

Körperpolitik, Bio-Macht und der Wert menschlichen Lebens. Nationalsozialistische Zwangssterilisation auf dem Gebiet der preußischen Provinz Sachsen (1933-1945)

Habilitationsschrift

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor philosophiae habitatus (Dr. phil. habil.)

genehmigt durch die Fakultät für
Humanwissenschaften
der Otto-von-Guericke Universität Magdeburg

von Dr. phil. Alexander Bastian

geb. am 06. Mai 1981 in Magdeburg

Gutachter:

Prof. Dr. Eva Labouvie

Prof. Dr. Eva Brinkschulte

Prof. Dr. Jörg Baberowski

eingereicht am 07.08.2020 und

verteidigt am 23.06.2021 in Magdeburg

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	I
Tabellenverzeichnis	VI
1 Einleitung – Körperpolitik, Biomacht und der Wert menschlichen Lebens im Nationalsozialismus	1
2 Die nationalsozialistische Zwangssterilisation als Forschungsgegenstand	14
2.1 Forschungsstand	14
2.2 Biomacht und Körperpolitik im Dritten Reich – Analytische Perspektiven auf das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ als Herstellungs- und Selektionsverfahren von „Minderwertigkeit“	37
2.3 Quellenlage zur preußischen Provinz Sachsen	76
3 Diskursive Voraussetzungen und strukturell-personelle Bedingungen des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ als biopolitisches Selektionsverfahren	95
3.1 Vorbemerkungen	95
3.2 Eugenik und Rassenhygiene als biopolitische Selektions- und Aufartungsdiskurse	98
3.2.1 Zur Entstehung von Eugenik und Rassenhygiene bis zum Ende des Ersten Weltkrieges	98
3.2.2 Politische Diskussionen über Eheberatung und Sterilisation als Zuspitzung des biopolitischen Exklusionsdiskurses von männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“ in der Weimarer Republik	113
3.3 Zur Genese des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“	135
3.3.1 Zur Entstehung des nationalsozialistischen Sterilisationsgesetzes 1932/33	135
3.3.2 Der normative Handlungsrahmen des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ (1933–1945)	142
3.4 Das staatliche Gesundheitswesen der preußischen Provinz Sachsen als biopolitisches Scharnier der nationalsozialistischen Erb- und Rassenpflege	162
3.4.1 Gesundheitsämter als biopolitische Schaltzentralen	162
3.4.2 Amtsärzte als biopolitische Akteure	181
3.5 1933 – Zeitenwende?	205

4 Die Lokalisierung und Erfassung von „Minderwertigkeit“ im nationalsozialistischen Sterilisationsverfahren	209
4.1 „Zunächst empfindet man hier manchmal die gründliche Inangriffnahme eines erbkranken Probanden als Kampf gegen die Hydra.“ Vorbemerkungen zur Erfassung von „Minderwertigkeit“	209
4.2 Erfassungsprozeduren der Lokalisierung und Registratur von „erbkrankverdächtigen“ Frauen und Männern	214
4.2.1 „Ich lege Wert auch auf Kenntnisse aller Personen, die zunächst nur den Anschein erwecken, daß sie unter das Gesetz fallen.“ Der Auftakt 1933/34	214
4.2.2 „Es muss möglich sein, über jeden Menschen die über ihn bisher bekanntgewordenen erbbiologischen Tatsachen an einer Stelle zu erfassen.“ Systematisierung der Erfassung und „erbbiologische Bestandsaufnahme“	233
4.2.3 Das Anzeigeverhalten – ein statistischer Überblick	259
4.3 Verpflichtung, Teilhabe und Verweigerung. Zur Beteiligung von einzelnen Berufsgruppen an der Erfassung von männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“	271
4.3.1 Vorbemerkungen	271
4.3.2 Wohlfahrts- und Fürsorgebehörden, Amtsträger und politische Organisationen	274
4.3.3 Volkspflegerin und Fürsorgerinnen. Eine besondere weibliche Rolle?	294
4.3.4 Lehrerschaft	306
4.3.5 Ärzteschaft	316
4.4 „Alles darf sterilisiert werden, nur nicht das Sterilisationsgesetz.“ Die Erfassung von „erbkrankverdächtigen“ Frauen und Männern als präjudizierende Konstruktion von „Minderwertigkeit“	328
5 Die gutachterliche Konstruktion von „Erbkrankheiten“ im nationalsozialistischen Sterilisationsverfahren	336
5.1 Vorbemerkungen: Der Sterilisationsantrag als Zentrum der Herstellung von männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“	336
5.2 Das Sterilisationsgutachten und der Intelligenzprüfungsbogen als zentrale diagnostische Begutachtungsinstrumente	341
5.3 Bedingungen des Antragsverhaltens in der preußischen Provinz Sachsen	353
5.3.1 Quantitative Entwicklungen der Antragstellung	353
5.3.2 Triebkräfte der Begutachtung	359
5.3.3 Der ärztliche Blick auf männliche und weibliche „Minderwertigkeit“	365
5.4 Die Konstruktion von „Erbkrankheiten“ im amtsärztlichen Sterilisationsgutachten	374

