noch in Deutschland lebenden „Zigeuner“ in den Konzentrationslagern vorsah. Bis Kriegsende wurden „von ca. 25000 ehemals in Deutschland wohnhaften "Zigeuner ca. 20000 umgebracht“<sup>341</sup>, europaweit schätzungsweise 300.000 bis 500.000<sup>342</sup>.

Nach der Ausführungsverordnung des Auschwitz-Erlasses sollten „höherwertige“<sup>343</sup> „Zigeuner“ wie „reinrassige Sinti- und Lallerli-Zeugner, gute Mischlinge, sozial angepaßt lebende zigeunerische Personen und solche, die in der Rüstungsindustrie unentbehrlich waren“<sup>344</sup> von der Deportation verschont bleiben, wenn sie sich sterilisieren ließen. Das GzVeN schloss deren Sterilisierung nicht ausdrücklich aus, sofern die Betroffenen unter eine der Erbkrankheitsdiagnosen fielen, was „für Zigeuner unter dem Komplex Schwachsinn und Aso-

---

<sup>338</sup> (RIECHERT, 1995) S. 6: Das *Reichsbürgergesetz* verwehrte Sinti und Roma die Reichsbürgerschaft (s.o.), während das *Blutschutzgesetz* die Eheschließung neben Juden auch anderen Personen, die durch ihre Nachkommen die „Reinerhaltung des deutschen Blutes“ gefährdeten, wie z.B. „Negern und Zigeunern“, und Staatsangehörigen deutschen oder artverwandten Blutes untersagte (siehe (BEYER, 1936) S. 34f: § 6 der *Ersten Verordnung zur Ausführung des Gesetzes zum Schutz des deutschen Blutes und der deutschen Ehre*).

<sup>339</sup> (SCHMIDT-DEGENHARD, 2012) S. 157

<sup>340</sup> (LINK, 1999) S. 444

<sup>341</sup> (LINK, 1999) S. 445

<sup>342</sup> (BASTIAN, 2001) S. 79

<sup>343</sup> (DONEITH, 2008) S. 112

<sup>344</sup> (LINK, 1999) S. 446

zialität ohne weiteres möglich war“<sup>345</sup>. Darüber hinaus wurden auch in den Konzentrationslagern Zwangssterilisationen durchgeführt, u.a. durch den Gynäkologen Prof. Dr. Carl Clauberg, der „mehr als 100 aus Auschwitz in das Konzentrationslager Ravensbrück verbrachte Sintezzas ohne Betäubung durch wiederholtes intrauterines Injizieren einer ätzenden Flüssigkeit [sterilisierte]“<sup>346</sup> und Dr. Horst Schumann, der seine Patienten durch minutenlange Röntgenbestrahlung des Unterleibs kastrierte und ihnen anschließend zur Überprüfung des Behandlungserfolges die Keimdrüsen operativ (teil-)entfernen ließ. Viele Patienten starben infolge dieser Behandlungen.

Nach Link (1999) und Riechert (1995) liegen keine Schätzungen zur Gesamtzahl der während des Nationalsozialismus sterilisierten „Zigeuner“ vor. Für die Universitäts-Frauenklinik Freiburg konnte er zwei Sterilisationen von „Zigeunerinnen“ nachweisen. Laut Doneith (2008) wurden an der Universitäts-Frauenklinik Tübingen vier „Zigeunerinnen“ sterilisiert. Bechdorf (1988) beschreibt das Leid einer am 2. Januar 1945 an der Universitäts-Frauenklinik zwangssterilisierten 29-jährigen Sintiza<sup>347</sup>.

Nach 1945 wurden lediglich diejenigen Zwangssterilisationen von „Zigeunern“ für entschädigungswürdig gehalten, die aus rassistischen Gründen erfolgt waren, nicht diejenigen, die aufgrund der „asozialen Eigenschaften der Zigeuner“<sup>348</sup> durchgeführt worden waren.

### 1.2.9 Exkurs: „Kindereuthanasie“ und die „Aktion T4“

---

Die Einführung des GzVeN stellt für einige Autoren, wie Winau<sup>349</sup>, Kinder/Hilgemann (1991) und Mitscherlich/Mielke (2004), die Vorstufe zur Euthanasie dar. Als theoretischer Wegbereiter der Euthanasie gilt die 1920 von den Professoren Dr. jur. et. phil. Karl Binding (1841 – 1920) aus Leipzig und Dr. med. Alfred Hoche (1865 – 1943) aus Freiburg i. Br. veröffentlichte Schrift *Die*

---

<sup>345</sup> (LINK, 1999) S. 445

<sup>346</sup> (RIECHERT, 1995) S. 122

<sup>347</sup> (BECHDOLF, 1988) S. 298ff

<sup>348</sup> (DONEITH, 2008) S. 113

<sup>349</sup> Siehe Winau in (Kolloquien des Instituts für Zeitgeschichte, 1988) S. 37

*Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form.* Diese Schrift gliedert sich in 2 Teile:

1) Zunächst fordert Binding im Rahmen seiner „Rechtlichen Ausführungen“ neben der Freigabe der Sterbehilfe für die infolge

„Krankheit oder Verwundung unrettbar Verlorenen, die im vollen Verständnis ihrer Lage den dringenden Wunsch nach Erlösung besitzen“<sup>350</sup>

die Freigabe der Tötung von „unheilbar Blödsinnigen“<sup>351</sup>:

„Sie haben weder den Willen zu leben, noch zu sterben. So gibt es ihrerseits keine beachtliche Einwilligung in die Tötung, andererseits stößt diese auf keinen Lebenswillen, der gebrochen werden müßte. Ihr Leben ist absolut zwecklos, aber sie empfinden es nicht als unerträglich. Für ihre Angehörigen und die Gesellschaft bilden sie eine furchtbar schwere Belastung“<sup>352</sup>,

sowie von den

„geistig gesunden Persönlichkeiten, die durch irgendein Ereignis [...] bewusstlos geworden sind, und die, wenn sie aus ihrer Bewusstlosigkeit noch einmal erwachen sollten, zu einem namenlosen Elend erwachen würden.“<sup>353</sup>

2) In seinen „Ärztlichen Anmerkungen“ definiert Hoche „geistig Tote“ als lebensunwertes Leben mit eingeschränktem Lebensrecht, wobei er

„diejenigen Fälle, bei denen der geistige Tod im späteren Verlaufe des Lebens nach vorausgehenden Zeiten geistiger Vollwertigkeit“<sup>354</sup>

eintritt, von denjenigen

„die auf Grund angeborener oder in frühester Kindheit einsetzender Gehirnveränderungen entstehen“<sup>355</sup>

---

<sup>350</sup> (BINDING & HOCHÉ, 1922) S. 29

<sup>351</sup> (BINDING & HOCHÉ, 1922) S. 31

<sup>352</sup> (BINDING & HOCHÉ, 1922) S. 31

<sup>353</sup> (BINDING & HOCHÉ, 1922) S. 33

<sup>354</sup> (BINDING & HOCHÉ, 1922) S. 51

<sup>355</sup> (BINDING & HOCHÉ, 1922) S. 51

unterscheidet und vor allem mit ökonomischen Gesichtspunkten argumentiert. Die unterstützende Haltung Hoches, der sich während des Krieges ablehnend über die Euthanasieaktionen äußerte, gegenüber der Vernichtung lebensunwerten Lebens ergebe sich erst „durch die konkrete historisch-politische Konstellation“<sup>356</sup>.

Bereits 1935 soll Hitler gegenüber dem Reichsärztführer Wagner erste Äußerungen bezüglich künftiger Euthanasiemaßnahmen gemacht haben.<sup>357</sup> Im Jahre 1937 begann „die Vernichtung der Asozialen“<sup>358</sup>, die „als große Gruppen in die Konzentrationslager geschickt wurden“<sup>359</sup> und ab 1939 nahm die Sterblichkeit in den Heil- und Pflegeanstalten infolge der gezielten Unterversorgung deutlich zu.

Der Ausbruch des Krieges am 1. September 1939 markierte den „endgültigen Übergang von der Vernichtung „unwerter“ Gene zur Lebensvernichtung“, also den Beginn eines Krieges, der sowohl gegen einen äußeren als auch gegen einen inneren Feind gerichtet war. Im auf diesen Tag rückdatierten Ermächtigungsschreiben Adolf Hitlers heißt es, daß „unheilbar Kranken [...] der Gnadentod gewährt werden [können]“<sup>360</sup>. Das Ziel des NS-Programmes „alles für die Heilbaren, der Tod für die Unheilbaren“<sup>361</sup> war, „Kinder und erwachsene Insassen von Heil- und Pflegeanstalten“ [insbesondere aus ökonomischen Gründen] zu beseitigen“<sup>362</sup>.

Bereits „[seit] dem 18. August 1939 waren Hebammen und geburtshilflich tätige Kliniken laut dem streng vertraulichen Erlaß „IVb 3088/39–1079Mi–“ verpflichtet, Neugeborene und Kinder bis zu einem Alter von 3 Jahren<sup>363</sup> an das

---

<sup>356</sup> Siehe Roelcke in (ORTRUN, 2005) S. 19

<sup>357</sup> (MITSCHERLICH & MIELKE, 2004) S. 23

<sup>358</sup> (LEONHARDT, 1996) S. 88

<sup>359</sup> (LEONHARDT, 1996) S. 88

<sup>360</sup> (SCHWEIZER, 2002) S. 88

<sup>361</sup> Siehe Dörner in (BLEKER & JACHERTZ, 1989) S. 101

<sup>362</sup> (SCHWEIZER, 2002) S. 90

<sup>363</sup> Nach (BIENENTREU, 2007) S. 10 führte die Einstellung der Euthanasieaktionen gegen Erwachsene im August 1941 zu einer schrittweisen Erhöhung der Altersgrenze der Kindereuthanasie bis auf das 18. Lebensjahr.

Gesundheitsamt zu melden, welche „verdächtig“ waren, an folgenden Krankheiten zu leiden:

1. Idiotie sowie Mongolismus (besonders Fälle, die mit Blindheit und Taubheit verbunden sind),
2. Mikrocephalie,
3. Hydrocephalus schweren bzw. fortschreitenden Grades,
4. Mißbildungen jeder Art, besonders Fehlen von Gliedmaßen, schwere Spaltbildungen des Kopfes und der Wirbelsäule usw.,
5. Lähmungen einschl. Little'scher Erkrankung.<sup>364</sup>

Die Patienten wurden, um Nachforschungen von Seiten der Eltern zu vermeiden, zunächst in Durchgangslager verlegt und von dort weiter in die Tötungsanstalten transportiert. Im Rahmen der *Kindereuthanasie* wurden „mindestens 5000 Kinder durch Unterernährung oder Vergasung“<sup>365</sup> getötet.

Die Planung und Koordination der Erwachseneneuthanasie erfolgte in der Organisationszentrale in der Tiergartenstraße 4 in Berlin (daher der Name „Aktion T4“)<sup>366</sup>. Bis zu seiner Einstellung am 23. August 1941 v. a. aufgrund kirchlicher Proteste fielen der zentral geleiteten Aktion T4 bis zu 100.000 Menschen zum Opfer. Die sechs deutschen Gasmordanstalten wurden daraufhin geschlossen und die Gaskammern in den Osten verlagert.

Der zentral geleiteten Euthanasie schloss sich in der Folge die sog. „wilde“ bzw. „weiche“ Euthanasie an, im Rahmen derer bis Kriegsende „in den psychiatrischen Kliniken unzählige Menschen durch Spritzen, Hungerkost und Folter ums Leben [kamen]“<sup>367</sup>.

---

<sup>364</sup> (DONEITH, 2008) S. 106; Die Little'sche Erkrankung (syn. Infantile Zerebralparese, zerebrale Kinderlähmung) wurde erstmals 1862 durch W.J. Little beschrieben. Es handelt sich um „perinatal erworbene Hirnschädigungen [...], bei denen Störungen der Motorik mit Tonusanomalien, pyramidalen und extrapyramidalen Symptomen im Vordergrund stehen. Ein Teil der Kinder ist geistig behindert und leidet an Epilepsie“ (siehe (MASUHR & NEUMANN, 2007) S. 160ff).

<sup>365</sup> (DONEITH, 2008) S. 107

<sup>366</sup> Nach (MITSCHERLICH & MIELKE, 2004) S. 247 wurden Juden ausdrücklich von der Euthanasie ausgeschlossen, weil „die damalige Staatsführung den Juden diese Wohltat nicht gegönnt hat“.

<sup>367</sup> (SCHWEIZER, 2002) S. 93

Im Rahmen des Holocausts, der „Endlösung der Judenfrage“, kamen dieselben Tötungsmethoden wie im Rahmen der Euthanasie-Aktion zum Einsatz, außerdem waren ein „Teil der Anstaltsleiter, die sich um die „Euthanasie“<sup>368</sup> verdient gemacht hatten“, als „Lagerarbeiter“<sup>369</sup> am Holocaust beteiligt, sodass die Vermutung naheliegt, es habe sich bei der Euthanasie-Aktion um „die technisch-personelle Vorbereitung für die Vernichtung der Juden und [einen] Probe-  
lauf für die Reaktion der Bevölkerung“<sup>370</sup> gehandelt.

## 1.2.10 Biografien

---

### 1.2.10.1 Direktor Prof. Dr. Herrmann F. Hoffmann (1891 – 1944) – der „Rektor in SA-Uniform“

---

Hermann Fritz<sup>371</sup> Hoffmann gilt als theoretischer Wegbereiter des rassenhygienischen Denkens und der Sterilisationsideologie in Deutschland.

Er wurde als Sohn „einer alten Arztfamilie“<sup>372</sup> am 6. Juni 1891 im ostfriesischen Leer geboren.

Die Reifeprüfung legte er als „schlechtester Abiturient seines Jahrgangs“<sup>373</sup> im März 1909 am Gymnasium in Leer ab und studierte daraufhin in Freiburg, Münster und München Medizin. Er schloss sein Studium mit dem medizinischen Staatsexamen im Sommer 1914 mit der Note „gut“ ab und erhielt am 1. August 1914 seine Approbation.

Anschließend arbeitete er vom 15. September 1914 bis 15. Juli 1916 als Chirurg im Reservelazarett in Nürtingen und fertigte in dieser Zeit im Auftrag der

---

<sup>368</sup> Siehe Winau in (Kolloquien des Instituts für Zeitgeschichte, 1988) S. 38

<sup>369</sup> Siehe Winau in (Kolloquien des Instituts für Zeitgeschichte, 1988) S. 38

<sup>370</sup> Siehe Morlock in (SCHÖNHAGEN, 1992) S. 93; siehe hierzu auch Raphael in (BIENENTREU, 2007) S. 23: Man gewinne „den Eindruck, dass mit dem Aufbau der Tötungsmaschinerie gegen psychisch Kranke ein folgenschwerer Präzedenzfall geschaffen war, der den zu radikalen Maßnahmen gegen die Juden drängenden Kräften innerhalb der NS-Führung konkret die Durchführbarkeit einer solchen Massenmordaktion demonstrierte“.

<sup>371</sup> Vgl. (HOHMANN, 1991) S. 138

<sup>372</sup> (LEONHARDT, 1996) S. 13

<sup>373</sup> (LEONHARDT, 1996) S. 15

Chirurgischen Klinik in Tübingen seine Doktorarbeit über das Thema *Plastischer Ersatz großer durchgreifender Defekte der Wange und Kinn-Lippengegend durch gestielte Brustlappen* an. 1916 promovierte er zum Dr. med.

Auf Anregung des damaligen Direktors der Universitäts-Nervenlinik Tübingen, Prof. Dr. Robert Gaupp, arbeitete Hoffmann während der Jahre 1916 bis Ende März 1919 als „Hilfsarzt“<sup>374</sup> im Reservelazarett der Nervenlinik und beschäftigte sich insbesondere mit der Begutachtung der Zugänge „auf ihre weitere Verwendungsfähigkeit“<sup>375</sup>.

Nach seiner Entlassung aus dem Wehrdienst trat Hoffmann am 1. April 1919 eine reguläre Assistentenstelle an der Universitäts-Nervenlinik Tübingen an und wurde am 22. Februar 1922 mit seiner Schrift *Vererbung und Seelenleben. Eine Einführung in die psychiatrische Konstitutions- und Vererbungslehre* für das Fach der Psychiatrie und Neurologie habilitiert. Seine Venia legendi (Lehrberechtigung) erhielt er mit einem Vortrag über *Die psychologische Entwicklungskurve des Menschen. Ein Problem der psychiatrischen Konstitutionslehre*.

1926 übernahm Hoffmann nach dem Weggang Ernst Kretschmers nach Marburg dessen Stelle als Oberarzt an der Universitäts-Nervenlinik Tübingen und hatte diese Stelle bis zu seine Berufung als Ordinarius für Psychiatrie und Neurologie an die Universität Gießen im November 1933 inne.

Hoffmann, der zusammen mit Gaupp bereits seit November 1924 im „Ausschuss der Tübinger Gesellschaft für Rassenhygiene“<sup>376</sup>, einer Ortsgruppe der 1904 gegründeten *Deutschen Gesellschaft für Rassenhygiene*, tätig war und später bis zu seinem Weggang nach Gießen „[Vorsitzender] der Tübinger Ortsgruppe der Gesellschaft für Rassenhygiene“<sup>377</sup> wurde und in Gießen „zum ersten Vorsitzenden der zu gründenden Ortsgruppe ernannt“<sup>378</sup> wurde, hatte zur Frage der Rassenhygiene ein zwiespältiges Verhältnis:

---

<sup>374</sup> (LEONHARDT, 1996) S. 17

<sup>375</sup> (LEONHARDT, 1996) S. 17

<sup>376</sup> (LEONHARDT, 1996) S. 57

<sup>377</sup> (LEONHARDT, 1996) S. 58

<sup>378</sup> (LEONHARDT, 1996) S. 58



„Die gewaltsame Veredelung der Rasse, die sich die sog. Rassenhygiene aus Angst vor der allgem. Verpöbelung zum Ziel setzt, ist mir ein Greuel. Es wird so verflucht rational auf der Welt. Alles Schulmeister, die die Menschen auch noch im erwachsenen Alter nach bestimmten Systemen erziehen u. lenken wollen. Ich hasse diese Popanze von >Volkserziehern< um so mehr, je mehr ich einsehe, daß sie im Grunde vielleicht recht haben.“<sup>379</sup>

Er vertrat außerdem die Meinung, „man wisse noch nicht genügend über das Vererbungsgeschehen, um die Durchführung eugenischer Maßnahmen verantworten zu können“<sup>380</sup>, steuerte aber nach Meinung Leonhardts mit seiner erbbiologischen Forschung zwangsläufig auf rassenhygienische Maßnahmen zu.

Hoffmann beschäftigte sich außerdem mit forensischen Gesichtspunkten und war diesbezüglich insbesondere an strafrechtlichen Fragen interessiert. Er „vertrat [...] die Meinung, daß hinter kriminellem Verhalten häufig ein Charakterdefekt stünde, der als „moralischer Schwachsinn“ Ausdruck einer (genetisch und biologisch determinierten) „Konstitution“ sei“<sup>381</sup> und identifizierte „diejenige Gruppe der abnormen Persönlichkeiten, „unter deren Abnormität die Gesellschaft [leide]“<sup>382</sup>, die „*asozialen und antisozialen Vertreter* unter den Psychopathen“<sup>383</sup>. Im Rahmen dieser Forschungstätigkeit hielt er 1927 auf der *Augsburger Tagung des Vereins der deutschen Strafanstaltsbeamten* einen Vortrag über *Die erbbiologische Persönlichkeitsforschung und ihre Bedeutung in der Kriminalbiologie* und forderte eine Klärung der „[konstitutionellen] Verankerung des delinquenten Verhaltens [...], um so zwischen „besserungsfähigen und unverbesserlichen Kriminellen“ unterscheiden zu können“<sup>384</sup> und anhand der „[genetischen] Belastung des Individuums“<sup>385</sup>, der „Lebensprognose“<sup>386</sup>, die Not-

---

<sup>379</sup> (LEONHARDT, 1996) S. 57

<sup>380</sup> (LEONHARDT, 1996) S. 59

<sup>381</sup> (LEONHARDT, 1996) S. 61

<sup>382</sup> (LEONHARDT, 1996) S. 61

<sup>383</sup> (LEONHARDT, 1996) S. 61

<sup>384</sup> (LEONHARDT, 1996) S. 62

<sup>385</sup> (LEONHARDT, 1996) S. 62

<sup>386</sup> (LEONHARDT, 1996) S. 62

wendigkeit einer Sicherungsverwahrung entscheiden zu können. Nach Verabschiedung des Sterilisationsgesetzes 1933 forderte Hoffmann dessen Erweiterung um die „Ausmerzung der Asozialen und Antisozialen“<sup>387</sup> (die im *Gesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Maßregeln der Sicherung und Besserung (Gewohnheitsverbrechergesetz)* vom 24. November 1933 ihre Entsprechung fand) und vertrat hier, im Gegensatz zu seiner sonstigen „behutsamen und auf differenzierende Wissenschaftlichkeit bedachten Art“<sup>388</sup>, eine wesentlich radikalere Meinung bezüglich der Behandlung der „asozialen Psychopathen“<sup>389</sup>.

Diese Diskrepanz kommt auch in den privaten Aufzeichnungen Hoffmanns aus dem Jahre 1941 zum Vorschein, in denen es heißt, er sei trotz seiner Rolle als „geistiger Wegbereiter“<sup>390</sup> des Sterilisationsgesetzes

„hinsichtlich der Verhütung des erbkranken Nachwuchses damals anderer Meinung [gewesen], als es später im Gesetz zum Ausdruck gebracht wurde. Mir schien die Ausschaltung pathologischer Erbmassen nur angezeigt zu sein beim erblichen Schwachsinn und beim geborenen Verbrecher, bei denen wirklich schwere und zahlreiche Verheerungen unter den Nachkommen zu finden sind. Diese Auffassung, die sich nicht mit dem Gesetz deckt, habe ich bis heute beibehalten.“<sup>391</sup>

Bis zu seinem Beitritt zu Nationalsozialistischen Deutschen Arbeiterpartei (NSDAP) am 1. Mai 1933 war Hoffmann ein gänzlich „[unpolitischer Mensch]“<sup>392</sup>, war „[am] politischen Tagesgeschehen [...] nur beiläufig interessiert“<sup>393</sup> und lehnte „[eine] aktive politische Beteiligung“<sup>394</sup> ab.

Nach der Emeritierung des Direktors der Universitäts-Nervenklinik Tübingen, Prof. Dr. Robert Gaupp, kehrte Hoffmann am 1. April 1936 als sein Amtsnachfolger nach Tübingen zurück und hatte diese Stelle bis zu seinem Tod inne. Ihm

---

<sup>387</sup> (LEONHARDT, 1996) S. 63

<sup>388</sup> (LEONHARDT, 1996) S. 65

<sup>389</sup> (LEONHARDT, 1996) S. 65

<sup>390</sup> (LEONHARDT, 1996) S. 87

<sup>391</sup> (LEONHARDT, 1996) S. 86

<sup>392</sup> (LEONHARDT, 1996) S. 66

<sup>393</sup> (LEONHARDT, 1996) S. 67

<sup>394</sup> (LEONHARDT, 1996) S. 68

folgten sein Oberarzt Wilhelm Ederle, der im 1933 nach Gießen gefolgt war, und der junge Assistenzarzt Hermann Stutte. Mit seiner Rückkehr hielten „auch die Symbole des Nationalsozialismus“ Einzug in die Nervenklinik. So sei z. B. im Foyer der Klinik die Büste Gaupps durch eine Hitlerbüste ersetzt worden.

Hoffmann gründete am 24. Juni 1937 mit einer „Gruppe von Dozenten, die dem Nationalsozialismus nahestanden oder Mitglieder der Partei waren“<sup>395</sup>, die *Wissenschaftliche Akademie des NSD-Dozentenbundes* mit dem Ziel der „Durchdringung der Wissenschaft mit nationalsozialistischen Ideen“<sup>396</sup>. Vom 1. November 1937 bis 31. Oktober 1939 übernahm er das Rektorat der Eberhard-Karls-Universität Tübingen und „forcierte [weiterhin] die Ideologisierung der Universität“<sup>397</sup>.

Nach Ende seines Rektorates beteiligte er sich bis zum 30. April 1941 als Prorektor weiter an der Universitätsführung.

Am 27. August 1939 wurde Hoffmann zur Wehrmacht einberufen und nahm als Beratender Psychiater zunächst in Frankreich, später in Russland und im Heimatwehrkreis am Krieg teil.

Wie oben erwähnt stand Hoffmann dem Sterilisationsgesetz kritisch gegenüber (eine öffentliche Äußerung erfolgte allerdings erst nach 1940) und überließ die Begutachtung der Patienten weitgehend seinen Oberärzten, da er durch „[hochschulpolitischen] Aufgaben [...] stark in Anspruch genommen wurde“<sup>398</sup>.

Über eine Beteiligung Hoffmanns an der Lebensvernichtung im Rahmen der Aktion T4 ist nichts bekannt. Von Leonhardt befragten Zeitzeugen zufolge habe sich Hoffmann „am Familientisch empört über die Tötungen in Grafeneck geäußert“<sup>399</sup>. Hoffmann habe außerdem zumindest bis kurz vor seinem Tod der T4-

---

<sup>395</sup> (LEONHARDT, 1996) S. 102

<sup>396</sup> (LEONHARDT, 1996) S. 136

<sup>397</sup> (LEONHARDT, 1996) S. 136

<sup>398</sup> (LEONHARDT, 1996) S. 87

<sup>399</sup> (LEONHARDT, 1996) S.88ff: In der Tötungsanstalt Grafeneck auf der Schwäbischen Alb, etwa vierzig Kilometer von Tübingen entfernt, in der Nähe der Heil- und Pflegeanstalt Zwiefalten wurden im Zeitraum von Januar bis Dezember 1940 über 10.000 Menschen durch Gas getötet. Laut Wuttke in (BORST, 1988) S. 229 handelte es sich bei der Tötungsanstalt Grafeneck um

Organisation nicht angehört. Da die Tübinger Nervenlinik enge Beziehung zur Anstalt Zwiefalten hatte, „die als Sammelanstalt für die Vernichtung in Grafeneck diente“<sup>400</sup>, recherchierte Leonhardt in seiner Dissertation die Verlegung von 93 Patienten aus der Universitäts-Nervenlinik Tübingen in die Anstalt Zwiefalten im Zeitraum von 1940 bis 1945, konnte jedoch keine gezielte Selektion der Patienten zum Weitertransport nach Grafeneck nachweisen. Ein Patient starb nach 10-wöchigem Aufenthalt in Zwiefalten mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit kurz vor der Schließung in Grafeneck, 38 weitere starben in den Jahren 1940 – 1946 in Zwiefalten, da dort wie in anderen Anstalten im Rahmen der „wilden“ Euthanasie Patienten „durch Medikamente oder systematischen Nahrungsentzug getötet“ wurden.

Hoffmann starb am 13. Juni 1944, vermutlich an den Folgen eines Myokardinfarktes.

#### 1.2.10.2 Oberarzt Dr. Wilhelm Ederle (1901 – 1966)

---

Wilhelm Ederle wurde am 8. November 1901 in Bissingen an der Teck geboren.

Nach seiner Reifeprüfung im Sommer 1920 studierte er zunächst einige Semester Physik und Mathematik in Tübingen und Kiel, später absolvierte er sein Medizinstudium in Berlin und Tübingen und schloss sein Studium mit der Ärztlichen Staatsprüfung im Frühjahr 1928 ab. Am 2. November 1928 promovierte er zum Dr. med. und erhielt am 23. Januar 1929 seine Approbation.

Seine medizinische Laufbahn begann er als Assistenzarzt unter Otfried Müller, dem Direktor der Medizinischen Klinik in Tübingen, und zeichnete sich dort durch wissenschaftliche Arbeiten über hämatologische Krankheiten und Tuberkulose aus, ehe er sich der Psychiatrie und Neurologie zuwandte.

Im November 1933 folgte er Dr. Hoffmann als Assistenzarzt zusammen mit seinem Kollegen, dem Oberarzt Konrad Ernst, an die Gießener Klinik und war

---

„die erste große zentrale Vergasungseinrichtung“. Etwa 7.000 der 10.000 Todesopfer stammten aus Baden und Württemberg.

<sup>400</sup> (LEONHARDT, 1996) S. 92

wesentlich an der Reorganisation dieser Klinik beteiligt, über die Hoffmann schrieb:

„Ich fand in Gießen einen Oberarzt und einen Volontär vor; die Ambulanz war geschlossen, der Krankenstand betrug 60 Patienten, die Privatabteilung stand seit langem leer, die Gutachtertätigkeit war eingeschlafen. Fast alle Räume befanden sich in einem kulturwidrigen Zustand [...] so daß von einer modernen Krankenbehandlung nicht die Rede sein konnte.“<sup>401</sup>

Diese Ausführungen beschreiben die Folgen des von den Nationalsozialisten am 7. April 1933 erlassenen *Gesetzes zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums (Berufsbeamtengesetz)*, „das die Entlassung jüdischer und politisch mißliebiger Beamter vorsah“<sup>402</sup>. Die Wissenschaft konnte diese Dezimierung jedoch kaum verkraften, da nicht genügend „wissenschaftlich und politisch [ausgewiesene] Kandidaten“<sup>403</sup> zur Neubesetzung der freigewordenen Stellen zur Verfügung standen.

Ederle befasste sich während dieser Zeit außerdem als einer der Ersten in Deutschland mit der „Insulinbehandlung der Psychosen“<sup>404</sup>, die „von Manfred Sakel [aus] Wien“<sup>405</sup> entwickelt und von „Max Müller in der Schweiz in breitem Rahmen“<sup>406</sup> angewendet wurde.

Am 1. April 1936 kehrte er mit Hoffmann nach Tübingen zurück und wurde am 1. November 1936 zum als Nachfolge Robert Ritters als Oberarzt der Nervenklinik ernannt. In Tübingen trieb Ederle außerdem „den Ausbau der somatologischen Diagnostik“<sup>407</sup> in der Neurologie voran.

Im Jahre 1939 habilitierte Ederle aufgrund seiner Arbeit *Somatische Störungen bei schizophrenen Erkrankungen* und wurde am 18. Januar 1940 zum Dozenten ernannt.

---

<sup>401</sup> (LEONHARDT, 1996) S. 75

<sup>402</sup> (LEONHARDT, 1996) S. 69

<sup>403</sup> (LEONHARDT, 1996) S. 69

<sup>404</sup> (LEONHARDT, 1996) S. 82

<sup>405</sup> (LEONHARDT, 1996) S. 82

<sup>406</sup> (LEONHARDT, 1996) S. 82

<sup>407</sup> (LEONHARDT, 1996) S. 84

Nach Kriegsbeginn wurde Ederle zum Wehrdienst eingezogen und übernahm als Abteilungsarzt die Leitung des Teillazaretts Nervenlinik Tübingen, tat aber gleichzeitig noch zivilen Dienst in der Klinik, sowohl als Oberarzt als auch als Stellvertreter Hoffmanns während dessen militärischer Abwesenheit. Nach dem überraschenden Tod Hoffmanns am 13. Juni 1944 wurde er bis zu seiner Versetzung zum Feldheer als beratender Psychiater als stellvertretender Direktor der Klinik eingesetzt. Nach seiner Rückkehr aus amerikanischer Kriegsgefangenschaft im Sommer 1945 war Ederle bis zur Übernahme der Stellung als Regierungsmedizinaldirektor des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Weissenau bei Ravensburg am 15. Mai 1947 erneut Dozent und Oberarzt an der Universitäts-Nervenlinik Tübingen.

Ederle starb am 11. März 1966 unerwartet an einem Myokardinfarkt.

### 1.2.10.3 Assistenzärzte

---

Insgesamt waren außer dem Klinikleiter Professor Dr. Hoffmann und dem Oberarzt Dr. Ederle 11 Assistenzärzte an der Patientenbegutachtung im Jahre 1941 beteiligt, deren Personal- und Assistentenakten im historischen Lesesaal eingesehen wurden.

Obwohl nach § 8 der Benutzungsordnung für das Universitätsarchiv Tübingen vom 27. Juli 1989 (mit Bezug auf § 6 Abs. 2ff des Landesarchivgesetzes) die Benutzung personenbezogener Daten dieser natürlichen Personen möglich wäre (siehe Anhang 16), wurde hier aufgrund des geringen Erkenntnisgewinnes davon abgesehen.

### 1.2.11 Exkurs: Prof. Dr. August Mayer – Direktor der Universitäts-Frauenklinik Tübingen

---

August Mayer wurde am 28. August 1876 in Felldorf im Kreis Horb (Württemberg) geboren.

Nach seinem Abitur 1895 studierte er in Tübingen, Freiburg und Gießen Medizin, schloss sein Studium im Sommer 1900 mit dem Ärztlichen Staatsexamen ab.

men ab und promovierte im gleichen Jahr über das Thema *Ein Fall von Echinococcus im Beckenbindegewebe*.

Nach verschiedenen Assistentenstellen insbesondere an den Universitäts-Frauenkliniken in Freiburg und Heidelberg arbeitete Mayer ab dem 1. Oktober 1907 als erster Assistenzarzt an der Frauenklinik in Tübingen. 1908 habilitierte er sich mit dem Thema *Die beckenerweiternden Operationen* und wurde im selben Jahr zum Oberarzt und 1917 zum Direktor der Klinik ernannt. Am 26. Juni 1937 trat er der NSDAP bei.

Mayer galt einerseits „als fürsorglicher Arzt“<sup>408</sup>, andererseits als „[typischer] Naziarzt“<sup>409</sup>, der seine Patientinnen in „vollwertige“<sup>410</sup> und „minderwertige“<sup>411</sup> Patientinnen unterteilte und „ihnen dementsprechend Heilung oder Vernichtung zukommen ließ“<sup>412</sup>.

Er galt als begeisterter Anhänger des GzVeN<sup>413</sup>, setzte sich jedoch auch mit den Gegenargumenten und Problemen des Gesetzes auseinander, wie et-

<sup>408</sup> Siehe Morlock in (SCHÖNHAGEN, 1992) S. 96

<sup>409</sup> (DONEITH, 2008) S.76

<sup>410</sup> Siehe Wuttke in (BORST, 1988) S. 234

<sup>411</sup> Siehe Wuttke in (BORST, 1988) S. 234

<sup>412</sup> (DONEITH, 2008) S. 76; so führte er beispielsweise laut Wuttke in (BORST, 1988) S. 234 bei von ihm als minderwertig angesehen Patientinnen während des Schwangerschaftsunterbrechungen durch, obwohl er überzeugter Gegner der Abtreibung war.

<sup>413</sup> (BORST, 1988) S. 226; Laut Doneith gehe aus Aufzeichnungen Mayers, der hier eine Dissertation aus dem Jahre 1936 zitiere, hervor, dass an der Universitäts-Frauenklinik Tübingen bereits in den Jahren 1918 – 1930 insgesamt 25 Sterilisation aus eugenischer Indikation durchgeführt worden seien, davon 9 in Kombination mit einem Schwangerschaftsabbruch. Eine dieser Frauen wurde wegen Hämophilie sterilisiert, sieben wegen Epilepsie, elf wegen Psychopathie, zwei wegen zirkulären Irreseins, drei wegen Imbezillität und eine wegen Schizophrenie des Ehemannes(!). Diese Angaben sind aufgrund der vor Einführung des GzVeN geltenden Rechtslage erstaunlich: Denn laut Reichsstrafgesetzbuch von 1871 erfüllten Sterilisationen wie alle „[ärztlichen Eingriffe] in die körperliche Unversehrtheit den Tatbestand einer Körperverletzung“. Nach § 224 RStGB erfüllten sie sogar den Tatbestand der schweren Körperverletzung: Hat die Körperverletzung zur Folge, daß der Verletzte ein wichtiges Glied des Körpers, das Sehvermögen auf einem oder beiden Augen, das Gehör, die Sprach oder die Zeugungsfähigkeit verliert ..., so ist auf Zuchthaus bis zu fünf Jahren oder Gefängnis nicht unter einem Jahre zu erkennen. (siehe (MÜLLER, 1985) S. 53).

wa der „Anzeigepflicht des Arztes und [dem] damit einhergehenden Vertrauensverlust der Patienten“<sup>414</sup>, dem „Operieren an Geisteskranken“<sup>415</sup> und der „gemeinsamen Unterbringung [der Sterilisationspatienten] mit den übrigen gynäkologischen Patienten“<sup>416</sup>. Er forderte, „die Indikation zur eugenischen Sterilisation streng zu stellen“<sup>417</sup> und lehnte Todesfälle im Rahmen der Sterilisationsoperationen weitestgehend ab. Insgesamt starben nach Doneith an der Universitäts-Frauenklinik Tübingen mindestens vier Frauen im Rahmen eugenischer Sterilisationsoperationen.

Die bevorzugte Sterilisationsmethode an der Universitäts-Frauenklinik Tübingen war die o. g. Tubenquetschung nach Madlener im Rahmen einer Laparotomie.

Nachdem durch die erste Änderung der Gesetzes vom Juni 1935 Schwangerschaftsunterbrechungen im Rahmen der Sterilisationsoperation bis zum sechsten Schwangerschaftsmonat mit Einwilligung der Patientin erlaubte, wurden an der Universitäts-Frauenklinik Tübingen nach den Recherchen Doneiths mindestens 46 derartige Eingriffe durchgeführt.

Mayer empfand es „als die größte Anerkennung [seiner] Tätigkeit“<sup>418</sup> als „Tübinger Faschist“<sup>419</sup> bezeichnet zu werden und schlug 1935 vor, „in Tübingen für Württemberg eine zentrale Erbgesundheitsklinik einzurichten“<sup>420</sup>. Dieser Plan wurde allerdings durch den zuständigen Reichsminister abgelehnt, da man befürchtete, dass sich „die Todesfälle in einer zentralen Einrichtung häufen

---

Und nach § 225 erhöhte der Vorsatz, der bei einer ärztlich durchgeführten Sterilisation vorausgesetzt werden darf, das Strafmaß:

War eine der vorbezeichneten Folgen beabsichtigt und eingetreten, so ist auf Zuchthaus von zwei bis zu zehn Jahren zu erkennen. (siehe (MÜLLER, 1985) S. 53)

<sup>414</sup> (DONEITH, 2008) S. 80

<sup>415</sup> (DONEITH, 2008) S. 80

<sup>416</sup> (DONEITH, 2008) S. 80

<sup>417</sup> (DONEITH, 2008) S. 81

<sup>418</sup> (DONEITH, 2008) S. 81

<sup>419</sup> Siehe Wuttke in (BORST, 1988) S. 233

<sup>420</sup> (DONEITH, 2008) S. 81



würden und ein Verbergen derselben vor der Bevölkerung schwer fallen würde“<sup>421</sup>.

Mayer „lehnte [...] die „Euthanasie“ mit Nachdruck ab, wie er sich im Krieg zum Beispiel auch gegen Pläne wehrte, Krebskranken ihrem Schicksal zu überlassen und sie aus den Kliniken zu verlegen“<sup>422</sup>. Den Nachforschungen Doneiths zufolge finden sich auch keine Hinweise dafür, „daß Neugeborene aus der Tübinger Frauenklinik direkt oder indirekt Euthanasieaktionen zum Opfer gefallen wären“<sup>423</sup>.

Nach dem Einmarsch der französischen Truppen in Tübingen am 19. April 1945 wurde Mayer im Zuge der Säuberung des Lehrkörpers der Universität Tübingen „kurzfristig vom Dienst suspendiert“<sup>424</sup>, konnte aber aufgrund eines Urteils des Säuberungsausschusses vom 4. Juni 1945 „vorerst als Klinikdirektor und ordentlicher Professor im Amt bleiben“<sup>425</sup>. Am 4. März 1949 erklärte die Universitäts-Spruchkammer Mayer als „entlastet“<sup>426</sup>, sodass er „endgültig als Klinikdirektor im Amt bleiben“<sup>427</sup> konnte.

„Am 30. September 1949 wurde Mayer im Alter von 73 Jahren emeritiert“<sup>428</sup>, vertrat jedoch bis zum Amtsantritt seines Nachfolgers, Werner Bickenbach, am 1. Juni 1950 den Lehrstuhl.

Mayer starb am 11. Oktober 1968 „im Alter von 92 Jahren an den Folgen eines Herzinfarktes im Stuttgarter Marienhospital“<sup>429</sup>.

---

<sup>421</sup> (DONEITH, 2008) S. 106

<sup>422</sup> Siehe Wuttke in (BORST, 1988) S. 233

<sup>423</sup> (DONEITH, 2008) S. 107: Bei der Durchsicht der Krankenakten missgebildeter Neugeborenen fanden sich lediglich in den Akten totgeborener Kinder Vermerke über Meldungen nach dem Erlass „IVb 3088/39–1079Mi–“.

<sup>424</sup> (DONEITH, 2008) S. 142

<sup>425</sup> (DONEITH, 2008) S. 143

<sup>426</sup> (DONEITH, 2008) S. 146

<sup>427</sup> (DONEITH, 2008) S. 146

<sup>428</sup> (DONEITH, 2008) S. 166

<sup>429</sup> (DONEITH, 2008) S. 195



## 2 Material und Methoden

---

### 2.1 Vorgehensweise / Datenerhebung

---

Für die vorliegende Dissertation wurden zunächst von August bis September 2009 die im Archiv der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen vorliegenden handgeschriebenen Diagnosebüchern des Jahres 1941 ausgewertet, in dem laufend Patientenaufnahmen und -entlassungen notiert wurden, einschließlich Namen, Vornamen, Geburtsdaten, Wohnorte, Diagnosen, etc. der Patienten. Ausschlaggebend für die Aufnahme einer Patientin oder eines Patienten in die Auswertung war eine Entlassung aus dem stationären Aufenthalt in der Universitäts-Nervenklinik Tübingen im Laufe des Jahre 1941, unabhängig vom Aufnahmedatum. Eine Auseinandersetzung mit dem Sterilisationsbuch erübrigte sich, da dieses lediglich Eintragungen vom 1. Februar 1934 (mit Nachtragungen vom Januar 1934) bis 6. Januar 1939 enthielt.<sup>430</sup>

Im Anschluss an diese Vorarbeit wurden anhand der gewonnenen patientenbezogenen Daten im Archiv der Universität Tübingen (UAT) die Signaturen der zugehörigen Krankenakten recherchiert und diese zur Bearbeitung in den historischen Lesesaal der Universitätsbibliothek bestellt. Eine vollständige Erfassung der Daten des Jahres 1941 war aufgrund einer Verlustrate von 6,49%, die sich anhand des Vergleiches der Zahl der im UAT lagernden Krankenakten mit dem oben erwähnten Diagnosebuch feststellen ließ, nicht möglich. Insgesamt wurden 1.627 von 1.740 zu erwartenden Krankenakten gefunden. In absoluten Zahlen entspricht das einem Verlust von 113 Akten.

---

<sup>430</sup> Nach Kaasch (2006) S. 74 handelte es sich dabei um ein Buch mit dem Titel „Sterilisierungen“, in dem in tabellarischer Form in vorgedruckten Spalten nummerierte Einträge zu Name, Vorname, Wohnort und Oberamt, Geburtsdatum, Aufnahme- und Entlassdatum, familiärer Belastung, Menstruation, Präklimax und Menopause gefunden wurden und das eine Übersicht über die an einer Erbkrankheit im Sinne des Gesetzes leidenden Menschen darstellte. Um diese Angaben zu bestätigen, erfolgte eine Rücksprache mit dem Archiv der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen.

Im Zeitraum von Oktober 2009 bis August 2010 wurden insgesamt 317 der 1.627 noch vorhandenen Krankenakten ausgewertet, wobei nur Akten, die eines oder mehrere Gutachten, die im Jahre 1941 erstattet wurden, in die statistische Auswertung aufgenommen wurden. Zusätzlich wurden Gutachten, die Anfang 1942 verfasst wurden und sich auf einen Aufenthalt der Patientin oder des Patienten in der Universitäts-Nervenlinik Tübingen (mit Entlassung) im Jahre 1941 bezogen, mit einbezogen.

Die Akten der Zivilbevölkerung tragen die Signaturen 669/2903 bis 669/38892, die ebenfalls in diesem Bestand vorhandenen Akten des Reserve-lazaretts der Universitäts-Nervenlinik Tübingen (Anfangsbuchstaben der Familiennamen A–E) tragen die Signaturen 669/41398 bis 669/42706, wobei die Nummern jeweils nicht fortlaufend sind. Die Signaturen des Bestandes 669 sind jahrgangsweise in alphabetischer Reihenfolge nach den Familiennamen der Patienten vergeben.

Zusätzlich wurden unter den Signaturen 333/F-Fri bis 333/Wo-Z Schatullen eingesehen, die in alphabetischer Reihenfolge Dokumente des Reservelazaretts der Universitäts-Nervenlinik Tübingen aus dem Zeitraum von 1939 bis 1945 (Zweiter Weltkrieg) enthalten.

Darüber hinaus wurden drei nach Geschlechtern getrennte und alphabetisch geordnete, leider unvollständige Leitz-Ordner (Signaturen 675/1941), die Krankenunterlagen von ambulant behandelten Patienten der Universitäts-Nervenlinik Tübingen aus dem Jahre 1941 in alphabetischer Reihenfolge beinhalten, zum Versuch der Klärung der Frage nach dem möglichen Verbleib von 113 fehlenden Akten durchgearbeitet und hierbei 25 zusätzliche Gutachten entdeckt.

Die untersuchten 317 Akten enthielten insgesamt 331 Gutachten. Die Diskrepanz zwischen den untersuchten Akten und der Gesamtzahl der Gutachten beruht darauf, dass bei einzelnen Personen im Laufe des Jahres 1941 mehrere Gutachten erstattet wurden.

290 der 331 Gutachten befassten sich mit zivilen Fragestellungen, bei den übrigen 41 Gutachten handelte es sich um Lazarettgutachten. Insgesamt entfielen 253 Gutachten auf Männer und 78 Gutachten auf Frauen.

Bei 60 von 290 zivilen Gutachten handelte es sich um Sterilisationsgutachten. Davon entfielen jeweils 30 auf Männer bzw. auf Frauen. Alle bei Männern und 29 bei Frauen zur Sterilisationsfrage erstatteten Gutachten beruhten auf einer stationären Untersuchung, während ein Gutachten bei einer Frau aufgrund einer ambulanten Untersuchung verfasst wurde.

Die übrigen 230 zivilen Gutachten befassten sich mit verschiedenen anderen Fragestellungen, die in Anlehnung an die früheren Dissertationen im Rahmen dieses Projektes in folgende Fragestellungen unterteilt wurden:

- Berufs- und Erwerbsfähigkeit,
- Rente,
- Ehetauglichkeit,
- Schuldfähigkeit und
- andere Fragestellungen.

206 der 230 Gutachten wurden auf der Grundlage von stationären Untersuchungen verfasst. Dabei handelte es sich um 159 Gutachten zur Frage der Erwerbsminderung, davon 31 Frauen und 128 Männer, 17 Rentengutachten, davon 4 Frauen und 13 Männer, 15 Gutachten zur Frage der Schuldfähigkeit, davon 5 Frauen und 10 Männer, 3 Gutachten zur Frage der Ehetauglichkeit, davon eine Frau und 2 Männer, sowie 12 Gutachten, die sich nicht in diese Kategorien einordnen ließen, davon 2 Frauen und 10 Männer.

Die übrigen 24 Gutachten beruhten auf ambulanten Untersuchungen. Dabei handelte es sich abgesehen von dem oben erwähnten Sterilisationsgutachten um 20 Erwerbsminderungsgutachten, davon 15 Männer und 5 Frauen, und 4 Gutachten, die sich in keine der oben aufgeführten Kategorien einordnen ließen, alle Männer.

Bei den 41 Lazarettgutachten handelte es sich um 37 aufgrund einer stationärer Untersuchung erstattete Gutachten, darunter 2 Rentengutachten, 19 Gutachten zur Frage der Schuld- bzw. Zurechnungsfähigkeit des Patienten und 16 Gutachten, die sich nicht einordnen ließen. Die übrigen 4 Gutachten wurden auf ambulanter Grundlage verfasst und konnten in keine der anderen Kategorien eingeordnet werden.

Zur Auswertung der allgemeinen Gutachten wurde wiederum in Anlehnung an die vorhergehenden Arbeiten ein speziellen Datenerhebungsbogen entwickelt (siehe Anhang 15), der in erweiterter Form auch für die Auswertung der Sterilisationsgutachten angewendet wurde. Dabei wurden die untersuchungsrelevanten Daten wenn möglich kodiert oder ansonsten wörtlich übernommen, wenn eine Verschlüsselung auf Grund der Fülle der Daten (z. B. beim Beruf, der Empfehlung des Gutachters oder ausführlichen Begründungen) nicht möglich war. Anschließend erfolgte eine statistische Auswertung der erhobenen Daten, wobei einige Punkte aufgrund ihrer geringen statistischen Aussagekraft nicht in die Berechnung mit einbezogen wurden. Die in den folgenden Kapiteln aufgeführten patientenbezogenen Zitate wurden den Unterlagen in den jeweiligen Krankenakten (siehe Signatur UAT 669/...) und dabei vorwiegend den untersuchten Gutachten sowie ggf. den Beschlüssen der Erbgesundheitsgerichte bzw. -obergerichte entnommen.

Im Folgenden erfolgt eine kurze Darstellung des verwendeten Fragebogens.

## 2.2 Personenspezifische und aufenthaltsbezogene Daten

---

Die personenspezifischen Daten wurden dem Deckblatt der Krankenakte sowie einem in den meisten Akten vorhandenen rosafarbenen Zettel mit Profildaten der jeweiligen Patienten entnommen. Sie enthalten Angaben zu

- Vor- und Nachnamen,
- Geschlecht,
- Geburtsdatum und dem berechneten Alter sowie dem Geburtsort,
- Wohnort,
- schulischer und beruflicher Ausbildung,
- Beruf,
- Familienstand,
- Konfession und
- Staatsangehörigkeit des Patienten.

Darüber hinaus finden sich auf dem Deckblatt Informationen über

- das Aufnahme- und Entlassdatum des jeweiligen Patienten, woraus sich seine Aufenthaltsdauer in der Universitäts-Nervenlinik Tübingen ermitteln lässt,
- die Anzahl und das Datum eventueller früherer und späterer Aufnahmen,
- den Entlassungsort, eingeteilt in Entlassungen nach Hause, Verlegung in eine andere Klinik oder Heilanstalt, oder an einen sonstigen Ort, z. B. ins Gefängnis oder zum jeweiligen Truppenteil, sowie
- die Kurzdiagnose.

### 2.3 Gutachtenbezogene Daten

---

Die gutachtenbezogenen Daten wurden direkt aus dem Gutachten erhoben. Sie umfassen

- Angaben über die Art des Gutachtens, eingeteilt in Erstgutachten, Folgegutachten I – VIII, Zweitgutachten (andere Fragestellung) und Folgegutachten von Zweitgutachten, Zusatzgutachten (Stellungnahmen) und Teilgutachten und die Anzahl der in der Akte enthaltenen Gutachten,
- Angaben über den Auftraggeber, eingeteilt in Berufsgenossenschaften, Versicherungen, Versorgungsämter, Erbgesundheitsgerichte/-obergerichte, Landgerichte, Amtsgerichte und sonstige Auftraggeber,
- Angaben über zur Verfügung gestellte Zusatzinformationen, wie z. B. Krankenakten und klinische Untersuchungen des Patienten, Aussagen von Angehörigen und Behörden, Vorgutachten und Teilgutachten anderer Kliniken,
- Angaben zur Fragestellung des Gutachten, wie oben angegeben eingeteilt in Sterilisationsgutachten, Gutachten zur Berufs- und Erwerbsfähigkeit, Rentengutachten, Ehetauglichkeitsgutachten, Schuldfähigkeitsgutachten und Gutachten zu anderen Fragestellungen,
- Angaben über das Datum des Gutachtens, die Namen des ersten und zweiten Gutachters, die Seitenanzahl und Form des Gutachtens, die Gutachtendiagnose, die Empfehlung des Gutachters und ggf. den Grund weiterer Gutachten sowie
- Angaben zur Prognose und Heilungschance der Erkrankung.

## 2.4 Besonderheiten bei Sterilisationsgutachten

---

Spezielle Daten zur Untersuchung der Sterilisationsgutachten wurden soweit vorhanden aus dem Antrag und der Anzeige zur Sterilisation sowie dem eigentlichen Gutachten entnommen. Sie umfassen Angaben über

- den Antragssteller, das Antragsdatum und die Antragsdiagnose,
- den Anzeige erstattende Person,
- über den Ort des Verfahrens,
- die Art des Verfahrens, eingeteilt in erstinstanzliche Verfahren, Berufungsverfahren und Wiederaufnahmeverfahren,
- die Notwendigkeit der Bestellung eines Pflegers (Verfahrenspflegschaft) und
- Informationen über familienanamnestische Auffälligkeiten im vorliegenden Fall sowie eventuell für das Erbgesundheitsverfahren relevante Vorerkrankungen des Patienten,
- die Begründung der Gutachter und Angaben zur Stellung des Patienten.

## 2.5 Gutachter

---

Im historischen Lesesaal wurden außerdem die Personalakten der Universitäts-Nervenlinik Tübingen, die im UAT unter den Signaturen 308/3194, 308/3198, 308/3209, 308/3233, 308/3236, 308/3255, 308/3277, 308/3285, 308/3296, 308/3318, 308/3336, 308/3339, 308/3368 gelagert werden, die Assistentenakten des akademischen Rektorates der Universität Tübingen der jeweiligen Ärzte mit den Signaturen 155/523, 155/937, 155/3232, 155/3630, 155/4641, 155/4689, 155/4878, 155/5518, 155/5519, 155/5912 sowie die Lehrkörperakten des akademischen Rektorates der Universität Tübingen mit den Signaturen 126/291, 126/680, 126a/90 eingesehen, um weitere Informationen über die an der Begutachtung beteiligten Ärztinnen und Ärzte zu gewinnen.

Zur gesetzlichen Regelung der personenbezogenen Daten siehe Kapitel 1.2.10.3 und Anhang 16.

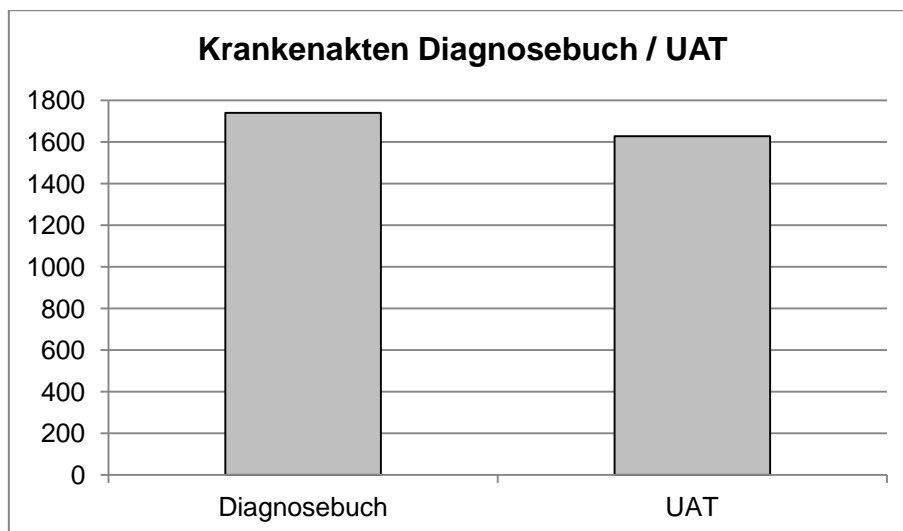


### 3 Statistische Auswertung

#### 3.1 Überblick

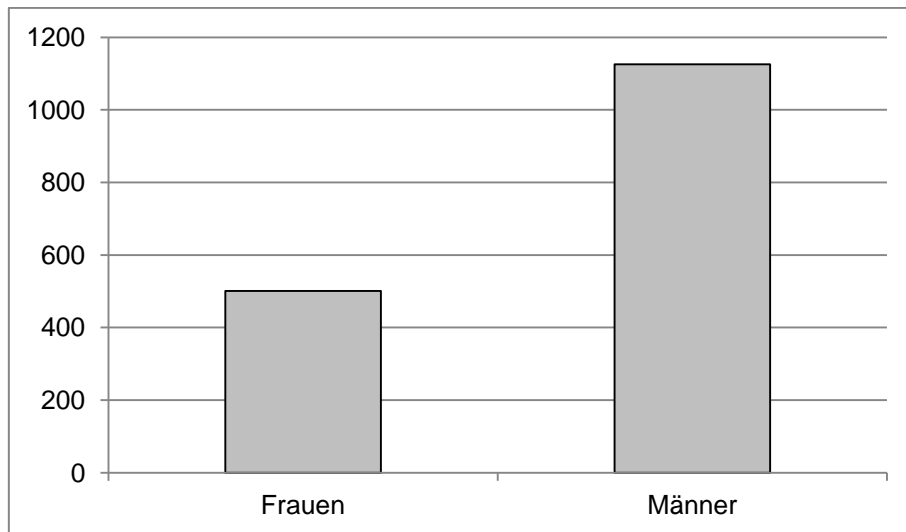
Anhand des Diagnosebuches konnte festgestellt werden, dass in den Jahren 1940 und 1941 insgesamt 1.740 Patienten stationär in der Universitäts-Nervenklinik Tübingen aufgenommen wurden und im Laufe des Jahres 1941 entlassen wurden. Von den zu erwartenden 1.740 Krankenakten konnten 1.627 Akten im Archiv der Universität Tübingen aufgespürt werden, 113 Akten waren unauffindbar. Dies entspricht einer Verlustrate von 6,49%.

Für einen direkten Vergleich der Gesamtzahl der Patienten mit der Gesamtzahl der noch vorhandenen Krankenakten im UAT siehe Abbildung 2.



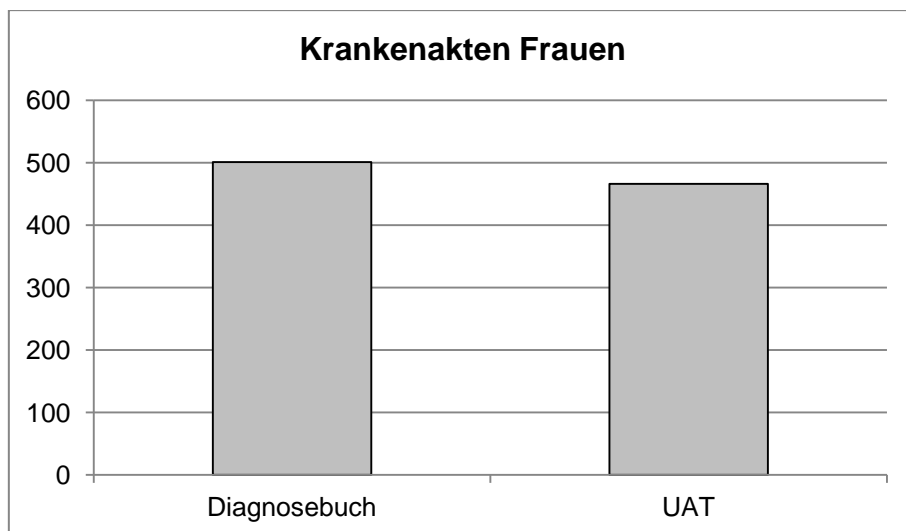
**Abb. 2:** Vergleich der Gesamtzahl der Patienten mit Entlassdatum 1941 laut Diagnosebuch mit der Gesamtzahl der im UAT noch vorhandenen Krankenakten

501 der 1.627 noch vorhandenen Akten behandelten weibliche Patienten. Das entspricht 30,79% aller Akten. Die übrigen 1.126 Akten (69,21%) betrafen männliche Patienten (siehe Abbildung 3). D. h. das Geschlechterverhältnis des 1941 an der Universitäts-Nervenklinik Tübingen stationär behandelten Patientenkollektivs betrug 1 : 2 (♀ : ♂).



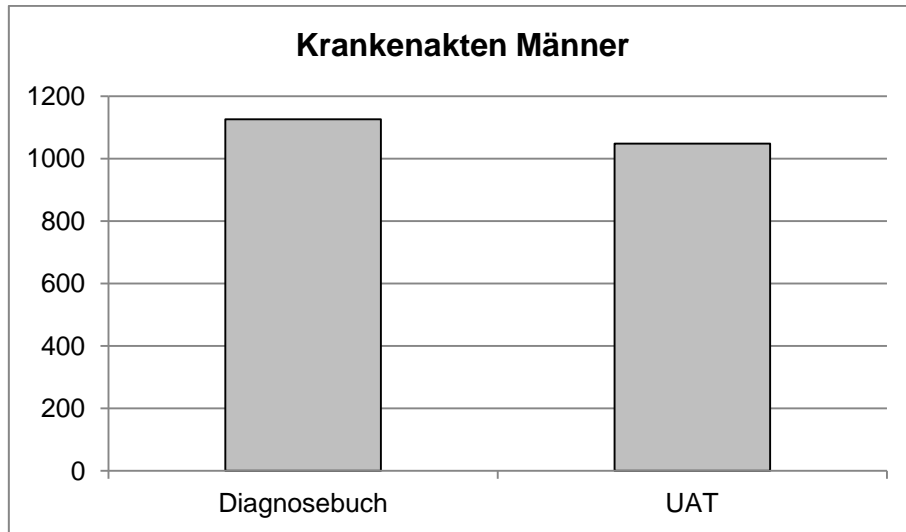
**Abb. 3:** Verteilung der vorhandenen Krankenakten nach Geschlechtern

Von insgesamt 501 weiblichen Patienten mit Entlassdatum 1941 fehlten 35 Akten. Das entspricht einer Verlustrate von 6,99%. Abbildung 4 zeigt den direkten Vergleich der Gesamtzahl der weiblichen Patienten mit der Gesamtzahl der noch vorhandenen Krankenakten.



**Abb. 4:** Vergleich der Gesamtzahl der weiblichen Patienten mit Entlassdatum 1941 laut Diagnosebuch mit der Gesamtzahl der im UAT noch vorhandenen Krankenakten

Von insgesamt 1126 männlichen Patienten mit Entlassdatum 1941 fehlten 78 Akten. Dies entspricht einer Verlustrate von 6,92% (siehe Abbildung 5).



**Abb. 5:** Vergleich der Gesamtzahl der männlichen Patienten mit Entlassdatum 1941 laut Diagnosebuch mit der Gesamtzahl der im UAT noch vorhandenen Krankenakten

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Verlustrate von Krankenakten bei Frauen weitgehend der Verlustrate bei Männern entspricht.

Von den 1.627 gesichteten Krankenakten, den Schatullen des Reservelazaretts und drei Leitzordnern mit Dokumenten ambulanter Untersuchungen aus dem Jahre 1941 wurden 317 Akten, die ein (oder mehrere) fachärztliches Gutachten enthielten, anhand des Datenerhebungsbogens ausgewertet.

Bei einem Patienten wurde sowohl eine stationäre als auch eine ambulante zivile Krankenakte gefunden. Dieser Patient ging lediglich ein Mal als Zivilperson in die statistische Auswertung der zivilen Gutachten mit ein.<sup>431</sup> Ein weiterer Patient wurde ein Mal stationär als Zivilperson zur Sterilisationsfrage und ein weiteres Mal ambulant zur Frage der Wehrdienstbeschädigung im Lazarett begutachtet, sodass neben einer zivilen stationären Akte auch eine ambulante Lazarettakte vorlag. Diese Person wurde sowohl als Zivilperson in der Auswertung der zivilen Gutachten als auch als ehemaliger Wehrmichtsangehöriger in der Analyse der Lazarettgutachten berücksichtigt.<sup>432</sup>

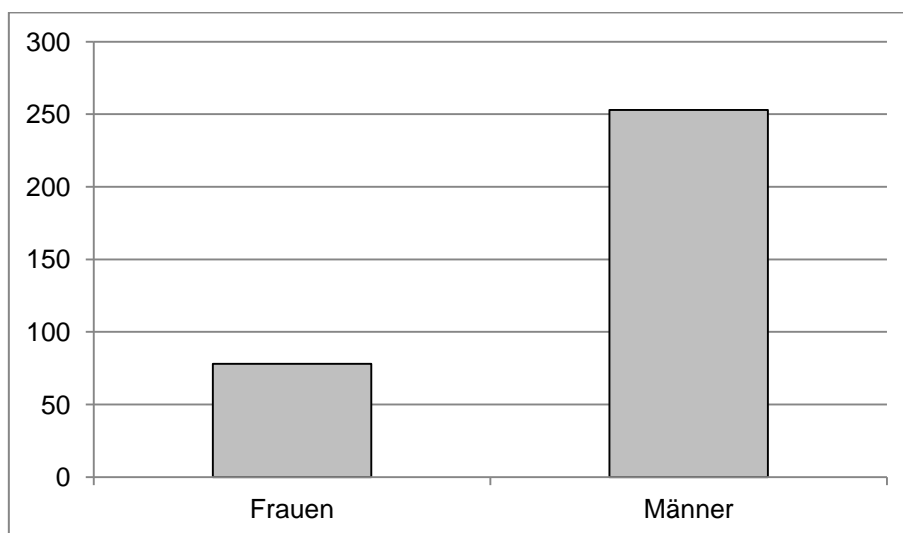
In den 317 berücksichtigten Akten wurden insgesamt 331 Gutachten gefunden. Davon entfielen 253 Gutachten (76,44%) auf Männer und 78 Gutachten (23,56%) auf Frauen (siehe Tabelle 1 und Abbildung 6).

<sup>431</sup> UAT 669/18846 und UAT 675/Jahrgang 1941

<sup>432</sup> UAT 669/20616 und UAT 333/Ti-Wein

**Tab. 1:** Verteilung der Gutachten nach Geschlecht

	Männer	Frauen	Gesamt
Anzahl Gutachten	253 76,44%	78 23,56%	331 100%

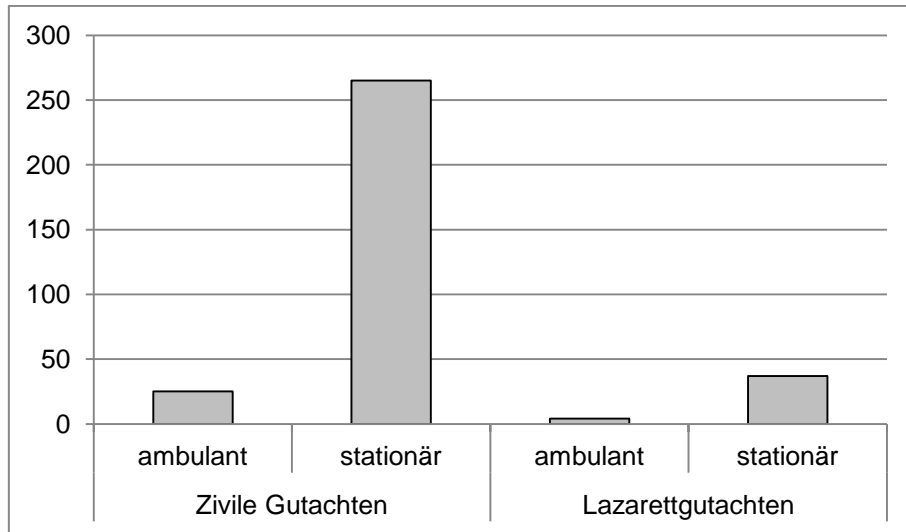


**Abb. 6:** Vergleich der Verteilung der Gutachten nach Geschlechtern

290 der insgesamt 331 im Jahre 1941 an der Universitäts-Nervenlinik Tübingen einschließlich dem angegliederten Reservelazarett verfassten Gutachten wurden bei Zivilpersonen verfasst. Das entspricht 87,61% aller Gutachten. 25 (8,62%) dieser Gutachten wurden auf der Grundlage einer ambulanten Untersuchung der Patienten erstellt und 265 (91,38%) aufgrund einer stationären Beobachtung und Untersuchung. 41 Gutachten wurden im Reservelazarett der Nervenlinik verfasst. Das entspricht 12,39%. Dabei handelt es sich um vier (9,76%) Ambulanzgutachten und 37 (90,24%) stationäre Gutachten (siehe Tabelle 2 und Abbildung 7).