5.4.1	Hermeneutische und analytische Vorbemerkungen.....	374
5.4.2	„Angeborener Schwachsinn“	384
5.4.2.1	Familie	384
5.4.2.2	Intellektuelle und berufliche Leistungsfähigkeit.....	400
5.4.2.3	Sexualität und Geschlechtsleben.....	422
5.4.2.4	Lebenswelt.....	443
5.4.2.5	Exkurs: Schwerer Alkoholismus.....	456
5.4.3	Schizophrenie	466
5.4.4	Epilepsie	476
5.4.5	Zu den weiteren „Erbkrankheiten“	486
5.5	Die Begutachtung im Sterilisationsverfahren als Konstruktion von „Erbkrankheiten“ und „Minderwertigkeit“	496
6	Die Errichtung von Erbgesundheitsgerichten und die justizielle Durchführung von Sterilisationsverfahren zur Feststellung von männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“	501
6.1	Vorbemerkungen.....	501
6.2	Erbgesundheitsgerichte als biojuridische Institutionen.....	503
6.2.1	Aufbau und Strukturen bis 1945.....	503
6.2.2	Das richterliche Personal	514
6.2.3	Die ärztlichen Beisitzer.....	530
6.3	Das Erbgesundheitsverfahren.....	547
6.3.1	Zur Charakteristik des Gerichtsverfahrens und der Zusammenarbeit von Amtsärzten und Richtern	547
6.3.2	Gerichtliche Verfahrensweisen und Diskussionen zur Rechtsprechung in der preußischen Provinz Sachsen.....	557
6.4	Zur Tätigkeit der Erbgesundheitsgerichte in der preußischen Provinz Sachsen 578	
6.4.1	Quantitative Annäherungen und zeitliche Entwicklungen	578
6.4.2	Zur erbgerichtlichen Verurteilungspraxis auf dem Gebiet der preußischen Provinz Sachsen.....	583
6.4.3	Zur Tätigkeit des Erbgesundheitsobergerichts Naumburg als Widerspruchsinstanz.....	591
6.5	Zusammenfassung. Der juristische Beitrag zur medizinisch-psychiatrischen Konstruktion von männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“	601

7 Der operative Eingriff als biotechnologischer Abschluss der nationalsozialistischen Zwangssterilisation. Zur chirurgischen Durchführung der Unfruchtbarmachung.....	604
7.1 Vorbemerkungen.....	604
7.2 Zulassung und Beteiligung von medizinischen Einrichtungen an der chirurgischen Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation	607
7.2.1 Die Ermächtigung von staatlichen Kliniken und die Zulassung von Operateuren.....	607
7.2.2 Zur Beteiligung von Privatkliniken	626
7.3 Zur Durchführung der chirurgischen Zwangssterilisation	634
7.3.1 Zur Aussetzung der Unfruchtbarmachung.....	634
7.3.2 Zum Schwangerschaftsabbruch	637
7.3.3 Gesundheitliche Komplikationen und Todesfälle.....	651
7.4 Annäherungen an den Gesamtumfang der nationalsozialistischen Zwangssterilisation in der preußischen Provinz Sachsen	675
8 Widerstand und Verhaltensweisen von betroffenen Frauen und Männern	686
8.1 Im Spiegel	686
8.2 Staatliche Überwachung des Sterilisationsverfahrens.....	691
8.3 Verhaltensweisen und Wahrnehmungen von Betroffenen und Familienangehörigen im Sterilisationsverfahren.....	716
8.3.1 Einverständnis und Zustimmung zur Sterilisation.....	716
8.3.2 Ablehnung und Verweigerung der Unfruchtbarmachung.....	727
8.4 Zusammenfassung.....	758
9 Der H(Ort) der nationalsozialistischen Zwangssterilisation: Ergebnisse und Perspektive	763
9.1 Brüche und Kontinuitäten: die nationalsozialistische Zwangssterilisation in der unmittelbaren Nachkriegszeit.....	763
9.2 Körperpolitik, Biomacht und der Wert menschlichen Lebens: das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ im Nationalsozialismus – eine Zusammenfassung.....	790
10 Quellen- und Literaturverzeichnis.....	812
10.1 Quellen	812
10.2 Literatur vor 1945	833
10.3 Literatur nach 1945	839
Anhang (Tabellen)	889

Tabellenverzeichnis

(Alle Tabellen befinden sich am Ende der Arbeit im Anhang)

Anhang I: Sterilisationsanzeigen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933

Tabelle 1:	Umfang von Sterilisationsanzeigen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933, Regierungsbezirk Magdeburg (1934–1936, 1940).....	889
Tabelle 2:	Anzeigeverhalten nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933, Regierungsbezirk Magdeburg (1934–1936, 1940).....	889
Tabelle 3:	Unbegründete Sterilisationsanzeigen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933, Regierungsbezirk Magdeburg (1934–1936, 1940).....	890
Tabelle 4:	Umfang von Sterilisationsanzeigen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933, Regierungsbezirk Merseburg (1935–1939, 1941).....	890
Tabelle 5:	Anzeigeverhalten nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933, Regierungsbezirk Merseburg (1935–1939, 1941).....	891
Tabelle 6:	Unbegründete Sterilisationsanzeigen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933, Regierungsbezirk Merseburg (1935–1939, 1941).....	891
Tabelle 7:	Umfang von Sterilisationsanzeigen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933, Regierungsbezirk Erfurt (1935, 1937–1941).....	892
Tabelle 8:	Anzeigeverhalten nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933, Regierungsbezirk Erfurt (1935, 1937–1941).....	892
Tabelle 9:	Unbegründete Sterilisationsanzeigen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933, Regierungsbezirk Erfurt (1935, 1937–1941).....	893
Tabelle 10:	Umfang von Sterilisationsanzeigen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933, preußische Provinz Sachsen.....	893
Tabelle 11:	Anzeigeverhalten nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933, preußische Provinz Sachsen.....	894

Anhang II: Sterilisationsanträge nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933

Tabelle 12:	Unbegründete Sterilisationsanzeigen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933, preußische Provinz Sachsen.....	894
-------------	---	-----

Tabelle 13:	Umfang von Sterilisationsanträgen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933, Regierungsbezirk Magdeburg (1934–1936, 1940).....	895
Tabelle 14:	Erbkrankheiten in Sterilisationsanträgen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933, Regierungsbezirk Magdeburg (1934–1936, 1940).....	895
Tabelle 15:	Erbkrankheiten in Sterilisationsanträgen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933, Regierungsbezirk Magdeburg (1936, 1940), Frauen vs. Männer.....	896
Tabelle 16:	Umfang von Sterilisationsanträgen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933, Regierungsbezirk Merseburg (1935–1939, 1941).....	896
Tabelle 17:	Erbkrankheiten in Sterilisationsanträgen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933, Regierungsbezirk Merseburg (1935–1939, 1941).....	897
Tabelle 18:	Erbkrankheiten in Sterilisationsanträgen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933, Regierungsbezirk Merseburg (1936–1939, 1941), Frauen vs. Männer.....	898
Tabelle 19:	Umfang von Sterilisationsanträgen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933, Regierungsbezirk Erfurt (1935, 1937–1941).....	898
Tabelle 20:	Erbkrankheiten in Sterilisationsanträgen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933, Regierungsbezirk Erfurt (1935, 1937–1941).....	899
Tabelle 21:	Erbkrankheiten in Sterilisationsanträgen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933, Regierungsbezirk Erfurt (1937–1941), Frauen vs. Männer.....	900
Tabelle 22:	Umfang von Sterilisationsanträgen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933, preußische Provinz Sachsen.....	900
Tabelle 23:	Umfang von Sterilisationsanzeigen und Sterilisationsanträgen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933, preußische Provinz Sachsen.....	901
Tabelle 24:	Erbkrankheiten in Sterilisationsanträgen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933, preußische Provinz Sachsen, Frauen vs. Männer.....	901

Anhang III: Unfruchtbarmachungen nach dem „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933

Tabelle 25:	Durchführung von Unfruchtbarmachungen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933, Regierungsbezirk Magdeburg (1934–1936, 1940).....	902
Tabelle 26:	Durchführung von Unfruchtbarmachungen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933, Regierungsbezirk Magdeburg (1935–1936, 1940), Männer.....	902

Tabelle 27:	Durchführung von Unfruchtbarmachungen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933, Regierungsbezirk Magdeburg (1935–1936, 1940), Frauen	903
Tabelle 28:	Durchführung von Unfruchtbarmachungen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933, Regierungsbezirk Merseburg (1936–1943)	904
Tabelle 29:	Durchführung von Unfruchtbarmachungen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933, Regierungsbezirk Merseburg (1936–1943), Männer	905
Tabelle 30:	Durchführung von Unfruchtbarmachungen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933, Regierungsbezirk Merseburg (1936–1943), Frauen	906
Tabelle 31:	Durchführung von Unfruchtbarmachungen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933, Regierungsbezirk Erfurt (1937–1943)	907
Tabelle 32:	Durchführung von Unfruchtbarmachungen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933, Regierungsbezirk Erfurt (1937–1943), Männer	908
Tabelle 33:	Durchführung von Unfruchtbarmachungen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933, Regierungsbezirk Erfurt (1937–1943), Frauen	909
Tabelle 34:	Durchführung von Unfruchtbarmachungen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933, preußische Provinz Sachsen	910
Tabelle 35:	Verhältnis von Sterilisationsanzeigen, Sterilisationsanträgen und Unfruchtbarmachungen in der preußischen Provinz Sachsen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933	910

Anhang IV: Zur Tätigkeit von Erbgesundheitsgerichten auf dem Gebiet der preußischen Provinz Sachsen 1934–1945

Tabelle 36:	Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ am Erbgesundheitsgericht Halberstadt (1938–1944), Verfahren	911
Tabelle 37:	Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ am Erbgesundheitsgericht Halberstadt (1938–1944), Beschlüsse	911
Tabelle 38:	Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ am Erbgesundheitsgericht Halberstadt (1938–1944), Beruf	911
Tabelle 39:	Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ am Erbgesundheitsgericht Halberstadt (1938–1944), Alter	912
Tabelle 40:	Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ am Erbgesundheitsgericht Halberstadt (1938–1944), Erbkrankheiten	912
Tabelle 41:	Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ am Erbgesundheitsgericht Magdeburg (1934–1945), Verfahren	913
Tabelle 42:	Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ am Erbgesundheitsgericht Magdeburg (1934–1945), Alter	913
Tabelle 43:	Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ am Erbgesundheitsgericht Magdeburg (1937–1945), Beruf	914

Tabelle 44:	Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ am Erbgesundheitsgericht Naumburg (1934–1945), Verfahren.....	914
Tabelle 45:	Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ am Erbgesundheitsgericht Naumburg (1934–1944), Beruf.....	915
Tabelle 46:	Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ am Erbgesundheitsgericht Naumburg (1934–1945), Alter.....	915
Tabelle 47:	Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ am Erbgesundheitsobergericht Naumburg, 1934–1944, Erbkrankheit.....	916
Anhang V: Aussetzung und Zwangsmaßnahmen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933		
Tabelle 48:	Aussetzung von Sterilisationsverfahren nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933, preußische Provinz Sachsen.....	917
Tabelle 49:	Aussetzung von Sterilisationsverfahren nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933, preußische Provinz Sachsen, Frauen vs. Männer.....	918
Tabelle 50:	Zwangsmaßnahmen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933, Regierungsbezirk Magdeburg (1934–1936, 1940).....	918
Tabelle 51:	Zwangsmaßnahmen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933, Regierungsbezirk Merseburg (1935–1939, 1941).....	919
Tabelle 52:	Angewandte Zwangsmaßnahmen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933, Regierungsbezirk Erfurt (1935, 1937–1941)	919