**Tab. 2:** Überblick über die Anzahl ziviler und Lazarettgutachten

	Zivile Gutachten		Lazarettgutachten	
	Ambulant	Stationär	Ambulant	Stationär
Anzahl Gutachten	25 8,62%	265 91,38%	4 9,76%)	37 90,24%
$\Sigma$	290 100%		41 100%	



**Abb. 7:** Überblick über die Anzahl ambulanter und stationärer ziviler und Lazarettgutachten

Insgesamt 60 Gutachten der 290 zivilen Gutachten befassten sich mit der Sterilisationsfrage, die übrigen 230 Gutachten befassten sich mit anderen Fragestellungen (siehe Abbildung 8).



**Abb. 8:** Unterteilung der zivilen Gutachten in Sterilisationsgutachten und sonstige Gutachten

In den folgenden Kapiteln erfolgt zunächst die statistische Auswertung der Sterilisationsgutachten. Daran schließt sich die Analyse der zu sonstigen zivilen Fragestellungen erstatteten Gutachten und schließlich der Lazarettgutachten an, ehe in der Diskussion eine direkte Gegenüberstellung ausgewählter Kriterien der verschiedenen Gutachten erfolgt.

## 3.2 Sterilisationsgutachten

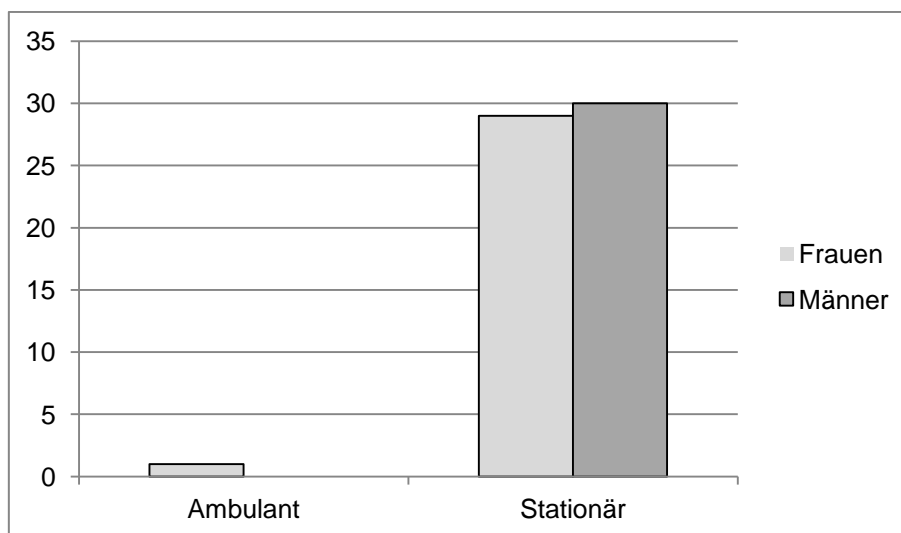
---

Bei allen im Jahre 1941 an der Universitäts-Nervenklinik Tübingen verfassten Sterilisationsgutachten handelte es sich um Gutachten, die auf Ersuchen der Erbgesundheitsgerichte bzw. -obergerichte erstattet wurden.

Wie einführend erwähnt wurde am 31. August 1939 eine Durchführungsverordnung für das GzVeN erlassen, die die Durchführung des Gesetzes auf Fälle mit „besonders großer Fortpflanzungsgefahr“ beschränkte, sodass insgesamt im Laufe des Jahres 1941 nur noch 60 Sterilisationsgutachten verfasst wurden.<sup>1</sup> 59 Gutachten wurden auf der Grundlage einer stationären Beobachtung und Untersuchung der Patienten erstellt, ein Gutachten bei einer Patientin aufgrund einer ambulanten Untersuchung. Damit entsprechen die Sterilisationsgutachten 18,13% der insgesamt 331 im Jahre 1941 erstellten Gutachten (20,69% der 290 zivilen Gutachten).

### 3.2.1 Geschlecht

---



**Abb. 9:** Geschlechterverteilung der Sterilisationsgutachten

Abbildung 9 zeigt die Geschlechterverteilung der Sterilisationsgutachten. Jeweils 30 Sterilisationsgutachten entfielen auf männliche und weibliche Patienten.

Bei den Frauen wurden 29 Gutachten auf der Grundlage einer stationären Beobachtung und Untersuchung verfasst, ein Gutachten aufgrund einer ambulanten Untersuchung. Der Anteil der Sterilisationsgutachten an allen bei Frauen erstellten Gutachten beträgt 38,46%, d. h. ungefähr jede 3. Frau wurde zur Sterilisationsfrage begutachtet.

Bei den Männern betrug der Anteil der Sterilisationsgutachten an allen 1941 erstellten Gutachten 11,86% (14,15% aller bei Männern erstellten zivilen Gutachten), d. h. nur ca. jeder 10. Mann wurde zur Sterilisationsfrage begutachtet.

Zusammenfassend lässt sich daraus schließen, dass Frauen prozentual gesehen wesentlich häufiger als Männer zur Sterilisationsfrage begutachtet wurden.

### 3.2.2 Altersverteilung

---

Wie der Begründung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses zu entnehmen ist, lag das Ziel seiner Einführung darin, die „[hemmungslöse]<sup>433</sup> Fortpflanzung „erblich [minderwertiger]<sup>434</sup> Menschen zu verhindern, um ein „Aussterben der hochwertigen Familien“<sup>435</sup> zu vermeiden und durch diese „allmähliche Reinigung des Volkskörpers und die Ausmerzungen von krankhaften Erbanlagen“<sup>436</sup> die Kosten für die Versorgung „[Geistesschwacher], Hilfsschüler, [Geisteskranker] und [Asozialer]“<sup>437</sup> zu senken, die durch die Steuerzahler finanziert wurden.

Damit das Gesetz die gewünschte Wirkung haben konnte, sollten sich die zur Sterilisationsfrage begutachteten Patienten also im fortpflanzungsfähigen Lebensalter befinden. So heißt es im Artikel 1 der Verordnung zur Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 5. Dezember 1933, dass kein „Antrag auf Unfruchtbarmachung [...] gestellt werden [soll], wenn der

---

<sup>433</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 60

<sup>434</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 60

<sup>435</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 60

<sup>436</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 60

<sup>437</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 60

Erbkrankte infolge hohen Alters oder aus anderen Gründen nicht fortpflanzungsfähig ist“<sup>438</sup>. Außerdem soll „[die] Unfruchtbarmachung [...] nicht vor Vollendung des zehnten Lebensjahres vorgenommen werden“<sup>439</sup>. Bauer (1936) bemerkt hierzu:

„Daß so wenig Anträge [betr. Kinder ...] gestellt wurden, obwohl hier doch das Übel der Wurzel zu fassen wäre, kommt daher, daß die meisten Kinder noch nicht im fortpflanzungsfähigen Alter, ja viele noch nicht einmal 10 Jahre alt sind, und die Sterilisation gesetzlich deshalb noch nicht zugelassen ist. Alle diese Fälle wurden für einen Antrag auf einen späteren Zeitpunkt zurückgestellt.“<sup>440</sup>

Grundsätzlich galt jedoch bei allen Erkrankungen des § 1 Abs. 2 des GzVeN für den Zeitpunkt der Durchführung der Sterilisation: „[Möglichst] früh, sobald die Krankheit als Zustand nach § 1 in irgendwelchem Grade ärztlich einwandfrei festgestellt ist!“<sup>441</sup>

Den Erläuterungen des GzVeN ist für die Beurteilung insbesondere der leichten und mittelschweren Formen des angeborenen Schwachsinn zu entnehmen, dass eine „freiwillige Antragstellung des gesetzlichen Vertreters“<sup>442</sup> der betroffenen Patienten bereits ab dem 10. Lebensjahr zulässig war und „[im] Falle der Weigerung des gesetzlichen Vertreters, den Antrag zu stellen, der Amtsarzt in der Regel [verpflichtet war,] von seinem Recht zur Antragstellung im Laufe des 13. oder 14. Lebensjahres Gebrauch zu machen [...], da nach der Schulentlassung eine erhöhte Gefahr für die Möglichkeit einer Schwängerung oder Zeugung erbkranken Nachwuchses [bestünde]. Die Ausführung der Unfruchtbarmachung unter Anwendung unmittelbaren Zwanges [sei] dann allerdings erst nach Vollendung des 14. Lebensjahres zulässig“<sup>443</sup>.

---

<sup>438</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 63

<sup>439</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 63

<sup>440</sup> (BECHDOLF, 1988) S. 295

<sup>441</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 98

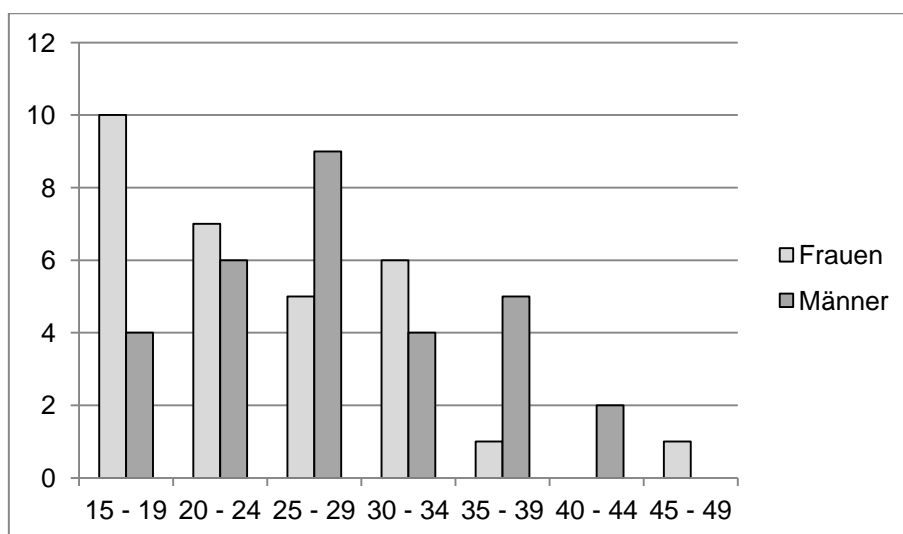
<sup>442</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 94

<sup>443</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 94f; siehe auch Artikel 6 der *Verordnung zur Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses* vom 5. Dezember 1933



Das angegebene Alter entspricht dem Alter der Patienten zum Zeitpunkt der Begutachtung und wurde aus dem Geburtsdatum und dem Datum des Gutachtens berechnet.

Welche Bedeutung das Alter der Patienten bei der Beurteilung des Einzelfalles innehatte zeigt sich auch daran, dass als eine der häufigsten Begründungen für die Empfehlung der Sterilisation eines Patienten das Argument angeführt wurde, dass sich der Patient im fortpflanzungsfähigen Alter befinde.



**Abb. 10:** Altersverteilung der im Rahmen der Anwendung des GzVeN 1941 begutachteten Patienten in 5-Jahres-Schritten

Anhand von Abbildung 10 wird deutlich, dass sich die meisten begutachteten Patienten (57 von 60 = 95,0%) im fortpflanzungsfähigen Alter von 15 bis 39 Jahren befanden. Aber auch Patienten im Alter bis 45 Jahre wurden begutachtet, da diese ebenfalls unter Umständen noch dem fortpflanzungsfähigen Alter zugerechnet werden können. Da bei Männern die Fortpflanzungsfähigkeit bis ins höhere Lebensalter erhalten bleiben kann, hätten theoretisch auch Männer jenseits des 45. Lebensjahres zur Sterilisationsfrage begutachtet werden können.

Der Altersdurchschnitt aller im Rahmen des GzVeN im Jahre 1941 begutachteten Patienten lag bei 26,4 Jahren. Der Median lag bei 26,5 Jahren, d. h. 50% der Patienten waren bis zu 26,5 Jahre alt. Die geringe Abweichung des

arithmetischen Mittelwertes vom Median<sup>444</sup> liegt an der relativ homogenen Altersverteilung der Patienten.

Der Altersdurchschnitt aller im Rahmen des GzVeN im Jahre 1941 begutachteten Frauen lag bei 24,83 Jahren. Der Median lag bei 21,5 Jahren. Die relativ große Abweichung des arithmetischen Mittelwertes vom Median beruht auf der inhomogenen Altersverteilung der begutachteten Frauen mit einem hohen Anteil junger Patientinnen, einem geringen Anteil Patientinnen mittleren Alters und wenigen älteren Patientinnen.

Bei der jüngsten Patientin, die hinsichtlich der Anwendung des GzVeN begutachtet wurde, handelte es sich um die 16-jährige Haustochter R. S., die wegen genuiner Epilepsie begutachtet wurde<sup>445</sup>.

Bei der ältesten zur Sterilisationsfrage begutachteten Patientin handelte es sich um eine 45-jährige Haustochter, die wegen Schizophrenie begutachtet wurde<sup>446</sup>. Aufgrund der diagnostizierten „endogenen Psychose (depressives Zustandsbild mit schizophrenen Zügen)“ und der Begründung, dass sich die Patientin noch im fortpflanzungsfähigen Alter befinde, wurde ihre Sterilisation empfohlen.

Der Altersdurchschnitt aller im Rahmen des GzVeN im Jahre 1941 begutachteten Männer lag bei 27,97 Jahren. Der Median lag bei 27,5 Jahren. Die geringe Abweichung des arithmetischen Mittelwertes vom Median ergibt sich

---

<sup>444</sup> Siehe (WEIß, 2005) S. 56f: „Der **empirische Median** (oder **Zentralwert**) teilt die [der Größe nach sortierten] Stichprobenwerte in zwei Hälften: Die eine Hälfte der Daten ist höchstens so groß wie der Median, die andere Hälfte ist mindestens so groß.“ Die Angabe des Medians wurde an verschiedenen Stellen dieser Dissertation gewählt, da er robust gegenüber Ausreißern ist und sich damit als Maß für die Verteilung von ungleich verteilten Daten besser eignet als das arithmetische Mittel, der „von Ausreißern stark beeinflusst wird und daher bei schiefen Verteilungen ein verzerrtes Bild der Verteilung wiedergibt“.

<sup>445</sup> UAT 669/9800; zur Gutachterempfehlung siehe 3.2.20

<sup>446</sup> UAT 669/9477

---

aus der annähernden Normalverteilung<sup>447</sup> der Altersverteilung der zur Sterilisationsfrage begutachteten Patienten (siehe Abbildung 11).

Der jüngste Patient, der zur Sterilisationsfrage begutachtet wurde, war ein 18-jähriger Schuhmacher, der wegen Epilepsie begutachtet wurde<sup>448</sup>. Der Gutachter lehnte seine Unfruchtbarmachung mit der Begründung, dass „es in hohem Grad wahrscheinlich [sei], dass die bei [dem Patienten] auftretenden Absenzen durch [eine] organische Hirnschädigung verursacht [seien]“ ab.

Bei dem ältesten zur Sterilisationsfrage begutachteten Mann handelte es sich um den 44-jährigen Landwirt K. R., der wegen Schizophrenie begutachtet wurde. Aufgrund geringer Fortpflanzungsgefahr wurde das gegen ihn laufende Verfahren eingestellt.<sup>449</sup>

### 3.2.3 Konfession

---

Die nachfolgenden Tabellen (mit Ausnahme der Tabellen der statistischen Auswertung der Lazarettgutachten) zeigen jeweils nach Geschlechtern getrennt die Anzahl der Patienten, die einem bestimmten Kriterium zugeordnet werden konnten. Darunter findet sich die Angabe in Prozent, bei den Frauen bezogen auf die Gesamtzahl der Frauen bzw. der Gutachten bei Frauen, bei den Männern und der Summe entsprechend. Bei den Lazarettgutachten beziehen sich die Prozentzahlen auf die Gesamtzahl der Patienten bzw. Gutachten.

Tabelle 3 macht deutlich, dass 59 von 60 zur Sterilisationsfrage begutachteten Patienten dem christlichen Glauben angehörten. Das entspricht 98,33% aller Patienten. 29 von 30 Frauen (96,67%) und 100% der Männer waren Christen. 22 von 30 Frauen (73,33%) und 17 von 30 Männern (56,57%), also insgesamt 39 von 60 Personen (65,0%), waren evangelisch. Sieben Frauen (23,33%) und zwölf Männer (40,0%), also insgesamt 19 Personen (31,67%),

---

<sup>447</sup> Siehe (WEIß, 2005) S. 148: Die Normalverteilung, die durch die sog. Gauß'sche Glockenkurve dargestellt wird, ist dadurch charakterisiert, dass der Erwartungswert (hier: arithmetisches Mittel) und der Median übereinstimmen.

<sup>448</sup> UAT 669/3476

<sup>449</sup> UAT 669/19082

waren katholisch. Ein Mann war neuapostolisch. Lediglich bei einer ambulant untersuchten Patientin konnte in den Unterlagen keine Angabe zur Religionszugehörigkeit gefunden werden.

**Tab. 3:** Nach Geschlechtern getrennte Verteilung der Konfessionen

Konfession	Anzahl Patienten		Σ
	Frauen	Männer	
Evangelisch	22 73,33%	17 56,67%	39 65,0%
Katholisch	7 23,33%	12 40,0%	19 31,67%
Neuapostolisch	0	1 3,33%	1 1,67%
Keine Angabe	1 3,33%	0	1 1,67%
Σ	30 100%	30 100%	60 100%

Während die evangelische Kirche das Sterilisationsgesetz weitgehend begrüßte, galt die katholische Kirche als strikter Gegner mit der Begründung, „[es] sei Gottes Wille, daß der Mensch die ihm von Gott anvertraute Möglichkeit des Lebens nicht zerstöre“<sup>450</sup>. Diese beiden gegensätzlichen Einstellungen bzw. die Konfessionszugehörigkeit der Patienten hatten jedoch keinen Einfluss auf die Empfehlung des Gutachters.

Es wurden bei der Auswertung der Sterilisationsgutachten keine Patienten jüdischen Glaubens gefunden. Dafür gibt es verschiedene Gründe:

1) Ungeheuerlich erscheint das 1940 erlassene Verbot der Sterilisation von Juden angesichts des bevorstehenden Holocausts.

2) Nach der Machtergreifung der Nationalsozialisten am 30. Januar 1933 wurden zahlreiche Erlasse, Verordnungen und Gesetze erlassen, die die Juden zunehmend in ihren Rechten einschränkten. Das zu den Nürnberger Gesetzen zählende *Gesetz zum Schutze des deutschen Blutes und der deutschen Ehre (Blutschutzgesetz)*<sup>451</sup> vom 15. September 1935 verbot im § 1 Eheschließungen und im § 2 außerehelichen Verkehr zwischen Juden und Staatsangehörigen deutschen oder artverwandten Blutes unter Androhung von Gefängnis oder

<sup>450</sup> (NOWAK, 1978) S. 111

<sup>451</sup> (BEYER, 1936) S. 30ff

---

Zuchthaus. Dennoch wurden im Jahre 1939 in Tübingen zwei Fälle von *Blutschande* gemeldet.<sup>452</sup> Ab dem 19. September 1941 wurden die Juden zur sichtbaren Kennzeichnung mit dem Judenstern gezwungen, mit der Folge, dass ihre sozialen Kontakte weitestgehend eingeschränkt wurden. Im Juli 1941 begannen die Nationalsozialisten mit der Deportation von Juden und beschlossen am 20. Januar 1942 auf der Wannsee-Konferenz die „Endlösung der Judenfrage“ durch Deportation und Ermordung der Juden in den Vernichtungslagern im Osten beschlossen.

3) Ein Blick auf die Geschichte der Juden in Tübingen, die im folgenden Exkurs kurz wiedergegeben werden soll, bestätigt außerdem den Verdacht, dass Tübingen im Jahre 1941 bereits weitgehend judenfrei war.

#### 3.2.4 Exkurs: Die Geschichte der Juden in Tübingen

---

Die erste schriftliche Erwähnung von Juden in Tübingen stammt aus dem Jahre 1335 n. Chr. Diese Juden wurden vermutlich während der großen Pestepidemie in den Jahren 1348 und 1349 verfolgt und vertrieben. 1456 wurden sie erneut vertrieben und nach ihrer Wiederansiedlung 1471 mit der Gründung der Universität im Jahre 1477 der Stadt verwiesen.

Erst rund 300 Jahre später, um das Jahr 1775, ließen sich erneut Juden in Wankheim südöstlich von Tübingen nieder und errichteten dort 1835 die erste Synagoge. Allmählich erfolgte die Wiederansiedlung der Juden in Tübingen bei abnehmender Anzahl jüdischer Einwohner in Wankheim, sodass 1882 die jüdische Gemeinde von Wankheim nach Tübingen verlegt und die Tübinger Synagoge errichtet wurde.

Nach dem verlorenen Ersten Weltkrieg kam es zunächst zu „judenfeindlichen Hetzereien und Misshandlungen“<sup>453</sup> in Tübingen. Nach der Machtergreifung der Nationalsozialisten am 30. Januar 1933 „beraubten gesetzliche Diskriminierung, soziale Ächtung und wirtschaftlicher Boykott schrittweise die Ju-

---

<sup>452</sup> (SCHÖNHAGEN, 1991) S. 337

<sup>453</sup> (SCHÖNHAGEN & SETZLER, 1999) S. 4

den ihrer bürgerlichen Existenz und zwangen sie in die Emigration<sup>454</sup>. Während 1932 noch 127 Juden in Tübingen lebten, waren es 1937 nur noch 25 Personen, die nach den Novemberpogromen in ganz Deutschland (syn. Reichspogromnacht, Reichskristallnacht) am 9./10. November 1938 verstärkt emigrierten. Im Rahmen der Pogrome wurden 191 Synagogen zerstört, darunter auch die Tübinger Synagoge, Friedhöfe geschändet, jüdische Gebäude zerstört und ca. 26.000 Juden in Konzentrationslagern inhaftiert, darunter auch fünf Tübinger Juden, die in die Konzentrationslager Dachau bei München und Welzheim bei Stuttgart verschleppt wurden und von denen zwei an den Folgen der Misshandlungen starben. Nach dem 20. Mai 1941 wurden Ausreisen nur noch in Sonderfällen gestattet, ab dem 23. Oktober 1941 war eine legale Emigration nicht mehr möglich. Insgesamt wurden 22 Tübinger Juden und Jüdinnen, davon laut Zapf (1974) 5 direkt aus Tübingen, 7 aus Haigerloch und 10 aus anderen Orten, in den Jahren 1941 und 1942 in die Konzentrationslager Kaiserwald in der lettischen Stadt Riga, Auschwitz im deutsch besetzten Polen und Theresienstadt im Protektorat Böhmen (im heutigen Tschechien) deportiert. Nur zwei von ihnen überlebten den Holocaust. Im Jahr 1943 war Tübingen offiziell „judenfrei“<sup>455</sup>.

Mit Beginn der Aufarbeitung der lokalen Geschichte Mitte der 70er Jahre und der offiziellen Einladung von überlebenden und emigrierten Juden und Jüdinnen nach Tübingen 1981 kam es zur allmählichen Wiederansiedlung von Juden in Tübingen.

### 3.2.5 Familienstand

---

Aus Tabelle 4 wird ersichtlich, dass insgesamt 54 der 60 zu Sterilisationsfrage begutachteten Patienten ledig waren. Das entspricht 90% aller Patienten.

Nur jeweils drei Frauen bzw. Männer waren zum Zeitpunkt der Begutachtung bereits verheiratet (jeweils 10%).

Keine der zur Sterilisationsfrage begutachteten Patienten war geschieden oder verwitwet.

---

<sup>454</sup> (SCHÖNHAGEN & SETZLER, 1999) S. 4

<sup>455</sup> (Geschichtswerkstatt Tübingen, 1995) S. 99

Die Familienverhältnisse der begutachteten Patienten entsprachen damit, wenn man von der Möglichkeit unehelicher Nachkommen absieht, weitgehend den Forderungen des Gesetzes, einer Fortpflanzung der vermeintlich erbkranken Patienten durch die Sterilisation zuvorzukommen.

**Tab. 4:** Familienstände der zur Sterilisationsfrage begutachteten Patienten

Familienstand	Anzahl Patienten		Σ
	Frauen	Männer	
Ledig	27 90,0%	27 90,0%	54 90,0%
Verheiratet	3 10,0%	3 10,0%	6 10,0%
Geschieden	0	0	0
Verwitwet	0	0	0
Σ	30 100%	30 100%	60 100%

### 3.2.6 Schwangerschaften, Mutter- / Vaterschaften

Anhand der Informationen in den Akten ermittelt werden, dass drei ledige Frauen zum Zeitpunkt der Begutachtung zur Sterilisationsfrage schwanger waren:

1) Patientin R. B., 18 Jahre, Hausgehilfin<sup>456</sup>:

Die Patientin war zum Zeitpunkt ihrer Begutachtung wegen angeborenen Schwachsinn im 4. Monat schwanger. Der Gutachter kam zu dem Ergebnis, dass es sich bei der Patientin

„eindeutig [...] um eine Debilität [handele]. Die gleichgültige Art, mit der sie über ihre geschlechtlichen Erlebnisse [spreche] und die Sorglosigkeit, mit der sie ihre Schwangerschaft, das Verhalten des Mannes und die Zukunft des Kindes [hinnehme], [berechtigten] zu der Annahme, dass sie leicht verführbar und unfähig [sei], ein Kind zu erziehen und ihm moralischen Halt zu geben. Dass die Gefahr weiterer Schwangerschaft [bestehe], [gehe] sowohl aus ihrem Vorleben, wie auch ihrer Beeinflussbarkeit hervor.“

<sup>456</sup> UAT 669/9483

Der Gutachter empfahl in diesem Fall bei positiver Familienanamnese und fehlenden Hinweisen auf eine organische Hirnschädigung die Sterilisation der Patientin.

2) Patientin P. K., 19 Jahre, Zeitungsausträgerin<sup>457</sup>:

Zum Zeitpunkt ihrer Begutachtung wegen angeborenen Schwachsinn war die Patientin im 7. – 8. Monat schwanger. Der Gutachter beurteilte sie

„als angeboren schwachsinzig im Sinne des Erbgesundheitsgesetzes. Man [könne] allerdings erwägen, dass [die Patientin] durch die zu erwartende Geburt ihres Kindes und mit zunehmendem Alter noch eine gewisse charakterliche Festigung erfährt, wodurch die intellektuellen Mängel kompensiert werden könnten. [...] Wenn ihr [...] noch eine Chance gegeben werden sollte, so wäre dies [nach Meinung des Gutachters] nur unter der Bedingung tragbar, daß sie bis zu ihrer Volljährigkeit wieder in eine Fürsorgeanstalt entsprechend dem Vorschlag [...] des Vormundschaftsgerichtes untergebracht wird“.

3) Patientin P. H., 28 Jahre, ohne Beruf<sup>458</sup>:

Die Patientin war zum Zeitpunkt ihrer Begutachtung wegen Schwachsinn im 7. – 8. Monat schwanger. Sie war bereits 1939 während einer früheren Schwangerschaft von der Frauenklinik zur Begutachtung zur Sterilisationsfrage in die Nervenklinik verlegt und angezeigt worden, im September 1939 wurde das Erbgesundheitsverfahren jedoch gemäß § 2 der Verordnung vom 31. August 1939 eingestellt. 1941 lehnte der Gutachter ihre Unfruchtbarmachung aufgrund der Annahme einer exogenen Ursache des Schwachsinn ab.

Wie oben erwähnt, erlaubte die erste Änderung des GzVeN vom 26. Juni 1935 die Unterbrechung einer bestehenden Schwangerschaft bis zum sechsten Schwangerschaftsmonat im Rahmen der Sterilisationsoperation (mit Einwilligung der Patientin). Es fanden sich jedoch in den Krankenakten des Jahres 1941 keine weiteren Informationen zu den Erbgesundheitsverfahren der drei werdenden Mütter und insbesondere keine Hinweise auf die Durchführung einer

---

<sup>457</sup> UAT 675/Jahrgang 1941

<sup>458</sup> UAT 669/9643



Schwangerschaftsunterbrechung, die bei der erstgenannten Schwangeren im Rahmen des Gesetzes noch möglich gewesen wäre.

Darüber hinaus konnten drei Frauen und zwei Männer ermittelt werden, die bereits Kinder hatten.

### 3.2.7 Wohnort

Die Entfernung der Wohnorte der Patienten von der Universitäts-Nervenklinik Tübingen wurde mit Hilfe des Internet-Services Google Maps abgeschätzt (Internetquelle [3]; siehe außerdem Kapitel 3.4.5 und 3.5.4).

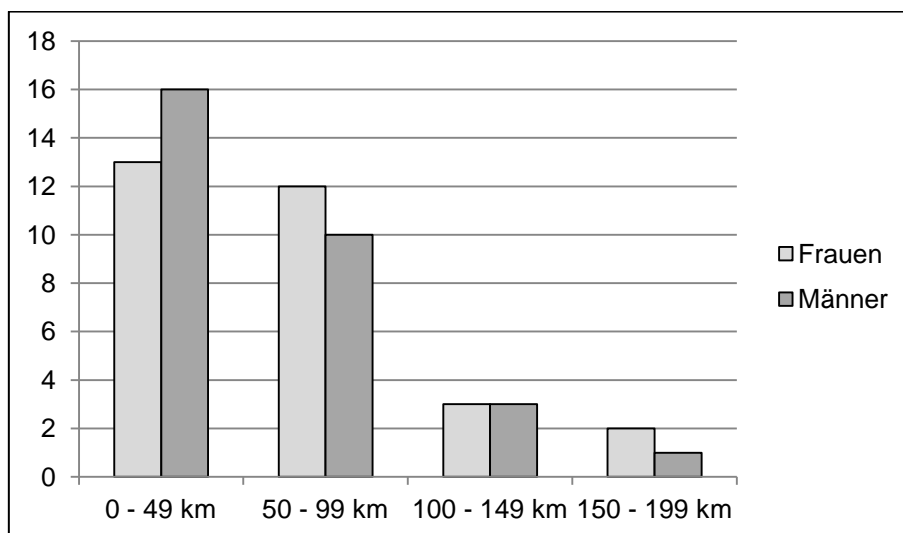
**Tab. 5:** Entfernung der Wohnorte der zur Sterilisationsfrage begutachteten Patientin nach Tübingen

Entfernung	Anzahl Patienten		Σ
	Frauen	Männer	
0 – 49 km	13 43,33%	16 53,33%	29 48,33%
50 – 99 km	12 40,0%	10 33,33%	22 36,67%
100 – 149 km	3 10,0%	3 10,0%	6 10,0%
150 – 199 km	2 6,67%	1 3,33%	3 5,0%
> 200 km	0	0	0
Σ	30 100%	30 100%	60 100%

Tabelle 5 zeigt, dass 48,33% (29 von 60) aller zur Sterilisationsfrage begutachteten Patienten (13 Frauen = 43,33% Frauen und 16 Männer = 53,33%) aus dem näheren Umkreis bis 49 km der Universitätsstadt Tübingen stammten. 36,67% (22 von 60 Personen) stammten aus dem weiteren Umkreis bis 99 km (12 Frauen = 40,0% und 10 Männer = 33,33%) und nur 15,0% der Personen (9 von 60) stammten aus Wohnorten mit einer Entfernung von 100 – 199 km von der Universitätsstadt Tübingen (5 Frauen = 16,67% und 4 Männer = 13,33%).

In Anhang 9 findet sich zur geografischen Orientierung eine historische Landkarte Württembergs.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Haupteinzugsgebiet der Universitäts-Nervenklinik Tübingen, aus dem 85% aller zu begutachtenden Patienten stammten, im Umkreis von bis zu 99 km um Tübingen lag (vgl. Abbildung 11).<sup>459</sup>



**Abb. 11:** Entfernung der Wohnorte der zur Sterilisationsfrage begutachteten Patienten nach Tübingen

### 3.2.8 Staatsangehörigkeit

**Tab. 6:** Staatsangehörigkeiten der zur Anwendung des GzVeN begutachteten Patienten

Staatsangehörigkeit	Anzahl Patienten		Σ
	Frauen	Männer	
Deutsch	29	29	58
Andere	0	0	0
Keine Angabe	1	1	2
Σ	30	30	60

<sup>459</sup> Der Vollständigkeit wegen sei erwähnt, dass die durchschnittliche Entfernung der Wohnorte der zur Sterilisationsfrage begutachteten Patientinnen und Patienten 60,76 km nach Tübingen betrug.

Tabelle 6 zeigt, dass jeweils 29 Frauen und Männer deutsche Staatsangehörige waren. Lediglich bei einer Frau und einem Mann fanden sich keine Angaben zur Staatsangehörigkeit der Patienten. Es fanden sich keine Hinweise auf eine Begutachtung von Sinti und Roma zur Sterilisationsfrage.

### 3.2.9 Beruf / Soziale Schichtzugehörigkeit

---

Die Zuordnung der Patienten zu den verschiedenen sozialen Schichten erfolgte in Anlehnung an die vorangegangenen Dissertationen anhand des von Gerhard Kleining und Harriet Moore vom National Opinion Research Center (NORC) an der University of Chicago zwischen 1957 und 1962 entwickelten Konzeptes zur sozialen Selbsteinstufung (SSE), das folgende Kategorien unterscheidet.<sup>460</sup>

Oberschicht:

Inhaber großer Unternehmen, Großgrundbesitzer, Adel, Prestige-Berufe in Politik, Wirtschaft, Rechtswesen, Universitätsdirektoren.

Obere Mittelschicht:

Führungspositionen in der Industrie, leitende Angestellte großer und mittlerer Unternehmen, technische und kaufmännische Direktoren, Abteilungsleiter, höhere Beamte, Schuldirektoren, Personalchefs, freie Berufe mit Universitätsausbildung wie selbstständige Rechtsanwälte, Universitätsprofessoren, Fachärzte, Richter.

Mittlere Mittelschicht:

Mittlere Angestellte, Inhaber mittelgroßer Geschäfte, mittlere Verwaltungsbeamte, freie Berufe wie Apotheker, Dentisten.

Untere Mittelschicht:

Masse der Angestellten und unteren Beamten, Handwerksmeister mit kleineren eigenen Betrieben, die oberste Gruppe der Arbeiter wie Werk-/Maschinenmeister, Werkstattleiter, Facharbeiter mit besonderer Ausbildung.

Obere Unterschicht:

Untere Angestellte, Handwerksgesellen, Inhaber von kleinsten Geschäften, Masse der Industriearbeiter.

---

<sup>460</sup> (KIEßLING, 2005) S. 122

Untere Unterschicht:

Berufe mit harter körperlicher Arbeit im Freien wie Bauarbeiter, Straßenarbeiter, Hafenarbeiter, Holzfäller, einfache landwirtschaftliche Arbeiter.

„Sozial Verachtete“:

Hilfs- und Gelegenheitsarbeit wie Handlanger, Saisonarbeiter, Tagelöhner, Viehhüter; ungelernete Arbeiter wie Gepäckträger, Parkwächter.

**Tab. 7:** Soziale Schichtzugehörigkeit der erwerbstätigen zur Sterilisationsfrage begutachteten Patienten

Soziale Schicht	Anzahl Patienten		Σ
	Frauen	Männer	
Oberschicht	0	0	0
Obere Mittelschicht	0	0	0
Mittlere Mittelschicht	0	3 10,0%	3 5,0%
Untere Mittelschicht	0	0	0
Obere Unterschicht	5 16,67%	7 23,33%	12 20,0%
Untere Unterschicht	8 26,67%	10 33,33%	18 30,0%
„Sozial Verachtete“	4 13,33%	10 33,33%	14 23,33%
Sonstige	13 43,33%	0	13 21,67%
Σ	30 100%	30 100%	60 100%

Tabelle 7 gibt einen Überblick über die soziale Schichtzugehörigkeit der zur Sterilisationsfrage begutachteten Patienten.

Eine soziale Schichtzuordnung der Frauen auf der Basis der von ihnen ausgeübten Berufe war in vielen Fällen schwierig, da aufgrund der Bezeichnung der Frauen als Haustöchter und Hausfrauen i. d. R. keine Rückschlüsse auf die Leistungsfähigkeiten der Frauen gezogen werden konnten. Insgesamt neun Frauen wurden als Haustöchter bezeichnet. Bei ihnen handelt es sich nach Kaasch (2006) um ledige Frauen, die im Haushalt ihrer Eltern die anfallende Hausarbeit verrichten. Drei verheiratete Frauen wurden als Hausfrauen bezeichnet, die ihren eigenen Haushalt versorgten und keiner Erwerbstätigkeit nachgingen. Da diesen Tätigkeiten nach Kleining und Moore keine soziale

Schicht zugeordnet wird, wurden diese Patientinnen in der Tabelle in der Zusatzkategorie „Sonstige“ aufgeführt. Wollte man Hausfrauen und -töchter dennoch einer der o. g. sozialen Schichten zuordnen, müsste man wohl wie bei den Hausgehilfinnen und Dienstmädchen die Schicht der „sozial Verachteten“ wählen. Diese Zuordnung erscheint aber zumindest für die Hausfrauen nicht ganz adäquat, da diese trotz mangelnder Berufsausbildung im Haushalt und in der Kindererziehung einen sinnvollen Beitrag zur sozialen Gemeinschaft beitragen. Der Kategorie „Sonstige“ wurde außerdem ein Zögling zugeordnet. Damit waren 13 von 30 begutachteten Frauen (43,33%) nicht berufstätig. 17 Frauen (56,67%) waren berufstätig.<sup>461</sup>

Vier Frauen waren Fabrikarbeiterinnen, Näherinnen und Schneiderinnen und bei einer Frau handelte es sich um eine Reisevertreterin. Diese Patientinnen wurden der oberen Unterschicht zugeordnet.

Acht Frauen wurden als Hausgehilfinnen oder Dienstmädchen bezeichnet, deren Aufgabe die Erledigung der verschiedenen anfallenden Hausarbeiten in fremden Haushalten darstellte. Auch hierbei können keine Rückschlüsse auf die Arbeitskraft und Fähigkeiten der Frauen gezogen werden, es ist aber davon auszugehen, dass diese Frauen für ihre Arbeit bezahlt wurden. Da keine Berufsausbildung für die Erledigung von Hausarbeiten notwendig ist, wurden diese Patientinnen sowie eine Zeitungsausträgerin, eine Hilfsarbeiterin und zwei Patientinnen ohne Beruf der Schicht der „sozial Verachteten“ zugeordnet.

Bei den Männern fanden sich ein Lehrer, ein Kaufmann und ein Geschäftsführer ohne genauere Bezeichnung des Geschäftes, die der mittleren Mittelschicht zugeordnet wurden. Es fanden sich ein Fabrikarbeiter, ein Feinmechaniker, ein Mechaniker, ein Schmied, zwei Schreiner, und ein Schuhmacher, die der oberen Unterschicht zugeordnet wurden, sowie zehn Landwirte, die der unteren Unterschicht zugeordnet wurden.

---

<sup>461</sup> In Anbetracht der eher repressiven Rolle der Frau im Nationalsozialismus, die „Neigungen verstandesmäßiger Art in Einklang [...] mit der Berufung des Mädchens zur Frau und Mutter, und zur Pflege, Erziehung und Wahrung erbgesunden Lebens“ (siehe (NEUGEBAUER, 1994) S. 76) bringen sollte, stellt das eine erstaunlich hohe Zahl an berufstätigen Frauen dar (vgl. Neugebauer S. 75f).

Außerdem gab es sieben Hilfsarbeiter, einen landwirtschaftlichen Gehilfen, einen Schuhputzer und einen Patienten ohne Beruf, die der Schicht der „sozial Verachteten“ zugeordnet wurden.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die meisten zur Sterilisationsfrage begutachteten Patienten (57 von 60 = 95,0%) zur sozialen Unterschicht bzw. zur Schicht der „sozial Verachteten“ gezählt werden müssen. Es wurden keine Frauen aus höheren sozialen Schichten, also der Mittel- und Oberschicht, begutachtet. Drei der begutachteten Männer gehörten der mittleren Mittelschicht an. Das entspricht 10,0% aller zur Sterilisationsfrage begutachteten Männer bzw. 5,0% aller zur Sterilisationsfrage begutachteten Personen. Im Jahre 1941 wurden keine Angehörigen höherer sozialer Schichten als der mittleren Mittelschicht zur Sterilisationsfrage begutachtet.

Diese Ergebnisse entsprechen den Aussagen Rothmalers in Bleker und Jachertz (1989), denen zufolge

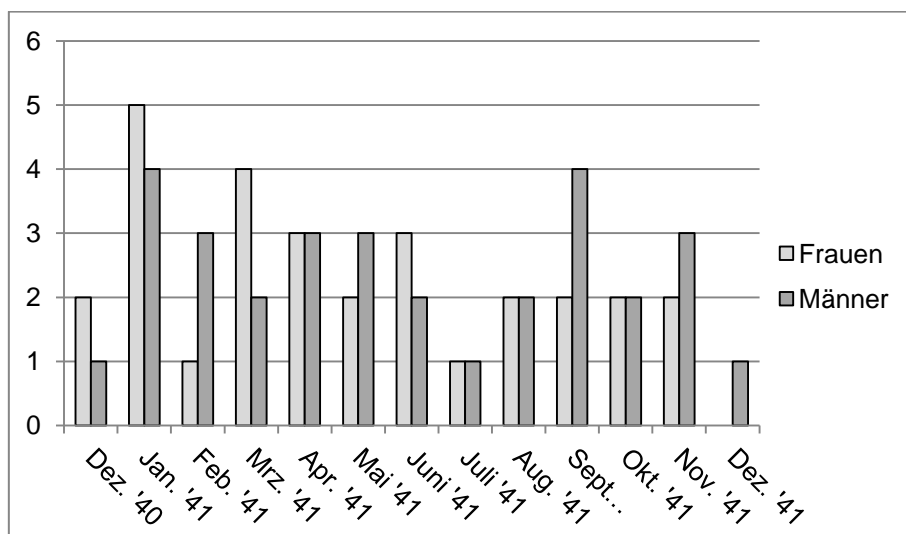
„die Hauptbetroffenen der Sterilisationen [...] Angehörige der sozialen Unterschichten [waren], die Auffälligen und nicht Funktionierenden, die als ungelernte oder angelernte Lohnarbeiter/innen ihren Lebensunterhalt verdienten, aus größeren Familien mit überwiegend desolaten wirtschaftlichen Verhältnissen stammten, eine ungenügende Schulbildung erhalten hatten und [...] vor allem durch Inanspruchnahme öffentlicher Fürsorgeunterstützung den Staatshaushalt „belasteten“. [...] In der Regel nicht betroffen waren dagegen fachlich Ausgebildete.“<sup>462</sup>

Makowski (1996) zufolge wurden Patienten aus niedrigeren sozialen Schichten häufiger wegen *Schwachsinn*s und *Epilepsie* sterilisiert, während Patienten aus höheren sozialen Schichten vorwiegend wegen *Alkoholismus*, *Schizophrenie* und *manisch-depressivem Irresein* sterilisiert wurden. Im Folgenden erfolgen zunächst eine Darstellung der Verteilung der Diagnosen in den Sterilisationsgutachten und eine kurze Untersuchung des Zusammenhangs zwischen sozialer Schichtzugehörigkeit und Gutachtendiagnose.

---

<sup>462</sup> Siehe Rothmaler in (BLEKER & JACHERTZ, 1989) S. 72

## 3.2.10 Aufnahmezeitpunkt und Art der Aufnahme



**Abb. 12:** Übersicht über die monatliche Zahl der stationären Patientenaufnahmen zur Begutachtung zur Frage der Anwendung des GzVeN vom Dezember 1940 bis Dezember 1941

Abbildung 12 zeigt die Gesamtzahl der stationären Aufnahmen der Patienten zur Begutachtung hinsichtlich der Anwendung des GzVeN vom Dezember 1940 bis Dezember 1941. Nicht berücksichtigt werden konnten ambulante Untersuchungen der Patienten, außerdem wurde ein Patient zwei Mal im Jahre 1941 aufgenommen.

Die Verteilung der stationären Aufnahmen erscheint relativ gleichmäßig mit einem Höhepunkt im Januar 1941 und einem Tiefpunkt im Dezember 1941.

Zur besseren Vergleichbarkeit zeigt Tabelle 8 die Anzahl der stationären Aufnahmen im letzten Quartal des Jahres 1940 sowie in den vier Quartalen des Jahres 1941 in absoluten Zahlen (vgl. Schmid (1994)). Sie zeigt eine eher inhomogene Verteilung der Patientenaufnahmen, bestätigt jedoch das Maximum im ersten Quartal 1941 (19 von 57 Aufnahmen = 33,33%) und einem Minimum im vierten Quartal 1941 (10 Aufnahmen = 17,54%). Im zweiten Quartal wurden 16 (28,07%) und im dritten Quartal zwölf Patienten (21,05%) stationär aufgenommen. Die statistische Aussagekraft dieser Daten ist allerdings aufgrund der geringen Anzahl an stationär untersuchten und zur Sterilisationsfrage begutachteten Patienten als eher eingeschränkt einzuschätzen.

**Tab. 8:** Verteilung der stationären Patientenaufnahmen nach Quartalen

(\* die kursiv geschriebenen Patientenaufnahmen wurden nicht in die Berechnung mit einbezogen, um die statistische Auswertung nicht zu verzerren)

Quartal	Anzahl Patientinnen		Σ
	Frauen	Männer	
1. Oktober – 31. Dezember 1940 (4. Quartal)	2*	1*	3*
1. Januar – 31. März 1941 (1. Quartal)	10	9	19 33,33%
1. April – 30. Juni 1941 (2. Quartal)	8	8	16 28,07%
1. Juli – 30. September 1941 (3. Quartal)	5	7	12 21,05%
1. Oktober – 31. Dezember 1941 (4. Quartal)	4	6	10 17,54%
Σ	27 (29*) 100%	30 (31*) 100%	57 (60*) 100%

Tabelle 9 gibt einen Überblick über die Art der stationären Aufnahme der zur Sterilisationsfrage zu begutachtenden Patienten.

Nur ein Patient (3,23% aller aufgenommenen Männer, 1,67% aller stationären Aufnahmen zur Begutachtung zur Sterilisationsfrage) kam freiwillig zur stationären Aufnahme. Sieben Personen (11,67%) wurden durch Angehörige zur Aufnahme gebracht, darunter sechs Frauen (20,69%) und ein Mann (2,23%). Insgesamt 15 Personen (25,0%) wurden durch Gerichtsbeschluss zur Begutachtung eingewiesen, darunter sechs Frauen (20,69%) und neun Männer (29,03%). Ein 35-jähriger Patient (3,23 % aller aufgenommenen Männer, 1,67% aller stationären Aufnahmen zur Begutachtung zur Sterilisationsfrage) wurde unter Zwang durch die Polizei zur Aufnahme gebracht, weil er

„[der] ersten Aufforderung, sich zur Untersuchung in der Klinik einzufinden, [...] keine Folge [leistete], weil er – wie er später angab – sich nicht für geistes-, sondern nervenkrank gehalten und die Untersuchung in der Nervenklinik für überflüssig gehalten habe.



Am [...] wurde er deshalb von 2 Polizisten zwangsweise in die Klinik gebracht.“<sup>463</sup>

Insgesamt zehn Personen (16,67%) wurden durch Ärzte in die Universitäts-Nervenklinik einge- bzw. überwiesen, darunter sieben Frauen (24,14%) und drei Männer (9,68%).

Bei fünf Personen (8,33%), darunter einer Frau (3,45%) und vier Männern (12,90%), fanden sich sonstige Gründe für die stationäre Aufnahme. So wurde ein Patient nach seinem ersten stationären Aufenthalt im Januar 1941 (durch Gerichtsbeschluss zur Begutachtung, s.o.) im Dezember 1941 zur Durchführung eines geplanten Encephalogramms erneut stationär aufgenommen. Das beim ersten Aufenthalt angeforderte Sterilisationsgutachten wurde erst drei Tage nach Entlassung des Patienten aus seinem zweiten Aufenthalt fertiggestellt. Bei insgesamt 21 Patienten (35,0%) fand sich keine Angabe zur Art der Aufnahme, darunter neun Frauen (31,03%) und zwölf Männer (38,71%).

**Tab. 9:** Grund bzw. Art der stationären Aufnahmen der zur Sterilisationsfrage zu begutachtenden Patienten

Grund bzw. Art der stationären Aufnahme	Anzahl Patienten		Σ
	Frauen	Männer	
Freiwillig	0	1 3,23%	1 1,67%
Durch Angehörige	6 20,69%	1 3,23%	7 11,67%
Durch Gerichtsbeschluss	6 20,69%	9 29,03%	15 25,0%
Durch Polizei	0	1 3,23%	1 1,67%
Arzt / Überweisung	7 24,14%	3 9,68%	10 16,67%
Sonstiger Grund	1 3,45%	4 12,90%	5 8,33%
Keine Angabe	9 31,03%	12 38,71%	21 35,0%
Σ	29 100%	31 100%	60 100%

<sup>463</sup> UAT 669/19185

## 3.2.11 Aufenthaltsdauer und Entlassung

Artikel 4 der *Verordnung zur Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses* vom 5. Dezember 1933 erlaubte den Erbgesundheitsgerichten und -obergerichten nach Anhörung eines beamteten Arztes die Unterbringung des Unfruchtbarzumachenden in einer geeigneten Krankenanstalt bis zu einer Dauer von sechs Wochen.

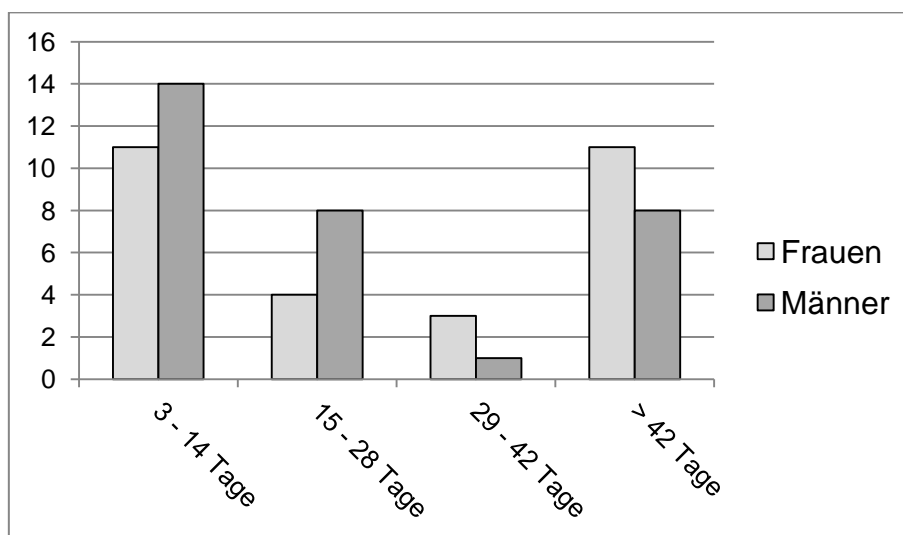
**Tab. 10:** Übersicht über die Aufenthaltsdauer der zur Sterilisationsfrage begutachteten Patienten (in 10-Tages-Schritten)

Aufenthaltsdauer (in Tagen)	Anzahl Patienten		Σ
	Frauen	Männer	
3 – 9	5 17,24%	3 9,68%	8 13,33%
10 – 19	9 31,03%	15 48,39%	24 40,0%
20 – 29	1 3,45%	4 12,90%	5 8,33%
30 – 39	2 6,90%	1 3,23%	3 5,0%
40 – 49	1 3,45%	1 3,23%	2 3,33%
50 – 59	2 6,90%	0	2 3,33%
60 – 69	0	3 9,68%	3 5,0%
70 – 79	1 3,45%	1 3,23%	2 3,33%
80 – 89	2 6,90%	1 3,23%	3 5,0%
90 – 99	2 6,90%	1 3,23%	3 5,0%
100 – 109	2 6,90%	0	2 3,33%
110 – 119	0	1 3,23%	1 1,67%
120 – 129	1 3,45%	0	1 1,67%
...	0	0	0
170 – 179	1 3,45%	0	1 1,67%
Σ	29 100%	31 100%	60 100%

Tabelle 10 zeigt die Aufenthaltsdauer der zur Sterilisationsfrage begutachteten Patienten in absoluten Zahlen, die zur Verbesserung der Übersichtlichkeit

in 10-Tages-Schritten zusammengefasst wurden. Daraus wird deutlich, dass die überwiegende Zahl der Patienten (insgesamt 24 von 60 stationären Aufenthalten = 40,0%) eine Aufenthaltsdauer von 10 bis 19 Tagen für die stationäre Untersuchung und Beobachtung in der Universitäts-Nervenlinik Tübingen hatten. Dabei handelte es sich um neun Frauen (31,03% der stationär aufgenommenen Frauen) und 15 Männer (48,39% der stationär aufgenommenen Männer). Acht Personen (13,33%), darunter fünf Frauen (17,24%) und drei Männer (9,68%), hatten eine Aufenthaltsdauer zwischen 3 und 9 Tagen. Die übrigen 28 Patienten (46,67%), darunter 15 Frauen (51,72%) und 13 Männer (41,94%) hatten eine Aufenthaltsdauer von mehr als 20 Tagen.

Die Abweichungen der Gesamtzahl der Aufenthalte von der Gesamtzahl der begutachteten Patienten rührt daher, dass von den 30 im Jahre 1941 untersuchten und begutachteten Frauen eine Patientin lediglich ambulant untersucht wurden, woraus sich die Gesamtzahl von 29 stationären Aufenthalten ergibt, und dass von den 30 untersuchten und begutachteten Männern ein Patient im Laufe des Jahres 1941 zwei Mal stationär aufgenommen wurde, woraus sich die Gesamtzahl von 31 stationären Aufenthalten ergibt.



**Abb. 13:** Nach Geschlechtern getrennte Aufenthaltsdauer der zur Begutachtung zur Sterilisationsfrage stationär aufgenommenen Patienten in der Universitäts-Nervenlinik Tübingen

Zur Veranschaulichung gibt Abbildung 13 einen Überblick über die Aufenthaltsdauer der in der Universitäts-Nervenlinik Tübingen begutachteten Perso-

nen in 14-Tages-Schritten. Zur Verbesserung der Übersichtlichkeit und Vergleichbarkeit wurden alle Patienten mit einer Aufenthaltsdauer von über 42 Tagen zu einer Gruppe zusammengefasst. Dabei handelte es sich um elf Frauen (37,93% aller stationär aufgenommenen Frauen) und acht Männer (25,81% aller stationär aufgenommenen Männer, s. o.).

Den mit drei Tagen kürzesten Aufenthalt in der Nervenlinik hatte der 41-jährige Landwirt J. R., der im Fallbeispiel 3 genauer vorgestellt wird.<sup>464</sup>

Die längste Aufenthaltsdauer von 170 Tagen fand sich bei einer 36-jährigen Hausfrau, die von Januar bis Juli 1941 wegen einer Schizophrenie stationär behandelt werden musste.<sup>465</sup> Im Rahmen dieses Aufenthaltes wurde sie angezeigt, Antrag auf Unfruchtbarmachung gestellt und ein Formblattgutachten erstattet. Im September 1941 wurde ihre Sterilisation durch das zuständige EGG beschlossen.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der zur Sterilisationsfrage begutachteten Patienten in der Universitäts-Nervenlinik Tübingen betrug 38,0 Tage. Der Median lag bei 17,5 Tagen. Die Abweichung des arithmetischen Mittelwertes um den Faktor 2 vom Median beruht auf den wenigen Ausreißern mit einer Aufenthaltsdauer von über 100 Tagen, die den Mittelwert stark beeinflussen, während der Median davon unbeeinflusst bleibt.

Bei 41 von 60 stationären Aufenthalten (= 68,33%) wurde die gesetzlich vorgegebene maximale Aufenthaltsdauer von 6 Wochen (= 42 Tagen) eingehalten. Dabei handelte es sich hauptsächlich um Patienten, bei denen individuelle Gutachten erstattet wurden. Diese Personen hatten eine durchschnittliche Aufenthaltsdauer von 17,17 Tagen und einen Median von 14 Tagen. Die Abweichung des arithmetischen Mittelwertes vom Median um ca. 3 Tage beruht auf den Personen mit einer Aufenthaltsdauer von über 40 Tagen.

Eine längere Aufenthaltsdauer fand sich vorwiegend bei den Patienten, bei denen ein Formblattgutachten erstattet wurde. Diese Personen wurden im Gegensatz zu den häufig durch Gerichtsbeschluss zur Begutachtung eingewiesenen Patienten häufig auf Veranlassung von Ärzten oder Angehörigen primär zur

---

<sup>464</sup> UAT 669/23951

<sup>465</sup> UAT 669/9606

Behandlung ihrer Erkrankung stationär aufgenommen und im Rahmen dieses Aufenthaltes angezeigt und der Antrag auf Unfruchtbarmachung gestellt. Bei diesen Personen betrug die durchschnittliche Aufenthaltsdauer 86,61 Tage und der Median 88 Tage. Die geringe Abweichung des arithmetischen Mittelwertes vom Median um ca. 1,4 Tage beruht auf einer Person mit einer Aufenthaltsdauer von unter 40 Tagen.

Die überwiegende Zahl der Patienten (53 von 59 = 89,83%) wurde nach der Untersuchung in der Universitäts-Nervenlinik Tübingen nach Hause entlassen, darunter 23 von 29 Frauen (79,31%) und 28 von 30 Männern (93,33%). Ein wegen Schizophrenie begutachteter 24-jähriger Patient wurde in die Heilanstalt Zwiefalten verlegt, da er nach Ansicht des Gutachters

„zur Zeit für sich und andere gefährlich werden [könne]“<sup>466</sup>.

Eine Patientin wurde in ein Umsiedlungslager entlassen und in der Kategorie *Sonstiger Ort* berücksichtigt. Bei insgesamt sechs Personen (10,17%) fand sich keine Angabe zum Entlassungsort, darunter fünf Frauen (17,24%) und ein Mann (3,33%).<sup>467</sup>

### 3.2.12 Anzahl der stationären Aufnahmen

---

Tabelle 11 zeigt die Anzahl der stationären Aufnahmen der 1941 zur Sterilisationsfrage begutachteten Patienten.

Daraus wird ersichtlich, dass die überwiegende Zahl der Patienten (40 von 59 = 67,80%) nur ein Mal (zur Untersuchung und Beobachtung im Rahmen des Erbgesundheitsverfahrens) stationär aufgenommen wurde. Darunter waren 21 Frauen (72,41%) und 19 Männer (63,33%).

---

<sup>466</sup> UAT 669/18948

<sup>467</sup> Der Vollständigkeit wegen sei hier erwähnt, dass die ambulant untersuchte Patientin direkt in die Frauenklinik verlegt wurde.

## Sterilisationsgutachten

**Tab. 11:** Anzahl der stationären Aufnahmen

(\* die ambulant untersuchte Patientin wurde nicht berücksichtigt)

Anzahl der Aufnahmen	Anzahl Patienten		$\Sigma$
	Frauen	Männer	
1	21 72,41%	19 63,33%	40 67,80%
2	6 20,69%	5 16,67%	11 18,64%
3	1 3,45%	3 10,0%	4 6,78%
4	0	2 6,67%	2 3,39%
5	0	1 3,33%	1 1,69%
6	1 3,45%	0	1 1,69%
$\Sigma$	29* 100%	30 100%	59 100%

Elf Personen (18,64%) wurden zwei Mal stationär behandelt, darunter sechs Frauen (20,69%) und fünf Männer (16,67%). Die übrigen acht Patienten (13,56%) wurden mehr als zwei Mal stationär aufgenommen. Darunter waren zwei Frauen (6,90%) und sechs Männer (20,0%).

### 3.2.13 Art und Anzahl der Gutachten

**Tab. 12:** Übersicht über die Arten der Sterilisationsgutachten

(\* das kursiv geschriebene Zusatz- bzw. Ergänzungsgutachten wurde in der statistischen Berechnung nicht berücksichtigt, da es sich als Stellungnahme auf ein vorher verfasstes Zweitgutachten bezog [Fallbsp. 3])

Art des Gutachtens	Anzahl Patienten		$\Sigma$
	Frauen	Männer	
Erstgutachten	28 93,33%	27 90,0%	55 91,67%
Follegutachten I	1 3,33%	2 6,67%	3 5,0%
Follegutachten II	0	0	0
Follegutachten III	0	0	0
Zweitgutachten	1 3,33%	1 3,33%	2 3,33%
Zusatzgutachten (Stellungnahme)	0	(1)*	(1)*
$\Sigma$	30 100%	30 100%	60 100%

Tabelle 12 macht deutlich, dass es sich bei den Sterilisationsgutachten vorwiegend um Erstgutachten (55 von 60 Gutachten = 91,673%) handelte, davon 28 bei Frauen (93,33%) und 27 bei Männern (90,0%). Bei insgesamt drei Gutachten (5,0%) handelte es sich um Folgegutachten eines Erstgutachtens (erstes Folgegutachten), darunter eine Frau (3,33%) und zwei Männer (6,67%). Ein zweites oder drittes Folgegutachten konnte bei den Sterilisationsgutachten nicht gefunden werden. Bei je einer Frau und einem Mann (jeweils 3,33%) fand sich ein Zweitgutachten (3,33% aller Sterilisationsgutachten), die sich mit einer anderen Fragestellung als das Erstgutachten befassten. Außerdem wurde eine Stellungnahme (sog. Zusatz- bzw. Ergänzungsgutachten, siehe Fallbeispiel 3) gefunden.

Tabelle 13 gibt einen Überblick über die Anzahl der in den Akten der zur Sterilisationsfrage begutachteten Patienten gefunden Gutachten.

**Tab. 13:** Anzahl der Gutachten pro Akte

Anzahl der Gutachten	Anzahl Patienten		Σ
	Frauen	Männer	
1	28 93,33%	24 80,0%	52 86,67%
2	2 6,67%	5 16,67%	7 11,67%
3	0	0	0
4	0	1 3,33%	1 1,67%
Σ	30 100%	30 100%	60 100%

In den meisten Akten (52 von 60 = 86,67%) wurde nur das Sterilisationsgutachten gefunden, darunter 28 Frauen (93,33%) und 24 Männer (80,0%). Bei insgesamt sieben Personen (11,67%) fanden sich zwei Gutachten, darunter zwei Frauen (6,67%) und fünf Männer (16,67%). Nur bei einem Mann (3,33% aller zur Sterilisationsfrage begutachteten Männer, 1,67% aller zur Sterilisationsfrage begutachteten Personen) fanden sich insgesamt vier Gutachten.

In den Fällen, in denen sich mehrere Gutachten in der Akte befanden, handelte es sich um Folgegutachten von Erstgutachten im Rahmen von Wiederaufnahmeverfahren sowie um Zweitgutachten, die zu einer anderen Fragestellung

verfasst wurden als das Erstgutachten (und in diesem Zusammenhang in einem Fall auch um Zusatz- bzw. Ergänzungsgutachten, s.o. und siehe Fallbeispiel 3).

### 3.2.14 Anzeige erstattende Institutionen, Antragsteller, Auftraggeber des Gutachtens

**Tab. 14:** Übersicht über die Anzeige erstattenden Institutionen

Anzeige erstattet durch	Anzahl Patienten		$\Sigma$
	Frauen	Männer	
Universitäts-Nerven- klinik Tübingen	11 36,67%	6 20,0%	17 28,33%
Sonstige	2 6,67%	2 6,67%	4 6,67%
Keine Angabe	17 56,67%	22 73,33%	39 65,0%
$\Sigma$	30 100%	30 100%	60 100%

Eine Übersicht über die Anzeige erstattenden Institutionen ist in Tabelle 14 wiedergegeben.

Bei der Auswertung der Akten im Hinblick auf die anzeigenden Einrichtungen sowie auf den Antragssteller fiel schnell auf, dass vorwiegend Akten mit Formblattgutachten von Ärzten der Universitäts-Nervenklinik Tübingen ausgefüllte Vordrucke für die Anzeige und / oder den Antrag auf Unfruchtbarmachung enthielten: Bei 11 von 12 Formblattgutachten bei Frauen fanden sich sowohl ausgefüllte Anzeige- als auch Antragsvordrucke. Bei einem Formblattgutachten fehlte der Antragsvordruck bei vorhandener Anzeige. Bei zwei Formblattgutachten fehlten Anzeigen bei vorhandenen Anträgen auf Unfruchtbarmachung.

Dagegen wurden bei den insgesamt 42 individuellen Gutachten nur in vier Fällen Angaben zur Anzeige erstattenden Person gefunden. In 38 Fällen fanden sich keine Angaben (63,33%):

Bei den 18 individuellen Gutachten bei Frauen wurden in 16 Fällen keine Angaben zur Anzeige erstattenden Person gefunden. Zwei Anzeigen wurden der Kategorie *Sonstige* zugeordnet und durch die staatlichen Gesundheitsämter Reutlingen und Freudenstadt erstattet. Eine Anzeige wurde durch einen Angestellten der Universitäts-Nervenklinik Tübingen erstattet.



Bei den 24 individuellen Gutachten bei Männern fand sich in 22 Fällen keine Angabe zur Anzeige erstattenden Institution. In jeweils einem Fall wurde die Anzeige durch die Universitäts-Nervenlinik Würzburg bzw. das Reservelazarett Ettmannsdorf erstattet. Diese Fälle wurden der Kategorie *Sonstige* zugeordnet.

**Tab. 15:** Übersicht über die Antragsteller

Antragsteller	Anzahl Patienten		Σ
	Frauen	Männer	
Universitäts-Nervenlinik Tübingen	11 36,67%	6 20,0%	17 28,33%
Amtsarzt	9 30,0%	13 43,33%	22 36,67%
Patient	0	1 3,33%	1 1,67%
Keine Angabe	10 33,33%	10 33,33%	20 33,33%
Σ	30 100%	30 100%	60 100%

Tabelle 15 gibt einen Überblick über die Antragssteller. Von Angestellten der Universitäts-Nervenlinik Tübingen ausgefüllte Antragsvordrucke wurden nur in den Akten mit den Formblattgutachten gefunden, wobei in einer Akte der Antrag fehlte (17 Antragsvordrucke = 28,33%, darunter 11 Frauen = 36,67% und 6 Männer = 20,0%).

Bei insgesamt 22 Personen (36,67%) stellte ein Amtsarzt den Antrag auf Unfruchtbarmachung, darunter neun Frauen (30,0%) und 13 Männer (43,33%).