1 Einleitung – Körperpolitik, Biomacht und der Wert menschlichen Lebens im Nationalsozialismus

Fernab der weltgeschichtlichen Bühne wurde am 27. Juli 1944 eine junge Frau im Zuge eines Sterilisationsverfahrens amtsärztlich untersucht und begutachtet. Auf dem alltäglichen Schauplatz der erb- und rassenbiologischen Bewertung und Ausgrenzung von als „erbkrank“, „minderwertig“, fürsorgebedürftig oder leistungsschwach geltenden Frauen und Männern im Dritten Reich resümierte der verantwortliche Amtsarzt von Magdeburg: „Das Schulwissen ist teilweise leidlich [...]. Beim Fehlen jeder Kritik und moralischer Grundbegriffe und auf Grund der sippenmäßigen Belastung besteht die Gefahr krimineller Verirrung und völliger Verwahrlosung. Probandin ist außerstande, auf eigenen Füßen im Leben zu stehen und ihr Handeln und Unterlassen nach vernunftmäßigen Erwägungen zu bestimmen. Bei der vorhandenen Kritik- und Willensschwäche und der ausgesprochenen Triebhaftigkeit der Probandin besteht größte Fortpflanzungsgefahr. Die Unfruchtbarmachung ist dringend angezeigt.“¹ Mehrere Monate später am 19. Dezember 1944 bekräftigte der Amtsarzt des Kreises Wolmirstedt unweit von Magdeburg den Sterilisationsantrag. Die junge Frau ist in der Landesheilanstalt Uchtspringe untergebracht und „leidet an erheblichem allgemeinen Schwachsinn. Sie ist asozial, triebhaft und völlig kritiklos.“² Nach Ansicht der beteiligten Amtsärzte war die junge Frau „erbkrank“ im Sinne des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ und müsse trotz der allgegenwärtigen Zerstörungen, der kriegsbedingten Einschränkungen und des unaufhaltsam herannahenden Kriegsendes dringend unfruchtbar gemacht werden. Sie stelle aufgrund ihrer „minderwertigen“ und „erbkranken“ Anlagen sowie ihres promiskuitiven Sexualverhaltens eine sowohl potentielle als auch konkrete Gefahr für die nationalsozialistische Volksgemeinschaft dar, deren bevölkerungspolitische Schutzinteressen als Fortpflanzungsgemeinschaft auch im Zuge der totalen Kriegsanstrengungen zwingend gewahrt werden müssten. Die Geschichte der jungen Frau sowie des Sterilisationsverfahrens verlaufen sich spurlos in den Wirren am Ende des Zweiten Weltkrieges.

Mit dem Erlass des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ am 14. Juli 1933 gehörten derartige Sterilisationsverfahren und damit einhergehende erb-

¹ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 29.

² LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 29.

und rassenbiologische Beurteilungen des Lebenswertes von männlichen und weiblichen „Volksgenossen“ zum medizinischen, juristischen und auch gesellschaftlichen Alltag im Dritten Reich. Unter der Zielvorgabe, den nationalsozialistischen „Volkskörper“ von „erbkranken“, „minderwertigen“ und leistungsschwachen Mitgliedern zu säubern, um dessen rassische Reinheit, Potenz, Leistungsfähigkeit und Zukunft zu sichern, wurden seit 1934 chirurgische Unfruchtbarmachungen anhand von medizinisch-psychiatrischen Untersuchungen, fachärztlichen Expertisen und gerichtlichen Entscheidungen durchgeführt, notfalls auch mithilfe von polizeilichen Zwangsmaßnahmen. Trotz unmittelbarer Kriegslage und massiven kriegsbedingten Einschränkungen wurden bis zur endgültigen militärischen Niederlage im Mai 1945 Sterilisationsverfahren betrieben, erbbiologische Ermittlungen und Untersuchungen durchgeführt, bürokratische Hilfesuche verfasst und chirurgische Eingriffe vorgenommen. Das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ war integraler und alltäglicher Bestandteil der nationalsozialistischen Erb- und Rassenpflege.

Die Sterilisationspolitik im Dritten Reich war kein genuin nationalsozialistisches Verbrechen. Vielmehr war die Unfruchtbarmachung als Regulierungsinstrument des männlichen und weiblichen Fortpflanzungsverhaltens ein virulenter Gegenstand von eugenischen und rassenhygienischen Diskursen und bevölkerungspolitischen Maßnahmen des ausgehenden 19. Jahrhunderts sowohl in Europa als auch den USA. Innerhalb der nationalsozialistischen Rassenideologie mit ihrer großen, ja fundamentalen Furcht vor Entartung und ihrem unbedingten Willen zur Aufartung stellte die zwanghafte Unfruchtbarmachung von Hunderttausenden von Frauen und Männern von Beginn an ein entscheidendes bevölkerungspolitisches Mittel dar, um den Fortbestand und die Potenz der deutschen Volksgemeinschaft durch die zielgerichtete Selektion von männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“ zu sichern.

Zugleich war das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ kein singuläres Ausschlussverfahren im Dritten Reich, sondern Ausgangspunkt und integraler Bestandteil eines umfassenden rassenhygienischen Maßnahmenbündels, das die gesetzliche Legitimation des Schwangerschaftsabbruchs bei Vorliegen einer „Erbkrankheit“, das „Gesetz zum Schutze der Erbgesundheit des deutschen Volkes“ vom 18. Oktober 1935 oder die „erbbiologische Bestandsaufnahme“ umfasste. Die unterschiedlichen bevölkerungspolitischen Technologien und damit ausgelösten Überprüfungs- und Bewertungsprozesse durchzogen die nationalsozialistische Volksgemeinschaft wie ein krebsartiges, giftiges Geschwür und prägten eine Vielzahl von Lebensbereichen. So wurde die Erb- und Rassenpflege auch von einer zielgerichteten Sozial- und

Wohlfahrtspolitik flankiert, deren Unterstützungsleistungen am individuellen Wert für die nationalsozialistische Volksgemeinschaft ausgerichtet waren. Inkludierende Förderungen bis hin zu „positiven“ rassenhygienischen Maßnahmen waren als „erbgesund“ und „wertvoll“ geltenden Frauen und Männern vorbehalten und besaßen im Vergleich zu erb- und rassenpflegerischen Exklusionsverfahren nur eine geringe gesellschaftliche Tragweite. Im Zentrum der nationalsozialistischen Bevölkerungspolitik stand der konsequente Ausschluss von als „minderwertig“ und „erbkrank“ geltenden Frauen und Männern. Die außerordentliche Bedeutung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ für die nationalsozialistische Erb- und Rassenpolitik kann aufgrund der rigiden Durchführung kaum überschätzt werden. Die konkreten Opferzahlen der nationalsozialistischen Zwangssterilisation bleiben wohl ungeklärt, schätzungsweise wurden bis zu 360 000 Frauen und Männer im Dritten Reich unfruchtbar gemacht.

Die Erforschung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation spielte vor dem Hintergrund der ungeheuren Verbrechen im Zweiten Weltkrieg, aber auch von personellen und diskursiven Kontinuitäten in Medizin und Justiz bis in die zweite Hälfte der 1970er-Jahre nur eine randständige Rolle. Trotz der intensiven historischen Forschungen seit den 1980er-Jahren wird einerseits der nationalsozialistischen Zwangssterilisation als rassenbiologischem Ausschlussverfahren sowie den andererseits von der Unfruchtbarmachung betroffenen Frauen und Männern andererseits aber auch weiterhin eine geringere historische und gesellschaftliche Bedeutung zugemessen. Die zuweilen marginalisierte und auch unterschätzte Bedeutung kann exemplarisch an den unzähligen Gesamtdarstellungen und Dokumentationen zum Dritten Reich abgelesen werden, die die Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ gerade nicht behandeln. Ein weiteres Indiz bieten die langjährigen und fruchtlosen politischen Diskussionen über die Anerkennung des Opferstatus und der finanziellen Entschädigungen von zwangssterilisierten Frauen und Männern.

Die historisch-gesellschaftliche Bewertung korrespondiert mit unterschiedlichen Kriterien wie etwa der Opferanzahl, der Zusammensetzung von Opfergruppen oder der jeweiligen Exklusionsmittel bis hin zur singulären industriellen Ermordung der europäischen Juden. Diese Aspekte spiegeln divergierende historische Schwerpunktsetzungen, politische Interessen, gesellschaftliche Interessenvertretungen ebenso wie moralische Dilemmata in der Bewertung von Ausschlussverfahren und Opfergruppen wider. Die jeweiligen Schwerpunkte und Perspektiven bilden einzelne Wegmar-

kierungen der randständigen wissenschaftlichen und öffentlichen Würdigung von Opfern der nationalsozialistischen Zwangssterilisation. Zugleich sind diese Markierungen auch Bestandteile von diskursiven Konjunkturen, Kontinuitäten und Transformationen, die das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ als historischen und analytischen Gegenstand vor 1933 und nach 1945 kennzeichnen.

Die diskursiven Kontinuitäten von eugenischen Vorstellungen vor und über das Ende der nationalsozialistischen Gewaltherrschaft hinaus, die Entstehung der modernen Humangenetik und die hiermit einhergehenden Transformationen von biomedizinischen Auffassungen und Technologien sowie die gesellschaftlichen Auseinandersetzungen mit der nationalsozialistischen Vergangenheit insbesondere in Deutschland kennzeichnen die Erforschung und Würdigung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ im Kontext von zugleich abwehrenden, marginalisierenden und auch integrierenden Konnotationen. Der heutige Stellenwert des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ wird also von eugenischen, medizinisch-biologischen, ökonomischen und sozialen Diskursen über den gesellschaftlichen „Wert“ und „Unwert“ von Frauen und Männern geprägt, deren Ursprünge weit vor der nationalsozialistischen Machtübertragung verortet werden.

Statt jedoch der langlebigen Diskursgeschichte von Eugenik oder Rassenhygiene und ihren Konjunkturen und Transformationen nachzuspüren, verfolgt die vorliegende Untersuchung den entgegengesetzten Weg. Im Mittelpunkt stehen die organisatorischen Konturen, die gesellschaftlichen Praktiken sowie die damit verbundenen Effekte der nationalsozialistischen Zwangssterilisation als eines praktizierten Aussondungsverfahrens unter der Beteiligung einer Vielzahl von medizinischen, wohlfahrtsstaatlichen und gerichtlichen Behörden und Berufsgruppen. Durch den Perspektivwechsel auf die nationalsozialistische Zwangssterilisation als eine alltägliche Exklusionspraxis können in einer Nahaufnahme die diskursiven Ausprägungen, Funktionsweisen und Praktiken von Rasse, Rassismus und Rassenhygiene als basale Ingredienzien von Körperpolitik und Körpervorstellungen im Nationalsozialismus betrachtet werden. Durch die paradigmatische Untersuchung der rassenhygienischen Praxis am Beispiel des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ trägt die vorliegende Studie zur Entzifferung einer eugenischen Diskursgeschichte bei, indem die historischen Spuren rassenhygienischen Denkens und Handelns als Blaupause der Bewertung von menschlichem, also männlichem und weiblichem, Leben im Dritten Reich ausgeleuchtet werden. Die Auseinandersetzung mit der nationalsozialistischen

Zwangssterilisation ist somit auch eine Konfrontation mit überkommenen Vorstellungen und Denkmustern von gesund und krank, von rein und unrein, von „Wert“ und „Unwert“ sowie auch von Männlichkeit und Weiblichkeit.