Im Jahr 1941 stellte nur ein begutachteter Patient selbst den Antrag auf Unfruchtbarmachung (siehe § 2 Abs. 1 des GzVeN) wegen V. a. genuine Epilepsie. Das zuständige EGG lehnte jedoch im September 1941 die Unfruchtbarmachung des 35-jährigen Mannes mit der Begründung ab, dass die Diagnose erbliche Fallsucht nicht mit der vom Gesetz geforderten Sicherheit gestellt werden könne.<sup>468</sup>

Bei insgesamt 20 Personen (33,33%) wurde kein Hinweis auf den Antragsteller gefunden, darunter zehn Frauen (33,33%) und zehn Männer (33,33%).

<sup>468</sup> UAT 669/18939

**Tab. 16:** Auftraggeber der im Jahre 1941 verfassten Sterilisationsgutachten

Auftraggeber	Anzahl Patienten		$\Sigma$
	Frauen	Männer	
Erbgesundheitsgericht	27 90,0%	25 83,33%	52 86,67%
Erbgesundheitsobergericht	3 10,0%	5 16,67%	8 13,33%
$\Sigma$	30 100%	30 100%	60 100%

Wie eingangs bemerkt wurden alle im Jahr 1941 verfassten Sterilisationsgutachten im Auftrag der Erbgesundheitsgerichte und -obergerichte verfasst (siehe Tabelle 16). Dabei entfielen 52 von 60 Gutachten (86,67%) auf Gutachten für verschiedene Erbgesundheitsgerichte, darunter 27 Frauen (90,0%) und 25 Männer (83,33%), und acht (13,33%) auf Gutachten für das EGOG, darunter drei Frauen (10,0%) und fünf Männer (16,67%).

### 3.2.15 Art und Ort des Verfahrens

**Tab. 17:** Art des Verfahrens

Art des Verfahrens	Anzahl Patienten		$\Sigma$
	Frauen	Männer	
Erstinstanzlich	25 83,33%	23 76,67%	48 80,0%
Berufungsverfahren	3 10,0%	5 16,67%	8 13,33%
Wiederaufnahmeverfahren	2 6,67%	2 6,67%	4 6,67%
$\Sigma$	30 100%	30 100%	60 100%

Tabelle 17 gibt eine Übersicht über die Art des Verfahrens, das gegen die zur Sterilisationsfrage begutachteten Patienten zum Zeitpunkt ihrer Begutachtung geführt wurde.

In den meisten Fällen (49 von 60 = 81,67%) handelte es sich um erstinstanzliche Verfahren, d. h. primäre Erbgesundheitsverfahren bei Patienten, bei denen noch kein Beschluss für oder gegen eine Sterilisation durch ein EGG gefasst bzw. bei denen das Verfahren noch nicht ausgesetzt worden war. Dabei handelte es sich um 25 Frauen (83,33%) und 24 Männer (80,0%). Bei zwei

Frauen fanden sich Hinweise auf Berufungsverfahren, die sich an das erstinstanzliche Verfahren anschlossen. Eine dieser Beschwerden wurde vom EGOG Stuttgart als unbegründet zurückgewiesen, die andere Beschwerde führte zur Aussetzung des Verfahrens auf 2 Jahre zur Sicherstellung der Diagnose mit dem Ergebnis, dass im Rahmen des Wiederaufnahmeverfahrens der ursprüngliche EGG-Beschluss zur Unfruchtbarmachung 1944 durch das EGOG Stuttgart abgeändert wurde und der Antrag auf Unfruchtbarmachung der Patientin abgelehnt wurde, da die Diagnose nicht mit der vom Gesetz geforderten Sicherheit gestellt werden konnte. Außerdem legten drei Männer Beschwerde gegen die Beschlüsse der Erbgesundheitsgerichte ein. Alle drei Beschwerden wurden jedoch durch das EGOG Stuttgart als unbegründet zurückgewiesen.

Bei insgesamt acht Personen (11,67%) handelte es sich um Gutachten, die im Rahmen eines Berufungsverfahrens verfasst wurden, darunter drei Frauen (10,0%) und fünf Männer (16,67%). Nach § 9 des GzVeN hatten die Betroffenen innerhalb eines Monats nach der Zustellung des Beschlusses die Möglichkeit, gegen diesen Beschluss Beschwerde einzulegen, über die dann das zuständige EGG zu entscheiden hatte. Im Falle der an der Universitäts-Nervenklinik Tübingen begutachteten Patienten handelte es sich dabei um das EGOG Stuttgart. Bei zwei der drei Frauen führte die Beschwerde zu einer Abänderung der Beschlüsse der Erbgesundheitsgerichte und zur Ablehnung des Antrages auf Unfruchtbarmachung, während bei einer Patientin die Beschwerde als unbegründet zurückgewiesen wurde. Bei jeweils zwei Männern wurde im Berufungsverfahren eine Abänderung der Beschlüsse der Erbgesundheitsgerichte beschlossen bzw. die Beschwerde als unbegründet zurückgewiesen. Bei einem Mann fanden sich keine Informationen zum Beschluss des EGOG.

Bei insgesamt vier Personen (6,67%), darunter jeweils zwei Frauen bzw. Männer (jeweils 6,67%) handelte es sich um Gutachten, die im Rahmen von Wiederaufnahmeverfahren erstattet wurden, also Verfahren, die aus verschiedenen Gründen für eine gewisse Zeit ausgesetzt und nun neu verhandelt wurden. Bei einer Patientin führte das Wiederaufnahmeverfahren zur Abänderung des EGG-Beschlusses und Ablehnung des Antrages auf Unfruchtbarmachung. Bei der anderen Frau und beiden Männern fanden sich keine Informationen

zum Beschluss der zuständigen Erbgesundheitsgerichte im Rahmen der Wieder aufnehmenverfahren.

**Tab. 18:** Übersicht über die beteiligten Erbgesundheitsgerichte/-obergerichte

Ort des Verfahrens	Anzahl Patienten		Σ
	Frauen	Männer	
EGG Tübingen	11 36,67%	10 33,33%	21 35,0%
Andere EGG	16 53,33%	16 53,33%	32 53,33%
EGOG Stuttgart	3 10,0%	4 13,33%	7 11,67%
Σ	30 100%	30 100%	60 100%

Einen Überblick über die Orte, an denen die Erbgesundheitsverfahren der an der Universitäts-Nervenlinik Tübingen zur Sterilisationsfrage begutachteten Patienten durchgeführt wurden, gibt Tabelle 18. Daraus wird ersichtlich, dass, wie aus geografischen Gründen zu erwarten ist, ein großer Teil der Gutachten (21 von 60 = 35,0%) im Auftrag des EGG Tübingen erstattet wurden, darunter elf Gutachten bei Frauen (36,67%) und zehn bei Männern (33,33%).

Im Rahmen von Berufungsverfahren wurden sieben Gutachten (11,67%) für das EGOG Stuttgart erstattet, darunter drei bei Frauen (10,0%) und vier bei Männern (13,33%).

Die übrigen 32 Gutachten (53,33%) wurden im Auftrag verschiedener anderer Erbgesundheitsgerichte erstattet, darunter jeweils 16 bei Frauen bzw. bei Männern (jeweils 53,33%).

### 3.2.16 Häufigkeit amtsärztlicher Formblattgutachten vs. individueller Gutachten

Zur Begutachtung von Patienten zur Sterilisationsfrage gab es zwei verschiedene Möglichkeiten:

1) Das *Formblattgutachten*: Der Artikel 3 Abs. 6 der *Verordnung zur Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses* vom 5. Dezember 1933 sah zur Vereinfachung des Begutachtungsverfahrens für das ggf. nach § 4 des GzVeN zu erstattende ärztliche Gutachten die Verwendung eines stan-

dardisierten Vordruckes mit dem Titel *Amtsärztliches – Ärztliches – Gutachten* vor (siehe Anhang 7). Dabei handelte es sich um ein 4-seitiges Faltblatt, das lediglich ausgefüllt werden musste. Daher muss es kritisch betrachtet werden, da es keine genauere Betrachtung des Krankheitsbildes erforderte.

2) Das *frei formulierte oder individuelle Gutachten*: Hierbei handelte es sich um Gutachten, die einer bestimmten Struktur entsprachen, für die jedoch kein Vordruck vorlag, die also vom Verfasser frei formuliert wurden und unterschiedlich lang waren. Im Folgenden erfolgt eine kurze stichpunktartige Darstellung der Struktur der individuellen Gutachten:

- 1) Adressat, Auftraggeber, Profildaten der Patienten (Beziehungsstatus, Beruf, Name, ggf. Mädchenname, Vorname Geburtstag, Wohnort)
- 2) Evtl. Fragestellung
- 3) Gutachtengrundlage (Akten, Untersuchung und Beobachtung des Patienten, Voruntersuchungen, Angehörige, ...)
- 4) Vorgeschichte
- 5) Fremdanamnese
- 6) Eigenanamnese
- 7) Körperlicher Befund (siehe auch Vordruck *Körperlicher Befund*)
  - a) Größe, Gewicht, Allgemein- und Kräftezustand
  - b) Skelett, Muskulatur, Unterhautfettgewebe, Haut und Schleimhäute
  - c) Kopf: Druck- und Klopfschmerzhaftigkeit, Ohren, Nase, Gebiss, Zunge, Gaumen, Tonsillen, Rachen
  - d) Hals: Schilddrüse
  - e) Thorax: Symmetrie, Wölbung. Lungengrenzen, Perkussion; Herzgrenzen; Auskultation von Herz und Lunge, Pulse, Blutdruck
  - f) Abdomen: Druckempfindlichkeit, Resistenzen, Leber, Milz
  - g) Genitale
  - h) Wirbelsäule und Extremitäten: Beweglichkeit, Gelenke, Ödeme
- 8) Neurologischer Befund (siehe auch Vordruck *Körperlicher Befund*)
  - a) Vegetatives Nervensystem: respiratorische Arrhythmie, Dermographismus, Cutis marmorata, Akrozyanose, Hyperhidrosis
  - b) Augen: Bewegungen, Nystagmus, Pupillen, Pupillomotorik, Hintergrund, Visus, Farbsehen
  - c) Gehirnnerven
  - d) Conjunctival- und Cornealreflexe
  - e) Bizeps-, Triceps- und Radiusreflexe, Patellarsehnenreflexe, Bauchdecken-, Adduktoren- und Achillessehnenreflexe, Kloni, pathologische Reflexe
  - f) Sensibilität: Berührung, Schmerz, Temperatur, Tiefensensibilität
  - g) Kraftprüfung, Tonus
  - h) Romberg'scher Versuch, Gang mit geschlossenen Augen
  - i) Finger-Nasen-Versuch, Knie-Hacken-Versuch
  - j) Diadochokinese, Sprache, Praxie, Gnosie

### 9) Laboratoriumsuntersuchungen

- a) Urin: spezifisches Gewicht, Eiweiß, Zucker, Urobilinogen, Sedimente
- b) Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit, Wassermannsche Reaktion
- c) Hb, Erys, Leukos (davon: Jugendliche, Stabkernige, Segmentkernige, Lymphozyten, Monozyten, Eosinophile), Calcium, Blutzuckerspiegel
- d) Encephalogramm
- e) Liquor: Globulin, Albumin, Zellen, Kolloidkurven, Liquordruck, Wassermannsche Reaktion
- f) Schädelaufnahme in 2 Ebenen
- g) Provokationsversuch mit einem Tonephrin-Wasserversuch, um einen generalisierten epileptischen Anfall auszulösen

### 10) Psychischer Befund

- a) Orientierung über Zeit und Ort, Verhalten, Interesse auf der Abteilung
- b) Verhalten bei der Exploration
- c) Verhalten bei der körperlichen Untersuchung
- d) Halluzinationen, Beeinflussungsempfindungen, Krankheitseinsicht
- e) Intelligenzprüfung, Gedächtnis und Merkfähigkeit

### 11) Beurteilung

- a) Zusammenfassung des Unfalles
- b) Bewertung der subjektiven Beschwerden
- c) Bewertung der objektiv erhobenen Befunde
- d) Einbeziehung evtl. eingeholter Teilgutachten
- e) Beurteilung und Empfehlung

### 12) Ort und Datum, Name und Weiterbildungsstand des Gutachters

**Tab. 19:** Verhältnis amtsärztlicher Formgutachten vs. individueller Gutachten

Gutachtenform	Anzahl Patienten		$\Sigma$
	Frauen	Männer	
Formblattgutachten	12 40,0%	6 20,0%	18 30,0%
Individuelles Gutachten	18 60,0%	24 80,0%	42 70,0%
$\Sigma$	30 100%	30 100%	60 100%

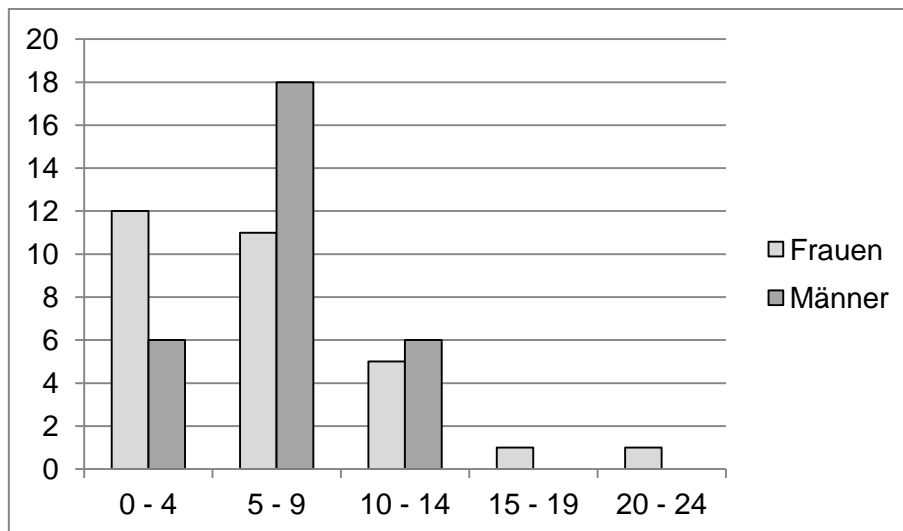
Tabelle 19 zeigt das Verhältnis der Anzahl von amtsärztlichen Formblattgutachten zu individuellen Gutachten. Daraus wird ersichtlich, dass vorwiegend individuelle Gutachten (42 von 60 Gutachten = 70,0%) verfasst wurden.

Bei den Formblattgutachten ist auffällig, dass sie in der Regel eine Sterilisation der betroffenen Person empfehlen, während die Gutachter in den individu-

ellen Gutachten im Einzelfall differenzierter zu urteilen scheinen.<sup>469</sup> In 5 von 18 individuellen Gutachten (27,78%) bei Frauen und in 8 von 24 (33,33%) bei Männern wurde eine Sterilisation empfohlen, während sich bei allen zwölf Formblattgutachten bei Frauen und bei 5 von 6 (83,33%) bei Männern eine Empfehlung zur Sterilisation findet. Nur in einem Fall legte sich der Gutachter in seinem Formblattgutachten mit der Begründung, die Fortpflanzungsgefahr des schizophrenen Patienten sei nicht besonders hoch einzuschätzen, bezüglich seiner Empfehlung für oder gegen eine Sterilisation des Patienten nicht fest. In Folge dessen wurde das Verfahren entsprechend der Durchführungsverordnung für das GzVeN vom 31. August 1939 eingestellt (vgl. Kapitel 3.2.20).

### 3.2.17 Länge bzw. Seitenzahl des Gutachtens

Für eine grafische Darstellung der Länge bzw. Seitenzahlen der Sterilisationsgutachten siehe Abbildung 14.



**Abb. 14:** Seitenzahl der Sterilisationsgutachten

<sup>469</sup> Erstaunlicherweise wurde im Formblattgutachten einer 18-jährigen Patientin, die wegen Schwachsinn begutachtet wurde, ein zusätzlicher 2-seitiger psychischer Befund einschließlich Beurteilung gefunden (UAT 669/9793).

Insgesamt wurden 18 Formblattgutachten mit einer Länge von vier Seiten erstellt (siehe Tabelle 10), davon zwölf bei Frauen (66,67%) und sechs bei Männern (33,33%).

Die überwiegende Zahl der individuellen Gutachten (36 von 42 Gutachten = 85,71%) hatte eine Länge zwischen 6 und 11 DIN A4-Seiten (mit identischem Zeilenabstand). Die übrigen Gutachten hatten eine Seitenzahl zwischen 12 und 21 Seiten. Die durchschnittliche Seitenzahl der individuellen Gutachten betrug 9 Seiten. Der Median betrug 8 Seiten.<sup>470</sup>

Das längste individuelle Gutachten hatte 21 Seiten. Es befasste sich im Rahmen eines Wiederaufnahmeverfahrens mit der Klärung der Diagnose Schizophrenie bei der 28-jährigen, ledigen Näherin K. K.<sup>471</sup>:

Im Dezember 1938 war durch das zuständige EGG ihre Unfruchtbarmachung wegen Schizophrenie beschlossen und im März 1939 im Berufungsverfahren vom EGOG Stuttgart bestätigt worden. Unklar ist, wie die Patientin der damit nach § 6 Abs. 3 des GzVeN endgültig beschlossenen Unfruchtbarmachung entgehen konnte, die nach Artikel 6 Abs. 1 der *Verordnung zur Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses* vom 5. Dezember 1933 innerhalb von zwei Wochen ggf. auch unter Anwendung von Zwang durchgeführt werden sollte. Nach Artikel 6 Abs. 3 und 4 bestand lediglich dann die Möglichkeit, die Unfruchtbarmachung auszusetzen, wenn die Vornahme der Operation mit einer Lebensgefahr für den Patienten verbunden war oder wenn sich der Patient auf eigene Kosten in eine geschlossene Anstalt aufnehmen ließ, die gewährleisten konnte, dass keine Fortpflanzungsgefahr bestand. In der Akte finden sich jedoch keine Hinweise auf einen dieser beiden Sachverhalte. Jedenfalls wurde im Juni 1939 das Wiederaufnahmeverfahren beantragt, welches im September 1939 aufgrund der geringen Fortpflanzungsgefahr der Patientin gemäß der Durchführungsverordnung des GzVeN vom 31. August 1939, das die Durchführung des Gesetzes auf Fälle mit „besonders großer Fortpflanzungsgefahr“ beschränkte, für die Kriegsdauer ausgesetzt wurde. Im Mai 1941

---

<sup>470</sup> Die durchschnittliche Seitenzahl der individuellen Gutachten betrug bei den Männern 8,25 Seiten. Der Median betrug 7,5 Seiten. Die durchschnittliche Seitenzahl der individuellen Gutachten betrug bei den Frauen 10 Seiten. Der Median betrug 9 Seiten.

<sup>471</sup> UAT 669/9695



wurde die Durchführung des Verfahrens durch einen Medizinalrat beantragt, da er von einem Verhältnis der Patientin erfahren habe und damit von einer erhöhten Fortpflanzungsgefahr ausging.

Der Gutachter kam in seinem Gutachten im Dezember 1941 zu dem Ergebnis, dass die Diagnose Schizophrenie nicht mit der vom Gesetz geforderten Sicherheit zu stellen sei und damit von einer Unfruchtbarmachung abzusehen sei. Im Februar 1942 wurde der EGG-Beschluss aus dem Jahre 1938 aufgehoben und die Unfruchtbarmachung der Patientin abgelehnt.

### 3.2.18 Diagnostik und Verteilung der Gutachtendiagnosen

---

Die Grundlage der Diagnosestellung bildeten, wie bei den jeweiligen Krankheitsbildern erläutert, die Anamnese<sup>472</sup>, körperliche und apparative Untersu-

---

<sup>472</sup> Die Eigen- und / oder Fremdanamnese umfasste Angaben zur Kindheits- und Jugendentwicklung, zur schulischen und beruflichen Ausbildung, zur Lebensbewährung und sozialen Tauglichkeit, zu Vorerkrankungen, Schädeltraumata, familiärer erblicher Belastung, Genussmittelmissbrauch und Vorstrafen (vgl. Kießling (2005)). Außerdem konnten sowohl die Gutachter als auch die Erbgesundheitsgerichte bei verschiedenen Behörden, wie z. B. beim Bürgermeisteramt oder bei der Polizei, Schulen und Arbeitgebern Informationen über die betroffenen Personen einholen.

So teilte der Bürgermeister des Wohnortes einer 21-jährigen, wegen Schwachsinn begutachteten Haustochter mit, „dass die [Patientin] nicht als geistig vollwertig angesehen werden könne, und dass sie ganz vom öffentlichen Leben zurückgezogen in der Familie lebe.“ (UAT 669/9484).

Bei einer 21-jährigen Hilfsarbeiterin hieß es: „„Nach dem Schulzeugnis war [die Patientin] sehr schwach begabt, ungenügende Noten hatte sie im Aufsatz und im Rechnen, auch in den weiblichen Handarbeiten. Es heisst weiter noch in dem Zeugnis, dass ihre Geschwister sämtliche sehr schwach begabt sein sollen. Die Fassfabrik [...], bei der die [Patientin] beschäftigt war, teilte mit, dass sie zu sehr leichter Arbeit verwendet worden ist [...] und dass man an sie wohl keine grossen Ansprüche stellen dürfe. Mit ihrer Arbeit war man dort zufrieden. Frau Z., bei der sie als Hausgehilfin tätig war, hält sie [...] für fähig, einen kleinen einfachen Haushalt geordnet zu führen, allerdings weniger vermöge ausgeprägter Selbstständigkeit als durch ein gewisses zähes Festhalten am Gelernten. Frau G. teilte mit [...], dass die [Patientin] als Haushaltshilfe bei ihr die übertragenen Arbeiten ordentlich ausgeführt habe, dass sie aber für selbstständige Arbeiten nicht die notwendigen geistigen Fähigkeiten hatte. [...] Die Gemeindepolizeibehörde

chungen<sup>473</sup> sowie Labor- und Liquoruntersuchungen. Zur speziellen Diagnostik dienten Provokationsversuche mit Cardiazol bei Epilepsie<sup>474</sup> und der Intelligenztest bei (angeborenem) Schwachsinn<sup>475</sup> (siehe Anhang 8).

Tabelle 20 zeigt die Verteilung der verschiedenen im GzVeN genannten Erbkrankheiten in den Sterilisationsgutachten des Jahres 1941. Daraus wird ersichtlich, dass bei 18 begutachteten Frauen (60,0%) und 16 begutachteten Männern (53,33%), also in insgesamt 34 von 60 Fällen (56,67%), eine Diagnose im Sinne des Gesetzes gestellt wurde. Von den 34 Personen mit Diagnosen im Sinne des Gesetzes wurden 21 wegen Schizophrenie (61,76%) und sechs wegen angeborenen Schwachsinn (17,65%) begutachtet.<sup>476</sup>

Der 18-jährige Patient J. H. wurde zu der Frage begutachtet, ob er „an erblicher Taubheit und angeborenem Schwachsinn oder einer dieser beiden Krankheiten [leide]“<sup>477</sup>. Tatsächlich kam der Gutachter zu dem Ergebnis, dass bei dem Patienten gleichzeitig ein angeborener Schwachsinn, der durch die intellektuelle Unterbegabung von fünf seiner elf lebenden Geschwister (positive Familienanamnese) bewiesen werde, und eine dominant sich vererbende hereditär-degenerative Schwerhörigkeit (erbliche Taubheit), die auch zwei seiner Geschwister betreffe, vorliege.<sup>478</sup> Allein schon aufgrund der erblichen Taubheit sei der Patient unfruchtbar zu machen, wegen seiner Jugendlichkeit und der geringen Fortpflanzungsgefahr des Patienten wurde jedoch die Aussetzung des

---

konnte über Erbkrankheiten in der Familie, wie auch über auffällige Charaktere nichts ermitteln, sie hielt die [Patientin] für unselbstständig und der Bevormundung bedürftig“ (UAT 669/9648).

<sup>473</sup> Wie bspw. Röntgenaufnahmen und Encephalogramme.

<sup>474</sup> Zur Durchführung von Provokationsversuchen zur Diagnosestellung bei Epilepsie liegen für das Jahr 1941 keine Hinweise vor.

<sup>475</sup> Nach Kießling (2005) S. 101 galt der Intelligenztest bereits unter Zeitgenossen als umstritten, da er einheitlich, „ohne jedes Verständnis für schichtspezifische Leistungsanforderungen und Ausdrucksmöglichkeiten“ konzipiert war und „über dem Durchschnitt der Allgemeinbildung“ liege.

<sup>476</sup> Nach (GANSSMÜLLER, 1987) S. 46 erfolgten 50% aller Sterilisationen aufgrund von Schizophrenie, 25% aufgrund von angeborenem Schwachsinn.

<sup>477</sup> UAT 669/18880

<sup>478</sup> Der Patient geht in die statistischen Berechnungen jedoch nur mit einer Diagnose ein, da bereits eine allein als Indikation für die Sterilisation ausreichend ist.

Verfahrens für 2 Jahre empfohlen (s. u.). Über die weitere Entwicklung dieses Erbgesundheitsverfahrens ist nichts bekannt.

**Tab. 20:** Verteilung der Diagnosen

(\* Die Diagnose *schwere erbliche Taubheit* wurde in der statistischen Berechnung nicht berücksichtigt, um die Daten nicht zu verzerren, da bei einem Patienten gleichzeitig zwei im Sinne des Gesetzes relevante Diagnosen vorlagen)

Diagnose	Anzahl Patienten		Σ
	Frauen	Männer	
Angeborener Schwachsinn	4 13,33%	2 6,67%	6 10,0%
Schizophrenie	10 33,33%	11 36,67%	21 35,0%
Zirkuläres (manisch-depressives) Irresein	1 3,33%	0	1 1,67%
Erbliche Fallsucht	3 10,0%	3 10,0%	6 10,0%
Erblicher Veitstanz (Huntingtonsche Chorea)	0	0	0
Erbliche Blindheit	0	0	0
Erbliche Taubheit	0	1*	1*
Schwere erbliche körperliche Missbildung	0	0	0
Keine Erbkrankheit	10 33,33%	10 33,33%	20 33,33%
Diagnose nicht einwandfrei bestätigt	2 6,67%	4 13,33%	6 10,0%
Σ	30 100%	30 100%	60 100%

1941 wurde weitaus am häufigsten die Diagnose *Schizophrenie* gestellt: Bei 10 von 30 begutachteten Frauen (33,33%) und 11 von 30 begutachteten Männern (36,67%), also in insgesamt 21 von 60 Fällen (35,0%). Bei vier Frauen (13,33%) und zwei Männern (6,67%), also in insgesamt 6 von 60 Fällen

(10,0%) wurde die Diagnose *angeborener Schwachsinn* gestellt. Dieses Verhältnis entspricht nach Neugebauer (1994) der von Rüdin entwickelten sog. empirischen Erbprognose, der zufolge 1 – 2% der Gesamtbevölkerung (und darunter v. a. Frauen) unter Schwachsinn litten. Bei jeweils drei Frauen bzw. Männern (jeweils 10,0%) wurde die Diagnose *erbliche Fallsucht* gestellt, also in insgesamt 6 von 60 Fällen (10,0%). Bei einer Frau (3,33% der begutachteten Frauen bzw. 1,67% aller zur Sterilisationsfrage begutachteten Patienten) wurde *manisch-depressives Irresein* und bei einem Mann (\* siehe Tabelle 20) *erbliche Taubheit* diagnostiziert.

Die für das Jahr 1941 ermittelten Daten der Universitäts-Nervenlinik Tübingen weichen damit insbesondere für die Diagnose des angeborenen Schwachsinn, die hier nur in insgesamt 10% der Fälle gestellt wurde, erheblich von den in Rost (1987) genannten Zahlen des Reichsinnenministeriums für das Jahr 1934 ab, nach denen 53% der Patienten aufgrund *angeborenen Schwachsinn*, 25% aufgrund von *Schizophrenie* und 14% aufgrund von *erblicher Fallsucht* sterilisiert wurden. Die Diagnose *Schizophrenie* wurde in der Universitäts-Nervenlinik 10% häufiger und die Diagnose *erbliche Fallsucht* 4% seltener gestellt.<sup>479</sup>

Die Diagnosen *erblicher Veitstanz*, *erbliche Blindheit*, *schwere erbliche körperliche Missbildung* und *schwerer Alkoholismus* wurden im Rahmen der Begutachtungen zur Sterilisationsfrage 1941 nicht gestellt.

Bei jeweils zehn Frauen bzw. Männern (jeweils 33,33%), also in insgesamt 20 von 60 Fällen (33,33%), lag keine Erbkrankheit im Sinne des Gesetzes vor. Bei zwei Frauen (6,67%) und vier Männern (13,33%) konnte die Diagnose nicht mit der vom Gesetz geforderten Sicherheit festgestellt werden.

---

<sup>479</sup> Siehe (ROST, 1987) S. 28; Die Diagnose *manisch-depressives Irresein* wurde nach Rost (1987) in 3% der Fälle und die Diagnose *Alkoholismus* in 2% der Fälle gestellt. Aus der Zusammenschau dieser Zahlen folgt, dass mehr als 80% der sterilisierten Patienten geisteskrank waren; nach (BOCK, 1986) S. 400 wurden im Jahr 1934 57% der Frauen (48% der Männer) wegen Schwachsinn sterilisiert und 54% aller wegen Schwachsinn sterilisierten Patienten waren Frauen, was auf die o.g. Sterilisationsnotwendigkeit von Frauen zum Schutz vor Vergewaltigungsfolgen zurückzuführen sei. Nach (FRIEDRICH & MATZOW, 1992) S. 46 wurden 1935 sogar 60% der Sterilisationen aufgrund der Diagnose *Schwachsinn* durchgeführt.

---

### 3.2.19 Untersuchung des Zusammenhanges zwischen sozialer Schichtzugehörigkeit und Gutachtendiagnose

---

Wie aus Tabelle 7 hervorging, gehörten alle zur Sterilisationsfrage begutachteten Frauen zur sozialen Unterschicht bzw. zur Schicht der „sozial Verachteten“. Vergleicht man die bei den Frauen gestellten Diagnosen mit der Aussage Makowskis (1996), der zufolge Patienten aus niedrigeren sozialen Schichten vorwiegend wegen Schwachsinn und Epilepsie und Patienten aus höheren sozialen Schichten wegen Alkoholismus, Schizophrenie und manisch-depressivem Irresein begutachtet würden, fällt auf, dass bei den meisten (11 von 30 = 36,67%) der 1941 begutachteten Frauen die Diagnosen Schizophrenie und manisch-depressives Irresein und nur bei sieben Frauen die Diagnosen angeborener Schwachsinn und Epilepsie gestellt wurden (23,33%). Diese Abweichung wird noch deutlicher, wenn man die zwölf Frauen, bei denen keine Erbkrankheit festgestellt bzw. die Diagnose nicht mit der vom Gesetz geforderten Sicherheit gestellt werden konnte, außer Acht lässt: Dann finden sich bei 11 von 18 Frauen (61,11%) Diagnosen, die nach Makowski (1996) häufiger in höheren sozialen Schichten gefunden werden, und nur bei 7 von 18 Frauen (38,89%) Diagnosen, die v.a. bei Patienten aus niedrigeren sozialen Schichten gefunden werden.

Bei den Männern wurden drei Patienten der mittleren Mittelschicht (Lehrer, Kaufmann, Geschäftsführer) und 27 der sozialen Unterschicht bzw. den „sozial Verachteten“ zugeordnet. Bei dem Lehrer wurde aufgrund von Schizophrenie („[schizophrener Defektzustand] mit Störungen auf dem Gebiet des Denkens, der Affektivität und des Handelns, verbunden mit noch bestehenden paranoiden Wahnvorstellungen“<sup>480</sup> und sozialem Abstieg) die Unfruchtbarmachung befürwortet. Bei dem Kaufmann konnte keine Erbkrankheit (symptomatische Epilepsie aufgrund eines Krankheitsprozesses im Gehirn) festgestellt werden, sodass von einer Sterilisation abgesehen werden konnte. Bei dem Geschäftsführer konnte die Diagnose einer genuinen Epilepsie nicht mit der vom Gesetz gefor-

---

<sup>480</sup> UAT 669/3386

dernten Sicherheit gestellt werden, sodass zunächst von einer Unfruchtbar-machung abgesehen wurde. D. h. bei den Angehörigen der mittleren Mittel-schicht findet sich bei einem Patienten die Diagnose Schizophrenie, die nach Makowski (1996) in den höheren sozialen Schichten häufiger gestellt wird, und bei den beiden anderen Patienten keine Erbkrankheit bzw. keine ausreichende Sicherheit der Diagnose.

Bei den übrigen 27 Patienten, die zur sozialen Unterschicht bzw. zu den „sozial Verachteten“ gerechnet wurden, wurde in den meisten Fällen (10 von 27 = 37,04%) die Diagnose Schizophrenie gestellt. Nur bei zwei Patienten (7,41%) wurde angeborener Schwachsinn und bei drei (11,11%) Epilepsie diagnosti-ziert. Bei den übrigen zwölf Patienten konnte keine Erbkrankheit festgestellt bzw. die Diagnose nicht mit ausreichender Sicherheit gestellt werden.

Auch bei den Männern wird die Abweichung des Zusammenhangs zwischen sozialer Schichtzugehörigkeit und Gutachtendiagnose von den Angaben Makowskis (1996) in den unteren sozialen Schichten besonders deutlich, wenn man lediglich diejenigen Personen, bei denen eine Erbkrankheit mit der gefor-derten Sicherheit gestellt werden konnte, berücksichtigt: Dann findet sich bei 10 von 15 Patienten (66,67%) die Diagnose Schizophrenie, die nach Makowski (1996) häufiger in höheren sozialen Schichten gefunden wird, während nur bei fünf Patienten (33,33%) Diagnosen gestellt wurden, die v. a. bei Patienten aus niedrigeren sozialen Schichten gefunden werden.

Zusammenfassend kann man also sagen, dass im Vergleich zu den Anga-ben Makowskis (1996) bei den 1941 an der Universitäts-Nervenlinik Tübingen begutachteten Patienten deutliche Abweichungen bestehen:

Sowohl bei den begutachteten Frauen als auch bei den Männern wurde in ca. 2/3 der Fälle eine Diagnose gestellt, die nach Makowski (1996) häufiger in höheren sozialen Schichten gestellt wurde, und nur in 1/3 der Fälle eine Diag-nose, die häufiger bei Patienten aus niedrigeren sozialen Schichten vorkommt.

3.2.20 Empfehlungen und Begründungen der Gutachter, Stellung der Patienten zur Sterilisationsfrage

Hinsichtlich der Empfehlungen der Gutachter, die im Rahmen des Gutachtens in mehr oder weniger ausführlicher Form erörtert und begründet wurden, wurde insbesondere die Empfehlung für oder wider eine Sterilisation des begutachteten Patienten berücksichtigt.

**Tab. 21:** Empfehlungen der Gutachter zur Frage der Sterilisation

Empfehlung	Anzahl Patienten		Σ
	Frauen	Männer	
Dafür	17 56,67%	13 43,33%	30 50,0%
Indifferent	0	1 3,33%	1 1,67%
Dagegen	13 43,33%	16 53,33%	29 48,33%
Σ	30 100%	30 100%	60 100%

Die Empfehlungen der Gutachter für oder gegen eine Sterilisation sind in Tabelle 21 dargestellt.

Wie oben erwähnt wurde in allen zwölf Formblattgutachten zur Sterilisationsfrage bei Frauen die Sterilisation empfohlen, darunter neun Mal wegen Schizophrenie und je ein Mal wegen angeborenen Schwachsinns, genuiner Epilepsie und manisch-depressivem Irresein. In fünf individuellen Gutachten wurde die Sterilisation empfohlen, darunter drei Mal wegen angeborenen Schwachsinns und je ein Mal wegen Schizophrenie und genuiner Epilepsie.

13 individuelle Gutachten (72,22%) bei Frauen sprachen sich gegen eine Sterilisation der betroffenen Patientin aus, da in zehn Fällen keine Erbkrankheit diagnostiziert werden konnte und in zwei Fällen die Diagnose nicht mit der vom Gesetz geforderten Sicherheit gestellt werden konnte.

Das übrige Gutachten bestätigte bei einer 18-jährigen Hausgehilfin die Diagnose *erbliche Fallsucht*<sup>481</sup>:

<sup>481</sup> UAT 669/9698

„Der Beginn des Anfallsleidens im Pubertätsalter, der typische Verlauf der Anfälle und der bei uns positiv ausgefallene Tonephrin-Wasserversuch sprechen für das Vorliegen einer erblichen Fallsucht.“

Dennoch lehnte der Gutachter ihre Unfruchtbarmachung ab:

„Wenn auch mit grosser Wahrscheinlichkeit bei [der Patientin] eine erbliche Fallsucht vorliegt, so halten wir es wegen des erst zweijährigen Bestehens des Anfallsleidens, des Fehlens einer erblichen Belastung und einer epileptischen Wesensänderung heute nicht für angezeigt, sich jetzt schon für eine Sterilisation auszusprechen. Wir empfehlen die Aussetzung des Verfahrens auf 3 Jahre und dann eine erneute Nachuntersuchung.“

In 5 von 6 Formblattgutachten (83,33%) zur Sterilisationsfrage bei Männern wurde eine Sterilisation der Patienten wegen Schizophrenie empfohlen. Nur in einem Formblattgutachten legte sich der Gutachter bezüglich der Sterilisationsfrage nicht fest (s. o.). In 8 von 24 individuellen Gutachten wurde die Sterilisation empfohlen, darunter ein Mal wegen angeborenen Schwachsinn, vier Mal wegen Schizophrenie und drei Mal wegen genuiner Epilepsie.

16 individuelle Gutachten (66,67%) bei Männern sprachen sich gegen eine Sterilisation aus, da in zehn Fällen bei dem begutachteten Patienten keine Erbkrankheit diagnostiziert und in vier Fällen die Diagnose nicht mit der vom Gesetz geforderten Sicherheit gestellt werden konnte.

Darüber hinaus wurde bei einem Patienten die Sterilisation abgelehnt, weil er an einer leichten Form einer schizophrenen Psychose gelitten habe und aktuell keine schizophrene Psychose nachweisbar sei (siehe Fallbeispiel 3). Diese Empfehlung erforderte eine Stellungnahme des Gutachters, da die Erläuterungen des GzVeN ausdrücklich eine Sterilisation insbesondere leichterer Verlaufsformen von Erbkrankheiten aufgrund des hohen Fortpflanzungsrisikos betonten (s. o.).

Bei dem o. g. 18-jährigen Patienten J. H., der gleichzeitig unter zwei Erbkrankheiten, nämlich einem *angeborenen Schwachsinn* und einer *erblichen Taubheit* litt, empfahl der Gutachter ebenfalls zunächst von einer Sterilisation abzusehen<sup>482</sup>:

---

<sup>482</sup> UAT 669/18880



„Der Schwachsinn erreicht zwar keinen höheren Grad, indem aber gleichzeitig nach dem Urteil der Ohrenklinik mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit die dominant sich vererbende hereditär-degenerative Innenohrschwerhörigkeit vorliegt, erscheint die Unfruchtbarmachung [des Patienten] an sich geboten. Da bei der Jugendlichkeit des H. aber u. U. noch mit einer gewissen Nachreife gerechnet werden kann und vorläufig nennenswerte Fortpflanzungsgefahr bei [dem Patienten] nicht besteht, würde sich die Aussetzung des Verfahrens auf die Dauer von 2 Jahre unseres Erachtens rechtfertigen lassen.“

Weitere Empfehlungen, die von den Gutachtern geäußert wurden, bezogen sich auf Nachuntersuchungen bei empfohlener Unterbrechung des Erbgesundheitsverfahrens, die Notwendigkeit einer Anstaltsverwahrung, die bei einem Patienten und einer Patientin angeraten wurden, sowie auf Untersuchungen im Hinblick auf das Ehegesundheitsgesetz.

Grundsätzlich erforderte die Empfehlung des Gutachters eine Begründung. Die Begründungen für die Ablehnung einer Sterilisation oder eine Unschlüssigkeit des Gutachters wurden bereits oben dargestellt. Die Begründung einer Empfehlung zugunsten einer Sterilisation lautete in allen Formblattgutachten *fortpflanzungsfähiges Alter*. Bei den individuellen Gutachten wurden insbesondere auf die Erblichkeit bezogene Begründungen gefunden, wie im Beispiel der 19-jährigen Fabrikarbeiterin F. K., die wegen Schwachsinn begutachtet wurde<sup>483</sup>:

„Die eingehende körperliche-neurologische Untersuchung hat keinen Anhaltspunkt für das Vorliegen eines erworbenen Schwachsinn ergeben. Es ist somit anzunehmen, daß angeborener Schwachsinn vorliegt. Wenn auch der Schwachsinn nicht sehr hochgradig ist, so ist doch bei dem erbbiologischen Sippenbefund in hohem Maße zu erwarten, daß etwaige Nachkommen der [Patientin] ebenfalls geschädigt sein werden. Die Unfruchtbarmachung wird ärztlicherseits befürwortet.“

Die Erblichkeit der jeweiligen Erkrankung wurde meist durch eine *positive Familienanamnese* (erbliche Belastung der Sippe) bestätigt. Die folgenden Beispiele sollen verdeutlichen, wie umfassend im Einzelfall recherchiert und jede psychiatrische Erkrankung in der Familie berücksichtigt wurde.

<sup>483</sup> UAT 669/9699

1) Patientin F. K., 19 Jahre, Fabrikarbeiterin (s. o.)<sup>484</sup>:

„[...] stammt die [Patientin] aus einer erbbiologisch bedenklichen Familie. Eine Mutters Schwester befand sich 1933 wegen endogener Depression in ärztlicher Behandlung, eine Schwester der Probandin [...] leidet an angeborenem Schwachsinn. Drei Brüder sind kriminell geworden, einer der Brüder ist schon viermal, insgesamt mit 17 Monaten Gefängnis, bestraft worden.“

2) Patientin M. R., 30 Jahre, Dienstmädchen<sup>485</sup>:

„Der Großvater väterlicherseits soll epileptische Anfälle gehabt haben. Drei Schwestern des Vaters waren geisteskrank und waren in einer Heilanstalt. Ein Bruder des Vaters beging Selbstmord. [...] [Der] Sohn eines Bruders des Vaters, war im Bruderhaus [...] und wird als leicht erregbar, beeinflussbar, frech und störrisch bezeichnet. Ein Bruder der väterlichen Großmutter litt an Säuerwahnsinn. Außerdem wurde eine Tochter einer Vaters-Schwester wegen Schizophrenie sterilisiert.“

3) Patient E. L., 29 Jahre, Schreiner<sup>486</sup>:

„Bei [dem Patienten] liegt eine familiäre Belastung vor: Der Urgrossvater mütterlicherseits war [...] bis zu seinem Tod, wegen Paranoia in der Heilanstalt [...] aufgenommen. Von den Geschwistern des Grossvaters mütterlicherseits war [eines] [...] bis zu seinem Tod [...] wegen Dementia hallucinatorica in der Heilanstalt [...], eine Schwester [...] bis zu ihrem Tod [...] wegen arteriosklerotischer Verwirrtheit in der Heilanstalt [...] aufgenommen. Ein Bruder der Mutter [...] war schon drei Mal [...] in unserer Klinik. Er leidet an einer paranoiden Schizophrenie.“

Eine positive Familienanamnese konnte bei insgesamt 29 von 60 Personen (48,33%) erhoben werden, darunter 17 von 30 Frauen (56,67%) und zwölf von 30 Männer (40,0%). Bei 23 Personen (38,33%) wurden keine Auffälligkeiten in der Familienanamnese festgestellt, darunter zehn Frauen (33,33%) und 13 Männer (43,33%). In den übrigen acht Gutachten (13,33%) wurden keine Aussagen zur Familienanamnese gemacht, darunter drei Frauen (10,0%) und fünf Männer (16,67%).

---

<sup>484</sup> UAT 669/9699

<sup>485</sup> UAT 669/9792

<sup>486</sup> UAT 669/18989

Im Falle einer fehlenden familiären Belastung reichte jedoch auch der *fehlende Nachweis einer äußeren (exogenen) Ursache der Erkrankung* für die Empfehlung zur Sterilisation aufgrund einer endogenen Erkrankung aus, wie die folgenden Beispiele erläutern sollen.

1) Patientin R. S., 16 Jahre, Haustochter (s. o.)<sup>487</sup>:

„U. E. handelt es sich bei der Epilepsie der [Patientin] trotz des scheinbaren Fehlens einer entsprechenden familiären Belastung um eine erbliche Fallsucht. Dafür sprechen der Beginn des Leidens im Pubertätsalter ohne feststellbare Ursache, das häufige Auftreten der Anfälle aus dem Schlaf heraus nachts und dann das Fehlen irgendwelcher krankhafter Erscheinungen im Untersuchungsbefund. Es lässt sich also u. E. in diesem Fall trotz des Fehlens des Nachweises familiärer Belastung und auch ohne dass schon eine sichere epileptische Wesensänderung eingetreten ist, die Diagnose einer erblichen Fallsucht mit der vom Gesetz geforderten Sicherheit stellen. Ein Anhaltspunkt dafür, dass die S. nicht fortpflanzungsfähig wäre, ergab unsere Untersuchung nicht. Die Voraussetzungen des Gesetzes zur Verhütung erbranken Nachwuchses sind bei ihr daher u.E. fällig.“

2) Patientin P. K., 19 Jahre, Zeitungsausträgerin (s. o.)<sup>488</sup>:

„Sie ist daher u. E. als schwachsinnig zu beurteilen und, da kein Anhaltspunkt für einen erworbenen Schwachsinn vorliegt, als angeboren schwachsinnig im Sinne des Erbgesundheitsgesetzes zu betrachten.“

Um eine exogene Ursache für eine Erkrankung annehmen zu können, wurden die Vorerkrankungen des Patienten mittels Eigen- und/oder Fremdanamnese erhoben sowie körperlich-neurologische und Liquoruntersuchungen durchgeführt und Encephalogramme angefertigt. Anschließend wurden die Ergebnisse im Hinblick auf die bestehende Erkrankung evaluiert, was anhand der folgenden Beispiele verdeutlicht werden soll.

---

<sup>487</sup> UAT 669/9800

<sup>488</sup> UAT 675/Jahrgang 1941

1) Patientin R. B., 21 Jahre, Haustochter<sup>489</sup>:

„Nach dem Untersuchungsbefund bestehen keine Zweifel, daß bei [der Patientin] eine schwere Schädigung des Zentralnervensystems vorliegt. Die linksseitigen Pyramidenzeichen und die erhebliche Spastik der Muskulatur der linken Extremität sowie der Halsmuskulatur deuten auf eine Schädigung im Bereich der rechten Hemisphäre hin. Es darf mit Sicherheit angenommen werden, daß die [Patientin], welche sich nach Angaben der Mutter in den ersten Lebensjahren normal entwickelt hat, in ihrer Jugend, und zwar zwischen dem 2. und 6. Lebensjahr, eine in ihrer Art nicht näher bekannte, schwere Erkrankung durchgemacht hat. Es dürfte sich damals wohl am ehesten um eine Gehirnentzündung (Encephalitis) gehandelt haben. Seit dieser Erkrankung ist die [Patientin] sowohl in ihrer geistigen als auch in ihrer körperlichen Entwicklung zurückgeblieben. Bei der Vorgeschichte und da in der Familie nichts über das Vorkommen von Schwachsinn bekannt ist, kann die bei [der Patientin] jetzt zweifellos vorhandene geistige Unterentwicklung nicht als angeborener Schwachsinn bezeichnet werden, sondern muss als erworbener Defekt aufgefasst werden. Die Voraussetzungen des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses sind daher unseres Erachtens nicht gegeben. Bei der schweren körperlichen Beeinträchtigung ist wohl auch mit einer nennenswerten Fortpflanzungsgefahr nicht zu rechnen.“

2) Patientin H. H., 21 Jahre, Hilfsarbeiterin<sup>490</sup>:

„Es besteht kein Zweifel, daß die [Patientin] an einem Schwachsinn mittleren Grades leidet. [...]

Der Vater machte geltend, daß der Schwachsinn seiner Tochter auf Erkrankungen im frühen Jugendalter zurückzuführen sei. Sie habe sich bis zum zweiten Lebensjahr normal entwickelt und sei ein munteres aufgewecktes Kind gewesen, dann sei sie an wiederholten Krämpfen, später an Scharlach schwer erkrankt und von diesem Zeitpunkt an in ihrem Wesen verändert erschienen. Sie habe kein rechtes Leben mehr gezeigt und habe einen verschlafenen Eindruck gemacht. Es ist uns selbstverständlich nicht möglich, diese Angaben nachzuprüfen.

Der neurologische Befund zeigt zwar keine Abweichungen von der Norm, dagegen zeigte die Untersuchung des Liquors leichte, aber doch sicher pathologische Veränderungen, und weiter stellten sich im Encephalogramm die Hirnräume in sicher pathologisch veränderter Weise dar. Diese Befunde sind für einen angeborenen Schwachsinn im Sinne des Gesetzes außergewöhnlich und berechtigen zu der Annahme, daß zu irgendeiner Zeit schädliche Einflüsse auf das Zentralnervensystem wirksam geworden sind, bzw. daß auch noch im Zentralnervensystem

---

<sup>489</sup> UAT 669/9484

<sup>490</sup> UAT 669/9648

krankhafte Vorgänge stattfinden. Nach diesem Befund gewinnen die Angaben des Vaters zweifellos an Glaubwürdigkeit.

Auf Grund unseres Befundes kann u. E. bei der [Patientin] ein angeborener Schwachsinn im Sinne des Gesetzes nicht mit Sicherheit angenommen werden. Es handelt sich mit viel größerer Wahrscheinlichkeit um eine Geistesschwäche infolge einer Hirnschädigung.“

3) Patient A. K., 21 Jahre, landwirtschaftlicher Gehilfe<sup>491</sup>:

„[...] daß bei [dem Patienten] eine mit der im Alter von 3 Jahren stattgehabten Erkrankung (Meningoencephalitis) zusammenhängende Hirnschädigung vorliegt, mit welcher die bei [dem Patienten] zu beobachtende Wesenseigentümlichkeit ursächlich zusammenhängt, und auf die auch die schon zweimal beobachteten psychotischen Reaktionen zurückzuführen sind, mindestens in dem Sinn, daß eine gewisse Psychosebereitschaft des geschädigten Gehirns besteht, sodass relativ geringfügige äussere Anlässe zum Auftreten manifester Symptome führen. Die Voraussetzungen des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses dürften unter den angeführten Umständen nicht vorliegen.“

Ein weiteres Entscheidungskriterium stellte sowohl für den Gutachter als auch für die Erbgesundheitsgerichte die *soziale Tauglichkeit und Lebensbewahrung der Patienten* dar, wie die nachfolgenden Beispiele zeigen.

1) Patientin F. E., 32 Jahre, Reisevertreterin<sup>492</sup>:

„Schon in der Schule fiel sie wegen schwacher Begabung auf und wurde eine Klasse zurückversetzt ... Ihr sittlicher Lebenswandel ist nicht einwandfrei, sie hat 3 uneheliche Kinder von verschiedenen Männern und ist wegen Abtreibungsversuch mit 6 Tagen Gefängnis vorbestraft. Das Ergebnis der Intelligenzprüfung war sehr dürftig ... Ihr Interesse am Weltgeschehen ist minimal ... Auch sonst versagt sie und rechnet z. B. eine ganz einfache Aufgabe betr. Verzinsung eines Sparkassenguthabens mehrfach falsch ... Einfache Vorgänge des täglichen Lebens vermag sie, soweit sie sich auf ihre Person beziehen, zu begreifen. Darüber hinaus tritt ihre geistige Minderwertigkeit deutlich zutage. Sie ist stumpf, zeigt ihrer Umwelt gegenüber keinerlei geistiges Interesse und ist unfähig zu jedem halbwegs komplizierten Denkvorgang. Eine Lebensbewahrung ist ihr abzusprechen. Es fehlt ihr jede Einsicht für ihre sittlichen Verfehlungen usw.“

---

<sup>491</sup> UAT 669/18998

<sup>492</sup> UAT 669/6393

So lautete nach dem vorliegenden Gutachten der Universitäts-Nervenlinik Tübingen die Begründung des EGG zum Sterilisationsbeschluss. Nachdem die Patientin gegen diesen Beschluss Beschwerde eingelegt hatte, erfolgte die Begutachtung im Auftrag des EGOG in der Nervenlinik. Der Gutachter schätzte die Situation folgendermaßen ein:

„Wenn die E. in der Begründung als stumpf, ohne geistige Interessen der Umwelt gegenüber und zu jedem Denkvorgang unfähig beurteilt wird, so müssen wir auf Grund unserer Feststellungen sagen, dass dies nicht zutrifft. [...] Sie war [in der Universitäts-Nervenlinik] lebhaft, redegewandt und nie um eine Antwort verlegen.

Es ist richtig, dass sich ihr Interessenkreis im wesentlichen auf ihre Angelegenheiten beschränkt. Man kann darüber hinaus aber in diesem Falle keinen Schluss auf einen Schwachsinn ziehen. Denn tatsächlich steht die E. selbstständig und ohne fremde Hilfe – was ja auch von gerichtswegen gegebenenfalls nachgeprüft werden kann – im Lebenskampf und hat sich bisher auch behauptet. Ihre Berufstätigkeit ist, und das scheint uns nicht entsprechend gewürdigt worden zu sein, kein einfacher Hausierhandel, sondern sie handelt auf fremde Rechnung, muss also genau buchführen und sich verantworten. Der E. die Lebensbewahrung abzusprechen, ist deshalb ohne genauere Prüfung der Verhältnisse nicht angängig. Für ihr soziales Verhalten ist [...] die Tatsache, dass sie ihre Kinder ohne fremde Hilfe aufgezogen hat und auch für ihre Zukunft besorgt ist, und dass sie seit Jahren eine nützliche und durchaus wirtschaftliche Tätigkeit ausübt, ausschlaggebend.

[...] Ueber eine sexuelle Hemmungslosigkeit ist bei ihr nichts bekannt. [...]

[...] Prüft man also die Verhältnisse näher, so muss man u. E. wie wir zu dem Schluss kommen, dass die E. wohl dreimal von verschiedenen Männern unehelich geboren hat, dass das aber nicht infolge einer sittlichen Minderwertigkeit geschah. Sie wurde eben, wie man im Volksmund sagt, hereingelegt. [...] Sollte sie tatsächlich zur Heirat kommen, so wäre keine Veranlassung mehr vorhanden, dass weitere „Verfehlungen“ vorkämen.

Wie der bei uns durchgeführten Prüfung zu entnehmen ist, liegt bei der E. ein Schwachsinn nicht vor. Sie hat schlechte Schulkenntnisse, dafür aber ein gutes Allgemeinwissen. Sie hat ohne Zweifel seit der Schulzeit viel und Wesentliches zugelernt und ist heute in der Lage, ihrem Beruf nachzugehen, der sicher ein Lebenswissen, eine Dispositionsfähigkeit und ein Urteil erfordert, über die Schwachsinnige nicht verfügen.“

## 2) Patientin P. H., 28 Jahre, ohne Beruf (s. o.)<sup>493</sup>:

„Es handelt sich bei ihr nach dem Ergebnis der Intelligenzprüfung um einen Schwachsinn mittleren Grades, der sie lediglich zu einfachen mechanischen Arbeiten befähigt, der es ihr aber

---

<sup>493</sup> UAT 669/9643

unmöglich macht, selbst im gewohnten Milieu selbstständig zu handeln. Auch in sittlicher Hinsicht ist sie in keiner Weise gefestigt. Sie macht sich, wie gesagt, über ihre erneute Schwangerschaft keine Gedanken, und es fällt ihr gar nicht ein, die Schuld dabei auch nur zum Teil bei sich zu suchen.“

Während individuelle Gutachten zum Teil persönliche Aussagen der betroffenen Patienten bezüglich ihrer Stellung zur Sterilisationsfrage wiedergaben, hatten Formblattgutachten keinen vorgesehenen Raum für derartige Angaben.

Die meisten Gutachten (insgesamt 40 von 60 Gutachten = 66,67%) enthielten keine Aussagen zur Meinung der begutachteten Personen. Bei diesen Gutachten konnte auch aus der Zusammenschau des gesamten Akteninhaltes kein Hinweis auf die Einstellung der Patienten gefunden werden. 22 von 30 Gutachten bei Frauen (73,33%) und 18 von 30 Gutachten bei Männern (60,0%) enthielten keine Aussagen.

In insgesamt elf Akten (18,33%), darunter fünf Formblattgutachten, konnte durch die Untersuchung des gesamten Akteninhaltes auf eine ablehnende Haltung des Patienten gegenüber der Sterilisation geschlossen werden. Dabei wurden insbesondere Hinweise auf ein Berufungsverfahren als Ablehnung der Betroffenen gegen die angeordnete Unfruchtbarmachung gewertet, unabhängig von der Beschwerde einlegenden Person (Patient oder Pfleger/Vormund).

In zwei Fällen (3,33%) wurden indifferente Aussagen der Patienten gefunden.

1) Patient E. L., 29 Jahre, Schreiner (s. o.)<sup>494</sup>.

„Er gehe mit keinem [...] Mädchen ehe er nicht wisse, ob er heiraten dürfe. Wenn er nicht heiraten dürfe, so wolle er von Mädchen nichts mehr wissen. [...]

Er habe nun einmal im Klaren sein wollen, ob er heiraten dürfe oder nicht. Die einen hätten so, die andern wieder anders gesagt. Jetzt wisse er, woran er sei und bleibe ledig. Was Unfruchtbarmachung sei, wisse er nicht, er sei da noch nie dabei gewesen.“

<sup>494</sup> UAT 669/18989

2) Patient J. H., 36 Jahre, Lehrer<sup>495</sup>:

„Er fürchte die Sterilisation so. Wenn er körperlich und geistig defekt wäre, dann sei das beste die Sterilisation. Wenn er merken würde, daß er tatsächlich sterilisiert würde, dann würde er sowieso nicht heiraten.“

In sieben Gutachten (11,67%) wurden ablehnende Aussagen von Patienten gegenüber einer Sterilisation gefunden. Dabei handelte es sich um drei Frauen (10,0%) und vier Männer (13,33%). Im Folgenden sollen dazu einige Beispiele gegeben werden.

1) Patientin K. K., 28 Jahre, Näherin (s. o.)<sup>496</sup>:

„Unter Tränen brachte sie zum Ausdruck, daß sie sich dadurch zurückgesetzt fühlen würde, und daß dies einen schweren Schlag bedeuten würde, da sie ja dann ihren Freund nicht heiraten dürfte.“

2) Patientin P. K., 19 Jahre, Zeitungsausträgerin (s. o.)<sup>497</sup>:

„ Sie weinte, als ihr gesagt wurde, daß die Frage der Sterilisation gestellt sei. [...] Sie wolle nicht sterilisiert werden.“

3) Patient A. S., 28 Jahre, Schmied<sup>498</sup>:

„Er wolle sich [...] nicht unfruchtbar machen lassen; er sei katholisch.“

Darüber hinaus wurden in zwei Fällen Aussagen von Patienten über eine bevorstehende Hochzeit bei bestehender Verlobung als Ablehnung der Sterilisation gewertet, da die Sterilisation zu einem Verbot der Eheschließung führen konnte.<sup>499</sup>

---

<sup>495</sup> UAT 669/3386

<sup>496</sup> UAT 669/9695

<sup>497</sup> UAT 675/Jahrgang 1941

<sup>498</sup> UAT 669/19139

<sup>499</sup> Siehe (BEYER, 1936) S. 49: In der *Begründung zu dem Gesetz zum Schutze der Erbgesundheit des deutschen Volkes* heißt es: „Da der Sinn der Ehe in der Erzeugung von Nachkommenschaft liegt, soll ferner eine gesunde zeugungs- bzw. gebärfähige Person nicht an ei-



---

### 3.2.21 Beispiel eines Verfahrensfehlers

---

Am 28. April 1941 gingen beim zuständigen EGG die Anzeige der 20-jährigen Haustochter M. R.<sup>500</sup> wegen Schizophrenie, der Antrag auf Unfruchtbarmachung sowie das erforderliche Gutachten in Form eines Formblattgutachtens ein. In diesem Gutachten sprach sich der Gutachter aufgrund der Schizophrenie der Patientin bei positiver Familienanamnese für die Sterilisation der Frau aus.

Da die Patientin jedoch bereits am 26. April 1941 aus der stationären Behandlung entlassen worden war, fehlte dem anzeigenden Arzt die Berechtigung zur Antragstellung, sodass der Antrag als rechtlich unwirksam galt und in der Folge zurückgezogen werden musste. Am 25. November 1941 wurde das Erbgesundheitsverfahren gegen die Patientin eingestellt.

Eine genauere Untersuchung der Krankenakte ergab außerdem methodische Fehler: Die betroffene Patientin war im Jahre 1940 auswärts

„gynäkologisch untersucht und hierbei eine genitale Hypoplasie mit sekundärer Amenorrhö festgestellt [worden]; die Kranke sei infolgedessen nicht konzeptionsfähig. Das [zuständige Gesundheitsamt habe] daraufhin auf eine Sterilisation verzichtet.“

Eine erneute gynäkologische Untersuchung zur Verifizierung der Diagnose war in Tübingen nicht erfolgt, sodass das zuständige EGG die Nachuntersuchung und auch aus diesem Grund ggf. Rücknahme des Antrages auf Unfruchtbarmachung forderte.

---

### 3.2.22 Weiterbildungsstand der Gutachter, Zweitunterzeichner

---

Tabelle 22 gibt einen Überblick über den Weiterbildungsstand der an der Begutachtung im Rahmen der Erbgesundheitsverfahren beteiligten Ärzte.

---

nen unfruchtbar gemachten Partner gebunden werden. Andererseits ist es unbedenklich, wenn zwei unfruchtbare Personen eine Lebensgemeinschaft eingehen.“

<sup>500</sup> UAT 669/9768

**Tab. 22:** Weiterbildungsstände der zur Sterilisationsfrage begutachtenden Ärzte

(FBG = Formblattgutachten, IG = individuelles Gutachten)

Weiterbildungsstand der Gutachter	Anzahl Patienten				Σ
	Frauen		Männer		
	FBG	IG	FBG	IG	
Oberarzt Dr. Ederle	3	2	0	0	5 8,33%
Assistenzärzte	9	16	6	24	55 91,67%
Σ	12	18	6	24	60 100%

Daraus wird deutlich, dass der Oberarzt Dr. Ederle lediglich 8,33% aller Sterilisationsgutachten (insgesamt fünf Gutachten, alle bei Frauen, entsprechend 16,67% aller Gutachten bei Frauen) selbst verfasste, während entsprechend der hierarchischen Gliederung in Kliniken der weitaus größte Teil der Gutachten (55 von 60 Gutachten = 91,67%) durch seine Assistenzärzte erstattet wurden.

Keller (2009) und Rothmaler in (BLEKER & JACHERTZ, 1989) kamen zu ähnlichen, wenn auch weniger ausgeprägten Ergebnissen.<sup>501</sup>

Tabelle 23 zeigt die Zweitunterzeichner der Gutachten. Die durch die Assistenzärzte formulierten Gutachten erforderten nach Kaasch (2006) aus rechtlichen Gründen zusätzlich die Unterzeichnung und ggf. Korrektur durch den Klinikdirektor.

Prof. Dr. Hoffmann unterzeichnete 14 Gutachten (23,33%) als Zweitgutachter, darunter fünf bei Frauen (16,67%) und neun bei Männern (30,0%). In den meisten Fällen wurden die Gutachten jedoch durch seinen Stellvertreter Oberarzt Dr. Ederle (41 von 60 Gutachten = 68,33%) unterzeichnet (wobei im Einzelfall eine militärische Abwesenheit Hoffmanns zum Zeitpunkt der Gutachtenerstattung nicht überprüft werden konnte, vgl. Kapitel 1.2.10.1 und 1.2.10.2), darunter 20 bei Frauen (66,67%) und 21 bei Männern (70,0%). Die fünf durch Oberarzt Dr. Ederle persönlich verfassten Gutachten (16,67% der bei Frauen

<sup>501</sup> Siehe (KELLER, 2009) S. 57; Rothmaler in (BLEKER & JACHERTZ, 1989) S. 73: „[Etwa] die Hälfte der Gutachten wurde von Assistenzärzten oder „Medizinalassessoren“ erstattet, eine eindeutige fachärztliche Ausbildung [...] war nur bei dem geringsten Teil der Gutachten festzustellen.“

verfassten Sterilisationsgutachten, 8,33% aller Sterilisationsgutachten) wurden nicht zweitunterzeichnet.

**Tab. 23:** Zweitunterzeichner der Sterilisationsgutachten

Name des Zweitunterzeichners	Anzahl Gutachten		Σ
	Frauen	Männer	
Prof. Dr. Hoffmann	5 16,67%	9 30,0%	14 23,33%
Dr. Ederle	20 66,67%	21 70,0%	41 68,33%
Kein Zweitunterzeichner	5 16,67%	0	5 8,33%
Σ	30 100%	30 100%	60 100%

### 3.2.23 Zeitpunkt und Datum des Gutachtens

Die Gutachten wurden in der Regel im Anschluss an den stationären Aufenthalt der Patienten erstellt, wobei der Zeitraum zwischen der Entlassung und der Fertigstellung des Gutachtens zwischen einem und 191 Tagen variierte. Der durchschnittliche Zeitraum zwischen der Entlassung und der Fertigstellung des Gutachtens betrug 25,27 Tage. Der Median betrug 8 Tage. Diese Diskrepanz zwischen dem arithmetischen Mittelwert und dem Median beruht darauf, dass der überwiegende Teil (ca. 2/3) der Sterilisationsgutachten innerhalb von 15 Tagen nach der Entlassung erstattet wurde, das übrige Drittel wurde in einem Zeitraum von 16 bis 191 Tagen verfasst. Insbesondere drei Gutachten, die nach mehr als 100 Tagen nach der Entlassung der Patienten fertiggestellt wurden, haben einen starken Einfluss auf den Mittelwert, jedoch nicht auf den Median.<sup>502</sup>

<sup>502</sup> Der durchschnittliche Zeitraum zwischen der Entlassung und der Gutachtenerstattung betrug bei den Frauen 28,33 Tage, der Median 8 Tage, wobei der arithmetische Mittelwert stark durch 2 Gutachten beeinflusst wird, die erst nach 101 und 191 Tagen nach der Entlassung der Patientinnen erstattet wurden. Der durchschnittliche Zeitraum zwischen der Entlassung und der Gutachtenerstattung betrug bei den Männern 20 Tage, der Median 8,5 Tage. Aus dem Median als verlässlicherem Wert lässt sich schließen, dass die Gutachten bei Frauen i. d. R. etwas schneller erstattet wurden als bei Männern.

Bei elf Frauen und acht Männern wurde das Sterilisationsgutachten bereits während des stationären Aufenthaltes bzw. am Tag ihrer Entlassung fertiggestellt.

Das auf ambulanten Untersuchungen basierende Gutachten wurde 15 Tage nach der letzten ambulanten Untersuchung der Patientin fertiggestellt.