Als Untersuchungsraum bietet sich die Preußische Provinz Sachsen an, die bislang in der historischen Forschung weitgehend unberücksichtigt blieb. Aufgrund ihrer erheblichen geografischen Ausdehnung in Mitteldeutschland sowie einer Bevölkerungsanzahl von über drei Millionen Frauen und Männern stellt sie eine adäquate Analysebasis dar, um die Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ detailliert zu untersuchen. Der engere zeitliche Untersuchungsrahmen wird durch das Bestehen des nationalsozialistischen Sterilisationsgesetzes im Zeitraum von 1933 bis 1945 markiert. Zugunsten der wechselseitigen Betrachtung von ereignishaften Zäsuren und diskursiven Kontinuitäten sowie unter Berücksichtigung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ als praktiziertes Ausschlussverfahren werden ausschnitthaft die Vor- und Nachgeschichte in die Untersuchung einbezogen.

Das zentrale Untersuchungsinteresse zielt auf die Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ als ein rassenhygienisches Exklusionsverfahren. Das nationalsozialistische Sterilisationsgesetz wird dementsprechend als eine juristische Legitimation und bürokratische Organisationsgrundlage verstanden, die in actu angewandt, ausgefüllt und umgesetzt werden mussten. Die analytische Konzeptualisierung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation als ein Verfahren lenkt die Analyse auf der einen Seite auf die praktizierten Dimensionen der nationalsozialistischen Zwangssterilisation als eines performativen (volks-) gemeinschaftlichen Erfassungs-, Bewertungs-, Verurteilungs- und Wahrnehmungsprozesses unter der zentralen Beteiligung von Ärzten und Richtern. Ein derartiger Zugang kennzeichnet die Unfruchtbarmachung auf der anderen Seite als einen stufenweisen Aushandlungs- und Verdichtungsprozess, dessen Ziel in der soziobiologischen Konstruktion von männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“ bestand. Auf der Grundlage der mikrohistorischen Fokussierung auf das Sterilisationsverfahren können neben den gesetzlichen Grundlagen und der organisatorischen Kohärenz auch die Bedeutung, die Einflüsse sowie die Wechselwirkungen von unterschiedlichen Verfahrensschritten, wie insbesondere der gesellschaftlichen Erfassung, der medizinisch-psychiatrischen Begutachtung, der gerichtlichen Verurteilung und der chirurgischen Unfruchtbarmachung einschließlich der Verhaltensweisen von betroffenen Männern und Frauen, analysiert werden.

Die verfahrenstechnische Perspektive gewinnt ihre Evidenz durch die der nationalsozialistischen Zwangssterilisation immanente Charakteristik. Denn hinter dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ verbirgt sich weit mehr als ein rassistisches Gesetz, ein diktatorisches Machtregime oder ein anonym-bürokratisch betriebenes rassenbiologisches Exklusionsverfahren. Seine Durchführung und alltägliche Anwendung war kein hierarchisch-automatisiertes Verfahren, sondern wurde von Männern und Frauen als Ärzten, Richtern oder Fürsorgerinnen aktiv betrieben und sinnhaft ausgefüllt. Es handelte sich um keine starre normative Maßnahme, die herrschaftlich einseitig von oben nach unten betrieben wurde, sondern um ein variables, bewegliches, effizientes wie ineffizientes Verfahren, das durch eine rassenideologische Doktrin und unter diktatorischen Bedingungen die Unfruchtbarmachung von hunderttausenden Frauen und Männern erst erzeugte. Schuld und Verantwortung tragen weder ausschließlich einzelne Personen oder exklusive Personengruppen noch anonyme Rassenideologien und Diskurse, vielmehr handelt es sich bei der nationalsozialistischen Zwangssterilisation um eine staatliche Selektionsmaßnahme und zugleich um ein gesellschaftlich geteiltes, partizipatives und von Frauen und Männern betriebenes Ausschlussverfahren – die männlichen und weiblichen Betroffenen eingeschlossen.

Im Zentrum des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ stand die medizinisch-psychiatrische Überprüfung des männlichen und weiblichen Körpers. Ziel und Zweck war die diagnostische Identifizierung von körperlicher „Minderwertigkeit“ als „Erbkrankheit“, um die gerichtliche Verurteilung und chirurgische Unfruchtbarmachung zu legitimieren. Der „erbkranke“ Körper war der Kristallisationspunkt der nationalsozialistischen Zwangssterilisation. Indem der männliche und weibliche Körper als zentraler Gegenstand eines Ausschlussverfahrens betrachtet wird, kann der diagnostische Verdichtungsprozess vom Verdacht bis zur Verurteilung detailliert analysiert werden. Hierdurch geraten bürokratische Konstruktionsbedingungen sowie insbesondere die maßgeblichen soziobiologischen und geschlechtsspezifischen Exklusionskriterien anhand von sozialer Herkunft, Lebenswegen, Berufen oder des Privatlebens in den Blick. Einen integralen Bestandteil bilden dabei die Sichtweisen und Auffassungen von betroffenen Frauen und Männern, deren Verhaltensweisen durch Vorstellungen über gesund, krank und „erbkrank“ beeinflusst wurden. Ausgehend von der analytischen Fokussierung auf die unterschiedlichen Herstellungs- und Konstruktionsweisen von „erbkranker“ Körperlichkeit können die rassenhygienische Praxis differenziert sowie prägende Vorstellungen vom männlichen und weiblichen

„Lebenswert“ im Dritten Reich detailliert beschrieben werden. Unter diesem Blickwinkel wird die Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ als eine Technologie und Praxis verstanden, in der rassistische, rassenhygienische, medizinisch-psychiatrische und gesellschaftliche Vorstellungen von männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“ diffundierten.