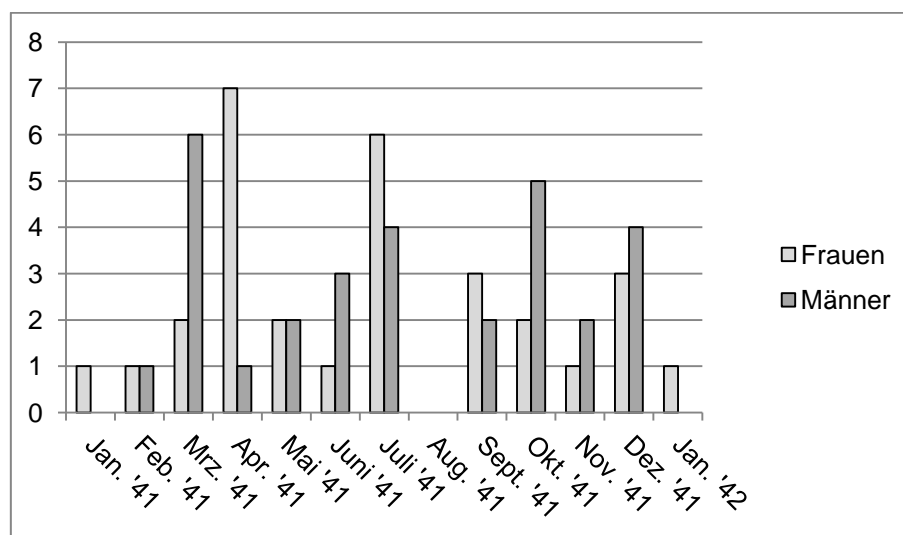


Abb. 15: Datum der Sterilisationsgutachten

Abbildung 15 zeigt die zeitliche Verteilung der Gutachtenerstellung. Es zeigt sich eine Häufung der Gutachtenerstattung im März, April und Juli 1941. Im August 1941 wurde kein Sterilisationsgutachten verfasst.

In Tabelle 24 wurde die Gesamtzahl der erstatteten Sterilisationsgutachten in den vier Quartalen des Jahres 1941 (sowie dem ersten Quartal des Jahres 1942) zusammengefasst. Daraus wird deutlich, dass die zeitliche Verteilung der erstatteten Sterilisationsgutachten über das Jahr 1941 verhältnismäßig konstant war. Im ersten Quartal wurden mit elf Gutachten (18,64%) die wenigstens und im vierten Quartal mit 17 Gutachten (28,81%) die meisten Gutachten verfasst. Im zweiten Quartal wurden 16 (27,11%) und im dritten Quartal 15 Gutachten (25,42%) erstattet. Aufgrund der geringen Anzahl an Sterilisationsgutachten ist die Aussagekraft dieser Daten allerdings fragwürdig.

**Tab. 24:** Datum der Gutachten nach Quartalen

(\* das kursiv geschriebene Gutachten, das im 1. Quartal 1942 verfasst wurde, wurde in die statistische Berechnung nicht mit einbezogen, um die Ergebnisse nicht zu verzerren)

Quartal	Anzahl Patienten		Σ
	Frauen	Männer	
1. Januar – 31. März 1941 (1. Quartal)	4	7	11 18,64%
1. April – 30. Juni 1941 (2. Quartal)	10	6	16 27,11%
1. Juli – 30. September 1941 (3. Quartal)	9	6	15 25,42%
1. Oktober – 31. Dezember 1941 (4. Quartal)	6	11	17 28,81%
1. Januar – 31. März 1942 (1. Quartal)	<i>1*</i>	0	<i>1*</i>
Σ	29 (30*) 100%	30 100%	59 (60*) 100%

### 3.2.24 Grund weiterer Gutachten

Bei den Sterilisationsgutachten wurden in der Regel keine weiteren Gutachten, z. B. im Rahmen von Nachuntersuchungen, erstattet, sodass eine Verlaufsbeurteilung in den meisten Fällen heute nicht mehr möglich ist.

Lediglich bei der 31-jährigen Hausfrau H. S. wurde im Rahmen eines Berufungsverfahrens ein individuelles Gutachten als Folgegutachten eines in erster Instanz erstatteten Formblattgutachtens erstattet (siehe Fallbeispiel 2).<sup>503</sup>

Auch bei den Männern fand sich nur in einem Fall ein Gutachten, das im Rahmen eines Wiederaufnahmeverfahrens erneut zur Sterilisationsfrage Stellung nahm, nachdem das vorhergehende Gutachten aufgrund von Unsicherheit der Diagnose die Aussetzung des Verfahrens auf 2 Jahre vorgeschlagen hatte. Auch 1943 konnte die Diagnose jedoch nicht mit der vom Gesetz geforderten

<sup>503</sup> UAT 669/11719

Sicherheit gestellt werden, sodass die Unfruchtbarmachung des Patienten abgelehnt werden musste.

Außerdem wurde in einem Fall ein Ergänzungsgutachten als Stellungnahme zum Sterilisationsgutachten (siehe Fallbeispiel 3) und in einem anderen Fall ein Zweitgutachten zur Frage der Wehrdienstbeschädigung erstattet.

### 3.2.25 Die Beschlüsse der Erbgesundheitsgerichte bzw. -obergerichte

Tabelle 25 gibt die Beschlüsse der Erbgesundheitsgerichte wieder, die sich auf die 1941 in der Universitäts-Nervenklinik Tübingen verfassten Gutachten stützen. Sie zeigt, dass die meisten Akten mit Sterilisationsgutachten für erstinstanzliche Verfahren (31 von 51 = 59,62%) keine Beschlüsse enthielten.

**Tab. 25:** Beschlüsse der Erbgesundheitsgerichte

(\* Die kursiv geschriebene Zahl beinhaltet den Beschluss des Wiederaufnahmeverfahrens, das vor dem EGG verhandelt wurde)

Beschluss des EGG	Anzahl Patienten		Σ
	Frauen	Männer	
Unfruchtbarmachung	10 37,04%	5 20,0%	15 28,85%
Ablehnung des Antrages auf Unfruchtbarmachung	2* 7,41%	2 8,0%	4 7,69%
Einstellung des Verfahrens	1 3,70%	1 4,0%	2 3,85%
Aussetzung des Verfahrens	0	0	0
Keine Angabe	14 51,85%	17 68,0%	31 59,62%
Σ	27 100%	25 100%	52 100%

Insgesamt 15 Beschlüsse (28,85%) führten zum Sterilisationsbeschluss, davon 10 bei Frauen (37,04%) und 5 bei Männern (20%). In nur vier Fällen (7,69%) wurde die Ablehnung des Antrages auf Unfruchtbarmachung beschlos-

sen, darunter bei jeweils zwei Frauen (7,41%) bzw. Männern (8,0%). Eine Einstellung des Verfahrens erfolgte in zwei Fällen (3,92%), jeweils bei einer Frau (3,85%, aufgrund des oben beschriebenen Verfahrensfehlers) und einem Mann (4,0%, aufgrund geringer Fortpflanzungsgefahr entsprechend der Verordnung vom 31. August 1939).

Wie oben erwähnt, wurden insgesamt acht Gutachten im Rahmen von Berufungsverfahren für das EGOG Stuttgart erstattet, darunter drei bei Frauen und fünf bei Männern. Darüber hinaus wurden bei fünf Personen (zwei Frauen und drei Männern) Hinweise auf ein nach dem erstinstanzlichen Verfahren, für das 1941 ein Sterilisationsgutachten verfasst wurde, durchgeführtes Berufungsverfahren gefunden.

Tabelle 26 zeigt die im Rahmen dieser Berufungsverfahren gefassten Beschlüsse des EGOG Stuttgart.

**Tab. 26:** Beschlüsse des Erbgesundheitsobergerichtes Stuttgart im Rahmen von Berufungsverfahren

(\* Der kursiv geschriebene Beschluss des EGOG wurde in die Berechnung nicht mit einbezogen, um das Ergebnis nicht zu verzerren)

Beschluss des EGOG	Anzahl Patienten		Σ
	Frauen	Männer	
Zurückweisung der Beschwerde	2 40,0%	5 62,50%	7 53,85%
Abänderung des EGG-Beschlusses und Ablehnung des Antrages auf Unfruchtbar-machung	3 60,0%	2 25,0%	5 38,46%
Aussetzung des Verfahrens	1*	0	1*
Keine Angabe	0	1 12,50%	1 7,69%
Σ	5 100%	8 100%	13 100%

Daraus wird deutlich, dass die Mehrzahl der Beschwerden (7 von 13 = 53,85%) als unbegründet zurückgewiesen wurde. Darunter waren zwei Frauen (40,0%) und fünf Männer (62,50%). Fünf Beschwerden (38,46%) führten zu ei-

ner Abänderung des Beschlusses und einer Ablehnung des Antrages auf Unfruchtbarmachung, darunter drei bei Frauen (60,0%) und zwei bei Männern (25,0%). Bei einem Mann konnten keine weiteren Informationen zum Erbgesundheitsverfahren gefunden werden.

Die statistische Aussagekraft dieser Daten ist aufgrund der geringen Anzahl an Beschwerden, über die wir Bescheid wissen, gering.

Die Beschlüsse der Erbgesundheitsobergerichte, die zu einer Zurückweisung der Beschwerden führten, betonten in ihren Begründungen das Ziel des Gesetzeskommentars, vorwiegend die Personen mit leichteren Fällen von Erbkrankheiten, von denen eine höhere Fortpflanzungsgefahr ausging als von schwerstkranken und anstaltsbedürftigen Menschen, zu erfassen und durch Sterilisation von der Fortpflanzung auszuschließen, wie die folgenden Beispiele verdeutlichen sollen.

1) Patient H. P., 18 Jahre, Müller und Landwirt<sup>504</sup>:

„Die Beschwerde des Vaters gegen den Beschluss des Erbgesundheitsgerichtes [...], durch welchen die Unfruchtbarmachung seines Sohnes [...] wegen Schizophrenie auf Antrag der Universitätsnervenklinik Tübingen angeordnet worden ist, wird [...] als unbegründet zurückgewiesen.

[...]

Auch wenn die vom Beschwerdeführer bei seinem Sohn festgestellte Besserung – wie zu hoffen ist – anhält und weitere Fortschritte macht, so ändert dies doch nichts an der Krankheitsanlage, die sich durch den Ausbruch der Krankheit offenbart hat und die bestehen bleibt und sich im Fortpflanzungsfall auf etwaige Nachkommen des [Patienten] übertragen würde. Gerade aber wenn der Sohn des Beschwerdeführers wieder gesund wird und bleibt, ist auch mit einer Fortpflanzung bei ihm zu rechnen.

Von der Unfruchtbarmachung kann daher nicht abgesehen werden.“

2) Patient E. W. 27 Jahre, Mechaniker<sup>505</sup>:

„Die Beschwerde des Pflegers gegen den Beschluss des Erbgesundheitsgerichtes [...], durch welchen die Unfruchtbarmachung seines Sohnes [...] auf Antrag der Universitätsnerven-

---

<sup>504</sup> UAT 669/19098

<sup>505</sup> UAT 669/19234



linik Tübingen wegen Schizophrenie angeordnet worden ist, wird [...] als unbegründet zurückgewiesen.

[...]

[...] kann von der Unfruchtbarmachung deshalb nicht abgesehen werden, weil sich der Gesundheitszustand des [Patienten] in letzter Zeit gebessert hat. Auch wenn diese Besserung von Bestand ist, was zu hoffen ist, bleibt doch die Krankheitsanlage bestehen, welche die Ursache seiner Erkrankung war und welche sich im Fortpflanzungsfall auf seine Nachkommen vererben würde. Dies soll durch Unfruchtbarmachung verhütet werden. Es ist aber offenbar, daß die Fortpflanzungsgefahr gerade dann gegeben ist, wenn der Sohn des Beschwerdeführers nicht mehr anstaltsbedürftig ist, sondern wieder zu Hause sein und seinem Beruf nachgehen kann.

Von der Unfruchtbarmachung kann daher nicht abgesehen werden.“

### 3.2.26 Konformität der Gutachterempfehlungen und der EGG-/EGOG-Beschlüsse

In Tabelle 27 erfolgt eine Darstellung der Übereinstimmungen bzw. Diskrepanzen zwischen der Gutachterempfehlung und den Beschlüssen des EGG bzw. EGOG. Es konnten nur diejenigen Krankenakten in die Berechnung mit einbezogen werden, die neben einem Sterilisationsgutachten einen auf das Gutachten bezogenen Beschluss eines EGG bzw. EGOG enthielten.

**Tab. 27:** Übereinstimmung und Diskrepanzen der Gutachterempfehlungen mit den EGG- bzw. EGOG-Beschlüssen

Konformität	Anzahl Patienten		Σ
	Frauen	Männer	
Übereinstimmung	15 93,75%	11 91,67%	26 92,86%
Diskrepanz	1 6,25%	1 8,33%	2 7,14%
Σ	16 100%	12 100%	28 100%

Daraus wird deutlich, dass die überwiegende Zahl der EGG- bzw. EGOG-Beschlüsse (26 von 28 = 92,86%) mit den Empfehlungen der Gutachter übereinstimmte.

In zwei Fällen führten die Gutachten zu einer Einstellung des Verfahrens, bei einer Frau wie oben erwähnt aufgrund eines Verfahrensfehlers und bei ei-

nem Mann aufgrund seiner geringen Fortpflanzungsgefahr (in diesem Fall legte sich der Gutachter nicht eindeutig fest, sodass hier nicht unbedingt von einer Diskrepanz gesprochen werden kann).

### 3.2.27 Die Sterilisationszahlen der Universitäts-Frauenklinik

---

Eine Untersuchung der Operationsbücher der Universitäts-Frauenklinik Tübingen aus den Jahren 1940 – 1944 ergab eine Gesamtzahl von 20 Sterilisationen aus eugenischer Indikation im Jahre 1941.

Am häufigsten erfolgte die Sterilisation aufgrund angeborenen Schwachsinns (12 von 20 Fällen = 60,0%). In fünf Fällen (25,0%) lautete die Diagnose Schizophrenie und in zwei Fällen (10,0%) manisch-depressives Irresein. Bei einer Patientin (5,0%) fanden sich keine Angaben zur Diagnose.

In der Regel erfolgte die Sterilisation anhand der Tubenquetschung nach Madlener (17 von 20 Fälle = 85,0%), in zwei Fällen erfolgte eine beidseitige Tubenexstirpation (10,0%) und in einem Fall eine Keilexzision beider Tuben (5,0%). Für das Jahr 1941 konnte lediglich eine kombinierte Sterilisation und Schwangerschaftsunterbrechung nachgewiesen werden.

In insgesamt fünf Fällen handelte es sich dabei um Patientinnen, die zuvor in der Universitäts-Nervenlinik Tübingen behandelt worden waren. Zwei dieser Patientinnen wurden aus der Nervenlinik direkt zur Sterilisation in die Frauenklinik verlegt. Die übrigen drei Patientinnen wurden zunächst nach Hause entlassen. Darunter waren zwei Patientinnen, die mittels Formblattgutachten zur Sterilisationsfrage begutachtet worden waren und deren Sterilisation vom Gutachter empfohlen und durch die zuständigen Erbgesundheitsgerichte beschlossen worden war.

Bei der Durchsicht der 1942 durchgeführten Operationen konnte nachgewiesen werden, dass eine weitere 1941 in der Nervenlinik begutachtete Patientin, deren Sterilisation im Gutachten empfohlen wurde, bei der jedoch keine Angaben zum Beschluss des EGG vorlagen, aus eugenischen Gründen sterilisiert worden war.

In den vorliegenden Unterlagen konnten keine Informationen über Komplikationen oder Todesfälle im Rahmen der Eingriffe gefunden werden.

Neben den Sterilisationen aus eugenischen Gründen erfolgten sterilisierende bzw. kastrierende Eingriffe aus medizinischer Indikation, z. B. bei doppelseitigen Adnextumoren, Ovarialzysten oder -karzinomen, bei Corpus- und Zervix-Karzinomen und Herzvitien.

### 3.2.28 Fallbeispiel 1

---

Die 21-jährige Hausgehilfin E. F.<sup>506</sup> wurde während ihres stationären Aufenthaltes von April bis August 1941 wegen Schizophrenie angezeigt und Antrag auf Unfruchtbarmachung gestellt. Das erstattete Formblattgutachten empfahl ihre Sterilisation, die im Oktober 1941 durch das zuständige EGG beschlossen wurde. Die Beschwerde der Patientin führte im März 1942 aufgrund des EGOG-Beschlusses zu einer Aussetzung des Verfahrens für die Dauer von 2 Jahren aufgrund diagnostischer Unsicherheit. Das Wiederaufnahmeverfahren im Juni 1944 führte schließlich zur Abänderung des EGG-Beschlusses:

„Auf die Beschwerde der [Patientin] gegen den Beschluss des Erbgesundheitsgerichtes [...], durch welchen ihre Unfruchtbarmachung wegen Schizophrenie auf Antrag des Amtsarztes veranlasst worden ist, wird dieser Beschluss abgeändert und der Antrag auf Unfruchtbarmachung [der Patientin] abgelehnt.

Gründe:

Die Beschwerdeführerin ist im Frühjahr 1941 an einer geistigen Störung erkrankt wegen der sie im April 1941 in der Universitätsnervenklinik Tübingen aufgenommen werden musste. Das Krankheitsbild wies auf Schizophrenie hin (akustische Halluzinationen). Da jedoch eine familiäre Belastung nicht nachweisbar ist und die geistige Störung auch nach verhältnismäßig kurzer Dauer ohne Restsymptome verschwunden ist, so wurde das Verfahren auf die Beschwerde zur Sicherstellung der Diagnose auf 2 Jahre ausgesetzt. Die durch das Staatliche Gesundheitsamt [...] nach Ablauf der Aussetzungsfrist vorgenommene Nachuntersuchung der Beschwerdeführerin hat nun ergeben, daß die Heilung angehalten hat und daß die Beschwerdeführerin keine schizophrene Wesensänderung zeigt.

Bei diesem Sachverhalt kann ärztlich nicht einwandfrei festgestellt werden, daß die Beschwerdeführerin im Frühjahr 1941 an einer anlagemäßig bedingten Geisteskrankheit i. S. des

---

<sup>506</sup> UAT 669/9610

§ 1 Abs. 2 Ziff. 2 des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses gelitten hat und daß die große Wahrscheinlichkeit bestünde, daß ihre Nachkommen an schweren geistigen Erbschäden leiden würden.“

### 3.2.29 Fallbeispiel 2

---

Die o. g. 31-jährige Hausfrau H. S.<sup>507</sup> litt offenbar

„seit der Geburt ihres Kindes im Jahre 1937 an typisch epileptischen Krampfanfällen mit Bewusstlosigkeit, Versteifung des Körpers, Zungenbiss, Einnässen und Zuckungen der Gliedmaßen“

und wurde wegen des Verdachtes auf eine genuine Epilepsie im April 1941 angezeigt und Antrag auf Unfruchtbarmachung gestellt. Der Gutachter kam zu dem Ergebnis, dass bei der Patientin eine genuine Epilepsie vorliege und empfahl ihre Sterilisation, da sich die Patientin außerdem im fortpflanzungsfähigen Alter befand. Die Patientin lehnte den Antrag auf Unfruchtbarmachung ab,

„da [sich ihr] Befinden [...] wesentlich gebessert habe, die Anfälle viel seltener [und] weniger stark aufgetreten seien seit der Entlassung aus der Klinik; [...] es [handele] sich nur noch um kurze Bewusstseinsstörungen (Absenzen).“

Eine Nachuntersuchung führte jedoch zu dem Ergebnis, dass

„[exogene] Ursachen für die Entstehung des Anfallsleidens [...] nicht ermittelt werden [konnten]. Wären die Anfälle Ausdruck einer Schwangerschaftstoxikose gewesen, so hätten diese nach der Geburt nicht wieder auftreten dürfen. Im Gegenteil [habe sich] das Leiden [...] erst in seiner vollen Ausprägung nach der Geburt [entwickelt].“

Außerdem liege eine

„gleichartige erbliche Belastung vor. Das Leiden [habe] Progredienz [gezeigt]. Das jetzt beobachtete Seltenwerden der Anfälle [beruhe] auf fortlaufender medikamentöser und diätetischer Behandlung [und die Patientin zeige] [...] deutliche Züge epileptischer Wesensänderung.“

---

<sup>507</sup> UAT 669/11719

Im Mai 1942 wurde in Anlehnung an das Gutachten der Universitäts-Nervenlinik Tübingen vom April 1941 die Unfruchtbarmachung der Patientin beschlossen, da

„es sich bei [der Patientin] um erbliche Fallsucht [handele]. Diese Krankheit [sei] vererblich: nach den Erfahrungen der ärztlichen Wissenschaft [bestehe] die große Wahrscheinlichkeit, dass etwaige weitere Nachkommen [der Patientin] an schweren geistigen oder körperlichen Erbschäden leiden würden. Dies [müsse] im Interesse der Volksgesundheit verhütet werden.“

Die dagegen eingelegte Beschwerde wurde im Juli 1942 durch das EGOG Stuttgart als unbegründet zurückgewiesen mit der Begründung, dass

„ärztlich einwandfrei fest[stehe], daß [die Patientin] an erblicher Fallsucht [leide] bzw. [gelitten habe]. Dabei [sei] es für die Entscheidung ohne Belang, ob die Anfälle jetzt seltener aufträten und mit der Zeit – bei Gebrauch geeigneter Gegenmittel und einer entsprechenden Lebensweise – vielleicht ganz [verschwinden, da dadurch an] der Erbanlage, welche die eigentliche Ursache der Anfallsbereitschaft [darstelle], [...] nichts geändert [würde]. Die Erbanlage [übertrage] sich [...] im Falle der Fortpflanzung auf die Nachkommen und [setze] diese der Gefahr [einer gleichartigen] Erkrankung in erhöhtem Maße aus. Die Beschwerdeführerin [müsse] daher verständlicherweise auf weiteren Nachwuchs verzichten und zur Sicherstellung dieses Verzichts [sei] die Unfruchtbarmachung geboten u. nach § 1 Abs. 2 Ziff. 4 des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses zulässig.“

### 3.2.30 Fallbeispiel 3

---

Der o. g. 41-jährige Landwirt J. R.<sup>508</sup> wurde erstmals im Januar / Februar 1929 aufgrund einer schizophrenen Psychose in der Universitäts-Nervenlinik Tübingen stationär aufgenommen. Ein zweiter stationärer Aufenthalt erfolgte von September bis November 1929.

Aus den vorliegenden Gutachten geht hervor, dass den Krankenblättern des Jahres 1929 zu entnehmen gewesen sei,

„dass er damals Wahnideen, vorwiegend religiöser Art, hatte [...]. Dazu kamen dann noch Verfolgungsideen und Beeinträchtigungsgefühle. [...]

Es bestand damals sicher ein schizophrener Symptomenkomplex [...].“

---

<sup>508</sup> UAT 669/23951 und UAT 669/23952

Über die weitere Entwicklung des Patienten ist den Gutachten zu entnehmen, dass

„seit der Entlassung [aus der Universitäts-Nervenlinik Tübingen] im Jahre 1929 [...] kein schizophrener Schub mehr in Erscheinung getreten [sei]. Wie sein Bruder [...] im Januar 1941 berichtete, [sei] R. nicht mehr auffällig gewesen und stets fleissig seiner Arbeit nachgegangen.“

Anfang des Jahres 1941 erfolgte die stationäre Aufnahme des Patienten zur Beobachtung und Untersuchung „zwecks Klärung der Frage seiner Ehe-tauglichkeit und Sicherstellung der Diagnose“ nach Aufforderung des zuständigen Gesundheitsamtes. Der Gutachter kam zu dem Ergebnis, dass zu diesem Zeitpunkt „kein Anhaltspunkt für eine Psychose“ bestehe:

„Da der damalige schizophrene Schub keine gröberen Defekte hinterlassen [habe] und in der Zwischenzeit kein neuer in Erscheinung getreten ist, so [habe] es sich sicher nur um eine leichte Form einer schizophrenen Psychose [gehandelt]. Eine Sterilisierung [sei] deshalb nicht angezeigt.“

Der Patient wurde jedoch

„für eheuntauglich und seine Ehe für die Volksgemeinschaft [für] unerwünscht [gehalten], da infolge seiner früheren Erkrankung erhöhte Gefahren für seine Nachkommen [beständen].“

Im April 1941 erfolgte auf Anfrage des zuständigen EGG die Begutachtung des Patienten bezüglich der Frage,

„ob [der Patient] an Schizophrenie im Sinne von § 1 Abs. 2 Nr. 2 des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses [leide] und [ob] nach den Erfahrungen der ärztlichen Wissenschaft mit grosser Wahrscheinlichkeit zu erwarten [sei], dass seine Nachkommen an schweren geistigen Erbschäden leiden werden.“

Die Begutachtung erfolgte durch denselben Gutachter wie Anfang 1941. Dieser kam zu dem Schluss, dass bei dem Patienten 1929

„sicher ein schizophrener Symptomenkomplex [bestanden habe], der sich jedoch gut zurückgebildet [habe]; [der Patient besitze] gegenüber seinen Wahnideen eine gewisse Krankheitseinsicht und [bezeichne] die Erlebnisse (zum Teil wenigstens) als Wahn. [...]

[Die] jetzige Beobachtung [...] [habe ergeben], dass bei R. zurzeit kein Anhaltspunkt für eine schizophrene Psychose [bestehe]. Der im Jahre 1929 aufgetretene schizophrene Schub [habe] keine größeren Defektsymptome hinterlassen.“

Es habe sich also damals nach Einschätzung des Gutachters „nur um eine leichte Form einer schizophrenen Psychose“ gehandelt und man könne deshalb

„heute [...] nicht sagen, dass [der Patient] zurzeit an einer Schizophrenie im Sinne von § 1, Abs. 2, Nr. 2 des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses [leide]. Eine Sterilisation [sei] deshalb nicht angezeigt.“

Über eventuelle Auffälligkeiten in der Familienanamnese wurden in der Akte keine Angaben gemacht.

Nach einem Einwand des zuständigen Staatlichen Gesundheitsamtes gegen das Ergebnis des Sterilisationsgutachtens vom April 1941 folgte eine Anfrage des EGG mit der Bitte um Stellungnahme:

„So, wie Ihr Gutachten bis jetzt formuliert ist, scheint es in der Tat entweder einen Widerspruch zu enthalten oder dem Sinn des § 1 des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses nicht gerecht zu werden.“

Denn danach leide

„auch derjenige an einer Erbkrankheit, bei dem sie nur vorübergehend aus einer verborgenen Anlage sichtbar geworden ist [...].

Ist es sicher, dass es sich bei der im Jahre 1929 aufgetretenen Geistesstörung um eine schizophrene Erkrankung gehandelt hat?“

Im Ergänzungsgutachten erläuterte Prof. Dr. Hoffmann zunächst die bis dato anerkannte Lehrmeinung auf dem Gebiet der Schizophrenie:

„Es gibt eine sogenannte Kerngruppe der Schizophrenien, deren Verlauf sich durch eine fortschreitende affektive Verblödung auszeichnet. Die bisher vorliegenden wissenschaftlichen Ergebnisse von Nachkommenuntersuchungen beziehen sich auf diese Gruppe schizophrener Erkrankungen, und man kann nur bei ihr den Standpunkt vertreten, daß die Nachkommenschaft gefährdet und damit die Sterilisation angezeigt ist.

Außer dieser Kerngruppe gibt es eine Fülle von klinisch leichteren Erkrankungsformen, über deren Nachkommenschaft hinsichtlich einer [eventuellen] Erkrankungswahrscheinlichkeit wir nur vage Vermutungen aussprechen können.“

Für den vorliegenden Fall kam er zu der folgenden Einschätzung:

„Daß es sich bei [dem Patienten] im Jahre 1929 um einen schizophrenen Schub gehandelt hat, dürfte wohl nicht zweifelhaft sein. Er ist aber seither gesund geblieben. Die bei der Kerngruppe übliche fortschreitende Krankheitsentwicklung ist bei ihm nicht eingetreten. Sicherlich ist R. irgendwie mit einer schizophrenen Anlage [beziehungsweise] Teilanlage behaftet, wir können aber nicht sagen, daß seine Nachkommen im Sinne des Gesetzes mit großer Wahrscheinlichkeit an schweren geistigen Erbschäden leiden werden, wenn auch der Grad ihrer Gefährdung über dem der Durchschnittsbevölkerung liegt. Infolgedessen mußte das Ergebnis der Begutachtung dahin lauten, daß eine Sterilisation nicht in Frage kommt.

Der mißverständliche letzte Absatz unseres Gutachtens vom 25.4.41 ist dahin zu deuten, daß R. nicht an einer gleichsam sterilisationspflichtigen Schizophrenie leidet. Die leichteren Formen der schizophrenen Erkrankungen fallen nicht unter das Gesetz, weil die Gefährdung der Nachkommen zweifelhaft ist. Eine reaktive Psychose ist nicht anzunehmen.“

Hierbei handelt es sich scheinbar um ein Schlupfloch im GzVeN. Leider liegen uns keine Unterlagen zum weiteren Verlauf des Erbgesundheitsverfahrens vor, sodass eine Beurteilung der Wirksamkeit dieses Vorgehens anhand des EGG-Beschlusses nicht möglich ist.

Der Patient wurde im Jahre 1955 ein weiteres Mal begutachtet, diesmal hinsichtlich seiner Berufs- und Erwerbsfähigkeit. Im Rahmen dieses Gutachtens ging der Gutachter auch auf den aktuellen Zustand des Patienten hinsichtlich der 1929 überstandenen schizophrenen Psychose ein:

„Auch anlässlich der jetzigen stationären Beobachtung konnten wir keine Zeichen eines floriden schizophrenen Geschehens nachweisen. Als Ausdruck eines leichten schizophrenen Defektes besteht bei R. eine manirierte Mimik und eine auffallend devote Haltung.“



---

### 3.2.31 Fallbeispiel 4

---

Der 26-jährige Landwirt und frühere Gefreite M. W.<sup>509</sup> wurde von Dezember 1940 bis März 1941 zur stationären Untersuchung und Beobachtung zwecks Begutachtung nach dem GzVeN im Auftrag des zuständigen EGG in die Universitäts-Nervenlinik Tübingen aufgenommen. Die Anzeige und der Antrag auf Unfruchtbarmachung wurden jeweils durch Ärzte der Universitäts-Nervenlinik Tübingen, gestellt.

Das Formblattgutachten der Nervenlinik vom März 1941 kam zu dem Ergebnis, dass der Patient an Schizophrenie leide und eine Sterilisation zu empfehlen sei, da sich der Patient außerdem im fortpflanzungsfähigen Alter befinde. Des Weiteren war den Angaben in der Akte bezüglich Auffälligkeiten in der Familienanamnese zu entnehmen, dass ein

„Bruder eine Sonderlingsnatur sein [soll], ein anderer weichherzig und zeitweilig depressiv“.

Näheres sei nicht bekannt.

In einer gutachtlichen Äußerung der Universitäts-Nervenlinik Tübingen vom April 1941 heißt es darüber hinaus:

„[Der Patient] leidet an einer Schizophrenie; der zweite Schub ist zur Zeit im Abklingen und hinterlässt einen Defekt. Wegen der Unberechenbarkeit des Pat. und der daraus entstehenden Gefahr für die Umgebung ist eine Unterbringung in einer Heilanstalt notwendig. Die Diagnose steht einwandfrei fest; das [zuständige] Erbgesundheitsgericht [...]hat die Unfruchtbarmachung angeordnet und einen Antrag des Pat. auf Wiederaufnahme des Verfahrens durch Beschluss vom [...]abgelehnt.

Es handelt sich demnach um ein anlagebedingtes Leiden, um eine endogene Psychose, die in keinerlei Zusammenhang mit der Teilnahme des Pat. am Kriege steht.“

Im Mai 1941 wurde per Beschluss des EGG die Unfruchtbarmachung des Patienten wegen Schizophrenie angeordnet. Die dagegen eingelegte Beschwerde des Patienten wurde durch den Beschluss des EGOG Stuttgart vom Juli 1941 zurückgewiesen:

---

<sup>509</sup> UAT 669/20616 und UAT 333/Ti-Wein

„Die Beschwerde des Pflegers (Vaters) gegen den Beschluss des Erbgesundheitsgerichtes [...], durch welchen die Unfruchtbarmachung seines Sohnes M. W. wegen Schizophrenie auf Antrag des [staatlichen] Gesundheitsamtes [...] angeordnet worden ist, wird [...] als unbegründet zurückgewiesen.“

Als Begründung führt das EGOG an, dass es für

„die Notwendigkeit der Unfruchtbarmachung [...] ohne Bedeutung [sei], ob in dem Befinden des [Patienten] eine Besserung oder gar eine vollständige Wiederherstellung [eingetreten sei, da] die Krankheitsanlage, welche die Grundursache seiner Erkrankung bildet, [...] immer bestehen [bleibe] und [...] sich im Fortpflanzungsfalle auf seine Nachkommen vererben [würde], was gerade verhindert werden soll. Diese Verhütungsmassnahme [sei] aber gerade dann besonders notwendig, wenn der [Patient], wie zu hoffen [sei], wieder berufsfähig und arbeitsfähig [werde], weil gerade dann die Fortpflanzungsgefahr viel grösser [sei], als ins solange er krank und anstaltsbedürftig [sei].“

Nach Ablehnung seiner Beschwerde wandte sich der Patient „an den ärztlichen Direktor des Bürgerhospitals in Stuttgart“, der zwar die Diagnose der Schizophrenie als richtig bezeichnet, aber eine „Vollremission“ der Erkrankung festgestellt habe.

Anlässlich dieses Gutachtens stellte der Patient

„entsprechend einer Anregung des Sachverständigen, sowie des Staatlichen Gesundheitsamtes [...] und des [württembergischen] Innenministers einen Wiederaufnahmeantrag“,

der rechtlich folgendermaßen begründet wurde:

„Es sei nach dem Beschluss des Erbgesundheitsobergerichtes eine Vollremission eingetreten, also nach Ablauf eines schizophrener Schubes eine Persönlichkeitsveränderung nicht mehr erkennbar. Ausserdem handle es sich um einen Einzelfall in der Sippe des Erbkranken. Bei dieser Sachlage hätte nach der Anlage zu der Verfügung des Reichsministers des Innern vom 5.12.1939 [...] betreffend die Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses von der Stellung eines Antrags auf Unfruchtbarmachung abgesehen werden können.“

Im Beschluss des zuständigen EGG vom März 1942 wurde der „Antrag auf Wiederaufnahme des Erbgesundheitsverfahrens [...] als unbegründet abge-

lehnt“ mit der Begründung, es sei „ein Termin zur Verhandlung vor dem Erbgesundheitsgericht“ angesetzt und der „Erbkranke“ hierzu „geladen“ worden.

„Er [sei] aber in diesem Termin ausgeblieben; seine Mutter [habe] hiezu fernmündlich mitgeteilt, dass bei dem Erbkranken ein schwerer Rückfall eingetreten sei. Das Staatliche Gesundheitsamt [...] [habe] [...] bestätigt, dass es sich offenbar um einen neuen schizophrenen Schub handle. Der Erbkranke [sei] [...] inzwischen wegen der Gefährlichkeit seiner neuerlichen Erkrankung in die Universitäts-Nervenlinik Tübingen überführt worden.“

Damit brauche die „Rechtsfrage, ob die Wiederaufnahme des Verfahrens im vorliegenden Fall lediglich auf Grund der eingetretenen Vollremission zulässig gewesen wäre, [...] hier nicht entschieden zu werden“, da die „neuerliche Erkrankung des [Patienten] [...] dem Gutachten des [Direktors des Bürgerhospitals in Stuttgart] den Boden entzogen“ habe.

„Der Fall, den die genannte „Anlage“ im Auge [habe], [sei] hier nicht mehr als gegeben anzusehen. Damit [sei] auch kein Umstand mehr vorliegend, der die Wiederaufnahme des Verfahrens nach § 12 Abs. 2 des Erbgesundheitsgesetzes rechtfertigen könnte. Der Antrag [sei] als unbegründet abzulehnen.“

Der Vollständigkeit wegen sei hier noch erwähnt, dass der Patient auf Ersuchen des Truppenarztes beim zuständigen Wehrmachtsfürsorge- und Versorgungsamt im Juli 1941 im Reservelazarett II Tübingen, Teillazarett Nervenlinik, erneut begutachtet wurde, diesmal bezüglich einer eventuell bestehenden Wehrendienstbehinderung. Sein Vater habe „Antrag auf Versorgung für die nach der Entlassung des [Patienten] aus dem Heeresdienst aufgetretene Erkrankung“ gestellt.

Der Gutachter kommt zu dem Urteil, dass

„[der Patient] [...] eine schizophrene Erkrankung [...] von ganz typischem Gepräge (Katatonie) [durchgemacht habe]. Der schizophrene Schub [sei] jetzt im wesentlichen abgeklungen und [habe] zu einer sozialen Remission geführt, d. h., er [sei] arbeitsfähig. Psychotische Störungen [seien] zur Zeit nicht nachzuweisen. Eine Vollremission [könne aber] im Hinblick auf die nicht vollkommene Krankheitseinsicht nicht angenommen werden. [...] Soweit sich auf Grund der [nach Meinung des Gutachters] recht guten objektiven Unterlagen der Verlauf der schizophrenen Erkrankung beurteilen [lasse], [sei] es daher wahrscheinlich, dass die seelische Störung, die erst im Spätjahr 1940 zu für die Angehörigen eindeutig erkennbaren Erscheinungen einer

Geisteskrankheit [geführt habe], schon im Jahre 1939 sich in damals und auch bei der Entlassung aus dem Heeresdienst noch nicht erkannten schizophrenen Symptomen [manifestiert habe].

Ueber die Frage des Zusammenhangs der Erkrankung mit dem abgeleisteten Wehrdienst [sei] folgendes zu sagen: Es [handle] sich um eine typische schizophrene Erkrankung, die fraglos auf angeborene erbbedingte Ursachen zurückzuführen [sei]. Der Beginn der Erkrankung [sei] schon in die Friedenszeiten zurückzulegen. Nach den Ergebnissen der ärztlich wissenschaftlichen Forschungen [bestehe] kein Zweifel darüber, dass äussere Ursachen, die mit dem Wehrdienst zusammenhängen, bei der Entstehung der Krankheit keine Rolle spielten. [...] Es [sei] daher [nach Einschätzung des Gutachters] [...] eine Verschlimmerung des Leidens durch den Wehrdienst abzulehnen. Danach [ergebe] sich nach dem WFVG., dass ein Zusammenhang des Leidens mit dem Wehrdienst nicht anzunehmen [sei], und dass keine Versehrtheit [bestehe]. [...] Nach Abschluss der Klinikbehandlung [seien] besondere Massnahmen nicht erforderlich [gewesen]. Auch zur Zeit [sei] W. als nicht behandlungsbedürftig und arbeitsfähig zu betrachten.“

---

### 3.3 Exkurs: Ehetauglichkeitsgutachten

---

Die Grundlage der Ehetauglichkeitsbegutachtung stellte das *Gesetz zum Schutze der Erbgesundheit des deutschen Volkes (Ehegesundheitsgesetz)*<sup>510</sup> vom 18. Oktober 1935 dar, dessen Gesetzestext in Anhang 11 wiedergegeben ist. Dieses Gesetz ergänzte zusammen mit dem zu den Nürnberger Gesetzen zählenden *Gesetz zum Schutze des deutschen Blutes und der deutschen Ehre (Blutschutzgesetz)*<sup>511</sup> vom 15. September 1935, das im §1 Eheschließungen und im § 2 außerehelichen Verkehr zwischen Juden und Staatsangehörigen deutschen oder artverwandten Blutes untersagte, das Sterilisationsgesetz und „[komplettierte] die rassistische Gesetzgebung“<sup>512</sup>.

Während das GzVeN zu einer „[operativen] Verstümmelung“<sup>513</sup> von „Erbkranken“<sup>514</sup> und „Minderwertigen“<sup>515</sup> führte, bewirkte die Einführung des Ehegesundheitsgesetzes eine „[soziale] Verstümmelung“<sup>516</sup>, indem es die Eheschließung verbot, wenn einer der Partner an einer ansteckenden oder psychischen Krankheit oder an einer Erbkrankheit litt oder zwangssterilisiert war oder aus sonstigen Gründen keine Kinder bekommen konnte. Ausnahmegenehmigungen wurden „nur dann erteilt [...], wenn einer der Partner sterilisiert worden oder aus anderen Gründen unfruchtbar war [und] der andere jenem Personenkreis zugerechnet wurde, der zwar nicht unter das GzVeN fiel, dessen Nachkommenschaft aber gleichwohl „unerwünscht“ war“<sup>517</sup>. Außerdem erschwerte es die Eheschließung dadurch, dass alle Verlobten ein „Ehetauglichkeitszeugnis des Gesundheitsamtes“<sup>518</sup> vorzulegen hatten, welches nachweisen musste, dass kein Ehehindernis im Sinne des Gesetzes vorliege, mit dem Ziel, „die

---

<sup>510</sup> (BEYER, 1936) S. 44ff

<sup>511</sup> (BEYER, 1936) S. 30ff

<sup>512</sup> (KLEE, 2010) S. 44

<sup>513</sup> Siehe Wuttke in (BORST, 1988) S: 226

<sup>514</sup> Siehe Wuttke in (BORST, 1988) S. 226

<sup>515</sup> Siehe Wuttke in (BORST, 1988) S. 226

<sup>516</sup> Siehe Wuttke in (BORST, 1988) S. 227

<sup>517</sup> Siehe Wuttke in (BORST, 1988) S. 227

<sup>518</sup> (BEYER, 1936) S. 47

Volkskraft und Volksgesundheit der jetzigen und der kommenden Geschlechter [...] zu sichern und dem deutschen Volk eine Höherentwicklung zu ermöglichen<sup>519</sup>. Gleichzeitig sollte die dafür notwendige Eheberatung, die jedem Paar zuteilwerden sollte, auch diejenigen „Volksgenossen“<sup>520</sup>, bei denen andere gesundheitliche Bedenken als die im Gesetz aufgeführten gegen eine Ehe sprachen, für ihre eigene Verantwortung dem „Wohle der kommenden Geschlechter und des gesamten Volkes“<sup>521</sup> gegenüber sensibilisieren.

Insgesamt wurden im Laufe des Jahres 1941 an der Universitäts-Nervenklinik Tübingen lediglich drei Ehetauglichkeitsgutachten erstattet:

1) Bei einer 38-jährigen Hausfrau<sup>522</sup> wurde ein Ehetauglichkeitsgutachten wegen Schizophrenie erstattet zur Klärung der Frage,

„ob die Geisteskrankheit der [Patientin] einen solchen Grad erreicht [habe], daß die geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten aufgehoben [sei] bzw. eine Wiederherstellung dieser Gemeinschaft nicht erwartet werden [könne].“

Der Gutachter kam zu dem Ergebnis, dass die Patientin an einer „schizophrenen Geistesstörung“ leide und dass

„[bei] der Art des Krankheitsprozesses, der nun mindestens seit 7 Jahren [bestehe], [...] der jetzige Zustand nicht mehr nur als ein vorübergehender betrachtet werden [könne], der [evtl.] eine spontane oder durch eine Behandlung herbeigeführte Besserung erwarten [lasse]. Man [könne] mit hinreichender Sicherheit sagen, daß der schizophrene Prozess infolge der damit verbundenen organischen Veränderungen zu einem unheilbaren Zustand geführt [habe]“

und dass deshalb

„die geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten als aufgehoben zu betrachten [sei] und [...] eine Wiederherstellung dieser Gemeinschaft nicht mehr erwartet werden [könne].“

---

<sup>519</sup> (BEYER, 1936) S. 47

<sup>520</sup> (BEYER, 1936) S. 47

<sup>521</sup> (BEYER, 1936) S. 47

<sup>522</sup> UAT 669/9708

2) Bei einem 30-jährigen Feinmechaniker<sup>523</sup> wurde ein Eheauglichkeitsgutachten zu Klärung der Frage, ob unter der eingetretenen epileptischen Wesensänderung des Patienten eine Aufrechterhaltung der ehelichen Gemeinschaft noch möglich erscheine, erstattet, da die Ehefrau und Klägerin behauptet habe,

„die epileptischen Anfälle, unter denen der Beklagte zu leiden habe, würden es mit sich bringen, dass er auch in der übrigen Zeit vielfach gereizt und streitsüchtig sei. Der Beklagte als Epileptiker stehe unter psychischen Spannungszuständen, die es verständlich machen würden, daß er oft tagelang für seine Umwelt ganz teilnahmslos sei, oft stundenlang in eine Ecke stiere und sich insbesondere um seine Ehefrau [...] in solchen Zuständen nicht kümmere.“

Der Gutachter kam aufgrund der eingehenden Untersuchung und Beobachtung des Patienten in der Universitäts-Nervenlinik Tübingen zu dem Ergebnis, dass bei dem Patienten eine organische Erkrankung des Gehirns vorliege,

„die zu erheblichen Störungen körperlicher und seelischer Art geführt [habe] und in deren Verlauf in unregelmässigen Abständen schwere epileptische Anfälle auftreten. Epileptiker [seien] erfahrungsmässig wegen ihrer Reizbarkeit, ihrer Uneinsichtigkeit und der bei ihnen mehr oder weniger ausgeprägt vorhandenen egozentrischen Gesichtsfeldeinengung sehr schwierig zu behandelnde Menschen. Dazu [komme] noch, daß sie häufig vor oder nach den einzelnen Anfällen durch erhebliche seelische Störungen, die unter Umständen bis zur ausgesprochenen Geistesverwirrung sich steigern [können], unberechenbar [seien].“

Aufgrund dieser Ausführungen hielt der Gutachter es für durchaus verständlich,

„[wenn] die Klägerin deshalb [behauptete], die Aufrechterhaltung der ehelichen Gemeinschaft sei nicht mehr möglich.“

Ferner sei es

„eben eine häufig zu beobachtende Erfahrung, daß Krankheiten, die zu einer ausgesprochenen Persönlichkeitsveränderung führen, für die Umgebung eine sehr starke Belastung darstellen und dass selbst eine starke affektive Bindung im Laufe der Zeit den Schwierigkeiten nicht [standhalte]. [...] Wenn eben einmal der Zustand eingetreten [sei], daß der Persönlich-

---

<sup>523</sup> UAT 669/19404 und UAT 669/19405

keitsdefekt zu einem Erkalten der Gefühle geführt [habe] (gleichgültig auf welcher Seite dies nun der Fall [sei]), so [sei] damit keine Möglichkeit für eine eheliche Gemeinschaft mehr gegeben. Und gerade bei Epileptikern [komme] dann noch hinzu, daß sie in ihrer krankhaften Einsichtslosigkeit und in ihrer egozentrischen Einstellung, die [sie] die Schuld aller Schwierigkeiten nur bei anderen suchen lässt, ihrer Umgebung ein grosses Mass an Verständnis zumuten. Wo dieses nicht mehr gegeben [sei], [würde] über kurz oder lang ein Zusammenleben (nicht nur in ehelicher, sondern in häuslicher Gemeinschaft) unmöglich.“

Die §§ 50 und 51 des *Gesetzes zur Vereinheitlichung des Rechts der Eheschließung und der Ehescheidung im Lande Österreich und im übrigen Reichsgebiet*<sup>524</sup> vom 6. Juli 1938 (Ehegesetz) erlaubten den Ehepartnern in solchen Fällen, die Scheidung zu beantragen (siehe Anhang 12).

3) Das im Fallbeispiel 3 genauer erläuterte Ehetauglichkeitsgutachten führte in der Folge zur Einleitung eines Erbgesundheitsverfahrens.

In insgesamt sechs Sterilisationsgutachten, die in ihren Empfehlungen zu dem Ergebnis kamen, dass bei dem jeweiligen Patienten die Voraussetzungen des § 1 des GzVeN nicht erfüllt seien, erfolgte darüber hinaus eine Beurteilung der Ehetauglichkeit bzw. -untauglichkeit des Patienten. Dabei handelte es sich um vier Frauen, deren Unfruchtbarmachung wegen des vermutlich exogenen Ursprungs ihres Schwachsinn abgelehnt wurde. In drei der vier Fälle wurde der Schwachsinn jedoch als so hochgradig eingeschätzt, dass er als Ehehindernis im Sinne des § 1, Abs. c des Ehegesundheitsgesetzes beurteilt wurde. Lediglich bei einer Patientin mit einem erworbenen Schwachsinn leichteren Grades konnte der Gutachter kein Ehehindernis feststellen. Außerdem wurde die Frage der Ehetauglichkeit zweier wegen Epilepsie zur Sterilisationsfrage begutachteter Männer beurteilt, deren Unfruchtbarmachung wegen vermutlich exogen bedingter Epilepsie bzw. fehlender Sicherheit der Diagnose abgelehnt wurde. In einem Fall wurde die spätere Nachuntersuchung bei geplanter Eheschließung empfohlen, in dem anderen Fall konnte dem Patienten aufgrund langjähriger Anfallsfreiheit ohne Einnahme krampfmindernder Medikamente die Eheerlaubnis nicht verweigert werden.

---

<sup>524</sup> (Reichsministerium des Innern, 1938), S. 812



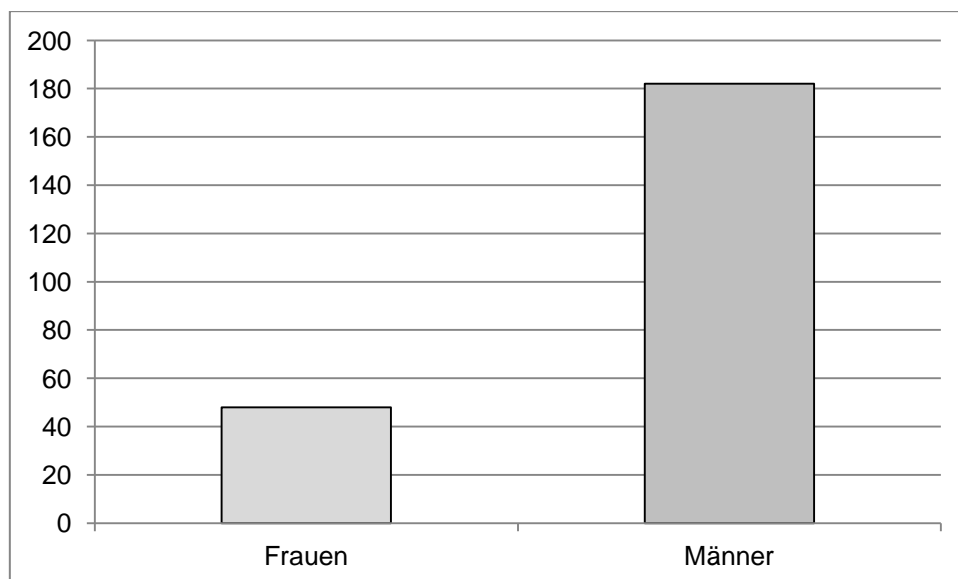
### 3.4 Sonstige zivile Gutachten

Im Folgenden werden die übrigen zivilen Gutachten besprochen, die zu anderen Fragestellungen als zur Sterilisationsfrage verfasst wurden. Dabei werden nur die für diese Kategorie von Gutachten relevanten Gesichtspunkte beleuchtet. Die im vorgehenden Kapitel erwähnten Eheauglichkeitsgutachten wurden in dieser statistische Auswertung mit einbezogen. Die personenbezogenen Daten des in Fallbeispiel 3 ausführlich vorgestellten Patienten wurden jedoch nicht erneut statistisch verarbeitet, da dies zu einer Verzerrung der statistischen Verteilung des gesamten untersuchten Patientenkollektivs geführt hätte.

Im Laufe des Jahres 1941 wurden insgesamt 230 zivile Gutachten verfasst, die anderen Kategorien zugeordnet wurden als die o. g. Sterilisationsgutachten.

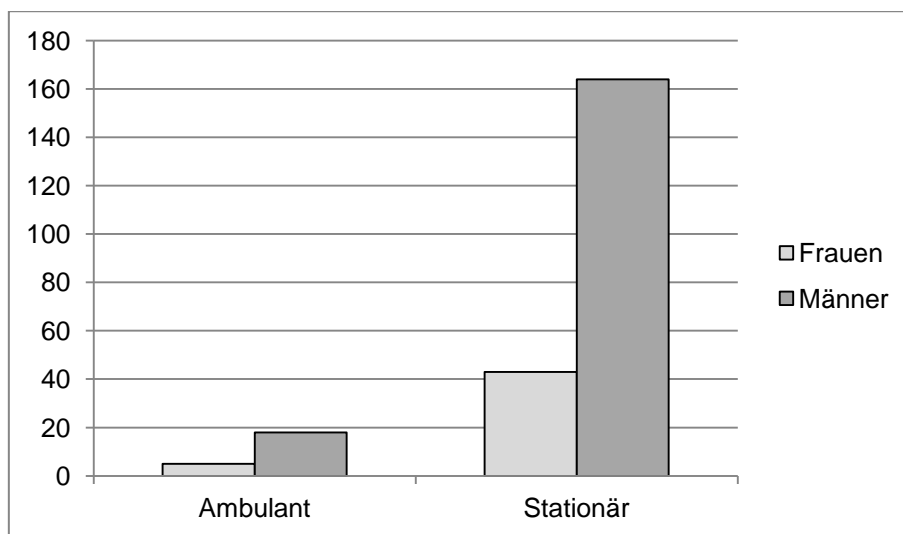
#### 3.4.1 Geschlecht

Von den 230 zivilen Gutachten, die zu anderen Fragestellungen als zur Sterilisationsfrage verfasst wurden, bezogen sich 48 auf Frauen (20,87%) und 182 auf Männer (79,13%, siehe Abbildung 16).



**Abb. 16:** Geschlechterverteilung bei den sonstigen zivilen Gutachten

24 Gutachten (10,43%) wurden auf der Grundlage einer ambulanten Untersuchung verfasst, darunter fünf bei Frauen (20,83% der ambulanten Gutachten, 10,42% aller sonstigen zivilen Gutachten bei Frauen) und 19 bei Männern (79,17% der ambulanten Gutachten, 10,44% aller sonstigen zivilen Gutachten bei Männern). 206 Gutachten (89,57%) wurden nach eingehender stationärer Untersuchung und Beobachtung verfasst, darunter 43 bei Frauen (89,58%) und 163 bei Männern (89,56%, siehe Abbildung 17).

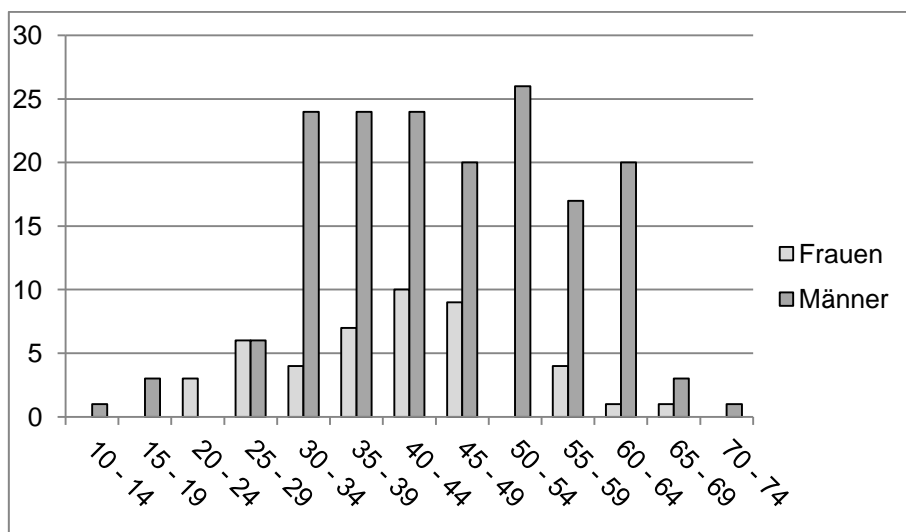


**Abb. 17:** Nach Geschlechtern getrennte Darstellung der ambulant vs. stationär erstatteten sonstigen zivilen Gutachten

### 3.4.2 Altersverteilung

---

Abbildung 18 zeigt die Altersverteilung aller zu anderen Fragestellungen als zur Sterilisationsfrage begutachteten Patienten (insgesamt 45 Frauen und 171 Männer). Bei insgesamt drei Patienten (ambulant begutachtete Männer) fehlten Angaben zum Geburtsdatum bzw. aktuellen Lebensalter zum Zeitpunkt der Begutachtung.



**Abb. 18:** Altersverteilung aller zu anderen Fragestellungen als zu Sterilisationsfrage begutachteten Patienten in Jahren

(3 Patienten wurden aufgrund fehlender Altersangaben nicht in die Abbildung mit aufgenommen)

Daraus wird deutlich, dass sich der überwiegende Teil der begutachteten Frauen im Alter zwischen 25 und 49 Jahren, also im üblicherweise berufstätigen Alter befand. Dementsprechend wurden die meisten Patientinnen zur Frage der Berufs- und Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt begutachtet. Die übrigen Patientinnen wurden zur Frage der Rentenklärung, der Schuldfähigkeit, der Ehtauglichkeit und zu anderen Fragestellungen begutachtet, die sich keiner der o. g. Fragestellungen zuordnen lassen (s. u.).

Auch der Großteil der begutachteten Männer befand sich im üblicherweise berufstätigen Alter zwischen 25 und 64 Jahren. Dementsprechend wurde auch die überwiegende Zahl der Männer zur Frage der Berufs- und Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt begutachtet.

Das durchschnittliche Alter aller Patienten mit bekanntem Geburtsdatum lag bei 44,01 Jahren. Der Median betrug 44 Jahre. Diese weitgehende Übereinstimmung zwischen dem arithmetischen Mittelwert und dem Median beruht auf der weitgehenden Normalverteilung der Altersstruktur der begutachteten Frauen und auf einer annähernden Gleichverteilung<sup>525</sup> der Altersstruktur der Männer

<sup>525</sup> Siehe (WEIß, 2005) S. 141: Unter einer Gleichverteilung versteht man eine Verteilung, bei der alle Werte mit gleicher Häufigkeit (Wahrscheinlichkeit) vorkommen. Bei dieser Verteilung

im Alter zwischen 30 und 64 Jahren mit zahlenmäßig geringeren Anteilen jüngerer und älterer Patienten (siehe Abbildung 18).

Das durchschnittliche Alter der begutachteten Frauen lag bei 40,16 Jahren. Der Median betrug 40 Jahre.

Bei der jüngsten Patientin handelte es sich um eine 21-jährige Droßlerin<sup>526</sup>, die aufgrund von Unfallfolgen zur Frage ihrer aktuellen Berufs- und Erwerbsfähigkeit begutachtet. Aufgrund der sich anbahnenden unfallneurotischen Einstellung wurde der Patientin vom Gutachter zunächst eine stationäre Behandlung empfohlen. In einem später verfassten Zweitgutachten für einen anderen Auftraggeber empfahl der Gutachter, der Patientin

„für die nächste Zeit eine leichtere Arbeit als die bisherige [zuzuweisen], da sie [angegeben habe], an ihrem bisherigen Arbeitsplatz [...] großem Maschinenlärm ausgesetzt gewesen [zu sein].“

Die Arbeit solle

„körperlich nicht sehr anstrengend und nicht in lärmender Umgebung oder überhitzten Räumen [ausgeführt werden].“

Bei der ältesten Patientin handelte es sich um eine 67-jährige Hausfrau<sup>527</sup>, die ebenfalls aufgrund von Unfallfolgen zur Frage ihrer aktuellen Berufs- und Erwerbsfähigkeit begutachtet. Zum Unfallhergang hieß es, die Patientin sei,

„als sie in den Stall zum Melken gehen wollte, mit einem Eimer in der Hand auf der Treppe gestürzt.“

Sie selbst habe sich nicht mehr genau an den Unfallhergang erinnern können,

„sie wisse nur, dass sie eine Zeitlang bewusstlos gewesen sei und nachher eine Beule am Hinterkopf gehabt habe“.

---

entspricht der Mittelwert dem Median. „Das bekannteste Beispiel ist der ideale Würfel, bei dem jede Augenzahl mit der Wahrscheinlichkeit  $p = 1/6$  erzielt wird“.

<sup>526</sup> UAT 669/9674

<sup>527</sup> UAT 669/9781

Der Gutachter kam zu dem Ergebnis, dass die Patientin einen „schweren organischen Hirnschaden“ erlitten habe, der „mit größter Wahrscheinlichkeit auf den Unfall ursächlich zurückzuführen“ sei, sich in einer „Schwäche der rechten Extremität und [einer seitenentsprechenden] Störung der Sensibilität in allen Qualitäten“ sowie in „kleinen epileptischen Anfällen“ manifestiere, und dass sich insgesamt der „Zustand [der Patientin] seit der letzten Begutachtung verschlimmert“ habe. Über die Anzahl, Inhalt und Verfasser der früheren Gutachten konnten anhand des Akteninhaltes leider keine Informationen gewonnen werden. Die Patientin wurde durch den Gutachter als „Invalide mit 60 – 70% Erwerbsminderung“ eingestuft.

Das durchschnittliche Alter der begutachteten Männer lag bei 45,04 Jahren. Der Median betrug bei den Männern 45 Jahre.

Bei dem jüngsten im Jahr 1941 begutachteten Patienten handelte es sich um einen 10-jährigen Schüler, der wegen Verwahrlosung zur Frage der Heimunterbringung begutachtet und dessen Heimunterbringung empfohlen wurde.<sup>528</sup> Dieses Gutachten wurde der Kategorie andere Gutachten zugeordnet.

Der älteste Patient war ein 70-jähriger ehemaliger Arbeiter<sup>529</sup>, der aufgrund möglicher Folgen seines Unfalles vom 6. November 1940 hinsichtlich seiner Berufs- und Erwerbsfähigkeit begutachtet wurde. Der Gutachter kam zu dem Ergebnis, dass „Unfallfolgen nicht mehr festzustellen seien“ und die „Leistungsunfähigkeit“ des Patienten „allein auf Altersveränderungen“ (Arteriosklerose) zurückzuführen“ und er deshalb „als dauernd invalide zu beurteilen“ sei.

### 3.4.3 Konfession

---

Tabelle 28 macht deutlich, dass 200 aller 216 zu anderen Fragestellungen als zur Sterilisationsfrage begutachteten Patienten dem christlichen Glauben angehörten. Das entspricht 92,59% aller Patienten.

---

<sup>528</sup> UAT 669/19028

<sup>529</sup> UAT 669/18992

42 von 45 Frauen gehörten dem christlichen Glauben an. Das entspricht 93,33%. Bei den übrigen drei Frauen fanden sich keine Angaben zur ihrer Konfession.

157 von 170 Männern waren Christen. Das entspricht 92,36%. Bei den übrigen 13 Männern fanden sich keine Angaben zu ihrer Konfession.

**Tab. 28:** Nach Geschlechtern getrennte Verteilung der Konfessionen

Konfession	Anzahl Patienten		Σ
	Frauen	Männer	
Evangelisch	30 66,67%	96 56,14%	126 58,33%
Katholisch	10 22,22%	55 32,16%	65 30,09%
Neuapostolisch	2 4,44%	7 4,09%	9 4,17%
Keine Angabe	3 6,67%	13 7,60%	16 7,41%
Σ	45 100%	171 100%	216 100%

30 von 45 Frauen (66,67%) und 96 von 171 Männern (56,14%), also insgesamt 126 von 216 Personen (58,33%), waren evangelisch. Zehn Frauen (22,22%) und 55 Männer (32,16%), also insgesamt 65 Personen (30,09%), waren katholisch. Zwei Frauen (4,44%) und sieben Männer (4,09%), also insgesamt neun Personen (4,17%), waren neuapostolisch. Bei den restlichen 16 Personen (7,41%) fanden sich keine Angaben zu ihrer Konfession, darunter drei Frauen (6,67%) und 13 Männer (7,60%).

Wie bei der Auswertung der Sterilisationsgutachten wurden auch bei den anderen zivilen Gutachten keine Patienten jüdischen oder sonstigen anderen Glaubens gefunden.

#### 3.4.4 Familienstand

---

Tabelle 29 zeigt, dass 155 von 216 aller zu anderen Fragen als zur Sterilisationsfrage begutachteten Personen verheiratet waren. Das entspricht 71,63% aller Patienten. 20 von 45 Frauen (44,44%) und 135 von 170 Männern (78,95%) waren verheiratet.

An zweiter Stelle finden sich die 37 ledigen Patienten (17,21%). 18 Frauen (40,0% aller Frauen) und 19 Männer (11,11% aller Männer) waren ledig.

Zwei Männer (1,17%) waren verheiratet, aber getrennt lebend (entspricht 0,93% aller Patienten) und zwei Frauen (4,44%) waren geschieden (entspricht 0,93% aller Patienten).

Insgesamt sechs Patienten waren verwitwet. Das entspricht 2,78% aller Patienten. Darunter waren vier Frauen (8,89%) und zwei Männer (1,17%).

In insgesamt 14 Fällen (6,48% aller Patienten) fanden sich keine Angaben zum Familienstand. Bei einer Frau (2,22% aller Frauen) und 13 Männern (7,60% aller Männer) fanden sich keine Angaben zum Familienstand.

**Tab. 29:** Familienstände der zu anderen Fragestellungen als zur Sterilisationsfrage begutachteten Patienten

Familienstand	Anzahl Patienten		Σ
	Frauen	Männer	
Ledig	18 40,0%	19 11,11%	37 17,13%
Verheiratet	20 44,44%	135 78,95%	155 71,76%
Verheiratet, getrennt lebend	0	2 1,17%	2 0,93%
Geschieden	2 4,44%	0	2 0,93%
Verwitwet	4 8,89%	2 1,17%	6 2,78%
Keine Angabe	1 2,22%	13 7,60%	14 6,48%
Σ	45 100%	171 100%	216 100%

### 3.4.5 Wohnort

Anhand von Tabelle 30 wird ersichtlich, dass 42,59% (92 von 214) zu sonstigen Fragestellungen begutachteten Patienten (25 Frauen = 55,56% und 67 Männer = 39,18%) aus dem näheren Umkreis bis 49 km der Universitätsstadt Tübingen stammten. 40,28% (87 von 214 Personen) stammten aus dem weiteren Umkreis bis 99 km (18 Frauen = 40,0% und 69 Männer = 40,35%) und nur 16,20% der Personen (35 von 214) stammten aus Wohnorten mit einer Entfernung von über 100 km von der Universitätsstadt Tübingen (2 Frauen = 4,44%

und 33 Männer = 19,30%, siehe Anhang 9). Zwei ambulant untersuchte Patienten konnten aufgrund einer fehlenden Wohnortsangabe nicht in die Berechnung mit einbezogen werden.

**Tab. 30:** Entfernung der Wohnorte der zu den anderen Fragestellungen begutachteten Patienten nach Tübingen

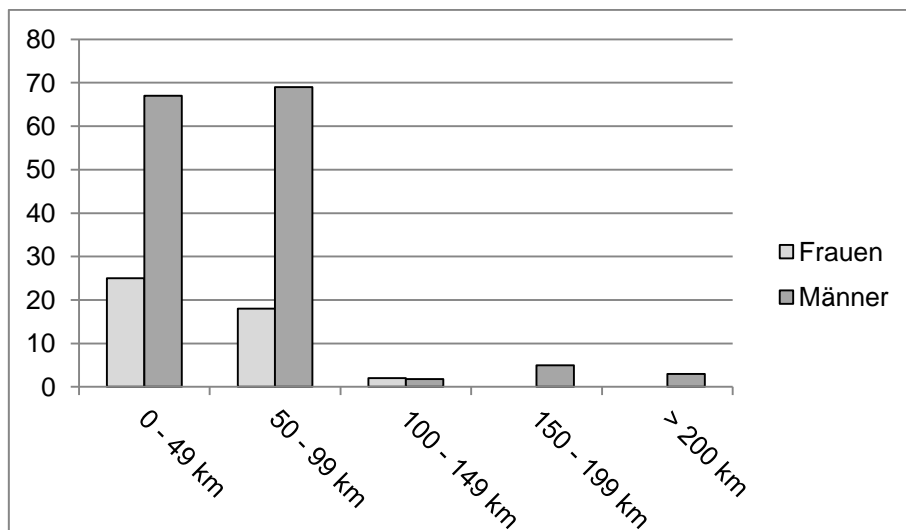
(\* die kursiv geschriebenen Patientenzahlen konnten aufgrund einer fehlenden Wohnortsangabe nicht in die Berechnung mit einbezogen werden)

Entfernung	Anzahl Patienten		Σ
	Frauen	Männer	
0 – 49 km	25 55,56%	67 39,18%	92 42,59%
50 – 99 km	18 40,0%	69 40,35%	87 40,28%
100 – 149 km	2 4,44%	25 14,62%	27 12,50%
150 – 199 km	0	5 2,92%	5 2,31%
> 200 km	0	3 1,75%	3 1,39%
Keine Angabe	0	2*	2*
Σ	45 20,93%	169 (171*) 79,07%	214 (216*) 100%

Zusammenfassend kann man also sagen, dass das Haupteinzugsgebiet der Universitäts-Nervenklinik Tübingen zur Begutachtung bezüglich anderer Fragestellungen als der Sterilisationsfrage im Wesentlichen dem Einzugsgebiet der im Rahmen des Erbgesundheitsverfahrens begutachteten Patienten entspricht. Insgesamt stammten 83,64% aller zu anderen Fragestellungen begutachteten Patienten aus einem Umkreis von bis zu 99 km um Tübingen (vgl. Abbildung 19).<sup>530</sup>

<sup>530</sup> Der Vollständigkeit wegen sei erwähnt, dass die durchschnittliche Entfernung der Wohnorte der zu anderen Fragestellungen als zur Sterilisationsfrage begutachteten Patientinnen und Patienten 72,33 km nach Tübingen betrug.





**Abb. 19:** Entfernung der Wohnorte der zu anderen Fragestellungen als zur Sterilisationsfrage begutachteten Patienten nach Tübingen

### 3.4.6 Staatsangehörigkeit

40 von 45 Frauen und 148 von 171 Männern waren deutsche Staatsangehörige. Es fand sich unter den begutachteten Personen lediglich ein Mann tschechischer Staatsangehörigkeit. Bei 5 Frauen und 22 Männern fanden sich keine Angaben zur Staatsangehörigkeit der Patienten (siehe Tabelle 31).

**Tab. 31:** Staatsangehörigkeiten der zu anderen zivilen Fragestellungen begutachteten Patienten

(\* bei dem Patienten mit anderer Staatsangehörigkeit handelte es sich um einen tschechischen Staatsbürger)

Staatsangehörigkeit	Anzahl Patienten		Σ
	Frauen	Männer	
Deutsch	40	148	188
Andere	0	1*	1
Keine Angabe	5	22	27
Σ	45	171	216

## 3.4.7 Beruf / Soziale Schichtzugehörigkeit

Die Zuordnung der Patienten zu den verschiedenen sozialen Schichten erfolgte wiederum anhand des Konzeptes zur sozialen Selbsteinstufung (SSE) von Kleining und Moore (siehe 3.2.9):

**Tab. 32:** Soziale Schichtzugehörigkeit der erwerbstätigen zu anderen Fragestellungen begutachteten Patienten

Soziale Schicht	Anzahl Patienten		Σ
	Frauen	Männer	
Oberschicht	0	0	0
Obere Mittelschicht	1 2,22%	6 3,51%	7 3,24%
Mittlere Mittelschicht	0	14 8,19%	14 6,48%
Untere Mittelschicht	0	20 11,70%	20 9,26%
Obere Unterschicht	19 42,22%	77 45,03%	96 44,44%
Untere Unterschicht	0	18 10,53%	18 8,33%
„Sozial Verachtete“	4 8,89%	26 15,20%	30 13,89%
Sonstige	21 46,67%	10 5,85%	31 14,35%
Σ	45 100%	171 100%	216 100%

Tabelle 32 zeigt die soziale Schichtzugehörigkeit der zu anderen Fragestellungen als zur Sterilisationsfrage begutachteten Patienten.

15 Hausfrauen und drei Haustöchter sowie drei Patientinnen ohne Berufsangabe wurden in der Zusatz-Kategorie „Sonstige“ aufgeführt (vgl. Kapitel 3.2.9).

Bei den Frauen wurde eine Gewerbeoberlehrerin der oberen Mittelschicht zugeordnet.

Zur oberen Unterschicht wurden drei Fabrikarbeiterinnen, drei Arbeiterinnen ohne nähere Berufsbezeichnung, eine Weberin, eine Strickerin, eine Postfacharbeiterin, eine Flugmeldehelferin, eine Zwirnerin, drei Krankenschwestern, eine Droßlerin, eine Büglerin, eine Strickerin, eine Kindergärtnerin und eine Kontoristin gerechnet.

Zur Schicht der „sozial Verachteten“ wurden eine Packerin, eine Hilfsarbeiterin, eine Schreibgehilfin und eine Patientin ohne Berufsangabe gezählt.

Bei den Männern wurden ein Architekt, zwei Bauingenieure, ein Arzt, ein Vikar (lat. *vicarius* = Statthalter, Stellvertreter) ohne genauere Bezeichnung des klerikalen Amtes und ein Betriebschemiker zur oberen Mittelschicht gezählt.

Ein Betriebsleiter, ein Kreisverwalter, ein Rottenführer bei der Reichsbahn, ein Lohnbuchhalter, ein technischer Reichsbahnsekretär, sechs Kaufmänner, ein Polizeihauptwachtmeister, ein Bürgermeister und ein Hauptmann wurden zur mittleren Mittelschicht zugeordnet.

Zur unteren Mittelschicht wurden ein Rangiermeister, ein Gipsermeister, zwei Telegraphenleitungsaufseher, drei Schmiedmeister, ein Malermeister, ein Bahnhofsaufseher, ein Behördenangestellter, ein Gießermeister, ein Bezirksbaumeister, ein Pflasterermeister, ein Schreinermeister, ein Bäckermeister, ein Mechanikermeister, zwei Gärtnereibesitzer, ein Steinbruchbesitzer und ein Autovermieter gerechnet.

Sieben Schlosser, zwei Chauffeure, vier Maler, ein Telegraphenarbeiter, vier Mechaniker, ein Feinmechaniker, ein städtischer Arbeiter, zwei Monteure, zwei Schmiede, zwei Straßenwärter, ein Gärtner, ein Installateur, ein Messner, ein Gipser, ein Metallschmelzer, ein Lackierer, ein Heizungsmonteur, zwei Postschaffner, zwei Maurer, drei Schreiner, drei Kraftfahrer, zwei Bahnarbeiter, ein Fördermann, zwei Säger, fünf Fabrikarbeiter, ein Metallporzellanschleifer, ein Postfacharbeiter, ein Bierbrauer, ein Wagner, ein Einsteller, ein Glasschleifer, ein Obst- und Gemüsehändler, zwei Zimmermänner, ein Weber, ein Automechaniker, ein Bohrer, ein Leistenmacher, ein Straßenbahnschaffner, ein Maschinist, ein Former, ein Lok-Führer, ein Maschinenarbeiter, ein Lagerarbeiter, vier Arbeiter und ein Telegraphenbauhandwerker wurden zur oberen Unterschicht gezählt.

Zur unteren Unterschicht wurden 13 Landwirte, zwei Holzhauer, ein Wanderschäfer, ein Erbhofbauer und ein Lehrhauer gerechnet.

Ein Reichsbahngehilfe, 19 Hilfsarbeiter, ein Hilfsschaffner, ein Bürodienner, ein Posthelfer, ein Schreibgehilfe, ein landwirtschaftlicher Dienstknecht und ein Patient ohne Beruf wurden zur Schicht der „sozial Verachteten“ gezählt.

Acht Rentner, ein Schüler und ein Patient ohne Berufsangabe wurden zur Zusatz-Kategorie „Sonstige“ gezählt.

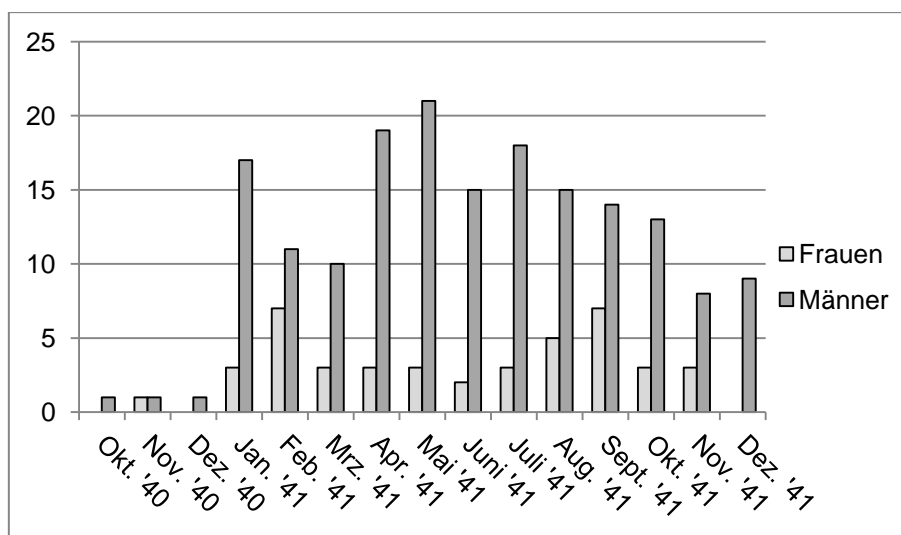
Zusammenfassend ist festzustellen, dass die überwiegende Zahl der Patienten der sozialen Unterschicht oder der Schicht der „sozial Verachteten“ zugeordnet werden müssen:

Insgesamt 175 von 216 begutachteten Personen (81,02%) stammten aus der Unterschicht oder der Schicht der „sozial Verachteten“, darunter 44 Frauen (97,78% aller Frauen) und 131 Männer (76,61% aller Männer).

Die übrigen 41 Personen (18,98%) stammten aus der sozialen Mittelschicht. Dabei handelte es sich um eine Frau (2,22% aller Frauen) und sechs Männer (3,51% aller Männer) aus der oberen Mittelschicht, 14 Männer (8,19% aller Männer) aus der mittleren Mittelschicht und 20 Männer (11,70% aller Männer) aus der unteren Mittelschicht.

Es fanden sich unter den begutachteten Patienten keine Angehörigen der sozialen Oberschicht.

### 3.4.8 Aufnahme datum



**Abb. 20:** Übersicht über die monatliche Zahl der stationären Aufnahmen zur Begutachtung zu anderen Fragestellungen vom Oktober 1940 bis Dezember 1941

Abbildung 20 zeigt die monatliche Verteilung der stationären Aufnahmen der Patienten zur Begutachtung zu anderer Fragestellungen als zur Sterilisationsfrage vom Oktober 1940 bis Dezember 1941. Nicht berücksichtigt werden konnten ambulante Untersuchungen der Patienten, außerdem wurden eine Frau und 10 Männer zwei Mal im Jahre 1941 aufgenommen. Vier Männer wurden im Laufe des Jahres 1941 drei Mal stationär aufgenommen. Daraus ergeben sich insgesamt 42 stationäre Aufnahmen von Frauen und 171 stationäre Aufnahmen von Männern.

Daraus wird ersichtlich, dass die meisten Patienten im Januar 1941 und April bis Oktober 1941 aufgenommen wurden. Die meisten Patientinnen wurden im Februar und August bis September 1941 aufgenommen.

Die Abbildung zeigt eine relativ gleichmäßige Verteilung der stationären Aufnahmen mit einem Höhepunkt im Mai 1941 und einem Minimum im Dezember 1941.

**Tab. 33:** Verteilung der stationären Patientenaufnahmen nach Quartalen

(\* um die statistische Auswertung nicht zu verzerren, wurden die kursiv gedruckten Patientenaufnahmen nicht in die Berechnung mit einbezogen)

Quartal	Anzahl Patienten		Σ
	Frauen	Männer	
1. Oktober – 31. Dezember 1940 (4. Quartal)	<i>1*</i>	<i>3*</i>	<i>3*</i>
1. Januar – 31. März 1941 (1. Quartal)	13	39	52 24,88%
1. April – 30. Juni 1941 (2. Quartal)	7	54	61 29,19%
1. Juli – 30. September 1941 (3. Quartal)	15	46	61 29,19%
1. Oktober – 31. Dezember 1941 (4. Quartal)	6	29	35 16,75%
Σ	41 ( <i>42*</i> )	168 ( <i>171*</i> )	209 ( <i>213*</i> ) 100%

Zur besseren Vergleichbarkeit zeigt Tabelle 33 die Anzahl der stationären Aufnahmen im letzten Quartal des Jahres 1940 sowie in den vier Quartalen des Jahres 1941 (vgl. Schmid (1994)). Ein Maximum der Patientenaufnahmen mit jeweils 61 stationären Aufnahmen (jeweils 29,19%) findet sich im zweiten und dritten Quartal 1941, wobei im vierten Quartal mit 35 stationären Aufnahmen (16,75%) die wenigsten Patienten aufgenommen wurden. Im ersten Quartal wurden 52 Patienten (24,88%) stationär aufgenommen.

#### 3.4.9 Aufenthaltsdauer

---

Tabelle 34 verdeutlicht, dass die überwiegende Zahl der zur Begutachtung zu anderen Fragestellungen als zur Sterilisationsfrage aufgenommenen Patienten (insgesamt 164 von 213 Personen = 77,0%) eine Aufenthaltsdauer von bis zu 9 Tagen für die stationäre Untersuchung und Beobachtung in der Universitäts-Nervenlinik Tübingen hatten. Dabei handelte es sich um 29 Frauen (69,05% der stationär aufgenommenen Frauen) und 135 Männer (78,95% der stationär aufgenommenen Männer).

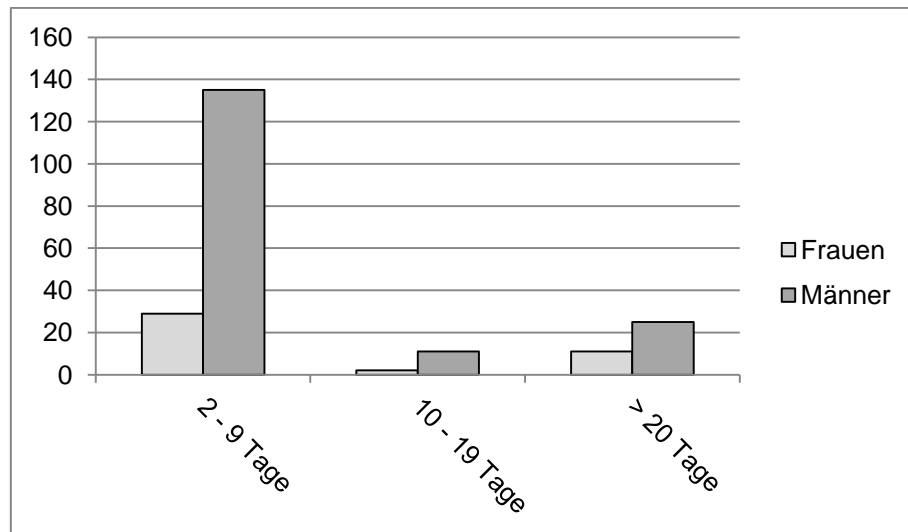
Eine Aufenthaltsdauer von 10 – 19 Tagen hatten 13 Patienten (6,10%), darunter zwei Frauen (4,76% aller Frauen) und elf Männer (6,43% aller Männer). Insgesamt 36 Personen (16,90%) hatten eine stationäre Aufenthaltsdauer von mehr als 20 Tagen, darunter elf Frauen (26,19%) und 25 Männer (14,62%).

Die Abweichungen der Gesamtzahl der Aufenthalte von der Gesamtzahl der begutachteten Patienten rühren wie oben bereits erwähnt daher, dass von den 45 im Jahre 1941 begutachteten Frauen eine Patientin zwei Mal stationär aufgenommen wurde und vier Frauen lediglich ambulant untersucht wurden, woraus sich die Gesamtzahl von 42 stationären Aufenthalten ergibt. Von den 171 untersuchten und begutachteten Männern wurden zehn Patienten im Laufe des Jahres 1941 zwei Mal und vier Patienten drei Mal stationär aufgenommen, während 18 Patienten lediglich ambulant untersucht wurden, woraus sich die Gesamtzahl von 171 stationären Aufenthalten ergibt.

**Tab. 34:** Übersicht über die Aufenthaltsdauer der zu anderen Fragestellungen begutachteten Patienten (in 10-Tages-Schritten)

Aufenthaltsdauer (in Tagen)	Anzahl Patienten		Σ
	Frauen	Männer	
2 – 9	29 69,05%	135 78,95%	164 77,0%
10 – 19	2 4,76%	11 6,43%	13 6,10%
20 – 29	2 4,76%	4 2,34%	6 2,82%
30 – 39	0	6 3,51%	6 2,82%
40 – 49	3 7,14%	5 2,92%	8 3,76%
50 – 59	1 2,38%	5 2,92%	6 2,82%
60 – 69	0	2 1,17%	2 0,94%
70 – 79	0	0	0
80 – 89	1 2,38%	1 0,58%	2 0,94%
90 – 99	0	0	0
100 – 109	1 2,38%	1 0,58%	2 0,94%
110 – 119	2 4,76%	0	2 0,94%
120 – 129	0	1 0,58%	1 0,47%
...	0	0	0
190 – 199	1 2,38%	0	1 0,47%
Σ	42 100%	171 100%	213 100%

Zur Veranschaulichung gibt Abbildung 21 einen Überblick über die Aufenthaltsdauer der in der Universitäts-Nervenklinik Tübingen begutachteten Personen. Zur Verbesserung der Übersichtlichkeit und Vergleichbarkeit wurden alle Patienten mit einer Aufenthaltsdauer von über 20 Tagen zu einer Gruppe zusammengefasst. Dabei handelte es sich um elf Frauen (26,19% aller stationär aufgenommenen Frauen) und 25 Männer (14,62% aller stationär aufgenommenen Männer, s. o.).



**Abb. 21:** Nach Geschlechtern getrennte Aufenthaltsdauer aller zu sonstigen Fragestellungen begutachteten Patienten

Die kürzeste Aufenthaltsdauer lag bei 2 Tagen. Insgesamt hatten eine Frau und 15 Männer eine stationäre Aufenthaltsdauer von nur 2 Tagen.

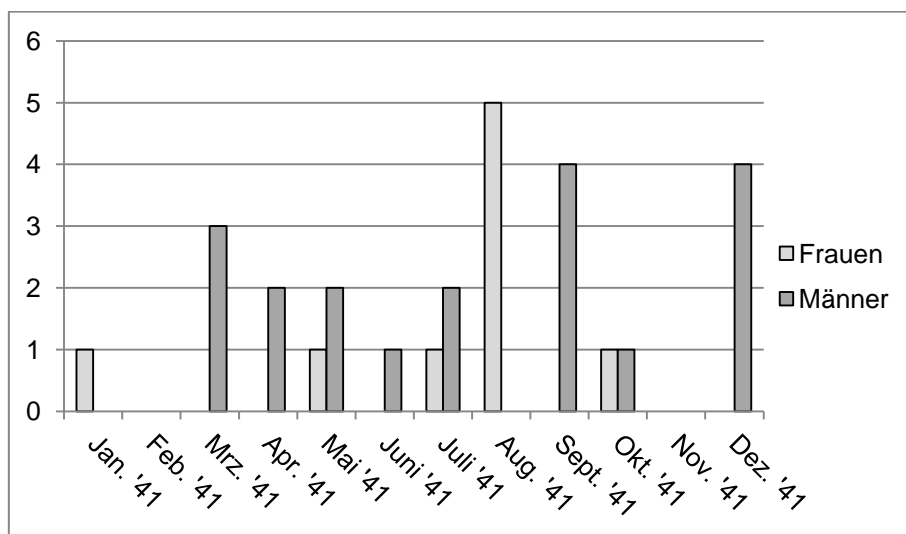
Die längste Aufenthaltsdauer von 193 Tagen fand sich bei einer 44-jährigen, verheirateten Patientin, die durch Gerichtsbeschluss bei schwerer Depression mit tiefgreifender Störung des Persönlichkeitsbewusstseins nach unvollständigem, erweiterten Selbstmord<sup>531</sup> zur Begutachtung in der Frage ihrer Schuld- bzw. Zurechnungsfähigkeit stationär aufgenommen wurde.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug 13,79 Tage. Der Median betrug 5 Tage. Diese Diskrepanz zwischen dem arithmetischen Mittelwert und dem Median beruht auf der großen Anzahl von Patienten mit einer Aufenthaltsdauer von bis zu 9 Tagen (77,0%) und einer geringen Anzahl von Personen mit einer längeren Aufenthaltsdauer (23,0%). Insbesondere die sechs Patienten mit einer Aufenthaltsdauer von über 100 Tagen erhöhen den arithmetischen Mittelwert.

<sup>531</sup> Ein *erweiterter Suizid* (syn. *Mitnahmesuizid*, *homicide-suicide*, *murder-suicide*) liegt im Gegensatz zu einem sog. *gemeinschaftlichen Suizid* mit einvernehmlicher Partnertötung vor, „wenn eine zur Selbsttötung entschlossene Person einen (oder mehrere) Menschen *ohne* dessen Einverständnis oder *gegen* dessen/deren Willen in die Tötungshandlung einbezieht (siehe Faller-Marquardt und Pollak in (KAUERT, MEBS, & SCHMIDT, 2006) S. 43



## 3.4.10 Datum der ambulanten Untersuchungen



**Abb. 22:** Verteilung der ambulanten Untersuchungen zur Begutachtung zu anderen Fragestellungen von Januar bis Dezember 1941

(die zur Sterilisationsfrage ambulant begutachtete Patientin wurde in diese Abbildung mit aufgenommen)

Die zeitliche Verteilung der ambulanten Untersuchungen zur Begutachtung der Patienten zu verschiedenen Fragestellungen außer zur Sterilisationsfrage ist in Abbildung 22 dargestellt. Insgesamt wurden 24 Personen (19 Männer und 5 Frauen) ambulant untersucht. Dabei wurde eine Patientin ambulant zur Sterilisationsfrage begutachtet (siehe Kapitel 3.2). Der Vollständigkeit wegen und da eine statistische Auswertung bei nur einer Person keine Aussagen liefert, wurde diese Person hier mit aufgenommen. Sie wurde insgesamt fünf Mal im Juli und August 1941 in der Universitäts-Nervenlinik Tübingen ambulant untersucht.

Die Verteilung der Zahl der ambulanten Untersuchungen nach Quartalen zeigt Tabelle 35 (vgl. Schmidt (1994)). Die meisten ambulanten Untersuchungen wurden (12 von insgesamt 31 Untersuchungen = 38,71%) im dritten Quartal 1941 durchgeführt. Die wenigsten ambulanten Untersuchungen (4 von 31 = 12,90%) erfolgten im ersten Quartal. Im zweiten und vierten Quartal wurden jeweils sechs ambulante Untersuchungen (19,35%) durchgeführt. Bei zwei Männern (9,09% aller Männer, 6,45% aller ambulant begutachteten Personen) fanden sich keine Angaben zum Datum der Untersuchung. Die Gesamtzahl von 31 ambulanten Untersuchungen bei insgesamt 24 untersuchten Patienten ergibt

sich daraus, dass eine Frau fünf Mal (s. o.) und drei Männer zwei Mal ambulant untersucht wurden.

**Tab. 35:** Verteilung der stationären Patientenaufnahmen nach Quartalen

Datum der ambulanten Untersuchung	Anzahl Patienten		Σ
	Frauen	Männer	
1. Januar – 31. März 1941 (1. Quartal)	1 11,11%	3 13,63%	4 12,90%
1. April – 30. Juni 1941 (2. Quartal)	1 11,11%	5 22,73%	6 19,35%
1. Juli – 30. September 1941 (3. Quartal)	6 66,67%	6 27,27%	12 38,71%
1. Oktober – 31. Dezember 1941 (4. Quartal)	1 11,11%	5 22,73%	6 19,35%
Keine Angabe	0	2 9,09%	2 6,45%
Keine Untersuchung	0	1 4,55%	1 3,23%
Σ	9 100%	22 100%	31 100%

Ein Patient wurde überhaupt nicht an der Universitäts-Nervenklinik Tübingen untersucht. Bei diesem Gutachten handelte es sich um ein sog. Aktengutachten bei einem verstorbenen Patienten<sup>532</sup>. Unter einem Aktengutachten versteht man ein Gutachten, das ohne persönliche Untersuchung des Patienten allein aufgrund der Aktenlage erstattet wird, wenn die Patientin oder der Patient aus verschiedenen Gründen für die Untersuchung nicht zur Verfügung steht<sup>533</sup>.

<sup>532</sup> UAT 675/Jahrgang 1941

<sup>533</sup> Siehe (FELDMANN, 2006) S. 26f; bei Aktengutachten besteht grundsätzlich das Problem, das man sich als Gutachter auf die Angaben anderer verlassen muss und die vorliegenden Informationen ggf. lückenhaft sind und evtl. eine Beantwortung der zu beantwortenden Frage nicht erlauben. Dementsprechend erfordert die Erstattung eines Aktengutachtens vom Gutachter eine kritische Betrachtung der vorliegenden Informationen und Betonung der Sicherheit bzw. Unsicherheit seiner im Gutachten geäußerten Einschätzung.

Im vorliegenden Fall wurde dem Gutachter in der Universitäts-Nervenlinik Tübingen zur Erstattung des Gutachtens die Krankengeschichte des Patienten aus dem zuletzt betreuenden Krankenhaus zur Verfügung gestellt. Der 47-jährige Patient war im November 1939 durch einen Sturz auf den Hinterkopf aus 1,5 bis 2 Metern Höhe verunglückt und im Dezember desselben Jahres verstorben. Den wenigen in der Ambulanzakte vorliegenden Informationen zufolge wurde bei dem Patienten offenbar postum ein faustgroßes, zentral erweichtes Gliom am rechten Occipitallappen, das in den rechten Seitenventrikel eingebrochen war, festgestellt. Nachdem der zuletzt behandelnde Arzt und ein weiterer, offenbar von dem Erstgenannten unabhängiger Gutachter in ihren Gutachten zu sich widersprechenden Ergebnissen bezüglich der Todesursache gekommen waren, wurde die Universitäts-Nervenlinik zur Klärung der Frage, ob der Patient infolge des Unfalles oder unabhängig vom Unfall infolge der Hirngeschwulst gestorben war, mit der Erstattung eines Gutachtens beauftragt. Das Ergebnis lautete:

„Die Lähmungserscheinungen, die frühestens 2 Tage nach dem Unfall aufgetreten waren, wurden durch unmittelbare Geschwulstwirkung und unabhängig vom Unfall verursacht. Auch der weitere schliesslich mit dem Tod endende Verlauf muss allein auf die Hirngeschwulst zurückgeführt werden. Es handelt sich hier um ein zufälliges Zusammentreffen von Unfall und Hirngeschwulst bzw. Manifestwerden eines Tumorleidens. Dies ergibt sich aus der aktenmäßig belegten Vorgeschichte, dem klinischen und anatomischen Befund.“

## 3.4.11 Anzahl der stationären Aufnahmen

Tabelle 36 gibt die Gesamtanzahl der stationären Aufenthalte der 1941 zur Sterilisationsfrage begutachteten Patienten im Laufe ihres Lebens wieder.

**Tab. 36:** Anzahl der stationären Aufnahmen

(die ambulant untersuchten Patienten wurden nicht berücksichtigt)

Anzahl der Aufnahmen	Anzahl Patienten		Σ
	Frauen	Männer	
1	28 68,29%	71 46,41%	99 51,03%
2	5 12,20%	30 19,61%	35 18,04%
3	4 9,76%	30 19,61%	34 17,53%
4	4 9,76%	8 5,23%	12 6,19%
5	0	8 5,23%	8 4,12%
6	0	1 0,65%	1 0,52%
7	0	3 1,96%	3 1,55%
8	0	2 1,31%	2 1,03%
Σ	41 100%	153 100%	194 100%

Die überwiegende Zahl der Patienten (99 von 194 = 51,03%) wurde nur ein Mal (zur Untersuchung und Beobachtung im Rahmen der Gutachtenerstattung) stationär aufgenommen. Darunter waren 28 Frauen (68,29%) und 71 Männern (46,41%).

Insgesamt 35 Personen (18,04%) wurden zwei Mal stationär untersucht, darunter fünf Frauen (12,20%) und 30 Männer (19,61%). 34 Personen (17,53%) wurden drei Mal stationär aufgenommen, darunter vier Frauen (9,76%) und 30 Männer (19,61%). Die übrigen 26 Personen (13,40%) wurden mehr als drei Mal stationär behandelt, darunter vier Frauen (9,76%) und 22 Männer (14,38%).

## 3.4.12 Art und Anzahl der Gutachten

**Tab. 37:** Übersicht über die Arten der sonstigen zivilen Gutachten

(\* Als Folgegutachten XY wurden Folgegutachten bezeichnet, bei denen aus der Zusammenschau des gesamten Akteninhaltes nicht auf die Anzahl der vorhergehenden Gutachten geschlossen werden konnte.)

Anzahl der Gutachten	Anzahl Patienten		Σ
	Frauen	Männer	
Erstgutachten	29 60,42%	74 40,66%	103 44,78%
Folgegutachten I	6 12,50%	44 24,18%	50 21,74%
Folgegutachten II	2 4,17%	25 13,74%	27 11,74%
Folgegutachten III	4 8,33%	11 6,04%	15 6,52%
Folgegutachten IV	1 2,08%	1 0,55%	2 0,87%
Folgegutachten V	0	4 2,20%	4 1,74%
Folgegutachten VI	0	2 1,10%	2 0,87%
Folgegutachten VII	0	1 0,55%	1 0,43%
Folgegutachten VIII	0	1 0,55%	1 0,43%
Folgegutachten XY*	2 4,17%	12 6,59%	14 6,09%
Zweitgutachten	1 2,08%	2 1,10%	3 1,34%
Zusatzgutachten (Stellungnahme)	3 6,25%	3 1,65%	6 2,61%
Teilgutachten	0	2 1,10%	2 0,87%
Σ	48 100%	182 100%	230 100%

Im Gegensatz zu den Sterilisationsgutachten handelte es sich bei den sonstigen zivilen Gutachten vorwiegend um Folgegutachten von vorherigen Gutachten (116 von 230 = 50,43%), darunter 15 bei Frauen (31,25%) und 101 bei Männern (55,49%). Insgesamt 103 Gutachten waren Erstgutachten (44,78%), davon 29 bei Frauen (60,42%) und 74 bei Männern (40,66%). Bei drei Gutachten (1,34%) handelte es sich um Zweitgutachten, die sich im Gegensatz zum Erstgutachten auf eine andere Fragestellung bezogen, davon eines bei einer Frau (2,08%) und zwei bei Männern (1,10%). Sechs Gutachten (2,61%) waren Zusatzgutachten bzw. Stellungnahmen, davon drei bei Frauen (6,25%) und drei

bei Männern (1,65%). Bei zwei Männern wurden Teilgutachten (0,10% aller Männer, 0,87% aller begutachteten Patienten) gefunden (siehe Tabelle 37).

**Tab. 38:** Anzahl der Gutachten pro Akte

(einschließlich Ambulanzakten; die Diskrepanz zwischen der Anzahl der begutachteten Männer und der Anzahl der Akten bei Männern ergibt sich daraus, dass bei einem Mann sowohl eine stationäre als auch eine ambulante Krankenakte angelegt wurde)

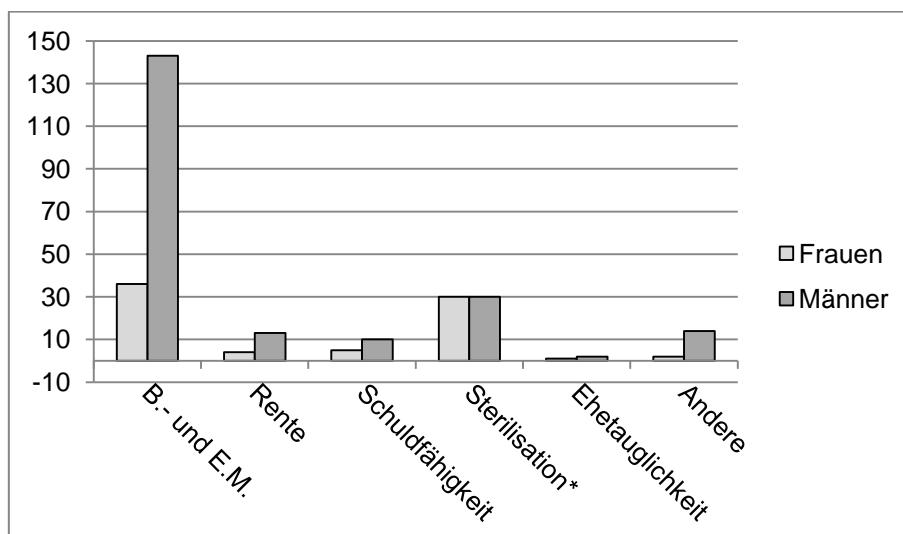
Anzahl der Gutachten pro Akte	Anzahl Patienten		Σ
	Frauen	Männer	
1	33 73,33%	96 55,81%	129 59,45%
2	8 17,78%	36 20,93%	44 20,28%
3	1 2,22%	22 12,79%	23 10,60%
4	2 4,44%	7 4,07%	9 4,15%
5	1 2,22%	4 2,33%	5 2,30%
6	0	4 2,33%	4 1,84%
7	0	2 1,16%	2 0,92%
8	0	1 0,58%	1 0,46%
Σ	45 100%	172 100%	217 100%

Einen Überblick über die Anzahl der Gutachten in den Akten der zu sonstigen Fragestellungen begutachteten Patienten gibt Tabelle 38.

In den meisten Akten (129 von 217 = 59,45%) fand sich nur ein Gutachten, darunter 33 Frauen (73,33%) und 96 Männer (55,81%). Bei insgesamt 44 Personen (20,28%) fanden sich 2 Gutachten, darunter 8 Frauen (17,78%) und 36 Männer (20,93%). Drei Gutachten wurden in 23 Akten (10,60%) gefunden, darunter bei einer Frau (2,22%) und 22 Männern (12,79%). In den übrigen 21 Akten (9,68%) wurden mehr als drei Gutachten gefunden, darunter in drei Akten bei Frauen (6,67%) und 18 bei Männern (10,47%).

In den Fällen, in denen sich mehrere Gutachten in der Akte befanden, handelte es sich um Folgegutachten von Erstgutachten sowie um Zweitgutachten, die zu einer anderen Fragestellung verfasst wurden als das Erstgutachten, oder um Zusatzgutachten bzw. Ergänzungsgutachten.

3.4.13 Fragestellung



**Abb. 23:** Verteilung der sonstigen zivilen Gutachten nach verschiedenen Fragestellungen  
(zur besseren Vergleichbarkeit einschließlich der in den vorangegangenen Kapiteln bereits besprochenen Sterilisationsgutachten)

Die Verteilung der zivilen Gutachten nach verschiedenen Fragestellungen ist in Abbildung 23 dargestellt und in absoluten Zahlen in Tabelle 39 angegeben. Die in Kapitel 3.2. besprochenen Sterilisationsgutachten wurden zur Verbesserung der Vergleichbarkeit in der Abbildung und der Tabelle mit aufgeführt.

**Tab. 39:** Verteilung der sonstigen zivilen Gutachten nach Fragestellungen

(\* Die kursiv geschriebenen Sterilisationsgutachten wurden in der statistischen Berechnung nicht berücksichtigt)

Fragestellung	Anzahl Patienten		Σ
	Frauen	Männer	
Berufs- und Erwerbsminderung	36 75,0%	143 78,57%	179 77,83%
Rente	4 8,33%	13 7,14%	17 7,39%
Schuldfähigkeit	5 10,42%	10 5,49%	15 6,52%
<i>Sterilisation</i>	30*	30*	60*
Ehefähigkeit	1 2,08%	2 1,10%	3 1,30%
Andere	2 4,17%	14 7,69%	16 6,96%
Σ	48 (78*) 100%	182 (212*) 100%	230 (290*) 100%

Daraus wird deutlich, dass der überwiegende Teil der 1941 verfassten Gutachten (179 von 290 Gutachten = 77,83%) sich mit der Frage der Berufs- und Erwerbsminderung befasste, davon 36 bei Frauen (75,0%) und 143 bei Männern (78,57%). Diese Gutachten wurden in der Regel nach Unfällen zur Beurteilung der jeweiligen Unfallfolgen und Arbeitsfähigkeit der Patienten erstattet.

17 Gutachten (7,39%) wurden zur Frage der Gewährung einer Invalidenrente verfasst, davon vier bei Frauen (8,33%) und 13 bei Männern (7,14%). Eine Unterscheidung zwischen Gutachten zur Frage der Berufs- und Erwerbsminderung und Rentengutachten war häufig schwierig, da die beiden Fragestellungen fließend ineinander übergehen.

Zu Fragestellungen, die sich keiner der genannten Kategorien zuordnen ließen, wurden 16 Gutachten (5,52%) erstattet, davon zwei bei Frauen (4,17%) und 14 bei Männern (7,69%).<sup>534</sup> Drei Gutachten (1,30%) befassten sich mit der Frage der Ehetauglichkeit, davon eines bei einer Frau (2,08%) und zwei bei Männern (1,10%) (vgl. Kapitel 3.3).

Mit der Frage der Schuld- bzw. Zurechnungsfähigkeit der Patienten befassten sich 15 Gutachten (6,52%), die darüber hinaus häufig auf die Frage eingingen, ob für den Patienten aufgrund einer von ihm ausgehenden Gefährdung der allgemeinen Sicherheit die Anordnung einer Unterbringung in einer Heil- und Pflegeanstalt notwendig sei. Dabei bezogen sich fünf Gutachten auf Frauen (10,42%) und zehn auf Männer (5,49%). Zur Beantwortung der jeweiligen Fragen bezogen sich die Gutachter auf das *Gesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Maßregeln der Sicherung und Besserung (Gewohnheitsverbrechergesetz)*<sup>535</sup> vom 24. November 1933. Hinsichtlich der Zurechnungsfähigkeit der Patienten zur Tatzeit fand der § 51, Abs. 1 bzw. 2 Anwen-

---

<sup>534</sup> Diese Gutachten befassten sich bei den Frauen für ein Amtsgericht mit einem Sorgerechtsstreit nach einer Nichtigkeitserklärung einer Ehe und für eine Versicherung mit der Frage der Einleitung eines Heilverfahrens bei einer Patientin mit V. a. Arachnitis und dadurch bedingten Dauerkopfschmerzen und bei Männern u. a. mit Fragen der Diagnosesicherung, der Geschäftsfähigkeit des Patienten, der Notwendigkeit der Unterbringung in einer Heil- und Pflegeanstalt (nach § 42b R.St.G.), der Heimunterbringung, der Erziehungsfähigkeit und der Operationsfähigkeit.

<sup>535</sup> Siehe (Reichsministerium des Innern, 1933), (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 179ff



dung. Die gesetzliche Grundlage der zwangsweisen Unterbringung eines zur Tatzeit nicht zurechnungsfähigen Patienten in einer Heil- und Pflegeanstalt stellte der § 42b des Reichsstrafgesetzbuches dar. Die hier relevanten Paragraphen des Gesetzes sind in Anhang 13 abgedruckt.

Fallbeispiele zu den jeweiligen Fragestellungen finden sich in Kapitel 3.4.20 bis 3.4.23 (Fallbeispiele zur Frage der Ehetauglichkeit siehe Kapitel 3.3).

### 3.4.14 Auftraggeber

Tabelle 40 gibt einen Überblick über die im Jahre 1941 verfassten zivilen Gutachten, die sich mit anderen Fragestellungen als der Sterilisationsfrage befassen. Zur besseren Vergleichbarkeit wurden die Auftraggeber der in Kapitel 3.2 besprochenen Sterilisationsgutachten mit aufgeführt.

**Tab. 40:** Auftraggeber der im Jahre 1941 zu anderen Fragestellungen verfassten zivilen Gutachten

(\* Die kursiv geschriebenen Daten der Sterilisationsgutachten wurden nicht in die Berechnung mit einbezogen)

Auftraggeber	Anzahl Patienten		Σ
	Frauen	Männer	
Berufsgenossenschaft	19 39,58%	75 41,21%	94 40,87%
Versicherung	17 35,42%	40 21,98%	57 24,78%
Versorgungsamt	0	17 9,34%	17 7,39%
EGG	28*	26*	54*
EGOG	2*	4*	6*
Landgericht	6 12,50%	14 7,69%	20 8,70%
Amtsgericht	3 6,25%	6 3,30%	9 3,91%
Sonstige Auftraggeber	3 6,25%	30 16,48%	33 14,35%
Σ	48 100%	182 100%	230 100%

Daraus wird deutlich, dass der überwiegende Teil der Gutachten (94 von 230 Gutachten = 40,87%) im Auftrag verschiedener Berufsgenossenschaften

erstattet wurde, darunter 19 Gutachten bei Frauen (39,58%) und 75 bei Männern (41,21%). Insgesamt 57 Gutachten (24,78%) wurden im Auftrag diverser Versicherungen verfasst, darunter 17 bei Frauen (35,42%) und 40 bei Männern (21,98%). Im Auftrag verschiedener Versorgungsämter wurden 17 Gutachten bei Männern erstattet (entspricht 9,34% aller Gutachten bei Männern und 7,39% aller Gutachten). 20 Gutachten (8,70%) wurden im Auftrag von Landgerichten erstellt, darunter sechs bei Frauen (12,50%) und 14 bei Männern (7,69%). Weitere vier Gutachten (1,74%) wurden für Amtsgerichte erstattet, darunter jeweils zwei bei Frauen (4,17%) bzw. Männern (1,10%). Die übrigen 38 Gutachten (16,52%) wurden von anderen Auftraggebern angefordert, darunter vier Frauen (8,33%) und 34 Männer (18,68%).

Unter sonstige Auftraggeber fielen z. B. Sondergerichte, Volksgerichte, Arbeitsgerichte, Gesundheitsämter, Krankenkassen, Reichsbahn- und Reichspostdirektionen, Forstdirektionen und andere Kliniken.

### 3.4.15 Zusammenhang Fragestellung – Auftraggeber

---

Der Zusammenhang zwischen der Fragestellung und dem Auftraggeber des Gutachtens wird in Tabelle 41 gezeigt.

Daraus wird deutlich, dass die überwiegende Zahl der Gutachten (94 von 230 Gutachten = 40,87%) im Auftrag verschiedener Berufsgenossenschaften erstattet wurde, wobei sich die meisten dieser Gutachten (insgesamt 89 von 94 = 94,68%) mit der Frage der Berufs- und Erwerbsfähigkeit der begutachteten Patienten beschäftigten. Ein weiterer großer Teil der Gutachten wurde im Auftrag verschiedener Versicherungen (56 von 230 = 24,35%) bzw. diverser Versorgungsämter (18 von 230 = 7,83%) verfasst und erörterte ebenfalls v. a. die Frage der Berufs- und Erwerbsfähigkeit der Patienten (40 von 56 Gutachten = 71,43% bzw. 14 von 18 Gutachten = 77,78%). 20 Gutachten (6,09%) wurden für verschiedene Landgerichte erstattet und befassten sich neben der Frage der Berufs- und Erwerbsfähigkeit (7 von 20 Gutachten = 35,0%) v. a. mit der Frage der Schuldfähigkeit (8 von 20 Gutachten = 40,0%) und Eheauglichkeit (2 von 20 Gutachten = 10,0%) sowie mit anderen Fragestellungen (3 von 20 Gutach-

ten = 15,0%). Im Auftrag diverser Amtsgerichte wurden neun Gutachten (3,91%) erstattet, die sich zu gleichen Teilen mit Fragen der Berufs- und Erwerbsminderung, der Schuldfähigkeit und anderen Fragestellungen (jeweils 3 Gutachten = 33,33%) befassten. Die übrigen 33 Gutachten (14,35%) wurden für andere Auftraggeber verfasst (s. o.) und behandelten wiederum insbesondere die Frage der Berufs- und Erwerbsfähigkeit der begutachteten Patienten (26 von 33 Gutachten = 78,79%).

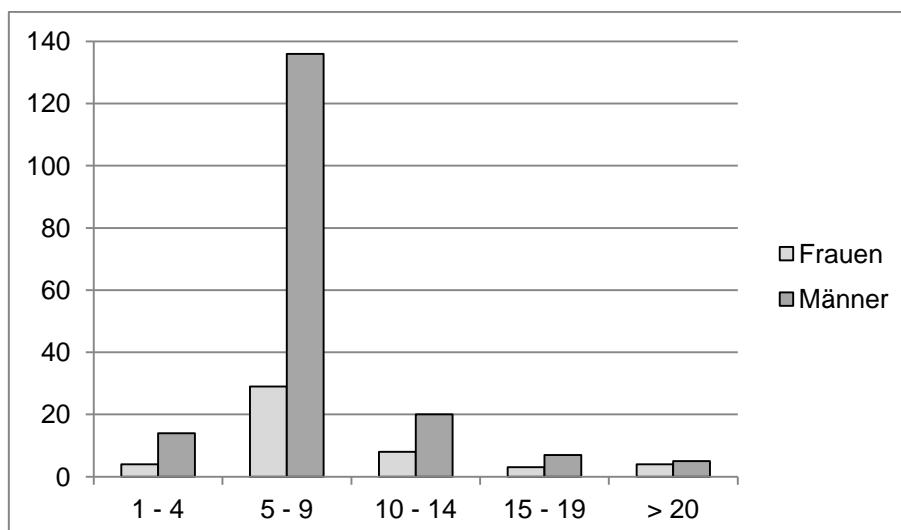
**Tab. 41:** Zusammenhang zwischen Fragestellung und Auftraggeber

(ATG = Auftraggeber; FS= Fragestellung; BG = Berufsgenossenschaft, V = Versicherung, VA = Versorgungsamt, LG = Landgericht, AG = Amtsgericht, Sonstige = Sonstige Auftraggeber; B.- und E.M. = Berufs- und Erwerbsminderung, SFK = Schuldfähigkeit, ETK = Ehetauglichkeit)

ATG \ FS	BG		V		VA		LG		AG		Sonstige		Σ
	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	
B.- und E.M.	19	70	12	28	0	14	1	6	2	1	2	24	179
Rente	0	1	4	10	0	1	0	0	0	0	0	1	17
SFK	0	0	0	0	0	0	4	4	0	3	1	3	15
ETK	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	3
Andere	0	4	1	1	0	3	0	3	1	2	0	1	16
Σ	19	75	17	39	0	18	6	14	3	6	3	30	230

### 3.4.16 Länge bzw. Seitenzahl der Gutachten

Abbildung 24 zeigt eine grafische Darstellung der Länge bzw. Seitenzahlen der sonstigen zivilen Gutachten.



**Abb. 24:** Seitenzahl der sonstigen zivilen Gutachten

Die Abbildung wird durch Tabelle 42 um die Unterscheidung zwischen Gutachten auf Vordrucken und individuellen Gutachten im Sinne der bei den Sterilisationsgutachten bereits beschriebenen Gutachten ergänzt. Bei den Vordrucken handelte es sich in der Regel um 2- bis 4-seitige Formulare der Versicherungen oder Krankenkassen, die die Gutachten anforderten.

**Tab. 42:** Verhältnis Vordrucke vs. individueller Gutachten

Gutachtenform	Anzahl Patienten		Σ
	Frauen	Männer	
Vordruck	3 6,25%	1 0,55%	4 1,74%
Individuelles Gutachten	45 93,75%	181 99,45%	226 98,26%
Σ	48 100%	182 100%	230 100%

Daraus wird deutlich, dass überwiegend individuelle Gutachten erstattet wurden (226 von 230 Gutachten = 98,26%). Bei den Vordrucken handelte es sich bei den drei Frauen jeweils um 4-seitige Vordrucke der Rentenabteilung der Landesversicherungsanstalt Württemberg zwecks Rentenklärung und bei dem Mann um einen 2-seitigen Vordruck einer Betriebskrankenkasse zur Frage der Berufs- und Erwerbsminderung.

Die überwiegende Zahl der individuellen Gutachten (221 von 230 Gutachten = 96,09%) hatte eine Länge zwischen einer und 19 DIN A4-Seiten (mit iden-

tischem Zeilenabstand). Die durchschnittliche Seitenzahl der individuellen Gutachten betrug 8,54 Seiten. Der Median betrug 7 Seiten. Die Abweichung des Medians vom arithmetischen Mittelwert lässt sich dadurch erklären, dass die überwiegende Zahl der Gutachten eine Länge zwischen einer und 19 Seiten hatte und der geringerer Teil an Gutachten mit einer Länge von über 20 Seiten den Mittelwert leicht beeinflusst, den Median aber nicht.

Das kürzeste individuelle Gutachten hatte eine Länge von einer Seite und befasste sich mit der Frage der Ehetauglichkeit des 41-jährigen Patienten bei Z. n. schizophrenem Schub (siehe Fallbeispiel 3).

Das längste Gutachten hatte eine Länge von 41 Seiten und befasste sich nach § 51 Abs. 1 des Reichsstrafgesetzbuches mit der Frage der Schuld- bzw. Zurechnungsfähigkeit einer 29-jährigen, verheirateten Patientin<sup>536</sup>, die ihr 20 Tage altes Kind nachts im Abort ihrer Wohnung mit einem Handbeil erschlagen hatte, sowie nach § 42b des Reichsstrafgesetzbuches mit der Notwendigkeit der Unterbringung der Patientin in einer Heil- oder Pflegeanstalt. Der Gutachter kam zu dem Ergebnis, die Patientin habe

„die Tat im Zustand vorübergehender gestörter Geistestätigkeit begangen. Sie [könne] für die Tat nicht verantwortlich gemacht werden. Die Voraussetzungen des § 51, Abs. 1 R.St.G. [seien] erfüllt. Die Störung [sei] vorübergehend [gewesen]. Mit ihrer Wiederholung [müsse] nicht gerechnet werden. [Die Patientin sei] nicht geisteskrank, Maßnahmen nach § 42b [erschiene]n deshalb nicht erforderlich.“

#### 3.4.17 Weiterbildungsstand der Gutachter, Zweitunterzeichner

---

Tabelle 43 gibt einen Überblick über den Weiterbildungsstand der an der Begutachtung zu anderen Fragestellungen beteiligten Ärzte.

---

<sup>536</sup> UAT 669/9601

**Tab. 43:** Weiterbildungsstände der zu anderen zivilen Fragestellungen begutachtenden Ärzte  
(VD = Vordruck, IG = individuelles Gutachten)

Weiterbil- dungsstand der Gutachter	Anzahl Patienten				Σ
	Frauen		Männer		
	VD	IG	VD	IG	
Oberarzt Dr. Ederle	0	7	0	15	22 9,57%
Assistenzärz- te	3	38	1	166	208 90,43%
Σ	3	45	1	181	230 100%

Sie zeigt wiederum, dass der Oberarzt Dr. Ederle lediglich 9,57% aller anderen zivilen Gutachten (insgesamt 22 Gutachten, davon sieben bei Frauen [14,53%] und 15 bei Männern [8,42%]) selbst verfasste, während erneut entsprechend der hierarchischen Gliederung in Kliniken der weitaus größte Teil der Gutachten (208 von 230 Gutachten = 90,43%) durch seine Assistenzärzte erstattet wurde (vgl. Kapitel 3.2.22).

**Tab. 44:** Zweitunterzeichner der sonstigen zivilen Gutachten

Name des Zweiunter- zeichners	Anzahl Gutachten		Σ
	Frauen	Männer	
Prof. Dr. Hoffmann	11 22,92%	43 23,63%	54 23,48%
Dr. Ederle	28 58,33%	121 66,48%	149 64,78%
Kein Zweitunterzeich- ner	7 14,58%	15 8,24%	22 9,57%
Keine Angabe	2 4,17%	3 1,65%	5 2,17%
Σ	48 100%	182 100%	230 100%

Wie bei den Sterilisationsgutachten erforderten auch die übrigen durch Assistenzärzte formulierten Gutachten zusätzlich die Unterzeichnung durch einen Facharzt. Diese wurde auch bei den anderen zivilen Gutachten in den meisten Fällen durch Oberarzt Dr. Ederle (149 von 230 Gutachten = 64,78%) übernommen, darunter 28 bei Frauen (58,33%) und 121 bei Männern (66,48%). Prof. Dr. Hoffmann unterzeichnete 54 Gutachten (23,48%), darunter elf bei Frauen (22,92%) und 43 bei Männern (23,63%). Die 22 durch Oberarzt Dr. Ederle per-

---

sönlich verfassten Gutachten (9,57%), darunter sieben bei Frauen (14,58%) und 15 bei Männern (8,24%) wurden wiederum nicht zweitunterzeichnet (vgl. Kapitel 3.2.22). Bei insgesamt fünf Gutachten (2,17%), darunter zwei Gutachten bei Frauen (4,17%) und drei Gutachten bei Männern (1,65%), fanden sich keine Angaben zum Zweitunterzeichner bei Angabe eines Assistenzarztes als Erstgutachter, sodass hier die Unterzeichnung durch einen Facharzt notwendig war, aber die Person des Zweitunterzeichners nicht ermittelt werden konnte (siehe Tabelle 44).

#### 3.4.18 Zeitpunkt und Datum des Gutachtens

---

Die Gutachten wurden in der Regel im Anschluss an den stationären Aufenthalt der Patienten erstattet, wobei der Zeitraum zwischen der Entlassung und der Fertigstellung des Gutachtens zwischen einem und 206 Tagen variierte. Der durchschnittliche Zeitraum zwischen der Entlassung und der Fertigstellung des Gutachtens betrug 20,95 Tage. Der Median betrug 13 Tage. Die große Diskrepanz zwischen dem arithmetischen Mittelwert und dem Median beruht darauf, dass die meisten Gutachten (159 vom 189 = 84,13%) innerhalb von 39 Tagen nach der Entlassung der Patienten erstattet wurden, während die übrigen 30 Gutachten (15,87%) innerhalb eines Zeitraumes von 40 bis 206 Tagen verfasst wurden. Insbesondere drei Gutachten, die nach mehr als 100 Tagen fertiggestellt wurden, führen zu einer starken Beeinflussung des Mittelwertes bei unbeeinflusstem Median.

Bei vier Frauen und zehn Männern wurde das Gutachten bereits während des stationären Aufenthaltes bzw. am Tag ihrer Entlassung fertiggestellt. Drei undatierte Gutachten konnten in diese Berechnung nicht mit einbezogen werden.

Bei den ambulanten Gutachten variierte der Zeitraum zwischen der ambulanten Untersuchung der Patienten und der Fertigstellung des Gutachtens zwischen einer Fertigstellung des Gutachtens am Tag der Untersuchung bis zu 146 Tage später. Der durchschnittliche Zeitraum zwischen der ambulanten Untersuchung und der Fertigstellung des Gutachtens betrug 20,55 Tage. Der Me-

dian betrug nur 10,5 Tage. Die starke Abweichung des arithmetischen Mittelwertes vom Median um den Faktor 2 beruht insbesondere auf einem Gutachten, das erst 146 Tage nach der ambulanten Untersuchung einer 37-jährigen Patientin fertiggestellt wurde und damit zu einer starken Verzerrung des Mittelwertes führt.<sup>537</sup>

Bei drei ambulanten Gutachten konnte der Zeitraum zwischen der Untersuchung und der Erstattung des Gutachtens nicht berechnet werden, da das Datum der Untersuchung nicht in der Akte vermerkt worden war. Bei einem in der Ambulanzakte gefundenen Gutachten handelte es sich um das zuvor erwähnte Aktengutachten, das ca. 21 Monate nach dem Tod des Patienten erstattet worden war.

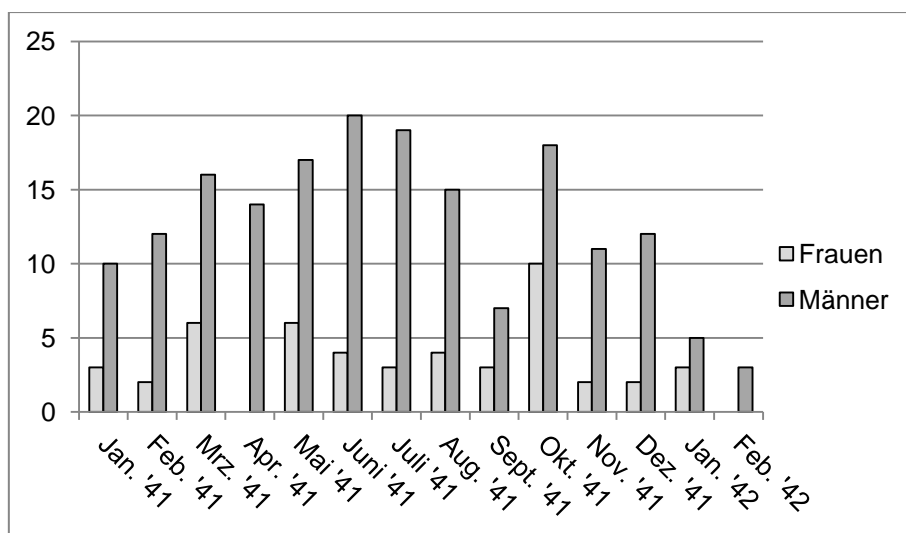


Abb. 25: Datum der sonstigen zivilen Gutachten

Die zeitliche Verteilung der Gutachtenerstellung ist in Abbildung 25 dargestellt. Es zeigt sich eine Häufung der Gutachtenerstattung im Juni und Oktober 1941. Drei undatierte Gutachten wurden nicht in die Abbildung mit aufgenommen.

<sup>537</sup> Die Ursache für diese Verzögerung liegt darin, dass der Gutachter zur sicheren Beurteilung der Frage der posttraumatischen Berufs- und Erwerbsminderung der Patientin in seiner ersten gutachterlichen Äußerung verschiedene Dokumente angefordert hatte.



Tabelle 45 fasst die absoluten Zahlen der erstatteten Gutachten in den vier Quartalen des Jahres 1941 (sowie dem ersten Quartal des Jahres 1942; vgl. Schmid (1994)) zusammen.

**Tab. 45:** Verteilung der Gutachtendaten nach Quartalen

(\* Die kursiv geschriebenen Gutachten, die im 1. Quartal 1942 verfasst wurden, sowie die undatierten Gutachten wurden in die statistische Berechnung nicht mit einbezogen, um die Ergebnisse nicht zu verzerren)

Quartal	Anzahl Patienten		Σ
	Frauen	Männer	
1. Januar – 31. März 1941 (1. Quartal)	11	38	49 22,69%
1. April – 30. Juni 1941 (2. Quartal)	11	51	62 28,70%
1. Juli – 30. September 1941 (3. Quartal)	9	41	50 23,15%
1. Oktober – 31. Dezember 1941 (4. Quartal)	14	41	55 25,46%
1. Januar – 31. März 1942 (1. Quartal)	3*	8*	11*
Undatiert	0	3	3
Σ	45 (48*)	171 (182*)	216 (230*) 100%

Daraus wird deutlich, dass die zeitliche Verteilung der sonstigen Fragestellungen erstatteten Gutachten über das Jahr 1941 weitgehend konstant war. Im ersten Quartal wurden mit 49 Gutachten (22,69%) die wenigstens und im zweiten Quartal mit 62 Gutachten (28,70%) die meisten Gutachten verfasst. Im dritten Quartal wurden 50 (23,15%) und im vierten Quartal 55 Gutachten (25,46%) erstattet.

#### 3.4.19 Grund weiterer Gutachten

---

Bei den sonstigen zivilen Gutachten wurden häufiger als bei den Sterilisationsgutachten Nachuntersuchungen durchgeführt, da insbesondere die Berufsgenossenschaften und Versicherungen ein Interesse an der Verlaufskontrolle der zu ihrer Berufs- und Erwerbsminderung begutachteten Patienten hatten, um ggf. die gezahlten Renten anzupassen bzw. zu reduzieren.

So wurden insgesamt sechs Frauen und 32 Männer zur Frage der Berufs- und Erwerbsminderung nachbegutachtet. Bei jeweils fünf Frauen bzw. Männern wurden außerdem Zweitgutachten zu anderen Fragestellungen erstattet.

#### 3.4.20 Fallbeispiele: Berufs- und Erwerbsminderung

---

Als Fallbeispiele für Patienten, die zur Frage der Berufs- und Erwerbsminderung begutachtet wurden, wurden drei Patienten mit einer Reihe von Gutachten ausgewählt, anhand derer man ihre Entwicklung im Laufe der Zeit erkennen kann:

1) Patient P. W., 59 Jahre, Schreiner<sup>538</sup>:

Der Patient wurde insgesamt acht Mal an der Universitäts-Nervenlinik Tübingen fachärztlich begutachtet, nachdem er Ende des Jahres 1932 einen schweren Unfall mit Schädeltrauma erlittenen hatte. Nachdem im Februar 1933 die unfallbedingte Gesamterwerbsminderung noch auf 100% geschätzt wurde, wurde sie aufgrund von Nachuntersuchungen im Mai 1933 auf 80%, im Dezember 1933 auf 60% und im Juli 1934 auf 50% (in seinem ehemaligen Beruf, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt 40%) eingeschätzt. Im Oktober 1936 wurden

„noch die objektiven Symptome, wie rechtsseitige Augenstörung, Schwäche des Mundfacialis, des Gaumensegels, die Geruchsstörung [und] die allg. geistige Verlangsamung als Unfallfolge“

---

<sup>538</sup> UAT 669/19216

anerkannt und die unfallbedingte Gesamterwerbsminderung auf 35% auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bzw. 40% in seinem ehemaligen Beruf als Schreiner geschätzt, die auch im Oktober 1937 sowie im Dezember 1939 weiter angenommen wurde.

Obwohl nach dem Gutachten vom Oktober 1937 eine weitere Besserung der Unfallfolgen als eher unwahrscheinlich angesehen wurde und das Gutachten vom Dezember 1939 diese Einschätzung bekräftigte:

„[eine] weitere Besserung der Unfallfolgen [sei] bei der heute fixierten neurotischen Einstellung des W. nicht anzunehmen“,

wurde im Dezember 1941 ein weiteres Gutachten an die zuständige Berufsgenossenschaft erstattet, in dem eine Gesamterwerbsminderung von 40% als Dauerschaden angenommen wurde.

## 2) Patient M. B., 38 Jahre, Hilfsarbeiter<sup>539</sup>:

Infolge eines im Juni 1934 erlittenen Unfalles wurde der Patient insgesamt sieben Mal an der Universitäts-Nervenlinik Tübingen begutachtet. Im Dezember 1934 wurde seine unfallbedingte Gesamterwerbsminderung auf 25% und im September 1935 auf 20 – 25% geschätzt. Im Februar 1936 wurde

„eine Reizung des rechten Infraorbitalnerven und eine Schwäche des rechten schiefen unteren Augenmuskels“

diagnostiziert. Im August 1936 wurde die Erwerbsminderung aufgrund der Trigeminusneuralgie auf 30 – 35% und im Juni 1937 auf 35% geschätzt und eine Verödung des Nervenganglions vorgeschlagen. Im Juli 1938 wurde die Erwerbsminderung auf 30% geschätzt und betont, dass der Patient die vorgeschlagene Behandlungsmöglichkeit ablehne.

Im Gutachten vom Oktober 1941 wurde die

„rechtsseitige partielle Trigeminusneuralgie vorwiegend des 2. Astes [...] [als] chronischer Dauerzustand“

---

<sup>539</sup> UAT 669/18791

angenommen und die unfallbedingte Gesamterwerbsminderung des Patienten auf 25 – 30% geschätzt, wobei der Patient eine Verödung des Nervenganglions weiterhin ablehnte.

3) Patient H. G., 39 Jahre, Wanderschäfer<sup>540</sup>:

Aufgrund einer traumatischen Hirnschädigung im Jahre 1941 wurde der Patient insgesamt drei Mal in der Universitäts-Nervenlinik Tübingen untersucht (Februar/März, April, September/Oktober) und zwei Mal zur Frage seiner Berufs- und Erwerbsminderung für die zuständige Berufsgenossenschaft begutachtet.

Zum Unfallhergang, für den es keine objektiven Zeugenaussagen gegeben habe, hieß es:

„Der Unfall soll in der Frühe am 31.12.1940 gewesen sein. [...] Am 31. Dez. 1940 sei er in Wangen bei Konstanz in der Wirtschaft zum Adler die Treppe hinuntergefallen. Es habe Glatteis gehabt und er sei gefallen, als er am Morgen nach den Schafen habe sehen wollen. [...] Er sei einige Zeit bewusstlos gewesen. [...] Äußerlich habe er keine Verletzung gehabt, innerlich habe er aber doch gespürt, daß es nicht mehr recht ist. [...] Etwa 2 Stunden nach dem Sturz habe er erstmals erbrechen müssen.“

Der erhobene neurologische Untersuchungsbefund könne

„mit einem vorausgegangenen, nicht unerheblichen Schädeltrauma in Einklang gebracht werden.

[...]

In Frage [komme], daß infolge des Unfalles [...] eine umschriebene Gehirnschädigung (Kontusionsherd oder Blutung) zustande gekommen [sei].“

Jedoch sei

„kein Grund vorhanden, daß G. heute noch völlig arbeitsunfähig sein sollte. Seinem Zustand nach wäre er u. E. durchaus in der Lage, seiner Berufsarbeit wieder nachzugehen.“

Der Gutachter kam zu dem Ergebnis, dass die Klinikbehandlungen infolge des Unfalles notwendig gewesen seien und der Patient für diesen Zeitraum zu

---

<sup>540</sup> UAT 669/19392

100% erwerbsgemindert war und schlug die Gewährung einer 25%igen Rente für einen Zeitraum von 6 Monaten nach Klinikentlassung und anschließende Nachuntersuchung vor.

Im Rahmen der Kontrolluntersuchung im September/Oktober 1941 konnte der Gutachter

„auf körperlich-neurologischem Gebiet keine Erscheinungen mehr [nachweisen], die auf eine organische Schädigung des Zentralnervensystems mit Sicherheit hinweisen würden.“

#### 3.4.21 Fallbeispiel: Rente

---

Wie oben beschrieben, war eine klare Unterscheidung zwischen Gutachten zur Frage der Berufs- und Erwerbsminderung und Rentengutachten aufgrund fließender Übergänge der Fragestellungen nicht immer möglich.

Der 43-jährige Invalidenrentner G. L.<sup>541</sup> wurde wegen Syringomyelie<sup>542</sup> zur Frage der Rentenbewilligung begutachtet. Er wurde als

„invalide und zwar auf Lebensdauer [eingeschätzt], da eine Heilung oder Besserung bei dieser Krankheit ausgeschlossen [sei], weshalb sich eine Behandlung oder ein Heilverfahren erübrigen. Es [sei] vielmehr bei dem progressiven Charakter dieser Krankheit in noch nicht absehbarer Zeit damit zu rechnen, daß Pflegebedürftigkeit [eintrete].“

#### 3.4.22 Fallbeispiel: Schuldfähigkeit

---

Wie oben beschrieben bildete das sog. Gewohnheitsverbrechergesetz vom 24. November 1933 die Grundlage zur Beantwortung der jeweiligen Fragen im Rahmen von Schuldfähigkeitsgutachten. Dabei bezogen sich die Gutachter hinsichtlich der Zurechnungsfähigkeit der Patienten zur Tatzeit auf den § 51, Abs.