Entsprechend den konzeptionellen Linien verfolgt die vorliegende Studie zwei Ziele. Unter einer regionalhistorischen Perspektive wird erstmals die Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation in der preußischen Provinz Sachsen anhand von Strukturen und Organisationsformen im Gesundheits- und Justizwesen, von beteiligten Ärzten und Richtern bis hin zum quantitativen Umfang von unfruchtbar gemachten Frauen und Männern untersucht. Darüber hinaus dient die preußische Provinz Sachsen als ein paradigmatischer Untersuchungsraum zur Erforschung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation als rassenhygienische Praxis und als geschlechtsspezifischer Aushandlungsprozess über den gesellschaftlichen „Wert“ und „Unwert“ von Frauen und Männern und damit einhergehender Geburtenkontrollen und Fortpflanzungsverbote.

Im Vordergrund stehen Fragen nach dem Charakter des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ als praktizierter Herstellungs- und Konstruktionsprozess von „Minderwertigkeit“ im Dritten Reich. Einerseits werden die Tragfähigkeit, Funktionsweise sowie die wechselseitigen Dynamiken von medizinischen Behörden und Gerichten analysiert. Andererseits werden biographische Merkmale, persönliche Vorstellungsmuster sowie spezifische Beteiligungsgrade von involvierten Ärzten, Richtern oder Fürsorgerinnen untersucht. Hierdurch können unterschiedliche Ausprägungen einer geschlechtsspezifischen Beteiligung an der nationalsozialistischen Zwangssterilisation herausgearbeitet werden.

Einen zentralen Untersuchungsgegenstand bilden die soziobiologischen Kriterien und Ausformungen der diagnostischen Beurteilung von „Erbkrankheiten“. Anhand der Analyse des Konstruktionsprozesses werden die unterschiedlichen ökonomischen, sozialen oder geschlechtsspezifischen Kriterien von männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“ und damit einhergehende zeitgenössische Vorstellungen vom Wert und „Unwert“ menschlichen Lebens im Dritten Reich beleuchtet. Eine weitere Untersuchungsebene stellen Verhaltensweisen und Auffassungen von unfruchtbar gemachten Frauen und Männern sowie von Familienangehörigen dar. Hieran können ne-

ben geschlechtsspezifischen Abwehrstrategien ebenso subjektive Körper- und Wertvorstellungen vor dem Hintergrund der zwangsweisen Unfruchtbarmachung beschrieben werden.

Mit der vorliegenden Studie wird aber nicht nur eine regionalhistorische Forschungslücke zur Geschichte der nationalsozialistischen Zwangssterilisation im Dritten Reich geschlossen. Darüber hinaus bezieht die anvisierte Untersuchung vielmehr erstmals die organisatorischen Strukturen in Gesundheitswesen und Justiz, weiterhin die beteiligten medizinischen und gerichtlichen Behörden und Berufsgruppen sowie die betroffenen Frauen und Männer im wechselseitigen Zusammenhang mit ein. Durch Nahaufnahmen können einerseits die vielfältigen Wechselbeziehungen, Dynamiken und Konflikte und andererseits die Beteiligung von unterschiedlichen Personen- und Betroffenengruppen am Herstellungs- und Konstruktionsprozess von „Minderwertigkeit“ ausgeleuchtet werden. Hierdurch können sowohl die Bedeutung von einzelnen Verfahrensbestandteilen geschärft als auch Interdependenzen zwischen Gesundheitswesen und Justiz herausgearbeitet werden. Schließlich können bestehende Forschungslücken zur geschlechtsspezifischen Beteiligung, zur soziobiologischen Bewertung von spezifisch männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“ sowie zu Verhaltensweisen von betroffenen Frauen und Männern geschlossen werden. Je nach Forschungsperspektive leistet die vorliegende Untersuchung einen Beitrag zur Geschichte von Rasse und Rassismus sowie zu Eugenik und Rassenhygiene als einem diskursiven und praktizierten Bewertungs-, Regulierungs- und Ausschlussprozess im Dritten Reich.

In Anbetracht der bisherigen historischen Forschungsperspektiven eröffnet die analytische Kombination von „Biopolitik“ mit mikro-, geschlechter- und kulturhistorisch operierenden Forschungszugängen ein neuartiges Analysekonzept, welches unter Einbezug der archivalischen Überlieferung die Möglichkeit bietet, die Dynamiken, Wechselbeziehungen sowie Effekte der nationalsozialistischen Zwangssterilisation als Herstellungs- und Ausschlussverfahren von männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“ zu analysieren. In Anlehnung an die Ausführungen von Michel Foucault eröffnet das Konzept „Biopolitik“ die analytische Perspektive, das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ als Bestandteil eines überformenden Diskurses zu akzentuieren. Unter Biopolitik werden dabei Machttechniken und Regulierungsformen verstanden, die auf den Einzelnen abzielen, um den Erhalt und insbesondere die Optimierung von Bevölkerung als Gattung zu gewährleisten. Rasse und Rassismus ebenso wie Eugenik und Rassenhygiene fungieren innerhalb eines biopolitischen Diskurses

als spezifische Formationen, die die Exklusion von männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“ legitimierten und notwendig erscheinen ließen. Diese Wissensformationen werden jedoch in der vorliegenden Studie nicht als strukturelle und vorstrukturierende Raster oder als vertikale Herrschaftshierarchien verstanden, sondern in ihrer horizontalen Charakteristik als handlungsanleitende Diskursgefüge und Bewertungskategorien für menschliches Leben analysiert, die von den beteiligten Frauen und Männern aktiv besetzt, modelliert, modifiziert, transformiert und sinnhaft ausgefüllt wurden.