---

<sup>541</sup> UAT 669/18972

<sup>542</sup> Bei der Syringomyelie handelt es sich um eine „[zentrale] Höhlenbildung im Rückenmark, die sich meist über mehrere Segmente erstreckt“ (siehe (MASUHR & NEUMANN, 2007) S. 172ff) und insbesondere im HWS- und oberen BWS-Bereich auftritt (vgl. (GLEIXNER, MÜLLER, & WIRTH, 2007/08) S. 211ff).

1 bzw. 2 und hinsichtlich der Unterbringung Patienten in einer Heil- und Pflegeanstalt auf den § 42b des Reichsstrafgesetzbuches.

Der 31-jährige Mechaniker H. S.<sup>543</sup> wurde im Auftrag des Staatsanwaltes beim Sondergericht zu der Frage begutachtet,

„ob [er] die ihm zur Last gelegte Beschädigung des Werkzeugs seines Arbeitskameraden [...] im Zustand der Zurechnungsfähigkeit bezw. der erheblichen Verminderung der Zurechnungsfähigkeit begangen [habe].“

Der Gutachter kam in seiner Beurteilung zu dem Ergebnis, dass es sich bei dem Patienten, bei dem sich

„im Laufe der letzten Jahre eine schleichende Persönlichkeitsumwandlung vollzogen habe“,

am ehesten um eine beginnende Schizophrenie handele, sodass er

„möglicherweise zur Zeit der Tat in der Lage [war], das Unerlaubte seines Tuns einzusehen, jedoch ohne Zweifel unfähig [war], nach dieser Einsicht zu handeln.“

Damit trafen bei diesem Patienten die Bestimmungen des § 51, Abs. 1 zu. Aufgrund der folgenden Ausführungen und einer Ergänzung, die die Gemeingefährlichkeit des Patienten betonte, wurde die Unterbringung in einer Heil- und Pflegeanstalt zur Behandlung und anschließenden Überprüfung der Anstaltsbedürftigkeit nach § 42b empfohlen:

„Die krankhafte Geistesstörung bestehe natürlich [...] unverändert fort. Nach seinen eigenen Angaben [sei] sogar seit der Haftentlassung eine weitere Verschlimmerung eingetreten insofern als er jetzt mehr unter Stimmungsschwankungen, Hemmungen und Zuständen von Gereiztheit [leide] und ihm seine Wesensänderung immer stärker zum Bewusstsein [komme]. Ausserdem [sei] er auch an seinem neuen Arbeitsplatz [...] bereits von dem gleichen paranoiden Misstrauen gegenüber den Arbeitskollegen erfasst wie in den vergangenen Jahren bei Daimler Benz. Es [bestehe] also die grosse Gefahr, dass [der Patient] in Zukunft auf Grund seines Wahnerlebens mit seiner Umgebung erneut zusammen [stosse] oder mit dem Gesetz in Konflikt [gerate]. Die Unterbringung in einer Heil- und Pflegeanstalt (nach § 42 b) [erscheine] deshalb im Interesse der öffentlichen Sicherheit geboten.“

---

<sup>543</sup> UAT 669/19575

Nun [sei] jedoch zu berücksichtigen, dass bei [dem Patienten] trotz der vorliegenden Geistesstörung gewisse Seiten seiner Persönlichkeit vollkommen intakt geblieben [seien]. Er [sei] bisher regelmässig seiner Arbeit nachgegangen und in Hinblick auf den derzeitigen Facharbeitermangel [sei] es wünschenswert, wenn seine Arbeitskraft auch weiterhin nutzbar gemacht werden könnte. Es [bestehe] weiterhin die Möglichkeit, daß durch eine systematische klinische Behandlung (Insulin- oder Cardiazolkur) der Zustand des [Patienten] soweit gebessert werden [könne], daß in absehbarer Zeit eine Wiederentlassung ohne Gefahr für die öffentliche Sicherheit verantwortet werden [könne].“

Der Krankenakte des Patienten war außerdem zu entnehmen, dass sich dem Strafverfahren ein Erbgesundheitsverfahren vor dem EGG Tübingen anschloss, das im Juli 1941 die Unfruchtbarmachung des Patienten wegen Schizophrenie beschloss.

#### 3.4.23 Fallbeispiel: andere Fragestellungen

---

Gutachten zu anderen Fragestellungen befassten sich, wie oben erwähnt, z. B. mit Sorgerechtsstreitigkeiten, mit versicherungsrechtlichen Fragen, mit Fragen der Diagnosesicherung, der Geschäftsfähigkeit des Patienten, der Notwendigkeit der Unterbringung in einer Heil- und Pflegeanstalt (nach § 42b R.St.G.), der Heimunterbringung, der Erziehungsfähigkeit und der Operationsfähigkeit.

Im September 1941 wurde im Auftrag des Versorgungsamtes ein Gutachten über den 51-jährigen Pflasterermeister K. B.<sup>544</sup>, der im Mai 1941 infolge eines Hirntumors in der Universitäts-Nervenlinik Tübingen verstorben war, zur Klärung des ursächlichen Zusammenhangs mit der alten Dienstbeschädigung erstattet. Der Gutachter kam zu dem Ergebnis,

„dass ein ursächlicher Zusammenhang des [im] Mai 1941 an einem Hirntumor erfolgten Todes des [Patienten] mit einem D.B.-Leiden nicht wahrscheinlich gemacht werden [könne].“

---

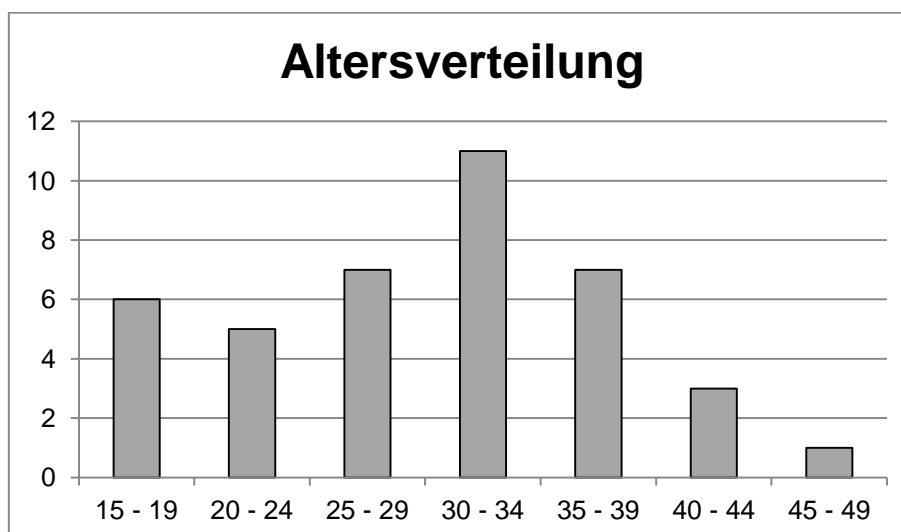
<sup>544</sup> UAT 669/18772

### 3.5 Lazarettgutachten

Insgesamt wurden im Reservelazarett II, Teillazarett Nervenlinik, im Laufe des Jahres 1941 40 im Wehrdienst befindliche bzw. aus dem Wehrdienst entlassene Patienten begutachtet und hierzu 41 Gutachten verfasst, auf die im Folgenden genauer eingegangen werden soll.<sup>545</sup>

Eine geschlechtsspezifische Unterscheidung erübrigt sich, da es sich bei allen im Lazarett begutachteten Patienten um Männer handelte.

#### 3.5.1 Altersverteilung



**Abb. 26:** Altersverteilung der im Lazarett begutachteten Patienten

Abbildung 26 veranschaulicht die Altersverteilung der im Reservelazarett II, Teillazarett Nervenlinik, begutachteten Patienten.

Das Durchschnittsalter der begutachteten Patienten lag bei 30,05 Jahren. Der Median lag bei 31 Jahren. Die annähernde Normalverteilung der Altersstruktur der begutachteten Patienten mit einem stärkeren Beitrag jüngerer Pati-

<sup>545</sup> Der Vollständigkeit wegen sei hier erwähnt, dass einer der im Lazarett untersuchten Patienten außerdem im Laufe des Jahres 1941 zur Untersuchung und Begutachtung im Rahmen des Erbgesundheitsverfahrens stationär in die zivile Abteilung der Universitäts-Nervenlinik Tübingen aufgenommen. Da es sich beim Lazarett um eine andere Abteilung der Klinik handelt, wurde er in die diesbezüglichen statistischen Berechnungen integriert.



enten führt zu einer geringen Abweichung des arithmetischen Mittelwertes vom Median.

Der jüngste begutachtete Patient war ein 16-jähriger Jungschütze und Handelsschüler, der zur Frage seiner Berufseignung begutachtet wurde<sup>546</sup>. Dieses Gutachten wurde der Kategorie *andere Gutachten* zugeordnet. In der Akte dieses Patienten heißt es, der Patient habe „[auf] der Schule [...] mittlere Leistungen gezeigt“ und „kein besonderes Interesse an den eigentlichen Wissenschaften“ gehabt. Nach seiner Schulentlassung habe er „offenbar [keinen klaren und zielbewussten] Plan für einen bestimmten Beruf“ gehabt und sich letztendlich für eine „Ausbildung in einer Heeresunteroffizierschule“ entschieden, wozu seine Eignung aufgrund einer stationären Untersuchung und Beobachtung in einem Gutachten beurteilt werden soll, da „[seine] charakterliche Struktur [...] zu sehr ernsten Bedenken Anlass [gebe]“. Der Gutachter kommt zu dem Ergebnis, dass bei dem Patienten keine „körperliche oder geistige Störung [vorliege]“ und seine charakterliche Struktur die “[Folge] von Erziehungsfehlern“ sei, „die von elterlicher Seite aus schon von früher Kindheit an bestanden [hätten]“, und folglich, dass der Patient aufgrund seines Charakter „[als] späterer Erzieher für Soldaten [...] nicht infrage [komme]“ und damit „für eine Heeresunteroffiziersvorschule nicht geeignet [sei]“.

Der älteste begutachtete Patient war ein 49-jähriger Oberleutnant, der zur Frage der Wehrdienstbeschädigung und Versehrtheit ambulant untersucht und begutachtet wurde<sup>547</sup>. Der Gutachter kam in diesem Fall zu dem Ergebnis, dass „kein Anhaltspunkt für eine organische Schädigung des Zentralnervensystems durch den [...] [Schädelunfall]“, den der Patient „während seines Dienstes bei einem Baubataillon am 12.4.1940 [...] erlitten habe“ und der zu einer „Gehirnerschütterung“ mit „Kopfschmerzen und Schwindelgefühl“ geführt habe, vorliege und damit keine Versehrtheit im Sinne des WFVG bestehe.

---

<sup>546</sup> Die folgenden Zitate wurden den Unterlagen des betreffenden Patienten in der Schatulle UAT 333/Siel-Scher entnommen.

<sup>547</sup> Die folgenden Zitate wurden den Unterlagen des betreffenden Patienten in der Schatulle UAT 333/Scho-Schw entnommen.

## 3.5.2 Konfession

**Tab. 46:** Verteilung der Konfessionen

Konfession	Anzahl Patienten
Evangelisch	17 42,50%
Katholisch	17 42,50%
Andere	2 5,0%
Keine Angabe	4 10,0%
$\Sigma$	40 100%

Die Verteilung der Konfessionen der begutachteten Patienten ist in Tabelle 46 gezeigt. Daraus wird deutlich, dass die meisten im Lazarett begutachteten Patienten (34 von 40 = 85%) dem christlichen Glauben angehörten. Die Christen waren zu jeweils 50% (jeweils 17 Personen) evangelisch bzw. katholisch.

Zwei Patienten (5,0%) gaben an, gottgläubig zu sein, und werden in der Tabelle in der Kategorie *Andere* aufgeführt.

Bei vier Personen (10,0%) fand sich keine Angabe zur Konfession.

## 3.5.3 Familienstand

Tabelle 47 gibt einen Überblick über den Familienstand der im Lazarett begutachteten Patienten.

**Tab. 47:** Familienstände der im Reservelazarett begutachteten Patienten

Familienstand	Anzahl Patienten
Ledig	16 40,0%
Verheiratet	20 50,0%
Geschieden	0
Verwitwet	0
Keine Angabe	4 10,0%
$\Sigma$	40 100%

Daraus wird deutlich, dass die meisten Patienten (20 von 40 Personen = 50%) verheiratet waren. 16 (40,0%) waren ledig. Bei vier Patienten (10,0%) fanden sich keine Angaben zur ihrem Familienstand.

Bei den im Lazarett begutachteten Patienten war keiner geschieden oder verwitwet.

### 3.5.4 Wohnort

**Tab. 48:** Entfernung der Wohnorte der Patienten zum Lazarett der Universitäts-Nervenlinik Tübingen

Entfernung	Anzahl Patienten
0 – 49 km	9 22,5%
50 – 99 km	13 32,5%
100 – 149 km	9 22,5%
150 – 199 km	1 2,5%
> 200 km	6 15,0%
Keine Angabe	2 5,0%
$\Sigma$	40 100%

Ein Überblick über die Entfernung der Wohnorte der Patienten zum Reservelazarett der Universitäts-Nervenlinik Tübingen zeigt Tabelle 48 (vgl. Anhang 9). Daraus wird ersichtlich, dass der überwiegende Teil der Patienten (22 von 40 Patienten = 55,0%) aus einem Umkreis bis zu 99 km stammten. Weitere 9 Personen (22,5%) stammten aus einem Umkreis von 100 bis 149 km, sodass insgesamt 31 von 40 Personen (77,5%) aus einer Entfernung bis zu 149 km vom Reservelazarett II Tübingen, Teillazarett Nervenlinik, stammten.<sup>548</sup>

Zwei Personen (5,0%) konnten in diese Auswertung nicht mit einbezogen werden, da sich keine Angaben zu ihren Wohnorten fanden.

<sup>548</sup> Der Vollständigkeit wegen sei erwähnt, dass die durchschnittliche Entfernung der Wohnorte der im Lazarett begutachteten Patientinnen und Patienten 141,31 km nach Tübingen betrug.

### 3.5.5 Staatsangehörigkeit

---

Bei 36 von 40 im Lazarett begutachteten (ehemaligen) Wehrmachtsangehörigen (90,0%) handelte es sich um deutsche Staatsbürger. Bei vier Personen wurden keine Angaben zu ihrer Staatsangehörigkeit gefunden.

### 3.5.6 Ranggruppen, Rangklassen und Dienstgrade bei der Wehrmacht

---

Soldaten wurden anhand der *Verordnungen über Rang- und Vorgesetztenverhältnis der Soldaten des Heeres* (vom 1. Oktober 1940), *der Kriegsmarine* (vom 14. September 1939) und *der Luftwaffe* (Neudruck 1940) „in [folgende] Ranggruppen, Rangklassen und Dienstgrade“<sup>549</sup> eingeteilt:

#### A. Ranggruppen

- I. Offiziere
- II. Musikinspizienten und Musikmeister
- III. Unteroffiziere
- IV. Mannschaften

#### B. Rangklassen und Dienstgrade

##### I. Offiziere

1. Rangklasse des Reichsmarschalls
2. Rangklasse der Generale und Admirale
  - a) Generalfeldmarschall, Großadmiral
  - b) Generaloberst, Generaladmiral
  - c) General der Infanterie, Gebirgstruppe, Kavallerie, Artillerie, Pioniere, Panzertruppe, Nachrichtentruppe; General der Flieger, Fallschirmtruppe, Flakartillerie, Luftnachrichtentruppe, Luftwaffe; Admiral; Generaloberstabsarzt, Generaloberstabsveterinär
  - d) Generalleutnant, Vizeadmiral  
Generalstabsarzt, Admiralstabsarzt, Generalstabsveterinär
  - e) Generalmajor, Konteradmiral  
Generalarzt, Admiralarzt, Generalveterinär

---

<sup>549</sup> (ABSOLON, 1988) S. 157

3. Rangklasse der Stabsoffiziere
  - a) Oberst, Kapitän zur See  
Oberstarzt, Flottenarzt, Oberstveterinär
  - b) Oberstleutnant, Fregattenkapitän  
Oberfeldarzt, Geschwaderarzt, Oberfeldveterinär
  - c) Major, Korvettenkapitän  
Oberstabsarzt, Marineoberstabsarzt, Oberstabsveterinär
4. Rangklasse der Hauptleute, Rittmeister und Kapitänleutnante  
Hauptmann, Rittmeister und Kapitänleutnant  
Stabsarzt, Marinestabsarzt, Stabsveterinär
5. Rangklasse der Leutnante
  - a) Oberleutnant, Oberleutnant zur See  
Oberarzt, Marineoberassistentenarzt, Oberveterinär
  - b) Leutnant, Leutnant zur See  
Assistentenarzt, Marineassistentenarzt, Veterinär

## II. Musikinspizienten und Musikmeister

1. Rangklasse der Musikinspizienten
  - a) Obermusikinspizient
  - b) Musikinspizient
2. Rangklasse der Stabsmusikmeister  
Stabsmusikmeister
3. Rangklasse der Musikmeister
  - a) Obermusikmeister
  - b) Musikmeister

## III. Unteroffiziere

1. Rangklasse der Festungswerkmeister und Hufbeschlaglehrmeister
  - a) Festungsoberwerkmeister, Oberhufbeschlaglehrmeister
  - b) Festungswerkmeister, Hufbeschlaglehrmeister
2. Rangklasse der Unteroffiziere mit Portepee
  - a) Stabsfeldwebel, Stabswachtmeister, Stabsbeschlagmeister, Stabsfeuerwerker, Stabsschirrmeister, Stabsfunkmeister, Stabsbrieftaubenmeister, Stabsoberfeldwebel (Marine)
  - b) Oberfähnrich, Unterarzt, Unterveterinär
  - c) Oberfeldwebel, Oberwachtmeister, Oberbeschlagmeister, Oberfeuerwerker, Oberschirrmeister, Oberfunkmeister, Oberbrieftaubenmeister, Oberbootsmann

- d) Stabsfeldwebel (F)<sup>550</sup> der Marine
  - e) Feldwebel, Wachtmeister, Beschlagmeister, Feuerwerker, Schirrmeister, Funkmeister, Briefftaubenmeister, Bootsmann
3. Rangklasse der Fähnriche und Unteroffiziere ohne Portepe
- a) Fähnrich
  - b) Unterfeldwebel, Unterwachtmeister, Oberbootsmannsmaat
  - c) Unteroffizier, Oberjäger, Bootsmannsmaat

IV. Mannschaften

Unter den Mannschaften wurde nur nach Dienstgraden, aber nicht nach Rangklassen unterschieden:

- a) Oberstabsgefreiter
- b) Stabsgefreiter, Matrosenstabsgefreiter
- c) Hauptgefreiter (Luftwaffe), Matrosenhauptgefreiter
- d) Obergefreiter, Matrosenobergefreiter
- e) Gefreiter, Matrosengefreiter
- f) Oberschütze (auch bei Jägergruppenteilen), Oberreiter, Oberkanonier, Panzeroberschütze, Oberpionier, Oberfunker, Oberkrafftfahrer, Oberfahrer, Sanitätsobersoldat, Bauobersoldat, Obermatrose
- g) Schütze, Jäger, Reiter, Kanonier, Panzerschütze, Pionier, Krafftfahrer, Fahrer, Sanitätssoldat, Bausoldat; Flieger, Kanonier, Funker, Jäger, Schütze; Matrose, Fahnenjunker

**Tab. 49:** Ranggruppen der begutachteten Patienten bei der Wehrmacht

(\* Die kursiv geschriebene Zahl umfasst die Angabe eines SS-Mannes, dessen Dienstgrad eigentlich nicht zu den Ranggruppen, Rangklassen und Dienstgraden der Wehrmacht gehört. Er wurde nur der Vollständigkeit wegen hier mit aufgeführt und nicht in die statistische Berechnung mit einbezogen.)

Ranggruppen	Anzahl Patienten		Σ
	Aktiv	a. D.	
Offiziere	2 8,70%	0	2 5,13%
Musikinspizienten und Musikmeister	0	0	0
Unteroffiziere	0	3 18,75%	3 7,69%
Mannschaften	21 (22*) 91,30%	13 81,25%	34 (35*) 87,18%
Σ	23 (24*) 100%	16 100%	39 (40*) 100%

<sup>550</sup> (ABSOLON, 1988) S. 160: (F) heißt: mit Feldwebelausbildung.

Tabelle 49 gibt einen Überblick über die Ranggruppen der begutachteten Patienten bei der Wehrmacht.

Bei 24 der 40 begutachteten Patienten handelte es sich um aktive Angehörige der Wehrmacht. Das entspricht 60,0%. Bei den übrigen 16 Personen (40,0%) handelte es sich um ehemalige Wehrmachtsangehörige (a. D.).

Nach Absolon (1988) gehörten die Dienstgrade der Waffen-SS nicht zu den Ranggruppen, Rangklassen und Dienstgraden der Wehrmacht, wurden von ihm aber zum Vergleich mit aufgeführt. Demnach sei der Dienstgrad *SS-Mann*, den ein Patient angab, mit dem niedrigsten Dienstgrad der Wehrmacht vergleichbar und wurde in der Tabelle in der Ranggruppe der Mannschaften bei den aktiven Wehrmachtsangehörigen mit aufgeführt.

Unter den 23 aktiven Wehrmachtsangehörigen gehörten zwei Patienten (8,70%), ein Oberleutnant und ein Veterinär, zur Ranggruppe der Offiziere und wurden innerhalb dieser Ranggruppe der Rangklasse der Leutnante zugeordnet.

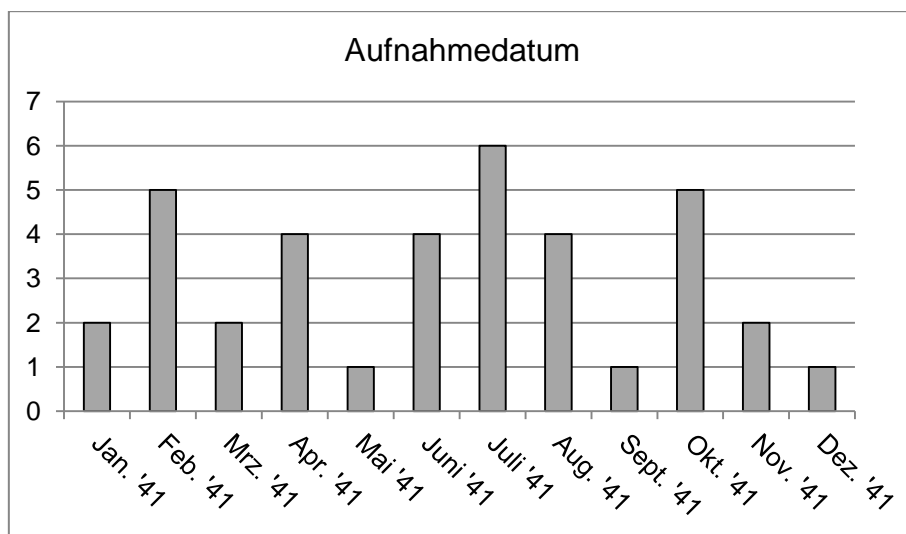
Keiner der begutachteten aktiven Patienten gehörte zur Ranggruppe der Musikinspizienten und Musikmeister oder zur Ranggruppe der Unteroffiziere.

Insgesamt 21 begutachtete aktive Wehrmachtsangehörige (91,30%) gehörten zur Ranggruppe der Mannschaften. Darunter fanden sich ein Obergefreiter, ein Oberpionier, 15 Schützen, ein Kanonier, ein Pionier, ein Flieger und ein Matrose.

Zu den 16 ehemaligen Wehrmachtsangehörigen gehörten drei Unteroffiziere (18,75%, Ranggruppe der Unteroffiziere) und 13 Mannschaftsangehörige (81,25%), darunter drei Obergefreite, vier Gefreite, drei Schützen, zwei Kanoniere und ein Pionier.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der überwiegende Teil der Begutachtungen sowohl bei den aktiven als auch bei den ehemaligen Wehrmachtsangehörigen Mannschaftsangehörige betraf (24 vom 39 = 61,54%). Nur zwei begutachtete aktive Wehrmachtsangehörige (5,13%) gehörten zur Ranggruppe der Offiziere und nur drei ehemalige Wehrmachtsangehörige (7,69%) zur Ranggruppe der Unteroffiziere.

## 3.5.7 Aufnahme datum



**Abb. 27:** Verteilung der monatlichen Zahl der stationären Patientenaufnahmen im Lazarett von Januar bis Dezember 1941

Abbildung 27 zeigt die Verteilung der monatlichen Gesamtzahl der stationären Aufnahmen der Patienten zur Begutachtung vom Januar bis Dezember 1941. Zwei Personen wurden im Laufe des Jahres 1941 zwei Mal stationär aufgenommen. Nicht berücksichtigt werden konnten vier ambulant untersuchte Patienten sowie ein Patient mit fehlender Angabe zum Datum seines stationären Aufenthaltes bzw. seiner Untersuchung.

Daraus wird ersichtlich, dass die meisten Patienten im Februar, Juli und Oktober 1941 aufgenommen wurden. Ein Minimum an Patientenaufnahmen findet sich im Mai und September 1941.

**Tab. 50:** Verteilung der stationären Patientenaufnahmen nach Quartalen

Quartal	Anzahl Patienten
1. Januar – 31. März 1941 (1. Quartal)	9 24,32%
1. April – 30. Juni 1941 (2. Quartal)	9 24,32%
1. Juli – 30. September 1941 (3. Quartal)	11 29,73%
1. Oktober – 31. Dezember 1941 (4. Quartal)	8 21,62%
$\Sigma$	37 100%



Zur besseren Vergleichbarkeit fasst Tabelle 50 die Anzahl der stationären Aufnahmen im letzten Quartal des Jahres 1940 sowie in den vier Quartalen des Jahres 1941 zusammen (vgl. Schmid (1994)). Es zeigt sich eine relativ gleichmäßige Verteilung der Patientenaufnahmen in den vier Quartalen des Jahres 1941 mit einem Maximum von elf stationären Aufnahmen (29,73%) im dritten Quartal 1941 und einem Minimum von acht stationären Aufnahmen (21,62%) im vierten Quartal 1941. Im ersten und zweiten Quartal wurden jeweils neun Personen (jeweils 24,32%) stationär aufgenommen.

### 3.5.8 Aufenthaltsdauer

**Tab. 51:** Übersicht über die Aufenthaltsdauer der im Lazarett begutachteten Patienten (in 10-Tages-Schritten)

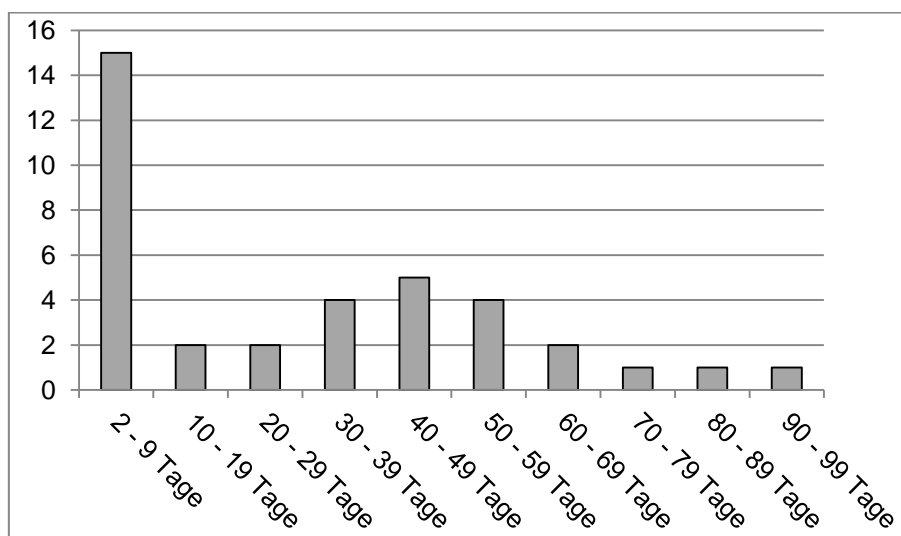
Aufenthaltsdauer (in Tagen)	Anzahl Patienten
2 – 9	15 40,54%
10 – 19	2 5,41%
20 – 29	2 5,41%
30 – 39	4 10,81%
40 – 49	5 13,51%
50 – 59	4 10,81%
60 – 69	2 5,41%
70 – 79	1 2,70%
80 – 89	1 2,70%
90 – 99	1 2,70%
Σ	37 100%

Tabelle 51 verdeutlicht, dass ein großer Teil der zur Begutachtung in das Reservelazarett aufgenommenen Patienten (insgesamt 15 von 37 Personen = 40,54%) eine Aufenthaltsdauer von bis zu 9 Tagen für die stationäre Untersuchung und Beobachtung in der Universitäts-Nervenlinik Tübingen hatten.

Eine Aufenthaltsdauer von 10 bis 19 und von 20 bis 29 Tagen hatten jeweils zwei Patienten (jeweils 5,41%), von 30 bis 39 Tagen vier Männer (10,81%), von 40 bis 49 fünf Personen (13,51%), von 50 – 59 Tagen vier Patienten (10,81%), von 60 bis 69 Tagen zwei Männer (5,41%) und von 70 bis 79, 80 bis 89 und 90 bis 99 Tagen jeweils ein Mann (jeweils 2,70%).

Die Abweichungen der Gesamtzahl der stationären Aufenthalte von der Gesamtzahl der begutachteten Patienten rühren daher, dass von den 40 im Jahre 1941 im Reservelazarett der Universitäts-Nervenlinik Tübingen untersuchten und begutachteten Patienten zwei Patienten zwei Mal stationär aufgenommen wurden, vier Patienten lediglich ambulant untersucht und bei einem Patienten keine Angaben zu seiner Aufnahme gefunden wurden.

Eine grafische Darstellung der Aufenthaltsdauer der im Lazarett begutachteten Personen zeigt Abbildung 28.



**Abb. 28:** Übersicht über die Aufenthaltsdauer der stationär zur Begutachtung im Lazarett aufgenommenen Patienten

Die kürzeste Aufenthaltsdauer lag bei zwei Tagen (zwei Patienten).

Die längste Aufenthaltsdauer betrug 99 Tage bei einem 34-jährigen früheren Gefreiten wegen eines schizophrenen Zustandsbildes mit Verfolgungsideen<sup>551</sup>. Der Patient wurde

<sup>551</sup> Die folgenden Zitate wurden den Unterlagen des betreffenden Patienten in der Schatulle UAT 333/Kop-Lang entnommen.

„am [...] wegen Schwachsinn als a.v., nicht Wehrmacht, aus dem Heer entlassen. Es zeigten sich bei ihm kurz danach psychotische Störungen, welche seine Einweisung in die Univ. Nervenlinik Tübingen erforderlich machten. Dort bot [der Patient] ein ängstlich-paranoides Zustandsbild, und es wurde der Verdacht auf das Vorliegen einer Schizophrenie ausgesprochen. Im Verlaufe der durchgeführten Insulin-Cardiazolbehandlung klangen die geistigen Störungen wieder ab [...].“

Zur Begutachtung in der Frage der Rentenklärung wurde der Patient im Dezember 1941 erneut stationär aufgenommen. Der Gutachter kam zu dem Ergebnis, dass der Patient

„jetzt in seelischer Hinsicht nicht mehr besonders auffällig [sei].

Die Beurteilung der Dienstfähigkeit [ändere] sich nun, da erheblicher Verdacht auf überstandene Geisteskrankheit [bestehe] [...]. Wehrdienstbeschädigung [könne] weder für den Schwachsinn, der seinerzeit zur Entlassung führte, noch für die inzwischen aufgetretene Geistesstörung angenommen werden, da beide Leiden anlagemässig bedingt [seien], und ein verschlimmernder Einfluss der erfolgten Einberufung nicht angenommen werden [könne].“

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug 30,57 Tage. Der Median betrug 25 Tage.

### 3.5.9 Datum der ambulanten Untersuchungen

---

Aufgrund der niedrigen Anzahl und damit geringen statistischen Aussagekraft der ambulanten Untersuchungen im Rahmen der Begutachtungspraxis erübrigt sich weitere statistische Auswertung.

### 3.5.10 Anzahl der stationären Aufnahmen

---

Die Gesamtzahl der stationären Aufenthalte der 1941 im Reservelazarett begutachteten Patienten im Laufe ihres Lebens ist in Tabelle 52 wiedergegeben.

## Lazarettgutachten

---

**Tab. 52:** Anzahl der stationären Aufnahmen im Lazarett

(die ambulant untersuchten Patienten wurden nicht berücksichtigt)

Anzahl der Aufnahmen	Anzahl Patienten
1	32 88,89%
2	3 8,33%
Keine Angabe	1 2,78%
$\Sigma$	36 100%

Insgesamt 32 von 36 Personen (88,89%) wurden nur ein Mal (zur Untersuchung und Beobachtung im Rahmen der Gutachtenerstattung) stationär aufgenommen. Drei Personen (8,33%) wurden zwei Mal stationär aufgenommen.

Kein Patient wurde häufiger als zwei Mal stationär im Reservelazarett aufgenommen. Bei einem Patienten (2,78%) fanden sich keine Angaben zur Häufigkeit seiner stationären Aufnahmen.

### 3.5.11 Art und Anzahl der Gutachten

---

**Tab. 53:** Übersicht über die Art der Gutachten

Art des Gutachtens	Anzahl Patienten
Erstgutachten	33 80,49%
Folgegutachten I	7 17,07%
Folgegutachten II	1 2,44%
Folgegutachten III	0
Zweitgutachten	0
Zusatzgutachten (Stellungnahme)	0
Teilgutachten	0
$\Sigma$	41 100%

Ähnlich wie bei den zivilen Gutachten handelte es sich auch bei den Lazarettgutachten vorwiegend um Erstgutachten (33 von 41 Gutachten = 80,49%). Bei insgesamt sieben Gutachten (17,07%) handelte es sich um das erste Folgegutachten eines Erstgutachtens und bei einem Gutachten (2,44%) um das

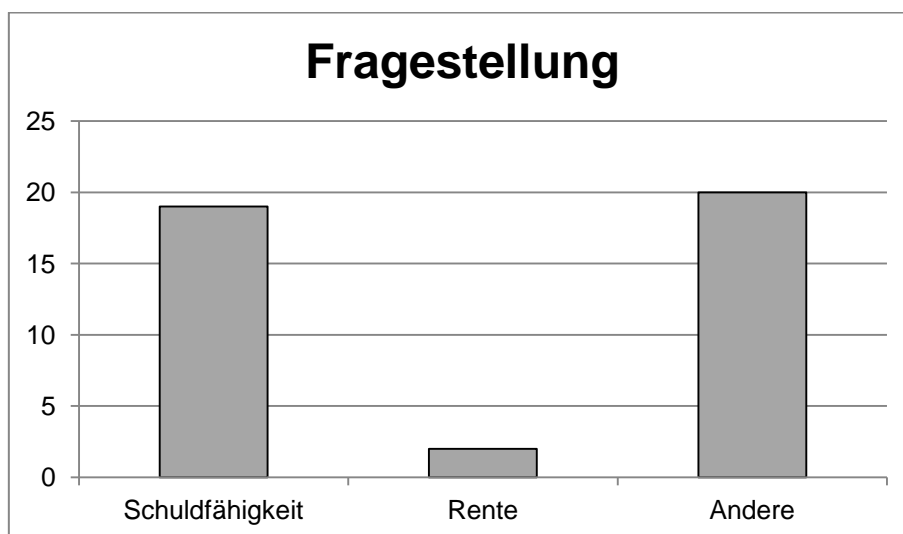
zweite Folgegutachten. Weitere Folgegutachten sowie Zweitgutachten, Zusatzgutachten oder Teilgutachten konnten bei den Lazarettgutachten nicht gefunden werden (siehe Tabelle 53).

**Tab. 54:** Anzahl der Gutachten pro Akte

Anzahl Gutachten pro Akte	Anzahl Patienten
1	39 97,50%
2	1 2,50%
$\Sigma$	40 100%

Tabelle 54 zeigt, dass die überwiegende Zahl der Akten nur ein Gutachten enthielten (39 von 40 = 97,5%). Lediglich in einer Akte (2,50%) wurden zwei Gutachten gefunden, beide aus dem Jahr 1941, wobei es sich um ein Erst- und ein erstes Folgegutachten handelte.

### 3.5.12 Fragestellung



**Abb. 29:** Verteilung der Gutachten der im Lazarett begutachteten Patienten nach verschiedenen Fragestellungen

In Abbildung 29 ist die Verteilung der 1941 erstatteten Lazarettgutachten nach verschiedenen Fragestellungen grafisch dargestellt. Die absoluten Daten dieser Verteilung finden sich in Tabelle 55.

**Tab. 55:** Verteilung der Lazarettgutachten nach Fragestellungen

Fragestellung	Anzahl Patienten
Berufs- und Erwerbsminderung	0
Rente	2 4,88%
Schuldfähigkeit	19 46,34%
<i>Sterilisation</i>	0
Ehetauglichkeit	0
Andere	20 48,78%
$\Sigma$	41 100%

Insgesamt wurden im Reservelazarett der Universitäts-Nervenlinik Tübingen 41 Gutachten verfasst, darunter 19 zur Frage der Schuld- bzw. Zurechnungsfähigkeit der Patienten (46,34%), zwei zur Frage der Gewährung einer Invalidenrente (4,88%) und 20 zu Fragestellungen (48,78%), die sich keiner der anderen Kategorien zuordnen ließen und sich in 19 Fällen mit der Frage der Wehrdienstbeschädigung und Versehrtheit des Patienten und in einem Fall mit der Frage der Berufseignung des Patienten befassten.

Häufig fand sich als Fragestellung der Wehrmachtsfürsorge- und -versorgungämter für die Begutachtung von Patienten bezüglich ihrer Wehrdienstbeschädigung und Versehrtheit folgender Wortlaut:

„Es ist zu erörtern, ob und inwiefern die Voraussetzungen für eine Leistung der Beschädigtenfürsorge- und -versorgung erfüllt sind. Danach ist Stellung zu nehmen, ob der Körperschaden durch die angegebene dienstliche Ursache oder durch andere dem Wehrdienst eigentümliche Verhältnisse entstanden oder verschlimmert worden ist, ob der Antragsteller versehrt, arbeitsverwendungsunfähig, pflegebedürftig usw. ist, ob besondere Heilmaßnahmen notwendig sind und wann eine Nachuntersuchung erforderlich ist. Daneben ist die Tauglichkeit zu beurteilen.“<sup>552</sup>

Die gesetzliche Grundlage für die Begutachtung und Beurteilung der Wehrdienstbeschädigung und Versehrtheit eines Patienten stellte das *Fürsorge- und Versorgungsgesetz für die ehemaligen Angehörigen der Wehrmacht und ihre*

<sup>552</sup> Siehe z. B. UAT 333/Mad-Maur

*Hinterbliebenen – Wehrmachtfürsorge- und Versorgungsgesetz – (WFVG)* vom 26. August 1938<sup>553</sup> dar. Zur Beurteilung der Versehrtheit eines Patienten wurden die §§ 83 und 84 des WFVG herangezogen, die §§ 85 – 87 des WFVG regelten die Arbeitsverwendungsfähigkeit, Betreuung und Übergangsunterstützung der begutachteten Patienten. Die Grundlage für die Gewährung besonderer Heilfürsorgemaßnahmen stellte der § 67 des WFVG dar. Die Notwendigkeit einer eventuellen Nachuntersuchung des Patienten regelte insbesondere der § 147 Abs. 2 des WFVG (siehe Anhang 14).

### 3.5.13 Auftraggeber

Tabelle 56 gibt einen Überblick über die Auftraggeber der Lazarettgutachten.

**Tab. 56:** Auftraggeber der im Jahre 1941 verfassten Lazarettgutachten

Auftraggeber	Anzahl Patienten
Berufsgenossenschaft	0
Versicherung	0
Versorgungsamt	15 36,59%
Landgericht	0
Amtsgericht	0
Sonstige Auftraggeber	26 63,41%
Σ	41 100%

Es zeigt sich, dass der überwiegende Teil der Gutachten (26 von 41 Gutachten = 63,41%) im Auftrag sonstiger Auftraggeber erstattet wurde. Unter sonstige Auftraggeber fielen hier u. a. die jeweils zuständigen Gerichte (Divisionsgerichte, SS- und Polizeigerichte, etc.), Wehrkreis- und Truppenärzte sowie andere Reservelazarette. 15 Gutachten (36,59%) wurden für verschiedene Versorgungsämter erstattet.

<sup>553</sup> (FISCHBACH, 1939)

Unter den Lazarettgutachten fanden sich keine Gutachten, die für Berufsgenossenschaften, Versicherungen, Landgerichte oder Amtsgerichte erstattet wurden.

### 3.5.14 Zusammenhang Fragestellung – Auftraggeber

---

Der Zusammenhang zwischen der Fragestellung und dem Auftraggeber des Gutachtens ist in Tabelle 57 gezeigt.

**Tab. 57:** Zusammenhang zwischen Fragestellung und Auftraggeber

FS \ AG	Versorgungsamt	Sonstige Auftraggeber	Σ
Rente	2	0	2
Schuldfähigkeit	0	19	19
Andere	13	7	20
Σ	15	26	41

Daraus wird deutlich, dass die überwiegende Zahl der Gutachten (26 von 41 Gutachten = 63,41%) im Auftrag der o. g. sonstigen Auftraggeber erstattet wurde und sich vorwiegend mit der Frage der Schuldfähigkeit des Patienten (19 von 26 Gutachten = 73,08%) befasste. Die übrigen sieben Gutachten (26,93%) für sonstige Auftraggeber beschäftigten sich mit anderen Fragestellungen.

Insgesamt 15 Gutachten (36,59%) wurden für verschiedene Versorgungsämter erstattet. Der überwiegende Teil davon (13 von 15 Gutachten = 86,67%) zu anderen Fragestellungen und nur zwei Gutachten (13,33%) zur Frage der Rentenbewilligung.

### 3.5.15 Länge und Seitenzahl des Gutachtens

---

Einen Überblick über die Länge bzw. die Seitenzahlen der Lazarettgutachten gibt Abbildung 30.



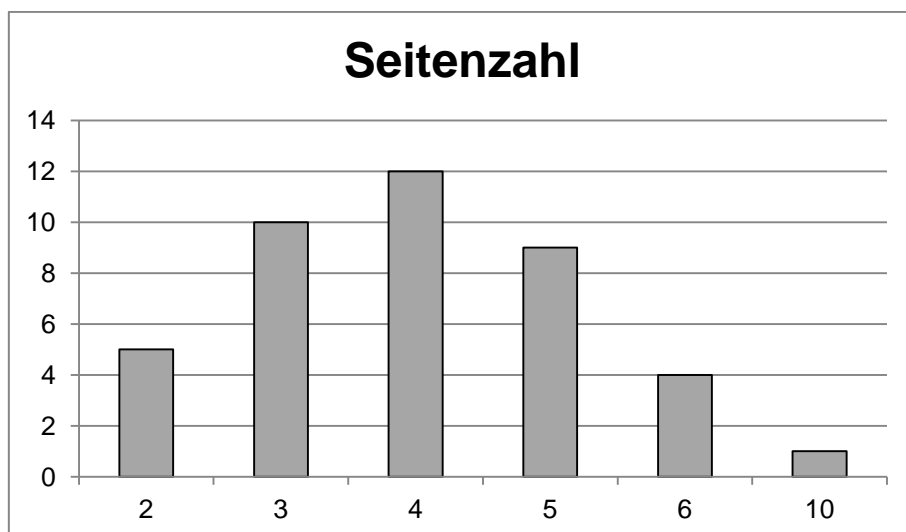


Abb. 30: Seitenzahl der Lazarettgutachten

Es handelte sich bei den im Lazarett erstatteten Gutachten ausschließlich um individuelle Gutachten. Die überwiegende Zahl der Gutachten (40 von 41 Gutachten = 97,56%) hatte eine Länge zwischen 2 und 4 DIN A4-Seiten (mit identischem Zeilenabstand), ein Gutachten (2,44%) hatte eine Länge von 10 Seiten.

Die durchschnittliche Seitenzahl der Lazarettgutachten betrug 4,07 Seiten. Der Median betrug 4 Seiten. Die weitgehende Übereinstimmung zwischen arithmetischem Mittelwert und Median beruht auf einer annähernden Normalverteilungen der Seitenzahlen (siehe Abbildung 30).

Die kürzesten individuellen Gutachten hatten eine Länge von 2 Seiten (5 Lazarettgutachten).

Das längste Gutachten hatte eine Länge von 10 Seiten und befasste sich bei einem 19-jährigen Kanonier mit der Frage seines Geisteszustandes, da ihm folgendes vorgeworfen wurde<sup>554</sup>:

„er habe absichtlich Anfälle von Bewusstlosigkeit vorgetäuscht, dabei auch den Eindruck erweckt, als ob er Blut spucken oder husten müsse, ferner habe er absichtlich die Nahrungsaufnahme verweigert.

[...] daß er nach Abschluss einer Lazarettbeobachtung unerlaubt den Standort verließ, nach Hause fuhr und über 24 Stunden der Truppe fernblieb.

<sup>554</sup> Die folgenden Zitate wurden den Unterlagen des betreffenden Patienten in der Schatulle UAT 333/Go-Gut entnommen.

[...] daß er anlässlich einer Überführung in die Standortarrestanstalt einen Fluchtversuch unternahm, sich dabei auf den Boden legte und dem Befehl des begleitenden Offiziers nicht nachkam.

[...] daß er während des Fluchtversuchs bei dem Versuch des Unteroffiziers, ihn wieder festzunehmen, gegen diesen tätlich wurde und mehrmals mit der Faust nach ihm schlug.“

### Der Gutachter zog differentialdiagnostisch

„1. anfallsartig auftretende Zustände mit Bewusstseinsstrübung auf organischer Grundlage, entweder im Rahmen epileptiformer Anfälle oder auf der Grundlage cerebraler vasomotorischer Störungen,

2. sogenannte psychogene Anfälle, d. h. Zustände, denen keine organisch bedingte Funktionsstörung zugrundliegt, die vielmehr seelisch auf Grund einer bestimmten Konfliktkonstellation ausgelöst werden, die aber, obwohl nicht organisch bedingt dennoch in ihrem Ablauf nicht willensmässig von dem Betroffenen gesteuert werden können und denen ärztlich gesehen echter Krankheitswert zukommt [...], [sowie]

3. die bewusste Vortäuschung von Anfällen (Simulation)“

in Betracht, konnte sich jedoch nicht mit Sicherheit auf eine Diagnose festlegen und dem Patienten weder für einen noch für mehrere ihm zur Last gelegte Vergehen den § 51 Abs. 1 oder 2 zubilligen.

### 3.5.16 Weiterbildungsstand der Gutachter, Zweitunterzeichner

---

**Tab. 58:** Weiterbildungsstände der im Lazarett begutachtenden Ärzte

Weiterbildungsstand des Gutachters	Anzahl Gutachten
Oberarzt Dr. Ederle	15 36,59%
Assistenzärzte	6 14,63%
Unbekannter Gutachter	20 48,78%
Σ	41 100%

Aus Tabelle 58 wird deutlich, dass im Unterschied zu den zivilen Gutachten bei den Lazarettgutachten in vielen Fällen (20 von 41 Gutachten = 48,78%) der Gutachter unbekannt ist. Es findet sich unter den Gutachten mit unbenanntem Gutachter insgesamt 14 Mal die Angabe *Dozent Dr. ...* ohne konkrete Namensangabe, aus der man im Hinblick auf die Einsatzgebiete der 1941 an der Uni-

versitäts-Nervenlinik Tübingen tätigen Oberärzte auf den Oberarzt Dr. Ederle als Gutachter schließen kann, sowie fünf Mal die Angabe *Abteilungsarzt i. A. Dr. ...* (ohne Namensangabe) und ein Mal die Angabe *Dr. ... Assistenzarzt*.

Dr. Ederle verfasste mit Sicherheit 36,59% der Lazarettgutachten (insgesamt 15 Gutachten) persönlich. Lediglich sechs Gutachten (14,63%) wurden nachweislich durch namentlich genannte Assistenzärzte erstattet. Berücksichtigt man die o. g. Schlussfolgerungen, so wären insgesamt 29 Gutachten (70,73%) durch Oberarzt Dr. Ederle und zwölf Gutachten (29,27%) durch Assistenzärzte erstattet worden.

Eine Untersuchung der Zweitunterzeichner der Lazarettgutachten ergab, im Gegensatz zu den zivilen Gutachten, bei allen Gutachten, selbst den von Assistenzärzten Verfassten, keine Angabe zum Zweitgutachter.

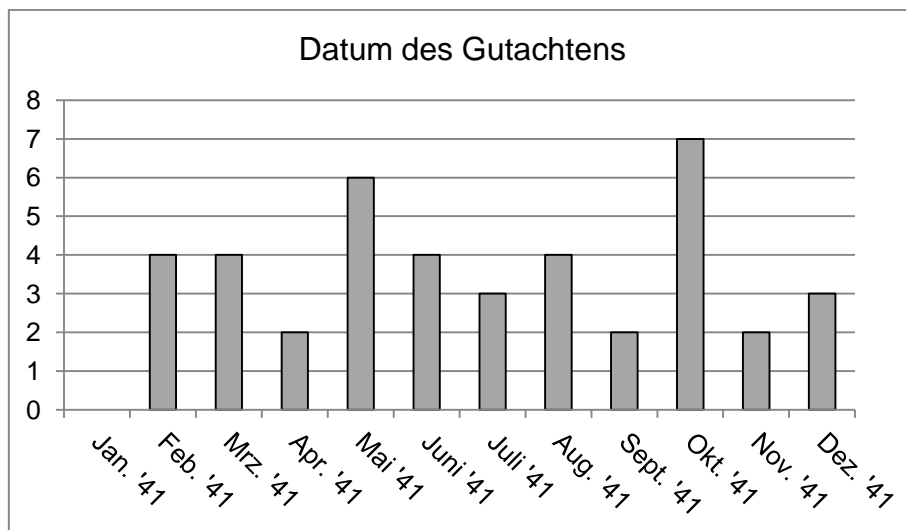
### 3.5.17 Zeitpunkt und Datum des Gutachtens

---

Im Gegensatz zu den zivilen Gutachten wurden die meisten Lazarettgutachten (22 von 35 stationär erstatteten Gutachten = 62,86%) während des stationären Aufenthaltes bzw. am Tag ihrer Entlassung erstattet, insbesondere bei Gutachten, die die Frage der Schuldfähigkeit behandelten. 13 Gutachten (37,14%) wurden im Anschluss an den stationären Aufenthalt der Patienten erstattet, wobei der Zeitraum zwischen der Entlassung und der Fertigstellung des Gutachtens bei den Lazarettgutachten zwischen einem und zehn Tagen variierte. Der durchschnittliche Zeitraum zwischen der Entlassung und der Fertigstellung des Gutachtens betrug 5,92 Tage. Der Median betrug 6 Tage.

Zwei Gutachten konnten aufgrund fehlender Datumsangaben des stationären Aufenthaltes nicht in die Berechnung mit einbezogen werden.

Bei den ambulanten Gutachten konnten ebenfalls zwei nicht in die Berechnung mit einbezogen werden, da die Datumsangaben der ambulanten Untersuchungen fehlten. Die übrigen beiden ambulant erstatteten Gutachten wurden am Tag der Untersuchung bzw. am darauffolgenden Tag fertiggestellt.



**Abb. 31:** Verteilung des Gutachtendatums

Abbildung 31 zeigt die zeitliche Verteilung der Gutachtenerstellung. Es zeigt sich eine Häufung der Gutachtenerstattung im Mai und Oktober 1941.

Tabelle 59 zeigt zur besseren Vergleichbarkeit die zeitliche Verteilung der sonstigen zivilen Gutachten in den vier Quartalen des Jahres 1941 (vgl. Schmid (1994)).

**Tab. 59:** Verteilung der Gutachtendaten nach Quartalen

Quartal	Anzahl Patienten
1. Januar – 31. März 1941 (1. Quartal)	8 19,51%
1. April – 30. Juni 1941 (2. Quartal)	12 29,27%
1. Juli – 30. September 1941 (3. Quartal)	9 21,95%
1. Oktober – 31. Dezember 1941 (4. Quartal)	12 29,27%
Σ	41 100%

Darin ist zu erkennen, dass die meisten Lazarettgutachten im zweiten und vierten Quartal 1941 erstattet wurden (jeweils 12 Gutachten = 29,27%). Die wenigsten Gutachten (8 = 19,51%) wurden im ersten Quartal verfasst. Im dritten Quartal wurden neun Gutachten (21,95%) erstattet.

### 3.5.18 Grund weiterer Gutachten

---

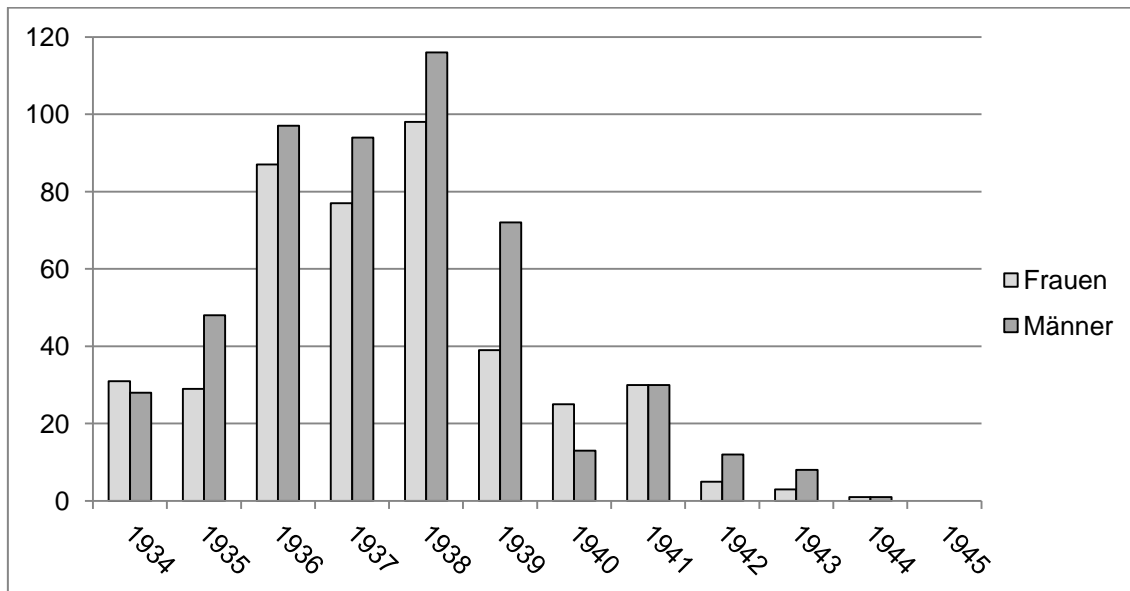
Ähnlich wie bei den Sterilisationsgutachten wurden die Patienten mit Lazarettgutachten selten nachbegutachtet. Es konnte lediglich eine Nachuntersuchung bei einem zu seiner Versehrtheit bzw. Diensttauglichkeit begutachteten Patienten nachgewiesen werden.<sup>555</sup>

---

<sup>555</sup> UAT 333/H-Hen



## 4 Diskussion



**Abb. 32:** Zeitliche Verteilung der Anzahl der verfassten Gutachten nach Inkrafttreten des GzVeN am 1. Januar 1934 bis Kriegsende am 8. Mai 1945

Die in der Abbildung 32 und den Tabellen 60 und 61 gezeigten Daten wurden aus den Dissertationen von Strohkendl (1995), Keller (2009), Schmid (1994), Kaasch (2006), Kießling (2005), Hundt (1996), Held (1995), Neugebauer (1994) und von Seidlitz (1999) entnommen. An dieser Stelle geht mein besonderer Dank an Frau H. Schneider für die freundliche Überlassung ihrer Daten aus dem Jahre 1939, deren Veröffentlichung im Mai 2013 geplant ist.

Abbildung 30 verdeutlicht, dass die Zahl der Begutachtungen zur Sterilisationsfrage ihren Höhepunkt in den Jahren 1936 bis 1938 erreicht hatte. In den Kriegsjahren ging die Zahl der an der Universitäts-Nervenklinik Tübingen verfassten Sterilisationsgutachten stark zurück. Im Jahre 1945 wurden an der Universitäts-Nervenklinik Tübingen keine Sterilisationsgutachten mehr verfasst.<sup>556</sup>

<sup>556</sup> Den Recherchen Klees ist jedoch zu entnehmen, dass andernorts dennoch bis kurz vor Kriegsende 1945 Sterilisationen durchgeführt wurden. So sei im sächsischen Rochlitz ein 12-jähriger Junge am 13. März 1945 sterilisiert worden. Ebenso wurde nach Rudnick (1990) noch 1945 im Berliner Bezirk Wilmersdorf sterilisiert.

Es gibt verschiedene Gründe für den Rückgang der Begutachtungszahlen während der Kriegsjahre:

1) In den ersten Jahren nach Einführung des Gesetzes wurden insbesondere die in Anstalten befindlichen Patienten sterilisiert, sodass viele der Betroffenen schon früher erfasst (und sterilisiert) worden waren<sup>557</sup>.

2) Der Widerstand in der Bevölkerung verstärkte sich und zwang die beteiligten Behörden zu einem vorsichtigeren Vorgehen. Das Sterilisationsgesetz führte zu einer Zerrüttung des Arzt-Patienten-(Vertrauens-)Verhältnisses und in der Folge wurden die Patienten seltener durch ihre Angehörigen in die Kliniken gebracht oder kamen gar freiwillig. Nach Bauer (1936) fragten die Patienten

„[zum] Teil [...] vorher in der Klinik an, ob die Klinik eine Anzeige erstatten müsse, und wenn dies bejaht wurde, hörte man keinen Ton mehr von ihnen.“<sup>558</sup>

3) Während des Krieges wurde ein Teil der Nervenklinik zum Reservelazarett für im Krieg verwundete Soldaten zur Verfügung gestellt. Daher hatte die Klinik in der Folgezeit weniger Kapazitäten zur Aufnahme von Patienten, außerdem mussten Ärzte, die zuvor zivilen Dienst versehen hatten, nun für das Teillazarett abgestellt werden.

4) Am 31. August 1939 wurde die *Verordnung zur Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses und des Ehegesundheitsgesetzes* erlassen, die die Sterilisierungen auf dringende Fälle beschränkte. Nach Anweisung des Reichsinnenministeriums an die Gesundheitsämter sollten die Sterilisationen dennoch weiterhin „im Rahmen des Möglichen“<sup>559</sup> durchgeführt werden.

5) Spätestens ab September 1939 begannen die Euthanasieaktionen zur Beseitigung unheilbar Kranker, die bis zum August 1941 ca. 100.000 Menschen das Leben kosteten.

Eine genaue Zahl sowohl der erstatteten Sterilisationsgutachten als auch der tatsächlich durchgeführten Sterilisationen ist aufgrund der Unvollständigkeit

---

<sup>557</sup> (RICHARZ, 1987) S. 129

<sup>558</sup> Siehe (HUNDT, 1996) S. 50f und (BECHDOLF, 1988) S. 296

<sup>559</sup> (KLEE, 2010) S. 86



der Akten nicht mehr zu ermitteln. So konnten nur noch 1.627 Akten der laut Diagnosebuch des Archivs der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen zu erwartenden 1.740 Krankenakten im Archiv der Universität Tübingen gefunden werden. Das entspricht einer Verlustrate von 6,49%.

Doneith (2008) schätzt die Gesamtzahl der in den Jahren 1934 bis 1945 an der Universitäts-Frauenklinik Tübingen sterilisierten Frauen auf 800. Entsprechende Zahlen für die Chirurgische Universitätsklinik liegen nicht vor.

Die von Leonhardt (1996) im Rahmen seiner Dissertation befragten Zeitzeugen äußerten bezüglich der Begutachtungspraxis an der Universitäts-Nervenklinik Tübingen, dass die Patienten in Erbgesundheitsfragen sehr zurückhaltend begutachtet worden seien (also eine vergleichsweise niedrige Sterilisationsbeschlussrate vorgelegen habe). Darüber hinaus deuteten sowohl Leonhardt (1996) als auch Hundt (1996) eine niedrige Sterilisationsrate in Tübingen<sup>560</sup> im Vergleich zu anderen württembergischen Bezirken und dem gesamten Deutschen Reich an, was sich u. U. durch die ambivalente Haltung des Klinikdirektors, Prof. Dr. Hermann F. Hoffmann, gegenüber dem Sterilisationsgesetz (siehe Kapitel 1.2.10.1) sowie durch den Einfluss des Oberarztes Dr. Konrad Ernst erklären lässt.

In Württemberg waren insbesondere die Frauenkliniken in Tübingen und Stuttgart sowie die chirurgische Klinik in Ulm für die Durchführung der Sterilisationen zuständig.<sup>561</sup> Leider liegen von den Kliniken in Stuttgart und Ulm derzeit noch keine frei zugänglichen Daten zu der Zahl der dort durchgeführten Sterilisationen und von der Universitäts-Frauenklinik Tübingen nur Schätzungen vor, sodass diesbezüglich ein direkter Vergleich noch nicht möglich ist.

Ein sinnvoller Vergleich der Sterilisationszahlen der Universitäts-Frauenklinik Tübingen mit anderen an der Durchführung der Sterilisationen beteiligten Kliniken im gesamten Deutschen Reich ist aufgrund der unzureichenden Datenlage ebenfalls nicht möglich. Eine Beurteilung der Höhe der Sterilisa-

---

<sup>560</sup> Nach (BECHDOLF, 1988) S. 294 wurden im Zeitraum vom 1. Januar 1934 bis 1. Oktober 1936 insgesamt 414 Frauen an der Universitäts-Frauenklinik Tübingen zwangssterilisiert; bis zum 31. Dezember 1934 wurden 213 Männer zur Sterilisation gezwungen.

<sup>561</sup> Siehe Morlock in (SCHÖNHAGEN, 1992) S. 96

tionsrate in Tübingen im Vergleich mit der durchschnittlichen Sterilisationsrate im Deutschen Reich wird deshalb erst nach Aufarbeitung der Daten in den jeweiligen Kliniken möglich sein.<sup>562</sup> Einige bereits zur Verfügung stehende Daten sind in Anhang 10 wiedergegeben.

Von den 1.627 Krankenakten wurden 317 Akten, die ein fachärztliches Gutachten enthielten, in die statistische Auswertung eingeschlossen.

An der Universitäts-Nervenklinik Tübingen wurden im Jahre 1941 insgesamt 331 Gutachten erstattet. Dabei handelte es sich um 290 zivile Gutachten und 41 Lazarettgutachten.

Neugebauer (1994) sprach von einem „spezifischen Rassismus“ der Nationalsozialisten gegenüber Frauen, von denen man nach Bauer (1936) erwartete, dass sie

„Neigungen verstandesmäßiger Art in Einklang [brachten] mit der Berufung des Mädchens zur Frau und Mutter, und zur Pflege, Erziehung und Wahrung erbgesunden Lebens“<sup>563</sup>,

und der sich in einer prozentual häufigeren Begutachtung von Frauen zur Sterilisationsfrage, einer weniger umfassenden Auseinandersetzung mit den jeweiligen Krankheitsbildern bei Frauen und der vorwiegend bei Frauen gestellten Diagnose *angeborener Schwachsinn* manifestiere (s. o.). Nach Ritter (1936) trete

„[offenbar] [...] beim weiblichen Geschlecht eine krankhafte Erbanlage leichter in Erscheinung. Und so [scheine] die Gesamtkonstitution der Frau für das Auftreten der Krankheit bei entsprechender Veranlagung günstiger zu sein als beim Manne.“<sup>564</sup>

In der vorliegenden Dissertation konnten diese Aussagen bestätigt werden:

1) 60 der 290 zivilen Gutachten befassten sich mit der Sterilisationsfrage. Dabei betrafen jeweils 30 Gutachten Frauen bzw. Männer, wobei Frauen bezogen auf die Gesamtzahl der bei ihnen erstatteten Gutachten relativ häufiger zur Sterilisationsfrage begutachtet wurden als Männer (38,46% vs. 14,15%, d. h.

---

<sup>562</sup> Eine Zusammenstellung einiger bereits veröffentlichter Sterilisationszahlen liefert Anhang 10.

<sup>563</sup> (NEUGEBAUER, 1994) S. 76

<sup>564</sup> (HUNDT, 1996) S. 50

ca. jede 3. Frau, aber nur ca. jeder 7. Mann wurde zur Sterilisationsfrage begutachtet).

2) Bei Frauen wurde häufiger als bei Männern das Gutachten bereits während des stationären Aufenthaltes oder am Tag der Entlassung erstattet (37,93% vs. 26,67%). Anhand des Medians, der im Vergleich zum arithmetischen Mittelwert robuster gegen Ausreißer ist, konnte festgestellt werden, dass der Zeitraum zwischen der Entlassung und der Gutachtenerstattung bei Frauen kürzer als bei Männern war.

3) Formblattgutachten wurden bei Frauen doppelt so häufig wie bei Männern erstattet (40,0% vs. 20,0%).

Die letzten beiden Punkte deuten auf eine weniger umfassende Auseinandersetzung der Gutachter mit der Begutachtung der Frauen als mit der der Männer hin, da sie sich einerseits mehr Zeit bei der Beurteilung der Männer nahmen und andererseits bei den Männern häufiger individuelle Gutachten (60,0% vs. 80,0%) erstatteten, die eine intensivere Auseinandersetzung mit dem Einzelfall erforderten. Formblattgutachten müssen ohnehin kritisch betrachtet werden, da sie eine vereinfachte Form der Gutachtenerstattung im Rahmen von Schnellverfahren darstellten, die lediglich das Ausfüllen des 4-seitigen Vordruckes und keine genauere Betrachtung des Krankheitsbildes erforderten. Dementsprechend wurde in allen zwölf Formblattgutachten bei Frauen und in 5 von 6 bei Männern die Sterilisation der jeweiligen Person befürwortet. Lediglich in einem einzigen Formblattgutachten eines 44-jährigen schizophrenen Patienten legte sich der Gutachter nicht fest, da bei diesem Patienten keine besonders hohe Fortpflanzungsgefahr bestünde. Infolge dieses Gutachtens wurde das Erbgesundheitsverfahren gegen den Betroffenen eingestellt.

4) Die Diagnose angeborener Schwachsinn wurde bei Frauen doppelt so häufig wie bei Männern gestellt.

5) Außerdem wurde bei den Frauen eine höhere Rate an Sterilisationsempfehlungen festgestellt als bei Männern (56,67% vs. 43,33%).

Von den übrigen 230 zivilen Gutachten entfielen 48 auf Frauen (20,87%) und 182 auf Männer (79,13%). Sie befassten sich vorwiegend mit der Frage der Berufs- und Erwerbsminderung der begutachteten Patienten (77,83%), außer-

dem mit der Frage der Rentenbewilligung (7,39%), Schuldfähigkeit (6,52%), Ehetauglichkeit (1,30%) und anderen Fragestellungen (6,96%).

48,78% der 41 Lazarettgutachten befassten sich mit anderen Fragestellungen wie der Versehrtheit und Berufseignung der begutachteten Personen, während 46,34% zur Schuldfähigkeitsfrage Stellung nahmen. 4,88% äußerten sich zur Frage der Rentenbewilligung.

Das gesamte zur Sterilisationsfrage begutachtete Patientenkollektiv befand sich im fortpflanzungsfähigen Alter zwischen 16 und 45 Jahren, wobei der Altersdurchschnitt 26,57 Jahre und der Median 26,5 Jahre betragen. Damit entsprach die Altersverteilung der begutachteten Patienten den Forderungen des GzVeN, nach denen einerseits eine Unfruchtbarmachung nicht vor Vollendung des 10. Lebensjahres durchgeführt werden sollte und andererseits bei Patienten, die aufgrund ihres hohen Lebensalters nicht mehr fortpflanzungsfähig seien, von einem Antrag auf Unfruchtbarmachung abzusehen sei. Da jedoch bei Männern die Fortpflanzungsfähigkeit bis ins höhere Lebensalter erhalten bleiben kann, hätten theoretisch auch Männer jenseits des 45. Lebensjahres zur Sterilisationsfrage begutachtet werden können, jedoch war nach Bauer (1936)

„der Grundsatz der Klinik: Keine Übertreibungen ... Ferner wurde ein Antrag nicht befürwortet, wenn nach 10 – 15 jähriger, ungewollter kinderloser Ehe es außerhalb der Wahrscheinlichkeitsgrenze stand, daß noch Kinder kamen [...]“<sup>565</sup>

Der überwiegende Teil der zu anderen Fragestellungen begutachteten Patienten befand sich entsprechend der häufigsten Fragestellung der Berufs- und Erwerbsminderung im üblicherweise berufstätigen Alter zwischen 25 und 64 Jahren, wobei der Altersdurchschnitt mit 44,01 Jahren und der Median mit 44 Jahre deutlich über dem Altersdurchschnitt und Median der zur Sterilisationsfrage begutachteten Patienten lag. Die im Reservelazarett der Universitäts-Nervenlinik Tübingen begutachteten Patienten befanden sich im Alter von 16 bis 49 Jahren, wobei der Altersdurchschnitt 30,05 Jahre und der Median 31 Jahre betragen. Damit nimmt die Altersverteilung der im Lazarett begutachteten

---

<sup>565</sup> (STROHKENDL, 1995) S. 51

---

Patienten eine Zwischenstellung zwischen dem zur Sterilisationsfrage und zu anderen Fragestellungen begutachteten Patientenkollektiv ein.

Eine Untersuchung der Konfessionszugehörigkeit der zur Sterilisationsfrage begutachteten Patienten ergab 59 deutsche Christen (98,33%) und eine Patientin ohne Konfessionsangabe. Während die evangelische Kirche das GzVeN weitgehend tolerierte, galt die katholische Kirche als entschiedener Gegner des GzVeN. Die Konfessionszugehörigkeit hatte jedoch keinen Einfluss auf die Empfehlung des Gutachters. Es wurden im Jahre 1941 keine Hinweise auf Begutachtungen von Juden oder Sinti und Roma zur Sterilisationsfrage gefunden. Dafür konnten verschiedene Gründe gefunden werden:

1) Im Jahre 1940 wurde ein Verbot der Sterilisation von Juden angesichts des bevorstehenden Holocausts erlassen.

2) Das *Gesetz zum Schutze des deutschen Blutes und der deutschen Ehre (Blutschutzgesetz)* vom 15. September 1935 verbot im § 1 Eheschließungen und im § 2 außerehelichen Verkehr zwischen Juden und Staatsangehörigen deutschen oder artverwandten Blutes unter Androhung von Gefängnis oder Zuchthaus.

3) Ab dem 19. September 1941 wurden die Juden außerdem zur sichtbaren Kennzeichnung mit dem Judenstern gezwungen, mit der Folge, dass ihre sozialen Kontakte weitestgehend eingeschränkt wurden.

4) Außerdem ging aus der Geschichte der Juden in Tübingen hervor, dass die Universitätsstadt im Jahre 1941 bereits weitgehend judenfrei war.

Bei den zu anderen Fragestellungen begutachteten Personen wurden ähnliche Zahlen bezüglich der Konfession (92,59% Christen, 58,33% evangelisch und 30,09% katholisch) gefunden. Das bestätigt die Annahme Schmidts (1999) und von Seidlitz' (1999), nach der das gutachterliche Einzugsgebiet der Universitäts-Nervenklinik Tübingen vorwiegend protestantisch war. Die im Lazarett untersuchten Patienten waren zu 85% Christen und darunter jeweils zu 42,50% evangelisch bzw. katholisch. Diese Abweichung beruht vermutlich auf dem größeren Einzugsgebiet des Reservelazaretts.

90% der zur Sterilisationsfrage begutachteten Patienten waren ledig, d. h. es wurde versucht in den betroffenen Familien möglichst frühzeitig einzugreifen,

um eine Fortpflanzung zu verhindern. Für die Indikationsstellung zur Sterilisation war jedoch lediglich das Vorliegen einer Erbkrankheit unabhängig vom Familienstand der betroffenen Personen ausschlaggebend, sodass auch insgesamt sechs verheiratete Personen begutachtet wurden und bei drei von ihnen die Sterilisation empfohlen wurde.

Trotz des Versuchs der frühzeitigen Intervention waren drei Frauen zum Zeitpunkt der Untersuchung schwanger, davon eine im 4. und zwei im 7. – 8. Monat, während drei Frauen und zwei Männer bereits Kinder hatten. Es fanden sich in den Akten keine weiteren Angaben zu den Erbgesundheitsverfahren der drei schwangeren Patientinnen und insbesondere auch keine Hinweise auf die Durchführung einer Schwangerschaftsunterbrechung im Rahmen einer Sterilisationsoperation, die laut der ersten Änderung des Gesetzes vom 26. Juni 1935 im 4. Schwangerschaftsmonat mit Zustimmung der Patientin noch möglich gewesen wäre.

Im Gegensatz zu den zur Sterilisationsfrage begutachteten Personen waren 71,76% der zu anderen Fragestellungen begutachteten Patienten verheiratet. Jeweils etwa die Hälfte der im Lazarett begutachteten Patienten war ledig bzw. verheiratet.

85% der zur Sterilisationsfrage begutachteten Personen stammten aus einem Umkreis von bis zu 99 km um Tübingen. Das entspricht weitgehend dem Einzugsgebiet der Nervenlink für die zu anderen Fragestellungen begutachteten Patienten: 83,64% der Personen stammten aus einem Umkreis von 99 km um Tübingen. Das Haupteinzugsgebiet des Reservelazaretts war größer als das der zivilen Abteilung der Universitäts-Nervenlinik Tübingen. So kamen 77,5% der im Lazarett begutachteten Patienten aus einem Umkreis von bis zu 149 km um Tübingen.

Eine Untersuchung der sozialen Schichtzugehörigkeit der im Jahre 1941 zur Sterilisationsfrage begutachteten Patienten anhand der angegebenen Berufe bestätigte die Ergebnisse der anderen im Rahmen dieses Projektes bereits erschienenen Dissertationen, denen zufolge die meisten Personen aus der sozialen Unterschicht und der Schicht der „sozial Verachteten“ stammten. Im Jahre 1941 stammten 95% der zur Sterilisationsfrage begutachteten Patienten aus

diesen beiden Schichten, lediglich drei Männer stammten aus der mittleren Mittelschicht. Es wurden keine Personen aus der oberen Mittelschicht oder Oberschicht zur Sterilisationsfrage begutachtet. Aufgrund der Konsistenz der Ergebnisse in den verschiedenen Dissertationen zu den jeweiligen Jahrgängen könnte man davon ausgehen, dass vorwiegend Angehörige der unteren sozialen Schichten als erblich (und sozial) „minderwertig“ betrachtet und deshalb angezeigt und ggf. im Rahmen des Erbgesundheitsverfahrens begutachtet wurden<sup>566</sup>, obwohl dies dem Gesetz widersprach:

„Das Rechtsgebiet der aus Gründen der Erbgesundheit erfolgenden Sterilisierung wird durch das Gesetz erschöpfend geregelt. Daneben stellt die Unfruchtbarmachung ebenso wie die Entfernung der Keimdrüsen (Kastration) auch dann keine rechtswidrige Körperverletzung dar, wenn sie auf medizinischer Indikation beruht, also zur Rettung von Leben oder Gesundheit notwendig ist und mit Einwilligung des Verletzten erfolgt. In allen anderen Fällen, so namentlich im Falle der sozialen Indikation, erfüllt die Unfruchtbarmachung eines Menschen den Tatbestand der Körperverletzung [...]“<sup>567</sup>

Diese Vermutung lässt sich jedoch im Einzelfall nicht bestätigen.

Ähnliche Ergebnisse lieferte auch die soziale Schichtzuordnung der zu anderen Fragestellungen begutachteten Menschen: 81,02% stammten aus der sozialen Unterschicht und der Schicht der „sozial Verachteten“. Diese Zahlen sind vermutlich auf die höhere Unfall- und Verletzungsrate in handwerklichen Berufen im Vergleich zu akademischen Berufen zurückzuführen. In Analogie dazu gehörte der überwiegende Teil der im Lazarett begutachteten Patienten zur untersten Ranggruppe der Mannschaften.

Die durchschnittliche stationäre Aufenthaltsdauer der zur Sterilisationsfrage begutachteten Patienten in der Universitäts-Nervenlinik Tübingen betrug 38,0 Tage, der Median lag bei 17,5 Tagen, wobei die Aufenthaltsdauer stark von der Art des erstatteten Gutachtens abhing: In 68,33% der Fälle wurde die gesetzlich vorgegebene maximale Aufenthaltsdauer von 6 Wochen eingehalten. Dabei handelte es sich in 97,56% der Fälle um individuelle Gutachten bei Personen,

---

<sup>566</sup> Vgl. dazu außerdem Rothmaler in (BLEKER & JACHERTZ, 1989) S. 72, die die „Erblichkeitsdiagnostik“ als soziale Diagnostik bezeichnet.

<sup>567</sup> (GÜTT, RÜDIN, & RUTTKE, 1934) S. 62

die meist durch Gerichtsbeschluss zur Begutachtung in die Universitäts-Nervenlinik Tübingen eingewiesen worden waren. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer dieser Personen betrug 17,17 Tage, der Median betrug 14 Tage. Die Patienten, bei denen ein Formblattgutachten erstattet wurde, hatten dagegen in der Regel einen erheblich längeren Aufenthalt. Diese Personen kamen häufig auf Veranlassung von Ärzten oder Angehörigen in erster Linie zur Behandlung ihrer Erkrankung in die Nervenlinik. Im Rahmen dieses Aufenthaltes wurden sie angezeigt und der Antrag auf Unfruchtbarmachung gestellt. Diese Personen hatten eine durchschnittliche Aufenthaltsdauer von 86,61 Tagen und einen Median von 88 Tagen.

Im Vergleich dazu lag die Aufenthaltsdauer der zu anderen Fragestellungen begutachteten Personen mit durchschnittlich 13,79 Tagen deutlich unter der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer der zur Sterilisationsfrage begutachteten Patienten. Der Median betrug 5 Tage. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Patienten im Reservelazarett betrug 30,57 Tage und lag damit zwischen der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer der zur Sterilisationsfrage und der zu anderen Fragestellungen begutachteten Personen. Der Median der im Lazarett begutachteten Patienten betrug 25 Tage.

Die zur Sterilisationsfrage begutachteten Patienten wurden in der Regel nur ein Mal in der Universitäts-Nervenlinik Tübingen begutachtet, sodass eine Verlaufsbeurteilung heute meist nicht möglich ist. Nur bei jeweils einer Frau und einem Mann, bei denen Gutachten im Rahmen erstinstanzlicher Verfahrens erstattet wurden, konnten Folgegutachten in den Krankenakten gefunden werden. Im Gegensatz dazu wurden insbesondere bei den zur Frage der Berufs- und Erwerbsminderung begutachteten Patienten in regelmäßigen Abständen (meist ca. alle 2 – 4 Jahre) im Auftrag der Berufsgenossenschaften oder Versicherungen Folgegutachten zur Verlaufskontrolle erstattet, um ggf. die Rente der Patientin oder des Patienten anpassen (reduzieren) zu können.

In 65% der Fälle konnte in den Akten keine Angabe zur Anzeige erstattenden Person gefunden werden. Vorwiegend bei den Personen, bei den Formblattgutachten erstattet wurden, die also, wie wir gesehen haben, zur Behandlung ihrer Erkrankung in die Nervenlinik kamen und dort während ihres Auf-



enthaltene angezeigt und Anträge auf ihre Unfruchtbarmachung gestellt wurden, fanden sich ausgefüllte Anzeige- und Antragsvordrucke. In 28,33% der Fälle wurde die Anzeige durch Angestellte der Universitäts-Nervenlinik Tübingen und in den übrigen 6,67% durch die zuständigen Gesundheitsämter erstattet.

36,67% der Anträge auf Unfruchtbarmachung wurden durch den zuständigen Amtsarzt und 28,33% durch Mitarbeiter der Nervenlinik gestellt. Im untersuchten Zeitraum wurde nur ein Antrag wie vom Gesetz gewünscht durch den betroffenen Patienten selbst gestellt (1,67%). In den übrigen 33,33% der Fälle konnte keine Angabe zur Person des Antragstellers gefunden werden.

Eine Begutachtung erfolgte im Auftrag der zuständigen Erbgesundheitsgerichte bzw. -obergerichte in Übereinstimmung mit den Angaben Kellers (2009), Kießlings (2005), Hundts (1996) und Helds (1995) vorwiegend aufgrund der Diagnosen *angeborener Schwachsinn*, *erbliche Fallsucht* und *Schizophrenie*, wobei lediglich bei 34 begutachteten Personen (56,67%) Diagnosen im Sinne des Gesetzes mit der geforderten Sicherheit gestellt werden konnten. Bei den übrigen 26 Personen wurde in 20 Fällen keine Erbkrankheit diagnostiziert, während in sechs Fällen die Diagnose nicht einwandfrei bestätigt werden konnte. Im Jahre 1941 wurde die Diagnose *Schizophrenie* am häufigsten gestellt (61,76% der Patienten mit Diagnosen im Sinne des Gesetzes), gefolgt von *angeborenem Schwachsinn* und *erblicher Fallsucht* (jeweils 17,65%). Bei einer Patientin wurde die Diagnose *manisch-depressives Irresein* und bei einem Patienten die Diagnose *erbliche Taubheit* gestellt. Weder die Diagnose *erblicher Veitstanz (Huntingtonsche Chorea)* noch *erbliche Blindheit*, *schwere erbliche körperliche Missbildung* oder *schwerer Alkoholismus* wurden im Jahre 1941 gestellt.

Die Möglichkeiten der Diagnosestellung und -sicherung waren in der Zeit des Dritten Reiches noch stark eingeschränkt. Die Grundlage bildeten die Anamnese, wobei besonderes Augenmerk auf Vorerkrankungen und Schädeltraumata sowie eine positive Familienanamnese gelegt wurde, körperliche und apparative Untersuchungen sowie Labor- und Liquoruntersuchungen und zur speziellen Diagnostik des (angeborenen) Schwachsinn der umstrittene Intelligenztest (siehe Kapitel 3.2.18 und Anhang 8).

In insgesamt 30 Fällen (50% der Gutachten) empfahlen die Gutachter unabhängig von der Einstellung der betroffenen Person zur Sterilisationsfrage deren Unfruchtbarmachung, bei Frauen etwas häufiger als bei Männern (56,67% vs. 43,33%). Die Begründungen variierten vom fortpflanzungsfähigen Alter der betroffenen Patienten über eine mittels positiver Familienanamnese scheinbar nachgewiesene Erblichkeit, den fehlenden Nachweis bzw. den Ausschluss einer exogenen Krankheitsursache bis hin zur negativen Beurteilung der sozialen Tauglichkeit der betroffenen Person. Bei einem Mann legte sich der Gutachter in seiner Empfehlung nicht fest, da er die Fortpflanzungsgefahr des Patienten bei bestehender Erbkrankheit im Sinne des Gesetzes als gering einschätzte. In diesem Fall wäre also nach der Verordnung vom 31. August 1939 von einer Unfruchtbarmachung abzusehen. In den übrigen 29 Fällen (48,33%) sprachen sich die Gutachter gegen eine Sterilisation aus, i. d. R. aufgrund des fehlenden Nachweises einer Erbkrankheit oder einer diagnostischen Unsicherheit.

Die Tabellen 60 und 61 zeigen die Verteilung der Gutachterempfehlungen in den Jahren 1934 – 1938 und 1939 – 1945. Daraus wird deutlich, dass in den Jahren 1934 bis 1945 an der Universitäts-Nervenlinik Tübingen insgesamt 940 Sterilisationsgutachten erstattet wurden. Dabei bezogen sich 449 Gutachten auf Frauen (47,56%) und 495 Gutachten auf Männer (52,44%).

**Tab. 60:** Überblick über die Gutachterempfehlungen 1934 – 1938

Jahr \ Empf.	1934		1935		1936		1937		1938	
	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂
Zustimmend	20 64,5%	16 57,1%	26 54,2%	23 47,9%	46 52,9%	52 53,6%	43 45,7%	38 49,4%	53 54,1%	81 69,8%
Indifferent	3 9,7%	0	6 12,5%	2 6,9%	5 5,8%	0	12 12,8%	13 16,9%	0	0
Ablehnend	8 25,8%	12 42,9%	16 33,3%	4 13,8%	32 36,8%	45 46,4%	39 41,5%	26 33,8%	45 45,9%	35 30,2%
Σ	31	28	48	29	83	97	94	77	98	116

**Tab. 61:** Überblick über die Gutachterempfehlungen 1939 – 1945

(Die kursiv geschriebenen Zahlen der Sterilisationsablehnungen wurden in den entsprechenden Dissertationen nicht ausdrücklich erwähnt, sondern aus der Differenz zwischen der Gesamtzahl der Gutachten und der angegebenen Zahl der Sterilisationsempfehlungen berechnet; die mit \* markierten Zahlen wurden in der statistische Berechnung nicht berücksichtigt)

Jahr Empf.	1939		1940		1941		1942 – 1945		Σ 1934 – 1941 (1945)
	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	
Zustimmend	25 64,1%	37 51,4%	9 69,2%	20 80,0%	17 56,7%	13 43,3%	?	?	519
Indifferent	5 12,8%	13 18,1%	1 7,7%	2 8,0%	0	1 3,3%	?	?	63
Ablehnend	9 23,1%	22 30,6%	3 23,1%	3 12,0%	13 43,3%	16 53,3%	?	?	328
Σ	39	72	13	25	30	30	9*	21*	910 (940*)

Da für die 30 Gutachten der Jahre 1942 – 1945 keine Einteilung bezüglich der Gutachterempfehlungen vorliegt, wurden nur die 914 Gutachten der Jahre 1934 bis einschließlich 1941 in der folgenden statistischen Berechnung berücksichtigt. Insgesamt wurde in 519 Gutachten die Sterilisation der betroffenen Person empfohlen. Das entspricht 56,78% aller in diesem Zeitraum erstatteten Sterilisationsgutachten. Davon bezogen sich 239 Gutachten auf Frauen (46,05%) und 280 Gutachten auf Männer (53,95%). Das entspricht einer Sterilisationsempfehlungsrates von 53,23% bei Frauen und 56,57% bei Männern, so dass über den gesamten Zeitraum betrachtet die Unfruchtbarmachung bei Männern etwas häufiger befürwortet wurde als bei Frauen.

Die Ergebnisse des Jahres 1941 mit einer Sterilisationsempfehlungsrates von 50% liegen damit deutlich unter dem Mittelwert des betrachteten Zeitraumes, wobei die Rate bei Frauen ca. 3,5% über und bei Männern ca. 13% unter dem Mittelwert der Jahre 1934 – 1941 liegt.

Sofern Informationen zu den Beschlüssen der Erbgesundheitsgerichte oder -obergerichte in den Krankenakten vorlagen, richteten sie sich weitgehend nach den Empfehlungen der Gutachter und bestätigten damit die Bemerkung Bauers (1936),

„daß bei der Stellungnahme der Erbgesundheitsgerichte in ganz wenigen Fällen eine schärfere Praxis als die der Klinik beobachtet [wurde], in einigen Fällen dagegen wieder eine mildere. Den allermeisten Entscheidungen der Erbgesundheitsgerichte wurde das Urteil der Klinik zugrunde gelegt.“<sup>568</sup>

Insgesamt wurden in 13 Akten (21,67%) Hinweise auf die Durchführung von Berufungsverfahren gefunden, wobei es sich in acht Fällen um Gutachten handelte, die primär im Rahmen von Berufungsverfahren erstattet wurden. In sieben Fällen wurde die Beschwerde als unbegründet zurückgewiesen, in fünf Fällen führten diese Verfahren zu einer Abänderung des Beschlusses mit Ablehnung der Sterilisation. Lediglich in einem Fall fanden sich keine Angaben über den Ausgang des Berufungsverfahrens. Darüber hinaus wurden in vier Akten Hinweise auf die Durchführung eines Wiederaufnahmeverfahrens gefunden. Eines dieser Verfahren führte zur Abänderung des Beschlusses mit Ablehnung der Sterilisation, in den anderen Fällen wurden keine Informationen zum EGG-Beschluss gefunden.

Betrachtet man nur die Gutachten, die im Rahmen eines erstinstanzlichen Verfahrens eine Sterilisation empfahlen und im Anschluss an die Erbgesundheitsverfahren zu Beschwerden gegen die Beschlüsse der Erbgesundheitsgerichte führten, reduziert sich diese Zahl auf zwei Berufungen von insgesamt 14 Frauen (14,29%) und 4 von 10 Männern (40,0%), also insgesamt sechs Beschwerden bei 24 Sterilisationsbeschlüssen (25,0%). Verglichen mit den Ergebnissen Helds (1995) für das Jahr 1938, in dem insgesamt 35,85% der Frauen und 19,75% der Männer mit Sterilisationsempfehlung (also insgesamt 26,12% der Patienten) Beschwerde gegen den Beschluss des EGG einlegten, entspricht die Gesamtzahl der Berufungen im Jahre 1941 weitgehend der Gesamtzahl der Berufungen im Jahre 1938. Lediglich das Geschlechterverhältnis ist umgekehrt. Damit konnte ein steigender Widerstand gegenüber den Beschlüssen der Erbgesundheitsgerichte im Laufe der Zeit nicht nachgewiesen werden.<sup>569</sup>

---

<sup>568</sup> (HUNDT, 1996) S. 54

<sup>569</sup> (NEUGEBAUER, 1994) fand lediglich in zwei Fällen von Männern Hinweise auf die Durchführung von Berufungsverfahren; (KIEßLING, 2005) fand lediglich in drei Fällen Hinweise auf

---

Die Durchsicht der Operationsbücher der Universitäts-Frauenklinik Tübingen aus den Jahren 1940 – 1944 ergab für das Jahr 1941 neben Sterilisationen aus medizinischer Indikation insgesamt 20 Sterilisationen aus eugenischer Indikation, vorwiegend aufgrund der Diagnose *angeborener Schwachsinn*, einschließlich einer kombinierten Sterilisation und Schwangerschaftsunterbrechung. 25% dieser Frauen waren zuvor in der Universitäts-Nervenklinik behandelt worden, einschließlich zwei Frauen, die dort begutachtet wurden. Eine weitere begutachtete Patientin wurde 1942 sterilisiert. Als häufigste Sterilisationsmethode konnte die Tubenquetschung nach Madlener bestätigt werden (vgl. Kapitel 1.2.11). Hinweise auf Komplikationen oder Todesfälle im Jahre 1941 konnten in den Aufzeichnungen nicht gefunden.

Letztendlich ist auf der Grundlage der Untersuchung der Begutachtungspraxis an der Universitäts-Nervenklinik Tübingen im Jahre 1941 und der Einsicht der Personalakten eine abschließende Beurteilung der zugrundeliegenden ärztlichen Motive (nationalsozialistische Rassenideologie vs. ärztliche Standesethik) nicht möglich, wenn auch die hier ermittelte Sterilisationsempfehlungsrate von 50% für einen zumindest besonnenen, zurückhaltenden und verantwortungsvollen Umgang der Ärztinnen und Ärzte mit ihren Patienten im Rahmen der Erbgesundheitsverfahren sprechen.

Heute werden (Zwangs-)Sterilisationen und Schwangerschaftsunterbrechungen in Schwellenländern, wie z. B. China und Indien, als Mittel zur Bekämpfung des explodierenden Bevölkerungswachstums eingesetzt. Auch in Lateinamerika und in der Karibik ist die Sterilisation als Verhütungsmethode weit verbreitet, während sie auf dem afrikanischen Kontinent als weitgehend unbekannt gilt.

Die aktuellen Diskussionen um die Einsatzmöglichkeiten der Präimplantations- (PID) und Pränataldiagnostik (PND = Untersuchung des ungeborenen Kindes mittels Ultraschallfeindiagnostik und farbkodierter Duplexso-

---

den Widerstand der Patienten; (KAASCH, 2006) spricht von Einzelfällen, in denen die formalen Widerstandsmöglichkeiten genutzt wurden

nographie, Laboruntersuchungen, Amniozentese, Chordozentese und Chorionzottenbiopsie) spiegeln den heutigen Umgang mit eugenischem Gedankengut wider (vgl. (KAASCH, 2006)), wobei insbesondere die potenziellen Ausmaße der PID gefürchtet werden (Stichwort: Designerbaby bzw. Rettungsgeschwister).

Die PID umfasst genetische Diagnostik an Zellen eines Embryos im 6- bis 10-Zell-Stadium nach In-Vitro-Fertilisationen mit dem Ziel, monogene Erbkrankheiten oder Aneuploidien (= Abweichungen der Chromosomenzahl vom physiologischen euploiden Chromosomensatz mit 22 autosomalen Chromosomenpaaren und den Geschlechtschromosomen XX bzw. XY, also v.a. Monosomien und Trisomien) nachzuweisen.

Vor der Einführung des neuen § 3a (Präimplantationsdiagnostikgesetz) am 21. November 2011 verbot das Embryonenschutzgesetz vom 13. Dezember 1990 den Einsatz der PID in Deutschland. Nach § 3a Abs. 2 gilt nun die Durchführung einer PID nach Aufklärung und Beratung mit schriftlicher Einwilligung der betroffenen Frau als nicht rechtswidrig und damit nicht strafbar (vgl. § 218a Abs. 2 StGB Straflosigkeit des Schwangerschaftsabbruchs),

1) wenn auf Grund der genetischen Disposition der potenziellen Mutter bzw. des potenziellen Vaters oder beider ein hohes Risiko für eine schwerwiegende Erbkrankheit vorliegt oder

2) zur Feststellung einer schwerwiegenden Schädigung des Embryos, die mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Tot- oder Fehlgeburt führen würde.

## 5 Zusammenfassung

---

Die vorliegende Dissertation befasste sich als Teil einer größeren Studie mit der Begutachtungspraxis an der Universitäts-Nervenlinik Tübingen im Jahre 1941, wobei den im Rahmen der Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (GzVeN) erstatteten Sterilisationsgutachten besondere Aufmerksamkeit geschenkt wurde. Das Ziel einer derartigen statistischen Auseinandersetzung ist ein Versuch der Dokumentation und Aufarbeitung der Vorgänge im Dritten Reich.

In der Einleitung erfolgten eine historische Einbettung des GzVeN sowie eine Betrachtung der an der Umsetzung beteiligten Klinikdirektoren und Oberärzte.

Als Einschlusskriterium der Patienten in die Untersuchung galt das Entlassdatum im Laufe des Jahres 1941. Anhand des Diagnosebuches im Archiv der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen wurden 1.740 Personen, die dieses Kriterium erfüllten, identifiziert. Im Archiv der Universität Tübingen wurden 1.627 der zu erwartenden 1.740 Krankenakten gefunden. Das entspricht einer Verlustrate von 6,49%. 317 Akten, die ein fachärztliches Gutachten enthielten, wurden in die statistische Auswertung eingeschlossen.

Insgesamt wurden im untersuchten Zeitraum 331 Gutachten erstattet. Dabei handelte es sich um 290 zivile Gutachten und 41 Lazarettgutachten.

Unter den 290 zivilen Gutachten wurden 60 Sterilisationsgutachten gefunden. Die Ergebnisse der vorliegenden Dissertation bestätigen (in der Zusammenschau mit den Resultaten der anderen Arbeiten im Rahmen dieses Projektes) den vielfach in der Literatur beschriebenen Rückgang der Sterilisationszahlen mit Beginn des Zweiten Weltkrieges: Einerseits wurde am 31. August 1939 eine Verordnung zur Beschränkung der Durchführung des GzVeN auf Fälle mit „besonders großer Fortpflanzungsgefahr“ erlassen, andererseits begannen spätestens ab September 1939 die Euthanasieaktionen zur Beseitigung unheilbar Kranker, die bis zum August 1941 ca. 100.000 Menschen das Leben kosteten.

Außerdem war das ursprüngliche Patientenkollektiv der schon in den Anstalten befindlichen Patienten bereits sterilisiert, der Widerstand in der Bevölkerung wuchs und ein Teil der Nervenklinik musste in Kriegszeiten zu einem Reserve-lazarett umstrukturiert werden. Wie wir gesehen haben, erreichte die Begutachtungspraxis zur Sterilisationsfrage an der Universitäts-Nervenklinik Tübingen ihren Höhepunkt in den Jahren 1936 bis 1938 (siehe Abbildung 31).

Die übrigen 230 zivilen Gutachten wurden vorwiegend zur Frage der Berufs- und Erwerbsminderung der Patienten (77,83%), außerdem zur Frage der Rentenbewilligung (7,39%), Schuldfähigkeit (6,52%), Ehe-tauglichkeit (1,30%) und anderen Fragestellungen (6,96%) erstattet. Dabei entfielen 48 Gutachten auf Frauen (20,87%) und 182 auf Männer (79,13%).

Dagegen befassten sich die 41 Lazarettgutachten überwiegend mit anderen Fragestellungen (48,78%) wie der Versehrtheit und Berufseignung, außerdem mit Fragen der Rentenbewilligung (4,88%) und Schuldfähigkeit (46,34%).

Von den 60 Sterilisationsgutachten bezogen sich jeweils 30 auf Frauen bzw. auf Männer, wobei Frauen prozentual häufiger zur Sterilisationsfrage begutachtet wurden als Männer (38,46% vs. 14,15%). Dieses Ergebnis bestätigt in Verbindung mit den Tatsachen, dass die Gutachten bei Frauen zeitlich früher als bei Männern fertig gestellt wurden, es sich häufiger um Formblattgutachten handelte, die Sterilisationsempfehlungsrate höher (56,67% vs. 43,33%) lag und bei Frauen doppelt so häufig Schwachsinn diagnostiziert wurde, die Aussagen Neugebauers (1994) über einen geschlechtsspezifischen Rassismus der Nationalsozialisten gegenüber Frauen.

Die zur Sterilisationsfrage begutachteten Patienten befanden sich entsprechend den Forderungen des GzVeN ausnahmslos im fortpflanzungsfähigen Alter zwischen 16 und 45 Jahren mit einem Altersdurchschnitt von 26,57 Jahren und einem Median von 26,5 Jahren. Wie aufgrund der häufigsten Fragestellung zur Berufs- und Erwerbsminderung zu erwarten war, befanden sich die meisten der zu anderen Fragestellungen begutachteten Patienten im üblicherweise berufstätigen Alter zwischen 25 und 64 Jahren mit einem höheren Altersdurchschnitt von 44,01 Jahren und einem Median von 44 Jahren. Die begutachteten Patienten des Reservelazaretts der Universitäts-Nervenklinik Tübingen waren



zwischen 16 und 49 Jahre alt, wobei der Altersdurchschnitt 30,05 Jahre und der Median 31 Jahre betragen.

98,33% der zur Sterilisationsfrage begutachteten Personen waren deutsche Christen, bei einer Patientin fanden sich keine Angaben zu ihrer Konfession und Staatsangehörigkeit. Es fanden sich keine Hinweise auf Begutachtungen von Juden oder Sinti und Roma zur Sterilisationsfrage. Als Begründung hierfür wurden das Sterilisationsverbot von Juden aus dem Jahre 1940, das Blutschutzgesetz vom 15. September 1935, die Kennzeichnungspflicht der Juden mit dem Judenstern ab dem 19. September 1941 sowie die Flucht der Juden aus Tübingen genannt. Bei den zu anderen Fragestellungen begutachteten Personen wurden ähnliche Zahlen bezüglich der Konfession (92,59% Christen) und Staatsangehörigkeit gefunden. Bei den im Lazarett untersuchten Patienten handelte es sich um 85% Christen, 5% waren gottgläubig. Bei den übrigen 10% fanden sich keine Angaben zu ihrer Konfession.

Die zur Sterilisationsfrage begutachteten Patienten waren zu 90% ledig, man versuchte also frühzeitig einzugreifen, um unerwünschten Nachwuchs zu vermeiden. Dennoch waren drei Frauen zum Zeitpunkt der Untersuchung schwanger und drei Frauen und zwei Männer hatten bereits Kinder. Es fanden sich in den Akten keine Hinweise auf die Durchführung einer Schwangerschaftsunterbrechung. Im Gegensatz dazu waren 71,76% der zu anderen Fragestellungen begutachteten Patienten verheiratet. Die im Lazarett begutachteten Patienten waren jeweils zur Hälfte ledig bzw. verheiratet.

85% der zur Sterilisationsfrage begutachteten Personen und 83,64% der zu anderen Fragestellungen begutachteten Patienten stammten aus einem Umkreis von bis zu 99 km um Tübingen. 77,5% der im Lazarett begutachteten Patienten kamen aus einem Umkreis von bis zu 149 km um Tübingen. Damit war das Einzugsgebiet des Reservelazaretts größer als das der zivilen Abteilung der Universitäts-Nervenlinik Tübingen.

In Übereinstimmung mit den Ergebnissen der bereits vorliegenden Dissertationen im Rahmen dieses Projektes stammten 95% der im Jahre 1941 zur Sterilisationsfrage begutachteten Patienten aus der sozialen Unterschicht und der Schicht der „sozial Verachteten“, lediglich drei Männer stammten aus der middle-

ren Mittelschicht, sodass von einer gesetzeswidrigen sozial motivierten Selektion ausgegangen werden könnte. Die Untersuchung der sozialen Schichtzugehörigkeit der zu anderen Fragestellungen begutachteten Patienten lieferte ähnliche Ergebnisse: 81,02% stammten aus der sozialen Unterschicht und der Schicht der „sozial Verachteten“, vermutlich aufgrund der höheren Unfallgefahr in Handwerksberufen. In Analogie dazu gehörten die meisten im Lazarett begutachteten Patienten gehörte zur untersten Ranggruppe der Mannschaften.

Die zur Sterilisationsfrage begutachteten Patienten hatten eine durchschnittliche stationäre Aufenthaltsdauer von 38,0 Tagen mit einem Median von 17,5 Tagen. Die gesetzlich vorgegebene maximale Aufenthaltsdauer von 6 Wochen wurde in ca. 2/3 der Fälle eingehalten. Dabei handelte es sich vorwiegend um Patienten, die meist per Gerichtsbeschluss zur Begutachtung eingewiesen wurden und ein individuelles Gutachten erhielten. In den übrigen Fällen erforderte die Erkrankung der Betroffenen eine längerfristige stationäre Behandlung, im Rahmen derer sie angezeigt, Antrag auf Unfruchtbarmachung gestellt und meist ein Formblattgutachten erstattet wurde. Die Aufenthaltsdauer der zu anderen Fragestellungen begutachteten Personen lag mit durchschnittlich 13,79 Tagen bei einem Median von 5 Tagen deutlich unter der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer der zur Sterilisationsfrage begutachteten Patienten. Die im Reservelazarett begutachteten Patienten hatten eine dazwischen liegende durchschnittliche Aufenthaltsdauer von 30,57 Tagen bei einem Median von 25 Tagen.

Die Anzeige erstattende Person konnte in 63,33% der Fälle nicht aus dem Akteninhalt ermittelt werden. In 28,33% der Fälle wurde die Anzeige durch Angestellte der Universitäts-Nervenlinik Tübingen erstattet, in 6,67% durch die jeweils zuständigen Gesundheitsämter.

In 33,33% der Fälle blieb die Person des Antragstellers unbekannt. 28,33% der Anträge auf Unfruchtbarmachung wurden durch Mitarbeiter der Nervenlinik und 36,67% durch den zuständigen Amtsarzt gestellt. Für das Jahr 1941 konnte nur ein Antrag durch den betroffenen Patienten selbst nachgewiesen werden (1,67%).

Die Mehrzahl der Begutachtungen zur Sterilisationsfrage erfolgte aufgrund der Diagnosen *angeborener Schwachsinn*, *erbliche Fallsucht* und *Schizophrenie* (vgl. Kießling (2005), Hundt (1996) und Held (1995)). In 56,67% der Fälle konnten Diagnosen im Sinne des Gesetzes mit der geforderten Sicherheit gestellt werden konnten, während in den übrigen Fällen keine Erbkrankheit diagnostiziert oder die Diagnose nicht einwandfrei bestätigt werden konnte.

In 50,0% der Fälle empfahlen die Gutachter aufgrund von fortpflanzungsfähigem Alter, mittels positiver Familienanamnese scheinbar nachgewiesener Erblichkeit, fehlendem Nachweis einer exogenen Krankheitsursache sowie negativer Beurteilung der sozialen Tauglichkeit die Sterilisation der untersuchten Personen, bei Frauen etwas häufiger als bei Männern (56,67% vs. 43,33%). Bei einem Mann war die Empfehlung des Gutachters indifferent.

Hinweise auf die Durchführung von Berufungsverfahren wurden in insgesamt 13 Akten gefunden. Die Beschwerde führte in fünf Fällen zum Erfolg im Sinne einer Ablehnung der Sterilisation, während sie in sieben Fällen als unbegründet zurückgewiesen wurde. In einem Fall wurden keine Angaben über den Ausgang des Berufungsverfahrens gefunden. Außerdem konnte die Durchführung von vier Wiederaufnahmeverfahrens nachgewiesen werden, von denen eines zur Ablehnung der Sterilisation führte. In den anderen Fällen wurden keine Informationen zum EGG-Beschluss gefunden.

Anhand der Operationsbücher der Universitäts-Frauenklinik Tübingen aus den Jahren 1940 – 1944 konnten für das Jahr 1941 20 Sterilisationen aus eugenischer Indikation nachgewiesen werden. Fünf dieser Frauen waren zuvor in der Universitäts-Nervenklinik behandelt worden, einschließlich zwei Frauen, die dort begutachtet wurden. Eine weitere begutachtete Patientin wurde 1942 sterilisiert.

Aufgrund der Unvollständigkeit der vorliegenden Ergebnisse und der eingeschränkten Zugänglichkeit bzw. Aufarbeitung der Daten anderer Kliniken konnten keine Rückschlüsse auf die Höhe der Sterilisationsrate in Tübingen im reichsweiten Vergleich gezogen werden.



## Anhang

---

Anhang 1: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses

### **Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses.**

**Vom 14. Juli 1933.**

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

#### **§ 1**

(1) Wer erbkrank ist, kann durch chirurgischen Eingriff unfruchtbar gemacht (sterilisiert) werden, wenn nach den Erfahrungen der ärztlichen Wissenschaft mit großer Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist, daß seine Nachkommen an schweren körperlichen oder geistigen Erbschäden leiden werden.

(2) Erbkrank im Sinne dieses Gesetzes ist, wer an einer der folgenden Krankheiten leidet:

1. angeborener Schwachsinn,
2. Schizophrenie,
3. zirkulärem (manisch-depressivem) Irresein,
4. erblicher Fallsucht,
5. erblichem Veitstanz (Huntingtonsche Chorea),
6. erblicher Blindheit,
7. erblicher Taubheit,
8. schwerer erblicher körperlicher Mißbildung.

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

## § 2

(1) Antragsberechtigt ist derjenige, der unfruchtbar gemacht werden soll. Ist dieser geschäftsunfähig oder wegen Geistesschwäche entmündigt oder hat er das achtzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet, so ist der gesetzliche Vertreter antragsberechtigt; er bedarf dazu der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts. In den übrigen Fällen beschränkter Geschäftsfähigkeit bedarf der Antrag der Zustimmung des gesetzlichen Vertreters. Hat ein Volljähriger einen Pfleger für seine Person erhalten, so ist dessen Zustimmung erforderlich.

(2) Dem Antrag ist eine Bescheinigung eines für das Deutsche Reich approbierten Arztes beizufügen, daß der Unfruchtbarzumachende über das Wesen und die Folgen der Unfruchtbarmachung aufgeklärt worden ist.

(3) Der Antrag kann zurückgenommen werden.

## § 3

Die Unfruchtbarmachung können auch beantragen

1. der beamtete Arzt,
2. für die Insassen einer Kranken-, Heil- oder Pflegeanstalt oder einer Strafanstalt der Anstaltsleiter.

## § 4

Der Antrag ist schriftlich oder zur Niederschrift der Geschäftsstelle des Erbgesundheitsgerichts zu stellen. Die dem Antrag zu Grunde liegenden Tatsachen sind durch ein ärztliches Gutachten oder auf andere Weise glaubhaft zu machen. Die Geschäftsstelle hat dem beamteten Arzt von dem Antrag Kenntnis zu geben.

## § 5

Zuständig für die Entscheidung ist das Erbgesundheitsgericht, in dessen Bezirk der Unfruchtbarzumachende seinen allgemeinen Gerichtstand hat.

---

## § 6

(1) Das Erbgesundheitsgericht ist einem Amtsgericht anzugliedern. Es besteht aus einem Amtsrichter als Vorsitzenden, einem beamteten Arzt und einem weiteren für das Deutsche Reich approbierten Arzt, der mit der Erbgesundheitslehre besonders vertraut ist. Für jedes Mitglied ist ein Vertreter zu bestellen.

(2) Als Vorsitzender ist ausgeschlossen, wer über einen Antrag auf Vormundschaftsgerichtliche Genehmigung nach § 2 Abs. 1 entschieden hat. Hat ein beamteter Arzt den Antrag gestellt, so kann er bei der Entscheidung nicht mitwirken.

## § 7

(1) Das Verfahren vor dem Erbgesundheitsgericht ist nicht öffentlich.

(2) Das Erbgesundheitsgericht hat die notwendigen Ermittlungen anzustellen; es kann Zeugen und Sachverständige vernehmen sowie das persönliche Erscheinen und die ärztliche Untersuchung des Unfruchtbarzumachenden anordnen und ihn bei unentschuldigtem Ausbleiben vorführen lassen. Auf die Vernehmung und Beeidigung der Zeugen und Sachverständigen sowie auf die Ausschließung und Ablehnung der Gerichtspersonen finden die Vorschriften der Zivilprozeßordnung sinngemäße Anwendung. Ärzte, die als Zeugen oder Sachverständige vernommen werden, sind ohne Rücksicht auf das Berufsgeheimnis zur Aussage verpflichtet. Gerichts- und Verwaltungsbehörden sowie Krankenanstalten haben dem Erbgesundheitsgericht auf Ersuchen Auskunft zu erteilen.

## § 8

Das Gericht hat unter Berücksichtigung des gesamten Ergebnisses der Verhandlung und Beweisaufnahme nach freier Überzeugung zu entscheiden. Die Beschlußfassung erfolgt auf Grund mündlicher Beratung mit Stimmenmehrheit. Der Beschluß ist schriftlich abzufassen und von den an der Beschlußfassung beteiligten Mitgliedern zu unterschreiben. Es muß die Gründe angeben, aus denen die Unfruchtbarmachung beschlossen oder abgelehnt worden ist. Der Beschluß ist dem Antragsteller, dem beamteten Arzt sowie demjenigen zuzu-

stellen, dessen Unfruchtbarmachung beantragt worden ist, oder, falls dieser nicht antragsberechtigt ist, seinem gesetzlichen Vertreter.

### **§ 9**

Gegen den Beschluß können die im § 8 Satz 5 bezeichneten Personen binnen einer Notfrist von einem Monat nach der Zustellung schriftlich oder zur Niederschrift der Geschäftsstelle des Erbgesundheitsgerichts Beschwerde einlegen. Die Beschwerde hat aufschiebende Wirkung. Über die Beschwerde entscheidet das Erbgesundheitsobergericht. Gegen die Versäumung der Beschwerdefrist ist Wiedereinsetzung in den vorigen Stand in entsprechender Anwendung der Vorschriften der Zivilprozeßordnung zulässig.

### **§ 10**

(1) Das Erbgesundheitsobergericht wird einem Oberlandesgericht angegliedert und umfaßt dessen Bezirk. Es besteht aus einem Mitglied des Oberlandesgerichts, einem beamteten Arzt und einem weiteren für das Deutsche Reich approbierten Arzt, der mit der Erbgesundheitslehre besonders vertraut ist. Für jedes Mitglied ist ein Vertreter zu bestellen. § 6 Abs. 2 gilt entsprechend.

(2) Auf das Verfahren vor dem Erbgesundheitsgericht finden §§ 7,8 entsprechende Anwendung.

(3) Das Erbgesundheitsobergericht entscheidet endgültig.

### **§ 11**

(1) Der zur Unfruchtbarmachung notwendige chirurgische Eingriff darf nur in einer Krankenanstalt von einem für das Deutsche Reich approbierten Arzt ausgeführt werden. Dieser darf den Eingriff erst vornehmen, wenn der die Unfruchtbarmachung anordnende Beschluß endgültig geworden ist. Die oberste Landesbehörde bestimmt die Krankenanstalten und Ärzte, denen die Ausführung der Unfruchtbarmachung überlassen werden darf. Der Eingriff darf nicht durch einen Arzt vorgenommen werden, der den Antrag gestellt oder in dem Verfahren als Beisitzer mitgewirkt hat.



(2) Der ausführende Arzt hat dem beamteten Arzt einen schriftlichen Bericht über die Ausführung der Unfruchtbarmachung unter Angabe des angewendeten Verfahrens einzureichen.

## § 12

(1) Hat das Gericht die Unfruchtbarmachung endgültig beschlossen, so ist sie auch gegen den Willen des Unfruchtbarzumachenden auszuführen, sofern nicht dieser allein den Antrag gestellt hat. Der beamtete Arzt hat bei der Polizeibehörde die erforderlichen Maßnahmen zu beantragen. Soweit andere Maßnahmen nicht ausreichen, ist die Anwendung unmittelbaren Zwanges zulässig.

(2) Ergeben sich Umstände, die eine nochmalige Prüfung des Sachverhaltes erfordern, so hat das Erbgesundheitsgericht das Verfahren wieder aufzunehmen und die Ausführung der Unfruchtbarmachung vorläufig zu untersagen. War der Antrag abgelehnt worden, so ist die Wiederaufnahme nur zulässig, wenn neue Tatsachen eingetreten sind, welche die Unfruchtbarmachung rechtfertigen.

## § 13

(1) Die Kosten des gerichtlichen Verfahrens trägt die Staatskasse.

(2) Die Kosten des ärztlichen Eingriffs trägt bei den der Krankenversicherung angehörenden Personen die Krankenkasse, bei anderen Personen im Falle der Hilfsbedürftigkeit der Fürsorgeverband. In allen anderen Fällen trägt die Kosten bis zur Höhe der Mindestsätze der ärztlichen Gebührenordnung und der durchschnittlichen Pflegesätze in den öffentlichen Krankenanstalten die Staatskasse, darüber hinaus der Unfruchtbargemachte.

## § 14

Eine Unfruchtbarmachung, die nicht nach den Vorschriften dieses Gesetzes erfolgt, sowie eine Entfernung der Keimdrüsen sind nur dann zulässig, wenn ein Arzt sie nach den Regeln der ärztlichen Zunft zur Abwendung einer ernsten Ge-

fahr für das Leben oder die Gesundheit desjenigen, an dem er sie vornimmt, und mit dessen Einwilligung vollzieht.

### **§ 15**

(1) Die an dem Verfahren oder an der Ausführung des chirurgischen Eingriffs beteiligten Personen sind zur Verschwiegenheit verpflichtet.

(2) Wer der Schweigepflicht unbefugt zuwiderhandelt, wird mit Gefängnis bis zu einem Jahre oder mit Geldstrafe bestraft. Die Verfolgung tritt nur auf Antrag ein. Den Antrag kann auch der Vorsitzende stellen.

### **§16**

(1) Der Vollzug dieses Gesetzes liegt den Landesregierungen ob.

(2) Die obersten Landesbehörden bestimmen, vorbehaltlich der Vorschriften des § 6 Abs. 1 Satz 1 und des § 10 Abs. 1 Satz 1, Sitz und Bezirk der entscheidenden Gerichte. Sie ernennen die Mitglieder und deren Vertreter.

### **§ 17**

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

### **§ 18**

Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 1934 in Kraft.

Berlin, den 14. Juli 1933.

Der Reichskanzler

Adolf Hitler

Der Reichsminister des Innern

Frick

Der Reichsminister der Justiz

Dr. Gürtner

Anhang 2: Gesetz zur Änderung des GzVeN

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

**Vom 26. Juni 1935.**

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

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

1. Im § 9 Satz 1 ist statt „Notfrist von einem Monat“ zu setzen: „Notfrist von 14 Tagen“.
2. Nach § 10 wird folgender § 10 a eingeführt:

„(1) Hat ein Erbgesundheitsgericht rechtskräftig auf Unfruchtbarmachung einer Frau erkannt, die zur Zeit der Durchführung der Unfruchtbarmachung schwanger ist, so kann die Schwangerschaft mit Einwilligung der Schwangeren unterbrochen werden, es sei denn, daß die Frucht schon lebensfähig ist oder die Unterbrechung der Schwangerschaft eine ernste Gefahr für das Leben oder die Gesundheit der Frau mit sich bringen würde.

(2) Als nicht lebensfähig ist die Frucht dann anzusehen, wenn die Unterbrechung vor Ablauf des sechsten Schwangerschaftsmonats erfolgt.“
3. Im § 11 Abs. 1 Satz 1 und 3 und Abs. 2 sind nach dem Wort „Unfruchtbarmachung“ jeweils die Worte „und Schwangerschaftsunterbrechung“ einzusetzen.
4. § 14 erhält folgende Fassung:

„(1) Eine Unfruchtbarmachung oder Schwangerschaftsunterbrechung, die nicht nach den Vorschriften dieses Gesetzes erfolgt, sowie eine Entfernung der Keimdrüsen sind nur dann zulässig, wenn ein Arzt sie nach den Regeln der ärztlichen Kunst zur Abwendung einer ernsten

Gefahr für das Leben oder die Gesundheit desjenigen, an dem er sie vornimmt, und mit dessen Einwilligung vollzieht.

(2) Eine Entfernung der Keimdrüsen darf beim Manne mit seiner Einwilligung auch dann vorgenommen werden, wenn sie nach amts- oder gerichtsärztlichem Gutachten erforderlich ist, um ihn von einem entarteten Geschlechtstrieb zu befreien, der die Begehung weiterer Verfehlungen im Sinne der §§ 175 bis 178, 183, 223, bis 226 des Strafgesetzbuchs befürchten läßt. Die Anordnung der Entmannung im Strafverfahren oder im Sicherungsverfahren bleibt unberührt.“

Berlin, den 26. Juni 1935

Der Führer und Reichskanzler Adolf Hitler

Der Reichsminister des Innern Frick

Der Reichsminister der Justiz Dr. Gürtner

Anhang 3: Zweites Gesetz zur Änderung des GzVeN

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

**Vom 4. Februar 1936.**

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

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

1. Im § 1 Abs. 1 fallen die Worte „durch chirurgischen Eingriff“ weg.
2. § 11 erhält folgenden neuen Abs. 1:

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

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

Der bisherige Abs. 2 wird Abs. 3.

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

Berlin, den 4. Februar 1936

Der Führer und Reichskanzler

Adolf Hitler

Der Reichsminister des Innern

Frick

Der Reichsminister der Justiz

Dr. Gürtner

**Verordnung zur Durchführung des Gesetzes zur Verhütung  
erbkranken Nachwuchses und des Ehegesundheitsgesetzes.  
Vom 31. August 1939.**

**§ 1**

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

**§ 2**

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

## Anhang 5: Vordruck Anzeige

## Anzeige

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

Der<sup>1)</sup> — Die — .....

(Familienname) .....

(Vorname) .....

geboren am .....

in ..... Kreis .....

derzeitiger Aufenthaltsort: .....

leidet an<sup>1)</sup> — ist verdächtig zu leiden an — angeborenem Schwachsinn — Schizophrenie — zirkulärem (manisch-depressivem) Irresein — erblicher Fallsucht — erblichem Weits Tanz (Huntington'sche Chorea) — erblicher Blindheit — erblicher Taubheit — schwerer erblicher körperlicher Mißbildung — schwerem Alkoholismus — .....

Ort: ....., den ..... 19.....

Straße: .....

Name: .....

Stand: .....

An  
den Herrn<sup>2)</sup> .....

in .....

<sup>1)</sup> Das Nichtzutreffende ist jeweils zu durchstreichen.

<sup>2)</sup> Die Mitteilung ist dem für den Wohn- oder Aufenthaltsort der vorbezeichneten Person zuständigen Amtsarzt zu übersenden.

Anhang 6: Vordruck Antrag auf Unfruchtbarmachung

### 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 —<sup>1)</sup>

die Unfruchtbarmachung — des — der — .....

zur Zeit wohnhaft in .....

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

Zur Glaubhaftmachung der vorstehenden Angabe beziehe ich mich — auf <sup>das</sup>/<sub>mein</sub> anliegende(s)  
ärztliche — amtsärztliche — Gutachten — auf das Zeugnis der nachbezeichneten Personen:

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

Ort: ....., den ..... 19.....

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

An  
die Geschäftsstelle des Erbgesundheitsgerichts  
in .....

---

<sup>1)</sup> Nichtzutreffendes ist jeweils zu durchstreichen.



## Anhang 7: Vordruck Sterilisationsgutachten

**Amtsärztliches — Ärztliches<sup>1)</sup> — Gutachten**(gemäß § 4 Satz 2 des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933  
— Reichsgesetzbl. I S. 529)Name und Vorname .....  
(bei Frauen auch Mädchenname)

Beruf: .....

Geboren am ..... zu ..... Kreis: .....

Religion: .....

Letzter Wohnort: ..... Kreis: .....

Straße: .....

Anschrift der Eltern: ..... Kreis: .....

Straße: .....

Anschrift des Pflegers oder Vormunds: .....

Kreis: .....

Wieviel Kinder? ..... Totgeburten: ..... Fehlgeburten: .....

Personenstand — ledig — verheiratet — verwitwet — geschieden —

**I. Angaben über die näheren Familienangehörigen**

Name des Ehegatten: .....

Wohnort: ..... Kreis: ..... Straße: .....

Ist der Ehegatte gesund? .....

Wieviel Kinder? ..... Totgeburten: ..... Fehlgeburten: .....

Name des Vaters: .....

Wohn- oder Sterbeort: ..... Kreis: ..... Straße: .....

Name der Mutter: .....

(auch Mädchenname)

Wohn- oder Sterbeort: ..... Kreis: ..... Straße: .....

Waren die Eltern blutsverwandt? .....

<sup>1)</sup> Nichtzutreffendes ist jeweils zu durchstreichen.

Sind bei Vater oder Mutter die im § 1 Abs. 2, 3 des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses genannten Krankheiten oder Zustände<sup>1)</sup> beobachtet worden oder sind sonstige körperliche oder geistige Leiden oder Abnormitäten erblicher oder nichterblicher Natur vorgekommen? Im einzelnen siehe nachstehend unter 1 und 2.

---

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

---

1. Sind in der Familie<sup>2)</sup> die im § 1 Abs. 2 und 3 des Gesetzes genannten Krankheiten oder Zustände vorgekommen? (Welche und bei wem?)

2. Sind in der Familie<sup>2)</sup> noch andere körperliche oder geistige Leiden oder Abnormitäten erblicher oder nichterblicher Natur vorgekommen? (z. B. Giftsüchtigkeit, Selbstmorde, Selbstmordversuche, auffallende Charaktere, verbrecherische oder asoziale Veranlagungen, Psychopathien, andere Geisteskrankheiten, Stoffwechselstörungen usw. (Welche und bei wem?)

---

<sup>1)</sup> Erbkrank (im folgenden abgekürzt: E) im Sinne des Gesetzes ist, wer an einer der folgenden Krankheiten leidet: 1. Angeborenem Schwachsinn, 2. Schizophrenie, 3. Zirkulärem (manisch-depressivem) Irresein, 4. Erblicher Fallsucht, 5. Erblichem Weitsinn (Huntingtonsche Chorea), 6. Erblicher Blindheit, 7. Erblicher Taubheit, 8. Schwere erblicher körperlicher Mißbildung. Ferner kann unfruchtbar gemacht werden, wer an schwerem Alkoholismus leidet.

<sup>2)</sup> Zur Familie gehören Eltern, Kinder, Geschwister, Halbgeschwister, Großeltern und sonstige Blutsverwandte.

## II. Eigene Vorgeschichte des E.

### 1. Allgemeines

- a) Durchgemachte körperliche Krankheiten (Infektionskrankheiten, sonstige Allgemeinkrankheiten, Organkrankheiten, Unfälle usw.) auschl. Nerven- und Geisteskrankheiten:
  - b) Wie war die geistige Entwicklung des (der) E. (Schulleistungen bzw. Erfolge, Interesse an der Politik usw.)?
  - c) Hat der (die) E. an Krämpfen gelitten? Welcher Art waren diese? Hat der (die) E. Krankheiten des Zentralnervensystems oder geistige Störungen durchgemacht? Welche? Wann?
  - d) Angaben über das Sexualleben (bei Frauen außerdem über Regeln und Schwangerschaftsstörungen):
  - e) Wie war die soziale Entwicklung des (der) E. (Berufsausbildung, Erfolge bzw. Misserfolge im Berufsleben)?
  - f) Ist der (die) E. mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen? Wann? Wodurch?
  - g) Alkoholismus, Mißbrauch von Rauschgiften:
2. Entwicklung des Leidens, das Anlaß zum Antrag auf Unfruchtbarmachung gibt (erstes Auftreten, Verlauf usw.):
3. Bei welchen Ärzten und in welchen Anstalten war der (die) E. in Behandlung? (Möglichst genaue Anschriften):
4. Können sonstige Personen über den (die) E. und seine Verwandten Auskunft geben? Welche? (Genau Anschriften):

### III. Befund

#### 1. Körperlicher Befund

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

Größe: .....

Gewicht: .....

Bei Frauen: Meneses .....

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

Puls: .....

Blutdruck: .....

Harn: .....

Eiweiß: .....

Zucker: .....

c) Nervensystem:

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

Reflexe:

Vasomotor. Nachröten, mechan. Muskel-erregbarkeit, Radiusperiostrreflex, Patellarreflex, Patellarclonus, Achillessehnenreflex, Dorsalclonus, Plantarreflex, Babinski, Oppenheim, Bauchreflexe, Cremasterreflex, Armbewegungen.

Sensibilität:

Berührungsempfindlichkeit, Lokalisation, Schmerzempfindlichkeit.

Ataxie:

Statischer Tremor, Händedruck, Zeigebewegung, Beinbewegungen, Gang, Romberg. Sonstige körperliche Zeichen einer Erkrankung des Z. N. S., Zungenbißnarben, Lähmungen, Tonus der Muskulatur, Speichelfluß, organische Sprachstörung usw., wenn nötig serologische Reaktion im Blut und Liquor.

- d) Augen:  
Bewegungen, Cornealreflex, Pupillen,  
Augenhintergrund.
- e) Ohren:  
Spiegelbefund, Hörschärfe, Gleichgewichts-  
organ.

## 2. Psychischer Befund

1. Allgemeines Verhalten:  
Zugänglich, freundlich, misstrauisch, ab-  
lehrend.
2. Stimmungsz und Affekt lage  
Stumpf, gleichgültig, läppisch, traurig,  
ängstlich, ratlos, entschlußlos, heiter,  
albern, zornig, sexuellzudringlich.
3. Willenssphäre:  
Hemmung, Sperrung, Stupor, Katalepsie,  
Befehlsautomatie, Negativismus, Nu-  
tismus, Erregung, Befehlsdrang, im-  
pulsive Handlungen, sinnlose Handlung-  
en, Rededrang, Fortlaufen, Manieren,  
Stereotypien, Sprachmanieren, Gri-  
massieren.
4. Bewußtseinslage:  
Auffassung, Besonnenheit, Aufmerksam-  
keit, Bewußtlosigkeit, Koma, Sopor,  
Somnolenz, Bewußtseinsstrübungen,  
Desorientiertheit, Verwirrtheit, deli-  
rante Zustände, Dämmerzustände, Be-  
wußtseinsmischung, Absenzen.
5. Gedankenablauf:  
Formale Störungen, Denkhemmung,  
Denksperrung, gemachte Gedanken,  
Gedankenentzug, Ideenflucht, Inkohä-  
renz, Perseveration, Zerfahrenheit,  
Steifheit, inhaltliche Störungen, Sin-  
nestäuschungen der verschiedenen Sin-  
nesgebiete, Wahnideen (Größens-,  
Kleinheits-, Verfolgungs-, Versündi-  
gungswahn usw.), Zwangsvorstellungen  
(Phobien usw.).

6. Sexuelle Perversionen:

7. Anfälle:

Beginn, Häufigkeit, Dauer, motorisches Verhalten, Zungenbiß, Einnässen, Verlegungen im Anfall, Verhalten nach dem Anfall, (Schlaf, Dämmerzustände usw.), petits maux.

Bei Schwachsinnigen ist der Intelligenzprüfungsbogen auszufüllen (Anlage 5a).

---

1. Diagnose:

2. Begründung:

---

Ort: .....

Strasse: .....

Dienstiegel oder Stempel

Name: .....

Amtsstellung: .....

## Anhang 8: Vordruck Intelligenzprüfungsbogen

**Intelligenzprüfungsbogen****1. Orientierung:**

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

**2. Schulwissen:**

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

Rechnen:

$(7 \times 9?)$	$(51 - 16?)$	$(17 + 32?)$
$(12 \times 13?)$	$(62 - 19?)$	$(23 + 45?)$
$(10 : 2?)$	$(x - 3 = 14) x?$	$(x \times 9 = 63) x?$
$(81 : 3?)$	$(x + 5 = 16) x?$	$(x : 8 = 5) x?$

(300 *R.M.* zu 3 % in 3 Jahren Zinsen?)

(6 Arbeiter brauchen zu einer Arbeit  $3\frac{1}{2}$  Stunden: wie lange 3 Arbeiter?)

(Wenn  $1\frac{1}{2}$  Pfund 15 Pfg. kosten, wieviel kosten 7 Pfund?)

3. Allgemeines Lebenswissen:

- (Wo geht die Sonne auf?)
- (Warum wird es Tag und Nacht?)
- (Warum baut man Häuser in der Stadt höher als auf dem Lande?)
- (Was versteht man unter dem Kochen des Wassers?)
- (Warum darf man Feuer nicht abschließen, wenn es brennen soll?)
- (Warum gehen die Kinder in die Schul?)
- (Wozu sind die Gerichte da?)
- (Geldsorten?)
- (Was kostet jetzt die Beförderung von Postfächern?)
- (Preise von Lebensmitteln?)

Unterschied zwischen:

- (Irrtum — Lüge?)
- (Vorgen — Schenken?)
- (Geiz — Sparsamkeit?)
- (Rechtsanwalt — Staatsanwalt?)
- (Treppe — Leiter?)
- (Teich — Bach?)

4. Spezielle Fragen aus dem Beruf:

Satz aus 3 Worten bilden:

- (Jäger — Hase — Feld!)
- (Soldat — Krieg — Vaterland!)
- (Frühling — Wiese — Blumen!)
- (Schule — Bildung — Leben!)



**5. Geschichtserzählung und Sprichwörterklärung:**

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

**6. Sittliche Allgemeinvorstellungen:**

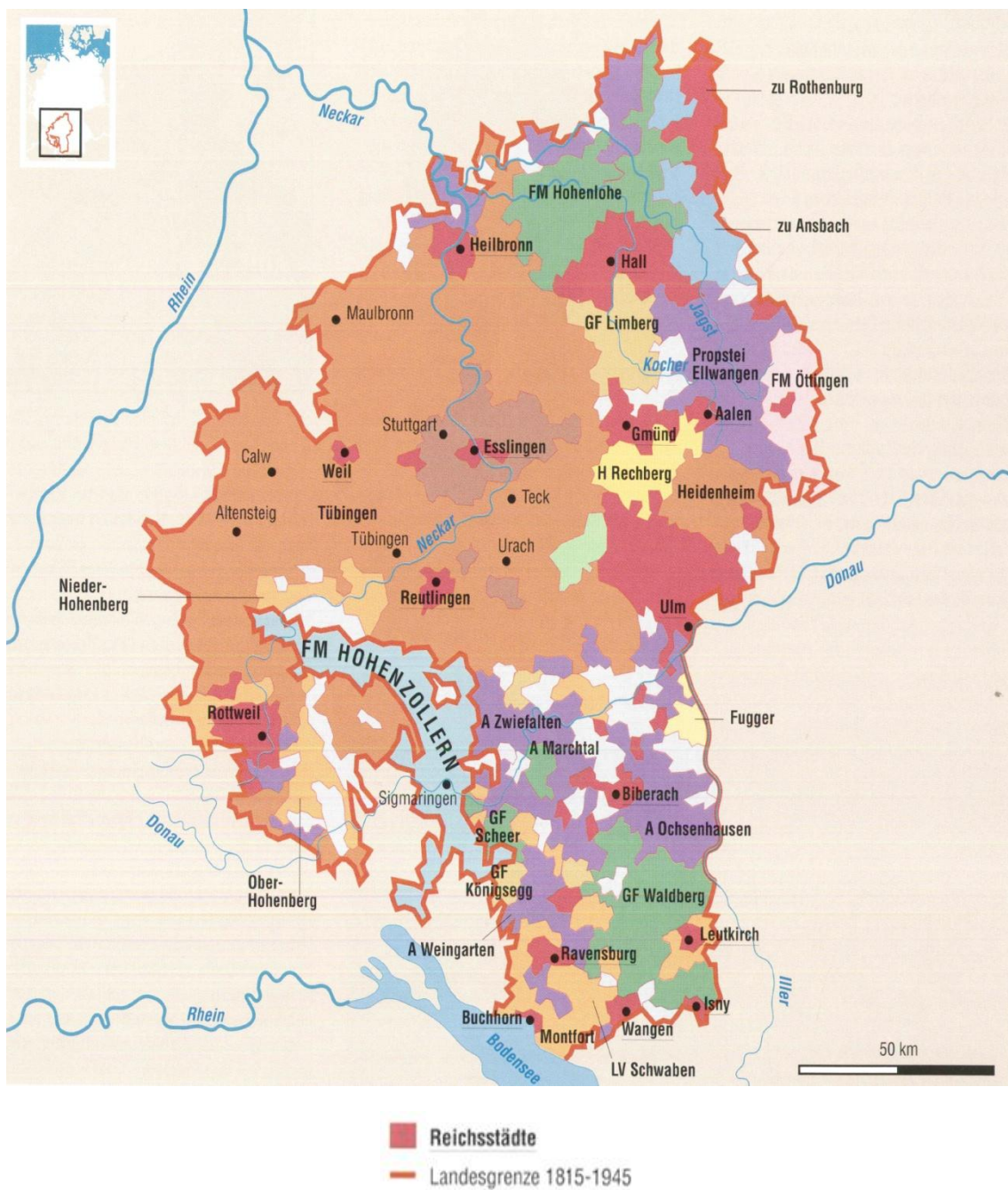
(Warum lernt man?)  
 (Warum und für wen spart man?)  
 (Weshalb darf man auch sein eigenes Haus nicht anzünden?)  
 (Was darf man mit gefundenen 5 — 20 — 500 *R.M.* machen?)  
 (Wie denken Sie sich Ihre Zukunft?)  
 Was würden Sie tun, wenn Sie das große Los gewinnen?)  
 (Was ist Treue, Frömmigkeit,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

**7. Gedächtnis und Merkfähigkeit:**

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

**8. Verhalten bei der Unternehmung:**

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



**Abb. 33:** Historische Landkarte Württembergs (bis 1945)  
(Abbildung siehe Scheuch (2008) S. 167)

## Anhang 10: Zusammenstellung einiger vorliegender Sterilisationszahlen

Genauere Angaben zur Gesamtzahl der im Deutschen durchgeführten Sterilisationen liegen lediglich für die Jahre 1934 bis 1936 vor:<sup>570</sup>

**Tab. 62:** Sterilisationszahlen 1934 bis 1936 (1937)

(die *kursiv* geschriebenen Zahlen entsprechen nach Nowak (1978), Rost (1987), Makowski (1996) und Kramer (1999) den Angaben des Reichsjustizministeriums)

Jahr	1934	1935	1936	1. Halbjahr 1937	Σ
Sterilisationen	62.463 32.268*	71.760 73.174*	64.646 63.547*	- 28.430*	198.869 197.419*

Für den Zeitraum ab 1937 bis 1945 wurde keine systematische Erhebung mehr durchgeführt. Aufgrund des zu erwartenden Aktenschwundes wird aber auch nach entsprechender Aufarbeitung eine genaue Feststellung der Sterilisationszahlen nicht zu erwarten sein.

Bock (1986) konnte bezüglich Antragsstellung und Beschlussrate einige regionale Unterschiede aufzeigen: So wurden in Baden (EGOG Karlsruhe) die meisten Anträge auf Sterilisation gestellt (ca. 3 pro 1.000 Einwohner), gefolgt von Hamburg mit ca. 2 Anträgen pro 1.000 Einwohner. Die niedrigste Rate hatte Braunschweig mit 0,9 Anträgen pro 1.000 Einwohner, gefolgt von Berlin mit einem Antrag pro 1.000 Einwohner. Durchschnittlich führten 94% der Anträge zu einem Sterilisationsbeschluss. Die niedrigste Rate an Sterilisationsbeschlüssen betrug 87% in Nürnberg, gefolgt von 88% in Frankfurt a.M.

Da bisher keine regionale Differenzierung der Sterilisationszahlen vorliegt, werden im Folgenden kurz einige bereits vorliegende Zahlen vorgestellt:

Spitzenreiter in Bezug auf die Zahl der durchgeführten Sterilisationen war aufgrund der schnellen und systematischen Umsetzung und der Verschärfung der Anwendungspraxis<sup>571</sup> der Mustergau **Hamburg**. Dort wurden im Zeitraum

<sup>570</sup> (HERRMANN & SCHMIDT, 2009) S. 68; \*(MAKOWSKI, 1996) zeigt abweichende Zahlen des Reichsjustizministeriums, die von einer Gesamtzahl von 197.419 Sterilisationen von 1934 bis einschließlich erstes Halbjahr 1937 ausgehen (S. 145).

<sup>571</sup> Nach Rothmaler in (BLEKER & JACHERTZ, 1989) S. 72 war Hamburg Vorreiter bei der Durchführung von Schwangerschaftsunterbrechungen aus eugenischen Gründen. So wurden 1934, also schon vor der entsprechenden Gesetzesänderung, in Hamburg 29 derartige Abtrei-

vom 1. Januar 1934 bis 8. Februar 1939 insgesamt 10.129 Sterilisationen durchgeführt. Die Gesamtzahl der in den Jahren 1934 bis 1945 durchgeführten Sterilisationen wurde auf ca. 25.000 geschätzt.<sup>572</sup> „Hätte sich die Hamburger Praxis in ganz Deutschland durchgesetzt, so hätten bis 1945 allein in den Grenzen von 1937 [...] über eine Million Sterilisationen stattgefunden“<sup>573</sup>.

An zweiter Stelle folgte **Baden**. Dort wurden bis Juni 1934 572 Personen sterilisiert. „Wäre ganz Deutschland dem Beispiel jener zehn badischen Kreise gefolgt, für welche die Sterilisationen zwischen 1934 und 1944 bekannt sind, so wären rund 650 000 Menschen sterilisiert worden“<sup>574</sup>.

In der **Universitäts-Frauenklinik Freiburg** wurden im Zeitraum von 1934 bis 1945 1.540 Menschen sterilisiert.<sup>575</sup> In der **Chirurgischen Universitätsklinik Freiburg** wurden 1935 214 und 1936 570 Männer sterilisiert.<sup>576</sup>

In **Thüringen** wurden im Jahre 1934 insgesamt 1.234 Personen (0,12% der Gesamtbevölkerung) und bis Ende 1936 1% der 17-24-Jährigen sterilisiert.<sup>577</sup>

bungen vorgenommen. Darüber hinaus wurden Schwangerschaftsabbrüche bis zur 28. Schwangerschaftswoche durchgeführt (nach dem Gesetz durften Schwangerschaftsunterbrechungen nur vor Ablauf des 6. Schwangerschaftsmonats vorgenommen werden).

<sup>572</sup> (ROTHMALER, Sterilisationen nach dem "Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses" vom 14. Juli 1933. Eine Untersuchung zur Tätigkeit des Erbgesundheitsgerichtes und zur Durchführung des Gesetzes in Hamburg in der Zeit zwischen 1934 und 1944, 1991) S. 44ff; (BOCK, 1986) S. 248 schätzt die Gesamtzahl der zwischen 1934 und 1945 in Hamburg durchgeführten Sterilisationen auf ca. 20.000.

<sup>573</sup> (BOCK, 1986) S. 248

<sup>574</sup> (BOCK, 1986) S. 248

<sup>575</sup> (LINK, 1999) S. 118f: Davon wurden 906 Sterilisationen aus eugenischer Indikation durchgeführt und 632 aus medizinischer Indikation. In zwei Fällen handelte es sich um die Sterilisation von Zigeunern. 50 Sterilisationsoperationen wurden mit einer Schwangerschaftsunterbrechung kombiniert, davon 35 aus eugenischer und 15 aus medizinischer Indikation. 90 Patientinnen wurden mittels Bestrahlung sterilisiert, davon 27 aus eugenischer und 63 aus medizinischer Indikation. Die Recherchen Links zeigen außerdem einen deutlichen Rückgang der Sterilisationszahlen nach 1938:

Jahr	1934	1935	1936	1937	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945
Sterilisationen	235	224	199	196	143	75	83	122	108	85	68	2

<sup>576</sup> (LINK, 1999) S. 138

In **Kiel** wurden bis 1937 mehr als 0,4% der Gesamtbevölkerung sterilisiert. Im **Berliner Bezirk Wilmersdorf** wurden 186 Menschen sterilisiert.<sup>578</sup>

In **Göttingen** wurden im Zeitraum von 1934 bis 1945 insgesamt 787 Sterilisationen durchgeführt. Außerdem wurden bei mindestens 14 Frauen gleichzeitig Schwangerschaftsunterbrechungen vorgenommen.<sup>579</sup>

In **Passau** und den umliegenden Krankenhäusern wurden in den Jahren 1934 bis 1939 mit großer Wahrscheinlich insgesamt 435 Patienten (Männer und Frauen) unfruchtbar gemacht<sup>580</sup>.

Im **Oldenburger Land** wurden in den Jahren 1934 – 1945 insgesamt 2.574 Menschen sterilisiert (1.169 Frauen und 1.405 Männer)<sup>581</sup>.

In **Bremen** wurden zwischen 1934 und 1944 mindestens 1.520 Sterilisationen durchgeführt.<sup>582</sup>

In der **Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar** wurden zwischen 1934 und 1943 mindestens 1.703 Menschen sterilisiert (961 Männer und 742 Frauen).<sup>583</sup>

In der **Erziehungsanstalt Heiligenbronn** wurden mindestens 20 Menschen sterilisiert.<sup>584</sup>

In der **Gustav Werner Stiftung zum Bruderhaus Reutlingen** wurden in den Jahren 1934 – 1945 mindestens 42 Menschen, vorwiegend Jugendliche, sterilisiert.<sup>585</sup>

In der Stiftung **Bethesda-St. Martin in Boppard** wurden in den Jahren 1934 bis 1939 insgesamt 79 Frauen sterilisiert.<sup>586</sup>

---

<sup>577</sup> (BOCK, 1986) S. 247

<sup>578</sup> (RUDNICK, 1990) S. 97

<sup>579</sup> (KOCH, 1994) S. 44f

<sup>580</sup> (HEITZER, 2005) S. 329

<sup>581</sup> Siehe (FINSCHOW, 2008) S. 76ff: Die Recherchen Finschows zeigen einen deutlichen Rückgang der Anzahl an durchgeführten Sterilisationen nach 1937 (Anzahl Sterilisationen 1934 – 1937: insgesamt 2066, 1938 – 1941: 440, 1942 – 8. Mai 1945: 68).

<sup>582</sup> (SCHMACKE, 1984) S. 86f

<sup>583</sup> (RICHARZ, 1987) S. 129

<sup>584</sup> (LOSCH, 2002) S. 55

<sup>585</sup> (ASTFALK, 1990) S. 37

<sup>586</sup> Siehe Schulze in (HERRMANN & SCHMIDT, 2009) S. 102f

**Gesetz zum Schutze der Erbgesundheit des deutschen Volkes  
(Ehegesundheitsgesetz).**

**Vom 18. Oktober 1935.**

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

**§ 1**

- (1) Eine Ehe darf nicht geschlossen werden,
- a) wenn einer der Verlobten an einer mit Ansteckungsgefahr verbundenen Krankheit leidet, die eine erhebliche Schädigung der Gesundheit des anderen Teiles oder der Nachkommen befürchten lässt,
  - b) wenn einer der Verlobten entmündigt ist oder unter vorläufiger Vormundschaft steht,
  - c) wenn einer der Verlobten, ohne entmündigt zu sein, an einer geistigen Störung leidet, die die Ehe für die Volksgemeinschaft unerwünscht erscheinen lässt,
  - d) wenn einer der Verlobten an einer Erbkrankheit im Sinne des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses leidet.
- (2) Die Bestimmung des Absatzes 1 Buchstabe d steht der Eheschließung nicht entgegen, wenn der andere Verlobte unfruchtbar ist.

**§ 2**

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

**§ 3**

- (1) Eine entgegen den Verboten des § 1 geschlossene Ehe ist nichtig, wenn die Ausstellung des Ehetauglichkeitszeugnisses oder die Mitwirkung des

Standesbeamten bei der Eheschließung von den Verlobten durch willentlich falsche Angaben herbeigeführt worden ist. Sie ist auch nichtig, wenn sie zum Zwecke der Umgehung des Gesetzes im Ausland geschlossen ist. Die Nichtigkeitsklage kann nur vom Staatsanwalt erhoben werden.

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

#### **§ 4**

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

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

#### **§ 5**

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

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

#### **§ 6**

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

#### **§ 7**

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

**§ 8**

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

Berlin, den 18. Oktober 1935.

Der Führer und Reichskanzler

Adolf Hitler

Der Reichsminister des Innern

Frick

Der Stellvertreter des Führers

R. Heß

Reichsminister ohne Geschäftsbereich

Der Reichsminister der Justiz

Dr. Gürtner



Anhang 12: Für die Dissertation relevante Paragraphen des Ehegesetzes

**Gesetzes zur Vereinheitlichung des Rechts der Eheschließung  
und der Ehescheidung im Lande Österreich und im übrigen  
Reichsgebiet (Ehegesetz).**

**Vom 6. Juli 1938.**

**§ 50**

Auf geistiger Störung beruhendes Verhalten

Ein Ehegatte kann Scheidung begehren, wenn die Ehe infolge eines Verhaltens des anderen Ehegatten, das nicht als Eheverfehlung betrachtet werden kann, weil es auf einer geistigen Störung beruht, so tief zerrüttet ist, daß die Wiederherstellung einer dem Wesen der Ehe entsprechenden Lebensgemeinschaft nicht erwartet werden kann.

**§ 51**

Geisteskrankheit

Ein Ehegatte kann Scheidung begehren, wenn der andere geisteskrank ist, die Krankheit einen solchen Grad erreicht hat, daß die geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten aufgehoben ist, und eine Wiederherstellung dieser Gemeinschaft nicht erwartet werden kann.

Anhang 13: Für die Dissertation relevante Paragraphen des Gewohnheitsverbrechergesetzes

**Gesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über  
Maßregeln der Sicherung und Besserung  
(Gewohnheitsverbrechergesetz).**

**Vom 24. November 1933.**

**§ 42b**

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

Bei vermindert Zurechnungsfähigen tritt die Unterbringung neben die Strafe.

**§ 51**

Eine strafbare Handlung ist nicht vorhanden, wenn der Täter zur Zeit der Tat wegen Bewußtseinstörung, wegen krankhafter Störung der Geistestätigkeit oder wegen Geistesschwäche unfähig ist, das Unerlaubte der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln.

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

Anhang 14: Für die Dissertation relevante Paragraphen des Wehrmachtfürsorge- und Versorgungsgesetzes

**Fürsorge- und Versorgungsgesetz für die ehemaligen Angehörigen der Wehrmacht und ihre Hinterbliebenen  
– Wehrmachtfürsorge- und Versorgungsgesetz – (WFVG).  
Vom 26. August 1938.**

**Soldaten mit Körperschäden ohne Wehrdienstbeschädigung**

**§ 67**

(1) Soldaten mit einer aktiven Wehrdienstzeit von mehr als fünf Jahren erhalten, wenn sie wegen Dienstunfähigkeit entlassen werden, für Körperschäden, die nicht als Wehrdienstbeschädigung anerkannt worden sind, Heilfürsorge nach §§ 70 bis 82 wie Wehrdienstbeschädigte. Voraussetzung ist, daß

a) die Körperschäden während der aktiven Wehrdienstzeit erlitten und nicht auf Geschlechtskrankheiten, Selbstbeschädigung oder einen Selbstmordversuch zurückzuführen sind,

b) die Körperschäden bei der Entlassung Heilfürsorge erforderlich machen.

Werden diese Soldaten aus anderen Gründen entlassen, so gilt für sie Abs. 2.

Soldaten mit einer aktiven Wehrdienstzeit bis zu fünf Jahren können für Körperschäden, die nicht als Wehrdienstbeschädigung anerkannt worden sind, Heilfürsorge nach §§ 70 bis 82 bis zu drei Jahren nach der Entlassung erhalten, wenn die Voraussetzungen des Abs. 1 a und b erfüllt sind.

**Versehrtheit und Versehrtengeld**

**Versehrtheit**

**§83**

Versehrtheit liegt vor, wenn ein Soldat durch eine Wehrdienstbeschädigung oder ihre Folgen dauernd oder auf nicht absehbare Zeit körperlich erheblich beeinträchtigt ist.

## **Versehrtengeld**

### **§84**

(1) Das Versehrtengeld wird jeweils nach dem Grade der Versehrtheit bemessen und beträgt

In Stufe I 15 Reichsmark monatlich,

[in Stufe] II 30 [Reichsmark monatlich],

[in Stufe] III 50 [Reichsmark monatlich].

Beim Zusammentreffen mehrerer Körperschäden wird nur ein Versehrtengeld gewährt.

(2) Versehrtengeld wird Wehrdienstgeschädigten neben jedem anderen Einkommen gewährt, jedoch nicht neben Gehalt oder Ruhegehalt eines Beamten, Offiziers z. D. und neben Militäranwärterbezügen.

Ist die Versehrtheit behoben, so fällt das Versehrtengeld weg.

## **Arbeitsverwendungsfähigkeit**

### **§ 85**

Arbeitsverwendungsfähigkeit liegt vor, wenn Wehrdienstbeschädigte trotz Versehrtheit eine Berufsausbildung fortsetzen oder ihren bisherigen oder einen anderen Beruf ausüben können, der ihnen, erforderlichenfalls nach Umschulung, unter Berücksichtigung ihrer Lebensverhältnisse, Kenntnisse und Fähigkeiten billigerweise zuzumuten ist.

## **Betreuung**

### **§ 86**

(1) Arbeitsverwendungsfähigen Wehrdienstbeschädigten, die Versehrtengeld beziehen, ist unter Berücksichtigung ihrer Versehrtheit ein Arbeitsplatz zu sichern.

(2) Wehrdienstbeschädigte, die Versehrtengeld der Stufe II oder III beziehen, sind Schwerbeschädigte im Sinne des Gesetzes über die Beschäftigung

---

Schwerbeschädigter in der Fassung vom 12. Januar 1923 (Reichsgesetzbl. I S. 57) mit später ergangenen und künftigen Änderungen.

(3) Wehrdienstbeschädigte, die Versehrtengeld der Stufe I beziehen, können den Schwerbeschädigten gleichgestellt werden, wenn sie sich infolge ihrer Versehrtheit ohne den Schutz des Gesetzes über die Beschäftigung Schwerbeschädigter einen geeigneten Arbeitsplatz nicht verschaffen können oder sich darin nicht zu erhalten vermögen und wenn durch die Gleichstellung die Unterbringung der Schwerbeschädigten nicht gefährdet wird. Die Entscheidung über die Gleichstellung treffen die nach dem Gesetz über die Beschäftigung Schwerbeschädigter zuständigen Stellen im Einvernehmen mit den Fürsorge- und Versorgungsdienststellen der Wehrmacht.

(4) Die Fürsorge- und Versorgungsdienststellen der Wehrmacht weisen die in Absatz 2 und 3 bezeichneten Wehrdienstbeschädigten den Dienststellen zu, denen die Unterbringung der Schwerbeschädigten nach dem Gesetz über die Beschäftigung Schwerbeschädigter obliegt. Die Fürsorge- und Versorgungsdienststellen der Wehrmacht haben die Unterbringung der versehrten Wehrdienstbeschädigten dauernd zu verfolgen und ihnen behilflich zu sein, die Folgen ihrer Wehrdienstbeschädigung möglichst zu überwinden.

(5) Versehrte Wehrdienstbeschädigte, die ihre Berufsausbildung nicht fortsetzen können oder ihren bisherigen oder einen anderen Beruf, der ihnen unter Berücksichtigung ihrer Lebensverhältnisse, Kenntnisse und Fähigkeiten billigerweise zuzumuten ist, nicht auszuüben vermögen, können umgeschult oder wirtschaftlich selbstständig gemacht werden. Die berufliche Umschulung kann bis zu einem Jahre und in besonderen Fällen durch das Oberkommando der Wehrmacht auch länger genehmigt werden.

(6) Erfordert die berufliche Unterbringung oder die Umschulung einen Umzug, so kann Umzugsentschädigung nach § 124 gewährt werden.

## **Übergangsunterstützung**

### **§ 87**

(1) Übergangsunterstützung wird gewährt, um den Lebensunterhalt der arbeitsverwendungsfähigen Wehrdienstbeschädigten, die versehrt sind, wäh-

rend einer Umschulung und bis zu ihrer beruflichen Unterbringung sicherzustellen.

(2) Übergangsunterstützung wird auch gewährt, wenn versehrte Wehrdienstbeschädigte ihren Arbeitsplatz infolge ihrer Wehrdienstbeschädigung wieder verlieren oder wenn sie ihn ohne eigenes Verschulden aufgeben müssen und infolge ihrer Wehrdienstbeschädigung einen anderen Arbeitsplatz nur nach Umschulung erlangen können.

(3) Übergangsunterstützung wird in Höhe von zwei Drittel der AVU.-Rente nach § 89 jeweils bis zu einem Jahre gewährt. In besonderen Fällen kann das Oberkommando der Wehrmacht im Einvernehmen mit dem Reichsminister der Finanzen Übergangsunterstützung bis zur Höhe der AVU.-Rente und für längere Dauer bewilligen.

Übergangsunterstützung wird nicht gezahlt, wenn und solange Wehrdienstbeschädigte die Annahme eines Arbeitsplatzes oder eine Umschulung ohne zwingenden Grund ablehnen.

### **Entscheidung über Fürsorge und Versorgung, Feststellung und Zahlung der Fürsorge- und Versorgungsbezüge**

#### **§ 147**

(1) [...]

(2) Über die Fürsorge und Versorgung ist neu zu entscheiden, wenn sich die Voraussetzungen für ihre Gewährung wesentlich geändert haben.

## Anhang 15: Datenerhebungsbogen

**Datenerhebungsbogen für die Ermittlung personeller und  
gutachtenbezogener Daten**Personenbezogene Daten vom Deckblatt der Krankenakte

Signatur 669 / □□□□□

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geschlecht  weiblich  männlich

Geburtsdatum □□.□□.□□□□ → Alter: □□ Jahre

Geburtsort \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_

Schulbildung \_\_\_\_\_

Berufsausbildung \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Familienstand  ledig  verwitwet  
 verheiratet  keine Angabe  
 geschiedenKonfession  evangelisch  ohne Konfession  
 katholisch  keine Angabe  
 andere





Gutachtenbezogene Daten

- Art des Gutachtens  Erstgutachten  Folgegutachten I  
 Folgegutachten II  Folgegutachten III  
 Folgegutachten IV  Folgegutachten V  
 Zweitgutachten (andere Ursache)  
 Folgegutachten (von Zweitgutachten)  
 Zusatzgutachten (Stellungnahme)  
 Teilgutachten

Anzahl der Gutachten

- Auftraggeber  Berufsgenossenschaft  Erbgesundheitsgericht  
 Versicherung  Landgericht  
 Versorgungsgericht  sonstiger Auftraggeber

- Zusatzinformation  ja:  
 Akte  Behörden  
 Angehörige  Klinik  
 keine Angabe

Grund der Begutachtung (z. B. Unfallfolgen, etc.) \_\_\_\_\_

- Fragestellung  Berufs- / Erwerbsminderung  
 Sterilisation  
 Ehetauglichkeit  
 Schuldfähigkeit  
 Rente  
 Andere: \_\_\_\_\_

Datum des Gutachtens ..

Name des 1. Gutachters \_\_\_\_\_  unbekannter Gutachter

Name des 2. Gutachters \_\_\_\_\_

Seitenanzahl des Gutachtens

Form des Gutachtens  Formblatt  
 Individuelles Gutachten

Gutachtendiagnose  angeborener Schwachsinn  
 Schizophrenie  
 zirkulärem (manisch-depressivem) Irresein  
 erblicher Fallsucht  
 erblichem Veitstanz (Huntingtonsche Chorea)  
 erblicher Blindheit  
 erblicher Taubheit  
 schwerer erblicher körperlicher Mißbildung  
 andere: \_\_\_\_\_

Empfehlung des Gutachters (z. B. Sterilisation, Therapie, etc.)

Sterilisation empfohlen  
 Sterilisation abgelehnt  
 Andere: \_\_\_\_\_

Prognose  sicher  unsicher  
 keine Angabe

Heilungschancen  heilbar  fraglich  
 bedingt heilbar  keine Angabe  
 unheilbar

Grund weiterer Gutachten  Nachuntersuchung  
 sonstiger Grund  
 keine Aussage  
 kein weiteres Gutachten

---

Bei Sterilisationsgutachten

Antragsteller  Amtsarzt  Betroffener selbst  
 Anstaltsleiter  keine Angabe

Antragsdatum ..

Antragsdiagnose \_\_\_\_\_

Anzeige erstattet durch \_\_\_\_\_

Ort des EGG- / EGOG-Verfahrens \_\_\_\_\_

Art des Verfahrens  Erstinstanzlich  Berufungsverfahren  
 Wiederaufnahmeverfahren

Verfahrenspflegschaft  nicht erforderlich  
 erforderlich  
 bereits unter Pflegschaft stehend  
 keine Angabe

Auffälligkeiten in der Familienanamnese  ja  keine Angabe  
 nein

Vorerkrankungen des Pat.  keine  keine Angabe  
 \_\_\_\_\_

Begründung  erblich  keine Sicherheit  
 endogen  kein Grund  
 minderwertig  sonstige Begründung

Stellung des Patienten  zustimmend  ablehnend  
 indifferent  keine Aussage

Anhang 16: § 8 Abs. 1 der Benutzungsordnung für das UAT

**Auszug aus der Benutzungsordnung für das Universitätsarchiv  
Tübingen.**

**Vom 27. Juli 1989.**

**§ 8 Sperrfristen**

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

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

---

## Abkürzungen

---

A.	Arteria
a. d.	an der
a. D.	an der Donau
a. D.	außer Dienst
a. F.	auf den Fildern
a. M.	am Main
a. N.	am Neckar
a. v.	arbeitsverwendungsfähig
Abb.	Abbildung
Abs.	Absatz
AG	Amtsgericht
AKG	Allgemeines Kriegsfolgengesetz
Apr.	April
ATG	Auftraggeber
Aug.	August
B.- u. E.M.	Berufs- und Erwerbsminderung
BDM	Bund deutscher Mädels
BG	Berufsgenossenschaft
bspw.	beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
D.B.	Dienstbeschädigung
d. h.	das heißt
Dez.	Dezember
DM	Deutsche Mark
Dr. jur.	Doctor iuris
Dr. med.	Doctor medicinae
Dr. med. vet.	Doctor medicinae veterinariae
Dr. phil.	Doctor philosophiae
EGG	Erbgesundheitsgericht
EM	Erwerbsminderung
EGOG	Erbgesundheitsobergericht

## Abkürzungen

---

et al.	et alii
etc.	et cetera
EUG	Extrauteringravidität
evtl.	eventuell
f.	folgende
Fallbsp.	Fallbeispiel
Feb.	Februar
ff.	fortfolgende
FS	Fragestellung
GzVeN	Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses
i. A.	im Auftrag
i. Br.	im Breisgau
i. d. R.	in der Regel
i. Pr.	in Preußen
IG	individuelles Gutachten
Jan.	Januar
km	Kilometer
lat.	lateinisch
LG	Landgericht
M.	Musculus
Mrz.	März
N.	Nervus
n. Chr.	nach Christus
NORC	National Opinion Research Center
Nov.	November
NSAB	Nationalsozialistischer Deutscher Ärztebund
NSDAP	Nationalsozialistische Deutsche Arbeiterpartei
NSKK	Nationalsozialistisches Kraftfahrkorps
o. ä.	oder ähnliches
o. g.	oben genannt
Okt.	Oktober
PID	Präimplantationsdiagnostik
PND	Pränataldiagnostik
Prof.	Professor
R.St.G.	Reichstrafgesetzbuch

---

s.	siehe
S.	Seite
s. o.	siehe oben
s. u.	siehe unten
SA	Sturmabteilung
sog.	sogenannt
SS	Schutzstaffel
SSE	soziale Selbsteinstufung
StGB	Strafgesetzbuch
syn.	synonym
Tab.	Tabelle
u. a.	unter anderem
u. dgl.	und dergleichen
u. E.	unseres Erachtens
u. U.	unter Umständen
UAT	Universitätsarchiv Tübingen
USA	United States of America
usw.	und so weiter
V.	Versicherung
v. a.	vor allem
V. a.	Verdacht auf
VA	Versorgungsamt
VD	Vordruck
vgl.	vergleiche
vs.	versus
WFVG	Wehrmachtfürsorge- und -versorgungsgesetz
z. B.	zum Beispiel
Z. n.	Zustand nach
z. T.	zum Teil





## Abbildungen

---

Abb. 1: Die anatomischen Verhältnisse des Operationssitus bei der Vasotomie des Mannes.....	49
Abb. 2: Vergleich der Gesamtzahl der Patienten mit Entlassdatum 1941 laut Diagnosebuch mit der Gesamtzahl der im UAT noch vorhandenen Krankenakten .....	81
Abb. 3: Verteilung der vorhandenen Krankenakten nach Geschlechtern .....	82
Abb. 4: Vergleich der Gesamtzahl der weiblichen Patienten mit Entlassdatum 1941 laut Diagnosebuch mit der Gesamtzahl der im UAT noch vorhandenen Krankenakten .....	82
Abb. 5: Vergleich der Gesamtzahl der männlichen Patienten mit Entlassdatum 1941 laut Diagnosebuch mit der Gesamtzahl der im UAT noch vorhandenen Krankenakten .....	83
Abb. 6: Vergleich der Verteilung der Gutachten nach Geschlechtern.....	84
Abb. 7: Überblick über die Anzahl ambulanter und stationärer ziviler und Lazarettgutachten.....	85
Abb. 8: Unterteilung der zivilen Gutachten in Sterilisationsgutachten und sonstige Gutachten.....	85
Abb. 9: Geschlechterverteilung der Sterilisationsgutachten.....	86
Abb. 10: Altersverteilung der im Rahmen der Anwendung des GzVeN 1941 begutachteten Patienten in 5-Jahres-Schritten .....	89
Abb. 11: Entfernung der Wohnorte der zur Sterilisationsfrage begutachteten Patienten nach Tübingen.....	98
Abb. 12: Übersicht über die monatliche Zahl der stationären Patientenaufnahmen zur Begutachtung zur Frage der Anwendung des GzVeN vom Dezember 1940 bis Dezember 1941 .....	103
Abb. 13: Nach Geschlechtern getrennte Aufenthaltsdauer der zur Begutachtung zur Sterilisationsfrage stationär aufgenommenen Patienten in der Universitäts-Nervenlinik Tübingen .....	107
Abb. 14: Seitenzahl der Sterilisationsgutachten .....	119
Abb. 15: Datum der Sterilisationsgutachten .....	140
Abb. 16: Geschlechterverteilung bei den sonstigen zivilen Gutachten .....	161

Abb. 17: Nach Geschlechtern getrennte Darstellung der ambulant vs. stationär erstatteten sonstigen zivilen Gutachten .....	162
Abb. 18: Altersverteilung aller zu anderen Fragestellungen als zu Sterilisationsfrage begutachteten Patienten in Jahren .....	163
Abb. 19: Entfernung der Wohnorte der zu anderen Fragestellungen als zur Sterilisationsfrage begutachteten Patienten nach Tübingen.....	169
Abb. 20: Übersicht über die monatliche Zahl der stationären Aufnahmen zur Begutachtung zu anderen Fragestellungen vom Oktober 1940 bis Dezember 1941 .....	172
Abb. 21: Nach Geschlechtern getrennte Aufenthaltsdauer aller zu sonstigen Fragestellungen begutachteten Patienten.....	176
Abb. 22: Verteilung der ambulanten Untersuchungen zur Begutachtung zu anderen Fragestellungen von Januar bis Dezember 1941 .....	177
Abb. 23: Verteilung der sonstigen zivilen Gutachten nach verschiedenen Fragestellungen.....	183
Abb. 24: Seitenzahl der sonstigen zivilen Gutachten .....	188
Abb. 25: Datum der sonstigen zivilen Gutachten.....	192
Abb. 26: Altersverteilung der im Lazarett begutachteten Patienten .....	200
Abb. 27: Verteilung der monatlichen Zahl der stationären Patientenaufnahmen im Lazarett von Januar bis Dezember 1941 .....	208
Abb. 28: Übersicht über die Aufenthaltsdauer der stationär zur Begutachtung im Lazarett aufgenommenen Patienten .....	210
Abb. 29: Verteilung der Gutachten der im Lazarett begutachteten Patienten nach verschiedenen Fragestellungen.....	213
Abb. 30: Seitenzahl der Lazarettgutachten .....	217
Abb. 31: Verteilung des Gutachtendatums.....	220
Abb. 32: Zeitliche Verteilung der Anzahl der verfassten Gutachten nach Inkrafttreten des GzVeN am 1. Januar 1934 bis Kriegsende am 8. Mai 1945 .....	223
Abb. 33: Historische Landkarte Württembergs (bis 1945) .....	266

## Tabellen

Tab. 1: Verteilung der Gutachten nach Geschlecht.....	84
Tab. 2: Überblick über die Anzahl ziviler und Lazarettgutachten.....	84
Tab. 3: Nach Geschlechtern getrennte Verteilung der Konfessionen .....	92
Tab. 4: Familienstände der zur Sterilisationsfrage begutachteten Patienten .....	95
Tab. 5: Entfernung der Wohnorte der zur Sterilisationsfrage begutachteten Patientin nach Tübingen.....	97
Tab. 6: Staatsangehörigkeiten der zur Anwendung des GzVeN begutachteten Patienten .....	98
Tab. 7: Soziale Schichtzugehörigkeit der erwerbstätigen zur Sterilisationsfrage begutachteten Patienten.....	100
Tab. 8: Verteilung der stationären Patientenaufnahmen nach Quartalen .....	104
Tab. 9: Grund bzw. Art der stationären Aufnahmen der zur Sterilisationsfrage zu begutachtenden Patienten .....	105
Tab. 10: Übersicht über die Aufenthaltsdauer der zur Sterilisationsfrage begutachteten Patienten (in 10-Tages-Schritten) .....	106
Tab. 11: Anzahl der stationären Aufnahmen.....	110
Tab. 12: Übersicht über die Arten der Sterilisationsgutachten.....	110
Tab. 13: Anzahl der Gutachten pro Akte.....	111
Tab. 14: Übersicht über die Anzeige erstattenden Institutionen .....	112
Tab. 15: Übersicht über die Antragsteller.....	113
Tab. 16: Auftraggeber der im Jahre 1941 verfassten Sterilisationsgutachten.....	114
Tab. 17: Art des Verfahrens.....	114
Tab. 18: Übersicht über die beteiligten Erbgesundheitsgerichte/-obergerichte.....	116
Tab. 19: Verhältnis amtsärztlicher Formgutachten vs. individueller Gutachten .....	118
Tab. 20: Verteilung der Diagnosen .....	123
Tab. 21: Empfehlungen der Gutachter zur Frage der Sterilisation .....	127
Tab. 22: Weiterbildungsstände der zur Sterilisationsfrage begutachtenden Ärzte.....	138
Tab. 23: Zweitunterzeichner der Sterilisationsgutachten.....	139
Tab. 24: Datum der Gutachten nach Quartalen .....	141
Tab. 25: Beschlüsse der Erbgesundheitsgerichte .....	142
Tab. 26: Beschlüsse des Erbgesundheitsobergerichtes Stuttgart im Rahmen von Berufungsverfahren .....	143

## Tabellen

---

Tab. 27: Übereinstimmung und Diskrepanzen der Gutachterempfehlungen mit den EGG- bzw. EGOG-Beschlüssen .....	145
Tab. 28: Nach Geschlechtern getrennte Verteilung der Konfessionen .....	166
Tab. 29: Familienstände der zu anderen Fragestellungen als zur Sterilisationsfrage begutachteten Patienten .....	167
Tab. 30: Entfernung der Wohnorte der zu den anderen Fragestellungen begutachteten Patienten nach Tübingen .....	168
Tab. 31: Staatsangehörigkeiten der zu anderen zivilen Fragestellungen begutachteten Patienten .....	169
Tab. 32: Soziale Schichtzugehörigkeit der erwerbstätigen zu anderen Fragestellungen begutachteten Patienten .....	170
Tab. 33: Verteilung der stationären Patientenaufnahmen nach Quartalen .....	173
Tab. 34: Übersicht über die Aufenthaltsdauer der zu anderen Fragestellungen begutachteten Patienten (in 10-Tages-Schritten) .....	175
Tab. 35: Verteilung der stationären Patientenaufnahmen nach Quartalen .....	178
Tab. 36: Anzahl der stationären Aufnahmen .....	180
Tab. 37: Übersicht über die Arten der sonstigen zivilen Gutachten .....	181
Tab. 38: Anzahl der Gutachten pro Akte .....	182
Tab. 39: Verteilung der sonstigen zivilen Gutachten nach Fragestellungen .....	183
Tab. 40: Auftraggeber der im Jahre 1941 zu anderen Fragestellungen verfassten zivilen Gutachten .....	185
Tab. 41: Zusammenhang zwischen Fragestellung und Auftraggeber .....	187
Tab. 42: Verhältnis Vordrucke vs. individueller Gutachten .....	188
Tab. 43: Weiterbildungsstände der zu anderen zivilen Fragestellungen begutachtenden Ärzte .....	190
Tab. 44: Zweitunterzeichner der sonstigen zivilen Gutachten .....	190
Tab. 45: Verteilung der Gutachtendaten nach Quartalen .....	193
Tab. 46: Verteilung der Konfessionen .....	202
Tab. 47: Familienstände der im Reservelazarett begutachteten Patienten .....	202
Tab. 48: Entfernung der Wohnorte der Patienten zum Lazarett der Universitäts-Nervenklinik Tübingen .....	203
Tab. 49: Ranggruppen der begutachteten Patienten bei der Wehrmacht .....	206
Tab. 50: Verteilung der stationären Patientenaufnahmen nach Quartalen .....	208
Tab. 51: Übersicht über die Aufenthaltsdauer der im Lazarett begutachteten Patienten (in 10-Tages-Schritten) .....	209

---

Tab. 52: Anzahl der stationären Aufnahmen im Lazarett .....	212
Tab. 53: Übersicht über die Art der Gutachten.....	212
Tab. 54: Anzahl der Gutachten pro Akte.....	213
Tab. 55: Verteilung der Lazarettgutachten nach Fragestellungen .....	214
Tab. 56: Auftraggeber der im Jahre 1941 verfassten Lazarettgutachten.....	215
Tab. 57: Zusammenhang zwischen Fragestellung und Auftraggeber.....	216
Tab. 58: Weiterbildungsstände der im Lazarett begutachtenden Ärzte .....	218
Tab. 59: Verteilung der Gutachtendaten nach Quartalen .....	220
Tab. 60: Überblick über die Gutachterempfehlungen 1934 – 1938 .....	234
Tab. 61: Überblick über die Gutachterempfehlungen 1939 – 1945 .....	235
Tab. 62: Sterilisationszahlen 1934 bis 1936 (1937) .....	267



## Ungedruckte Quellen / Verzeichnis der benutzten Quellen

---

### Archiv der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen:

Ohne Signatur      Diagnosebuch der Universitäts-Nervenlinik Tübingen  
Frauen März 1934 – Juli 1941  
Frauen Juli 1941 – März 1946  
Männer Oktober 1939 – Juli 1944

Ohne Signatur      Aufnahmebuch der Universitäts-Nervenlinik Tübingen

### Universitätsarchiv Tübingen (UAT):

Signatur 669      Stationäre Krankenakten der Universitäts-Nervenlinik Tübingen  
Signatur 675      Ambulanzakten der Universitäts-Nervenlinik Tübingen  
Signatur 333      Schatullen des Reservelazarets der Universitäts-Nervenlinik  
Tübingen 1939 – 1945 (Kriegszeit)  
Signatur 126/126a      Lehrkörperakten des akademischen Rektoramtes der Universität  
Tübingen  
Signatur 155      Assistentenakten des akademischen Rektoramtes der Universität  
Tübingen  
Signatur 308      Personalakten der Universitäts-Nervenlinik Tübingen  
Signatur 317      Operationsbücher der Universitäts-Frauenklinik Tübingen (1940  
– 1944)

## Literaturverzeichnis

---

ABSOLON, R. (1988). *Die Wehrmacht im Dritten Reich. Band V. 1. September 1939 bis 18. Dezember 1941*. Boppard am Rhein: Harald Boldt Verlag.

ADLER, H. G. (2005). *Theresienstadt. Das Anlitz einer Zwangsgemeinschaft*. Göttingen: Wallstein Verlag.

ASTFALK, J. (1990). *"Das vergess' ich nie mehr, solange ich lebe ..." Dokumentation über Sterilisation und Euthanasie in der Gustav Werner Stiftung zum Bruderhaus Reutlingen 1934 - 1945*. Reutlingen: Gustav Werner Stiftung zum Bruderhaus Reutlingen.

BAADER, G. (1989). Rassenhygiene und Eugenik. Vorbedingungen für die Vernichtungsstrategien gegen sogenannte "Minderwertige" im Nationalsozialismus. In J. BLEKER, & N. JACHERTZ, *Medizin im Dritten Reich* (S. 22 - 29). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

BASTIAN, T. (2001). *Sinti und Roma im Dritten Reich. Geschichte einer Verfolgung*. München: Verlag C. H. Beck.

BAUER, W. (1936). Erste Erfahrungen mit der Anwendung der Sterilisationsgesetzes bei Geisteskranken. Eine statistische Übersicht über die Fälle der Tübinger Nervenlinik im Zeitraum vom 1.1.1934 - 31.12.1934. In U. BECHDOLF, *Nationalsozialismus im Landkreis Tübingen. Eine Heimatkunde* (S. 295 - 348, Kapitel IX). Universität Tübingen: Med. Disseration.

BECHDOLF, U. (1988). *Nationalsozialismus im Landkreis Tübingen. Eine Heimatkunde*. Tübingen: Tübinger Vereinigung für Volkskunde.

BENZ, W., & DISTEL, B. (2008). *Der Ort des Terrors. Geschichte der nationalsozialistischen Konzentrationslager. Band 8. Riga-Kaiserwald, Warschau, Vaivara, Kauen (Kaunas), Płaszów, Kulmhof/Chełmno, Belzec, Sobibór, Treblinka*. München: Verlag C. H. Beck.

BENZENHÖFER, U. (2006). *Zur Genese des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses*. Münster: Verlag Klemm & Oelschläger.

BEYER, R. (1936). *Die Nürnberger Gesetze vom 15. September 1935 (Reichsflaggengesetz, Reichsbürgergesetz, Gesetz zum Schutze des deutschen Blutes und der deutschen Ehre) und das Ehegesundheitsgesetz vom 18. Oktober 1935. Sämtliche Gesetze mit den bisher erschienenen Verord.* Leipzig: Verlag von Philipp Reclam jun.

BIENENTREU, S. (2007). *"Euthanasie" im Nationalsozialismus. Die Frage der Beteiligung der Universitätspsychiatrie am Beispiel der Heidelberger Klinik*. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller.

BINDING, K., & HOCHÉ, A. (1922). *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form*. Leipzig: Verlag von Felix Meiner.

BIRK, H. (2005). *Das >Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses<. Eine Untersuchung zum Erbgesundheitswesen im bayerischen Schwaben in der Zeit des Nationalsozialismus*. Augsburg: Wißner-Verlag.



- BLEKER, J., & JACHERTZ, N. (1989). *Medizin im Dritten Reich*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- BOCK, G. (1986). *Zwangssterilisation im Nationalsozialismus. Studien zur Rassenpolitik und Frauenpolitik*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- BOENNINGHAUS, H.-G., & LENARZ, T. (2007). *Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- BORST, O. (1988). *Das Dritte Reich in Baden und Württemberg*. Stuttgart: Konrad Theiss Verlag.
- BÜCKLERS, M., CLAUSEN, W., FLEISCHER, B., HARMS, H., JESS, A., LÖHLEIN, W., et al. (1938). *Erbleiden des Auges*. Leipzig: Georg Thieme Verlag.
- CAMPBELL, N. A., & REECE, J. B. (2003). *Biologie*. Heidelberg, Berlin: Spektrum Akademischer Verlag.
- Comité Internationale de Dachau; DISTEL, Barbara. (2005). *Konzentrationslager Dachau 1933 bis 1945. Text und Bilddokumente zur Ausstellung, mit CD*. München: Karl M. Lipp Verlag.
- CONRAD, K., ENTRES, J. L., KEHRER, A., MEGGENDORFER, F., & POHLISCH, K. (1940). *Die erbliche Fallsucht. Der Erbveitstanz (Huntintonsche Chorea). Der schwere Alkoholismus*. Leipzig: Georg Thieme Verlag.
- CZEGUHN, I., HILGENDORF, E., & WEITZEL, J. (2009). *Eugenik und Euthanasie 1850 - 1945. Frühformen, Ursachen, Entwicklungen, Folgen*. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- DARWIN, C. (1992). *Über die Entstehung der Arten durch natürliche Zuchtwahl oder die Erhaltung der begünstigten Rasse im Kampfe um's Dasein*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- DAUM, M., & DEPPE, H.-U. (1991). *Zwangssterilisation in Frankfurt am Main 1933 - 1945*. Frankfurt/Main, New York: Campus Verlag.
- DONEITH, T. (2008). *August Mayer. Ein Klinikdirektor in Weimarer Republik, Nationalsozialismus und Nachkriegszeit*. Stuttgart: Franz Steiner Verlag.
- DÖRNER, K. (1989). Anstaltsalltag in der Psychiatrie und NS-Euthanasie. In J. BLEKER, & N. JACHERTZ, *Medizin im Dritten Reich* (S. 94 - 102). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- DÖRNER, K. (1988). Referat. In Kolloquien des Instituts für Zeitgeschichte, *Medizin im Nationalsozialismus* (S. 19 - 27). München: R. Oldenbourg Verlag.
- DUBITSCHER, F. (1937). *Der Schwachsinn*. Leipzig: Georg Thieme Verlag.
- EBBINGHAUS, A., KAUPEN-HAAS, H., & ROTH, K. H. (1984). *Heilen und Vernichten im Mustergau Hamburg. Bevölkerungs- und Gesundheitspolitik im Dritten Reich*. Hamburg: Konkret Literatur Verlag.
- FELDMANN, H. (2006). *Das Gutachten des Hals-Nasen-Ohren-Arztes*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- FINSCHOW, M. (2008). *Denunziert, kriminalisiert, zwangssterilisiert: Opfer, die keiner sieht. Nationalsozialistische Zwangssterilisationen im Oldenburger Land*. Oldenburg: Isensee Verlag.
- FISCHBACH, O. G. (1939). *Fürsorge- und Versorgungsgesetz für die ehemaligen Angehörigen der Wehrmacht und ihre Hinterbliebenen - Wehrmachtfürsorge- und*

versorgungsgesetz - (WFVG) vom 26. August 1938 nebst Durchführungs- und Ausführungsbestimmungen. Berlin: Walter de Gruyter & Co.

FLITNER, A. (1965). *Deutsches Geistesleben und Nationalsozialismus. Eine Vortragsreihe der Universität Tübingen mit einem Nachwort von Hermann Diem.* Tübingen: Rainer Wunderlich Verlag.

FRIEDRICH, H., & MATZOW, W. (1992). *Dienstbare Medizin. Ärzte betrachten ihr Fach im Nationalsozialismus.* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

GANSSMÜLLER, C. (1987). *Die Erbgesundheitspolitik des Dritten Reiches. Planung, Durchführung und Durchsetzung.* Köln: Böhlau Verlag.

Geschichtswerkstatt Tübingen. (1995). *Zerstörte Hoffnungen. Wege der Tübinger Juden.* Stuttgart: Konrad Theiss Verlag.

GLEIXNER, C., MÜLLER, M., & WIRTH, S.-B. (2007/08). *Neurologie und Psychiatrie für Studium und Praxis. Unter Berücksichtigung des Gegenstandskataloges und der mündlichen Examina in den Ärztlichen Prüfungen.* Breisach: Medizinische Verlags- und Informationsdienste.

GOSCHLER, C. (2005). *Schuld und Schulden. Die Politik und Wiedergutmachung für NS-Verfolgte seit 1945.* Göttingen: Wallstein Verlag.

GREHN, F. (2008). *Augenheilkunde.* Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

GUNKEL, H., & ZSCHARNACK, L. (1928). *Die Religion in Geschichte und Gegenwart. Handwörterbuch für Theologie und Religionswissenschaft. Zweiter Band E-H.* Tübingen: Verlag von J. C. B. Mohr.

GÜTT, A., RÜDIN, E., & RUTTKE, F. (1936). *Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933 nebst Ausführungsverordnungen.* München: J. F. Lehmanns Verlag.

GÜTT, A., RÜDIN, E., & RUTTKE, F. (1934). *Zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. Gesetz und Erläuterungen.* München: J. F. Lehmanns Verlag.

HAAG, P., HANHART, N., & MÜLLER, M. (2007/08). *Gynäkologie und Urologie. Für Studium und Praxis. Inkl. Geburtshilfe, Reproduktionsmedizin, Sexualmedizin, Andrologie u. Venerologie. Unter Berücksichtigung des Gegenstandskataloges und der mündlichen Examina in den Ärztlichen Prüfungen.* Breisach: Medizinische Verlags- und Informationsdienste.

HAU, R. (1999). *PONS Wörterbuch für Schule und Studium. Lateinisch - Deutsch.* Stuttgart: Ernst Klett Verlag für Wissen und Bildung.

HEINZE, H., LANGE, J., LUXENBURGER, H., & POHLISCH, K. (1942). *Zirkuläres Irresein (manisch-depressives). Psychopathische Persönlichkeiten.* Leipzig: Georg Thieme Verlag.

HEISS, H. (1969). *Die Sterilisation der Frau.* Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.

HEITZER, H. W. (2005). *Zwangssterilisationen in Passau. Die Erbgesundheitspolitik des Nationalsozialismus in Ostbayern 1933 - 1939.* Köln: Böhlau Verlag.

HELD, K. C. (1995). *Untersuchung der Gutachten der Universitätsnervenklinik Tübingen aus dem Jahr 1938 unter besonderer Berücksichtigung der Sterilisationsgutachten.* Universität Tübingen: Med. Dissertation.

HERRMANN, V., & SCHMIDT, H. (2009). *Erinnern und Gedenken. Eugenik, Zwangssterilisation und "Euthanasie" in Hephata/Treysa, Boppard und Sinsheim.* Heidelberg: Universitätsverlag Winter.

- HITLER, A. (1943). *Mein Kampf*. München: Zentralverlag der NSDAP, Franz Eher Nachf.
- HOCHE, A. (1909). *Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie*. Berlin: Verlag von August Hirschwald.
- HOHMANN, J. S. (1991). *Robert Ritter und die Erben der Kriminalbiologie. "Zigeunerforschung" im Nationalsozialismus und in Westdeutschland im Zeichen des Rassismus*. Frankfurt am Main: Verlag Peter Lang.
- HUNDT, H. E. (1996). *Die Betrachtung ärztlicher Gutachten der Universitätsnervenklinik Tübingen des Jahres 1937 unter besonderer Berücksichtigung der Indikation zur Sterilisation*. Universität Tübingen: Med. Dissertation.
- KAASCH, I. M. (2006). *Zur Alltagsgeschichte des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses am Beispiel der Begutachtung von Frauen an der Universitäts-Nervenklinik Tübingen im Jahr 1936*. Universität Tübingen: Med. Dissertation.
- KAUERT, G., MEBS, D., & SCHMIDT, P. (2006). *Kausalität. Forensische Medizin, Toxikologie, Biologie, Biomechanik und Recht*. Berlin: Berliner Wissenschafts-Verlag.
- KELLER, C. M. (2009). *Die Umsetzung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses an der Universitätsnervenklinik und der Frauenklinik Tübingen in den Jahren 1933/1934. Eine Untersuchung der Sterilisationsgutachten bei weiblichen Probanden*. Universität Tübingen: Med. Dissertation.
- KIEßLING, C. V. (2005). *Die Umsetzung des nationalsozialistischen Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses an der Universitätsnervenklinik Tübingen am Beispiel der im Jahr 1936 begutachteten Männer*. Universität Tübingen: Med. Dissertation.
- KIHN, B., & LUXENBURGER, H. (1940). *Die Schizophrenie*. Leipzig: Georg Thieme Verlag.
- KINDER, H., & HILGEMANN, W. (1991). *dtv-Atlas Weltgeschichte. Band 2. Von der Französischen Revolution bis zur Gegenwart*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- KLEE, E. (2010). *"Euthanasie" im Dritten Reich. Die "Vernichtung lebensunwerten Lebens"*. Frankfurt am Main: Fischer Verlag.
- KOCH, T. (1994). *Zwangssterilisationen im Dritten Reich. Das Beispiel der Universitätsklinik Göttingen*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Kolloquien des Instituts für Zeitgeschichte. (1988). *Medizin im Nationalsozialismus*. München: R. Oldenbourg Verlag.
- KRAMER, S. (1999). *"Ein ehrenhafter Verzicht auf Nachkommenschaft". Theoretische Grundlagen und Praxis der Zwangssterilisation im Dritten Reich am Beispiel der Rechtsprechung des Erbgesundheitsobergerichts Celle*. Baden-Baden: Nomos-Verlagsgesellschaft.
- LEONHARDT, M. (1996). *Hermann F. Hoffmann (1891 - 1944). Die Tübinger Psychiatrie auf dem Weg in den Nationalsozialismus*. Sigmaringen: Jan Thorbecke Verlag.
- LEY, A. (2004). *Zwangssterilisation und Ärzteschaft. Hintergründe und Ziele ärztlichen Handelns 1934 - 1945*. Frankfurt / Main: Campus Verlag.

- LINK, G. (1999). *Eugenische Zwangssterilisationen und Schwangerschaftsabbrüche im Nationalsozialismus. Dargestellt am Beispiel der Universitätsfrauenklinik Freiburg*. Frankfurt am Main: Peter Lang GmbH, Europäischer Verlag der Wissenschaften.
- LOSCH, H.-J. (2002). *"... zwecks Unfruchtbarmachung". Zwangssterilisierung, dargestellt am Beispiel der Opfer in der Erziehungsanstalt Heiligenbronn*. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- MAIER, H. W. (1911). *Die nordamerikanischen Gesetze gegen die Vererbung von Verbrechen und Geistesstörung und deren Anwendung*. Halle a. S.: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung.
- MAKOWSKI, C. C. (1996). *Eugenik, Sterilisationspolitik, "Euthanasie" und Bevölkerungspolitik in der nationalsozialistischen Parteipresse*. Husum: Matthiesen Verlag.
- MASUHR, K. F., & NEUMANN, M. (2007). *Neurologie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- MITSCHERLICH, A., & MIELKE, F. (2004). *Medizin ohne Menschlichkeit. Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- MORLOCK, U. (1992). Nationalsozialistische Medizin - Das Beispiel der Zwangssterilisationen in Tübingen. In B. SCHÖNHAGEN, *Nationalsozialismus in Tübingen. Vorbei und vergessen*. (S. 93 - 102). Tübingen: Kulturamt.
- MÜLLER, J. (1985). *Sterilisation und Gesetzgebung bis 1933*. Husum: Matthiesen Verlag.
- NEBILA, G. (1992). *Wilhelm Frick. Der Legalist des Unrechtsstaates. Eine politische Biographie*. Paderborn: Verlag Ferdinand Schöningh.
- NEUGEBAUER, E.-G. (1994). *Das nationalsozialistische Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses am Beispiel der 1940 an der Psychiatrischen Universitätsklinik Tübingen begutachteten Frauen und Männer*. Universität Tübingen: Med. Dissertation.
- NOWAK, K. (1978). *"Euthanasie" und Sterilisierung im "Dritten Reich". Die Konfrontation der evangelischen und katholischen Kirche mit dem "Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses" und der "Euthanasie"-Aktion*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- ORTRUN, R. (2005). *"Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens". Beiträge des Symposium über Karls Binding und Alfred Hoch am 2. Dezember 2004 in Leipzig*. Aachen: Shaker Verlag.
- PISTOHLKORS, G., RAUN, T. U., & KAEGBEIN, P. (1987). *Die Universitäten Dorpat/Tartu, Riga und Wilna/Vilnius 1579-1979. Beiträge zu ihrer Geschichte und ihrer Wirkung im Grenzbereich zwischen West und Ost*. Köln; Wien: Böhlau Verlag.
- PSCHYREMBEL, W. (2004). *Klinisches Wörterbuch*. Berlin: de Gruyter Verlag.
- Reichsministerium des Innern. (1933). *Reichsgesetzblatt Teil I Jahrgang 1933*. Berlin: Reichsverlagsamt.
- Reichsministerium des Innern. (1935). *Reichsgesetzblatt Teil I Jahrgang 1935*. Berlin: Reichsverlagsamt.
- Reichsministerium des Innern. (1938). *Reichsgesetzblatt Teil I Jahrgang 1938*. Berlin: Reichsverlagsamt.
- REUTH, R. G. (1990). *Goebbels*. München: Piper Verlag.

- REXROTH, C. A., BUSSIEK, D., & CASTELL, R. (2003). *Hermann Stutte. Die Bibliographie. Biographie - Abstracts - Kommentare*. Göttingen: V&R unipress.
- RICHARZ, B. (1987). *Heilen, Pflegen, Töten. Zur Alltagsgeschichte einer Heil- und Pflegeanstalt bis zum Ende des Nationalsozialismus*. Göttingen: Verlag für Medizinische Psychologie.
- RIECHERT, H. (1995). *Im Schatten von Auschwitz. Die nationalsozialistische Sterilisationspolitik gegenüber Sinti und Roma*. Münster: Waxmann Verlag.
- ROELCKE, V. (2005). "Lebensunwertes Leben" und Rechtfertigung zum Töten. Zu Entstehungskontexten und Rezeptionen der Publikation von Binding und Hoche aus dem Jahre 1920. In R. ORTRUN, "Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens". Beiträge des Symposiums über Karl Binding und Alfred Hoche am 2. Dezember 2004 in Leipzig (S. 14 - 34). Aachen: Shaker Verlag.
- ROST, K. L. (1987). *Sterilisation und Euthanasie im Film des "Dritten Reiches". Nationalsozialistische Propaganda in ihrer Beziehung zu rassenhygienischen Maßnahmen des NS-Staates*. Husum: Matthiesen Verlag.
- ROTHMALER, C. (1991). *Sterilisationen nach dem "Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses" vom 14. Juli 1933. Eine Untersuchung zur Tätigkeit des Erbgesundheitsgerichtes und zur Durchführung des Gesetzes in Hamburg in der Zeit zwischen 1934 und 1944*. Husum: Matthiesen Verlag.
- ROTHMALER, C. (1989). Zwangssterilisationen nach dem "Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses". In J. BLEKER, & N. JACHERTZ, *Medizin im Dritten Reich* (S. 68 - 75). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- RUDNICK, M. (1990). *Aussondern - Sterilisieren - Liquidieren. Die Verfolgung Behinderter im Nationalsozialismus*. Berlin: Wissenschaftsverlag Volker Spiess.
- RUDNICK, M. (1985). *Behinderte im Nationalsozialismus. Von der Ausgrenzung und Zwangssterilisation zur "Euthanasie"*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- SCHEUCH, M. (2008). *Historischer Atlas Deutschland: Vom Frankenreich zur Wiedervereinigung in Karten, Bildern und Texten*. Wien: Christian Brandstätter Verlag.
- SCHMACKE, N. G.-G. (1984). *Zwangssterilisiert, verleugnet - vergessen. Zur Geschichte der nationalsozialistischen Rassenhygiene am Beispiel Bremen*. Bremen: Brockkamp Verlag.
- SCHMID, J. H. (1994). *Die ärztlichen Gutachten der Universitätsnervenklinik Tübingen des Jahres 1935 unter besonderer Berücksichtigung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933*. Universität Tübingen: Med. Dissertation.
- SCHMIDT-DEGENHARD, T. (2010). Kleinkariertes Größenwahn - zur 'ärztlichen' Karriere des Dr. Dr. Robert Ritter. In U. WIESING, *Die Universität Tübingen im Nationalsozialismus* (S. 833 - 851). Stuttgart: Steiner Verlag.
- SCHMIDT-DEGENHARD, T. (2012). *Vermessen und Vernichten. Der NS-"Zigeunerforscher" Robert Ritter*. Stuttgart: Franz Steiner Verlag.
- SCHMIDT-MATTHIESEN, H., & WALLWIENER, D. (2005). *Gynäkologie und Geburtshilfe. Lehrbuch für Studium und Praxis*. Stuttgart: Schattauer.
- SCHNEIDER, H. *Das nationalsozialistische Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses am Beispiel der 1939 an der Psychiatrie Tübingen durchgeführten Sterilisationsgutachten*. Publikation in Vorbereitung.

- SCHÖNHAGEN, B. (1992). *Nationalsozialismus in Tübingen. Vorbei und vergessen*. Tübingen: Kulturamt.
- SCHÖNHAGEN, B. (1991). *Tübingen unterm Hakenkreuz. Eine Universitätsstadt in der Zeit des Nationalsozialismus*. Stuttgart: Konrad Theiss Verlag.
- SCHÖNHAGEN, B., & SETZLER, W. (1999). *Jüdisches Tübingen. Schauplätze und Spuren*. Haigerloch: Medien und Dialog Verlag.
- SCHULZE, R. (2009). Zwangssterilisierungen in der Stiftung Bethesda St. Martin (Boppard) in den Jahren 1934 - 1939. In V. HERRMANN, & H. SCHMIDT, *Erinnern und Gedenken: Eugenik, Zwangssterilisation und "Euthanasie" in Hephata/Treysa, Boppard und Sinsheim* (S. 39 - 120). Heidelberg: Universitätsverlag Winter.
- SCHWARZ, M., & ECKHARDT, H. (1940). *Die erbliche Taubheit und ihre Diagnostik. Körperliche Missbildungen*. Leipzig: Georg Thieme Verlag.
- SCHWEIZER, M. (2002). *Die psychiatrische Eugenik in Deutschland und in der Schweiz zur Zeit des Nationalsozialismus. Ein Beitrag zur geschichtlichen Aufarbeitung mit besonderer Berücksichtigung der Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Schweiz*. Bern: Peter Lang AG, Europäischer Verlag der Wissenschaften.
- STROHKENDL, P. R. (1995). *Zur Begutachtung der männlichen Probanden der Jahre 1933 und 1934 an der Universitätsnervenklinik Tübingen unter besonderer Berücksichtigung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 01.01.1934*. Universität Tübingen: Med. Dissertation.
- TÜMMERS, H. (2011). *Anerkennungskämpfe. Die Nachgeschichte der nationalsozialistischen Zwangssterilisationen in der Bundesrepublik*. Göttingen: Wallstein Verlag.
- VON SEIDLITZ, K. (1999). *Untersuchung der psychiatrischen Gutachtenpraxis an der Universitäts-Nervenklinik Tübingen in den Jahren 1942 - 1945*. Universität Tübingen: Med. Dissertation.
- WEIß, C. (2005). *Basiswissen Medizinische Statistik*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- WESTERMANN, S. (2010). *Verschwiegenes Leid. Der Umgang mit den NS-Zwangssterilisationen in der Bundesrepublik Deutschland*. Köln, Weimar, Wien: Böhlau Verlag.
- WIESING, U., BRINTZINGER, K.-R., GRÜN, B., JUNGINGER, H., & MICHL, S. (2010). *Die Universität Tübingen im Nationalsozialismus*. Stuttgart: Franz Steiner Verlag.
- WINAU, R. (1988). Referat. In Kolloquien des Instituts für Zeitgeschichte, *Medizin im Nationalsozialismus* (S. 34 - 38). München: R. Oldenbourg Verlag.
- WUTTKE, W. (1988). Medizin, Ärzte, Gesundheitspolitik. In O. BORST, *Das Dritte Reich in Baden und Württemberg* (S. 211 - 235). Stuttgart: Konrad Theiss Verlag.
- ZAPF, L. (1974). *Die Tübinger Juden. Eine Dokumentation*. Tübingen: Katzmann Verlag.

## Internetquellen

---

**[1] Bundesministerium für Finanzen: Entschädigung von NS-Unrecht. Regelungen zur Wiedergutmachung** vom August 2011:

[http://www.bundesfinanzministerium.de/nn\\_4394/DE/BMF\\_Startseite/Service/Broschueren\\_Bestellservice/Das\\_Ministerium/40144,templateId=raw,property=publicationFile.pdf](http://www.bundesfinanzministerium.de/nn_4394/DE/BMF_Startseite/Service/Broschueren_Bestellservice/Das_Ministerium/40144,templateId=raw,property=publicationFile.pdf)

(Stand 14.04.2012)

**[2] Gesetz über die Pflege und Nutzung von Archivgut (Landesarchivgesetz)** vom 27. Juli 1987, geändert durch die Gesetze vom 12. März 1990 und vom 1. Juli 2004:

<http://www.landesarchiv-bw.de/sixcms/media.php/120/49996/LArchG.29734.pdf>

(Stand: 09.04.2012)

**[3] Google Maps:**

<http://maps.google.de/maps?hl=de&tab=wl>

(Stand 15.03.2012)

**[4] Gesetz zur Regelung der Präimplantationsdiagnostik (Präimplantationsdiagnostikgesetz)** vom 21. November 2011:

[http://www.bgbl.de/Xaver/start.xav?startbk=Bundesanzeiger\\_BGBI&bk=Bundesanzeiger\\_BGBI&start=//%5B@attr\\_id=%27bgbl111s2228.pdf%27%5D](http://www.bgbl.de/Xaver/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&bk=Bundesanzeiger_BGBI&start=//%5B@attr_id=%27bgbl111s2228.pdf%27%5D)

(Stand: 09.04.2012)

**[5] Gesetz zum Schutz von Emryonen (Embryonenschutzgesetz)** vom 13. Dezember 1990:

[http://www.bgbl.de/Xaver/start.xav?startbk=Bundesanzeiger\\_BGBI&bk=Bundesanzeiger\\_BGBI&start=//%5B@attr\\_id=%27bgbl111s2228.pdf%27%5D](http://www.bgbl.de/Xaver/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&bk=Bundesanzeiger_BGBI&start=//%5B@attr_id=%27bgbl111s2228.pdf%27%5D)

(Stand: 09.04.2012)

**[6] § 218a StGB Straflosigkeit des Schwangerschaftsabbruchs:**

[http://www.gesetze-im-internet.de/stgb/\\_218a.html](http://www.gesetze-im-internet.de/stgb/_218a.html)

(Stand: 09.04.2012)

**[7] Zwangssterilisationen in China:**

<http://www.welt.de/politik/ausland/article7250897/Chinas-Aemter-jagen-Eltern-mit-mehr-als-einem-Kind.html>

(Stand: 10.04.2012)

**[8] Sterilisationen in Indien:**

<http://www.welt.de/vermischtes/weltgeschehen/article13462261/Wer-sich-sterilisieren-laesst-kann-ein-Auto-gewinnen.html>

(Stand: 10.04.2012)

**[9] Kontrazeption weltweit:**

<http://www.berlin->

[insti-](http://www.berlin-insti-)

[tut.org/fileadmin/user\\_upload/handbuch\\_texte/pdf\\_Haub\\_Kontrazeption\\_weltweit.pdf](http://www.berlin-institut.org/fileadmin/user_upload/handbuch_texte/pdf_Haub_Kontrazeption_weltweit.pdf)

(Stand: 10.04.2012)



## Danksagung

---

Ganz herzlich möchte ich mich zunächst bei Herrn Prof. Dr. Klaus Foerster, Sektion für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Tübingen, für die Überlassung des Themas und die freundliche Betreuung bei der Anfertigung dieser Arbeit bedanken.

Weiterhin danke ich Frau Wilpert vom Archiv der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen, Frau Bauer vom Universitätsarchiv Tübingen und den Mitarbeitern des historischen Lesesaals der Universitätsbibliothek Tübingen für Ihre viele Arbeit und Unterstützung bei der Beschaffung der Akten.

Außerdem möchte ich allen danken, die mich im Laufe meines Studiums und der Anfertigung dieser Dissertation privat unterstützt haben, allen voran meinem Freund, Markus Weber, für seine Geduld und Anregungen, und meinen Eltern, Alla und Anthony Owen, für die finanzielle Hilfe.