Innerhalb des zugleich dystopischen Entartungs- und utopischen Aufartungsdiskurses übernahm das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ eine entscheidende bevölkerungspolitische Funktion, da es als Regulierungsinstrument den Erhalt und die Optimierung der nationalsozialistischen Volksgemeinschaft versprach. Der biopolitische Analysezugang eröffnet somit die Chance, die nationalsozialistische Zwangssterilisation sowie auch das nationalsozialistische Herrschaftsgefüge nicht als einseitige diktatorische Herrschaftstechnologien zu konnotieren, sondern die nationalsozialistische Körperpolitik als feld- und gewebeartige Herrschaftsprozedur mit divergierenden, wechselseitigen und dynamischen Machtverhältnissen zu analysieren. Unter diesem Blickwinkel lässt sich die Geschichte des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ auch paradigmatisch als Geschichte des Dritten Reiches interpretieren.

Die Kombination und Ergänzung mit einem mikrohistorischen Forschungszugang bietet die Möglichkeit, die Umsetzung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ als ein alltägliches sowie zielgerichtetes Ausschlussverfahren von „Minderwertigkeit“ zu analysieren, um organisatorische und personelle Bindegewebe, Triebkräfte und Divergenzen zu differenzieren. Denn geschlechter- und kulturhistorische Analyseansätze tragen dazu bei, Handlungsweisen von Frauen und Männern als Ärzte oder Fürsorgerinnen oder Vorstellungen und Wahrnehmungen von gesund, krank oder „erbkrank“ zu lokalisieren sowie soziobiologische Zuschreibungen an Frauen und Männer anhand ihrer unterstellten männlichen und weiblichen „Minderwertigkeit“ als mikrogeschichtliche und biopolitische Konstruktionen von devianter Körperlichkeit zu untersuchen.

Eine wesentliche hermeneutische Voraussetzung spielt ein dichtes Quellenkorpus, das neben administrativen Reglementierungen insbesondere die Praxis der nationalsozialistischen Zwangssterilisation preisgibt. Fallbezogene Beispiele wie das ein-

gangs beschriebene Sterilisationsverfahren gegen eine junge Frau haben für diesen Zugang eine maßgebliche Bedeutung, denn sie können als Ausschnitte und Produkte eines erb- und rassenbiologischen Ausschlussverfahrens und damit als mannigfaltige Spiegel aufgefasst werden, die Muster und Regelmäßigkeiten der technologischen Exklusion von „Minderwertigkeit“ sowie der soziobiologischen Beurteilung des Werts von menschlichem Leben widerspiegeln.

So bildet das einleitende Beispiel einen paradigmatischen Ausschnitt für ein Sterilisationsverfahren, der die abschließende diagnostische Bewertung einer jungen Frau im Verlauf des Jahres 1944 dokumentiert. Innerhalb des Sterilisationsverfahrens gegen die junge Frau stellt die Diagnose einen bereits verdichteten Abschnitt auf dem Weg zur Unfruchtbarmachung dar. Zugleich ist die Sterilisationsdiagnose das Produkt eines mehrstufigen Verfahrens, dem eine Anzeige, personenbezogene Ermittlungen, sozialstaatliche Datenerfassungen und medizinische Untersuchungen vorausgingen und schließlich ein Gerichtsurteil und der chirurgische Eingriff folgten. Die vorangehenden Prozeduren sind für den Herstellungs- und Konstruktionsprozess von immenser Bedeutung, da sie zugleich Ausgangspunkt und Grundlage einer Sterilisationsdiagnose bilden. Aus diesem Grund lohnt es sich, das bereits zitierte Beispiel als hermeneutisches Paradigma der nachfolgenden Untersuchung genauer zu betrachten.

Zum Zeitpunkt der amtsärztlichen Begutachtung der jungen Frau befand sich das Dritte Reich in der letzten Kriegsphase. Wenige Tage zuvor war das Hitlerattentat gescheitert, und im Dezember 1944 wurden die letzten offensiven Militäranstrengungen gestartet. Die Sterilisationspraxis unterlag kriegsbedingten Einschränkungen und wurde durch Personalmangel, Organisationsdefizite und Kriegseinwirkungen beeinträchtigt. Auch aus diesen Gründen finden sich aus dieser Zeit nur wenige Dokumente, und ebenso bleibt deshalb verborgen, wie die junge Frau ins Blickfeld der nationalsozialistischen Zwangssterilisation geriet.

Das zitierte amtsärztliche Gutachten beruhte auf einer medizinischen Untersuchung und auf Ermittlungen im persönlichen Umfeld, die laut medizinischer Dokumentation ergeben hatten, dass die Eltern asozial seien und „viel getrunken“ hätten. Eine Schwester war bereits im Alter von zwölf Jahren sterilisiert worden. Die betroffene Frau hätte „angeblich schon mit mehreren Männern Verkehr gehabt“ und infolge des Geschlechtsverkehrs mit dem eigenen Vater eine Tochter geboren.³ Der Vater befand sich zum Zeitpunkt des Sterilisationsgutachtens in Haft. Die Hintergründe

³ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 29.

der Inhaftierung sowie der so genannten „Blutschande“ bleiben im Gutachten jedoch weitgehend unerwähnt.

Die Ermittlungsergebnisse geben somit konkrete Hinweise auf die Erfassungsmodalitäten der jungen Frau. Durch das inzestuöse Verhältnis zum Vater, die Geburt einer unehelichen Tochter und das strafrechtliche Verfahren geriet sie als potentiell „erbkrankte“ Frau in den Fokus rassenbiologischer Überprüfungen. Dabei ergaben sich für die ermittelnden Amtsärzte weitere Anhaltspunkte wie etwa eine „asoziale“ Familiensituation sowie eine bereits unfruchtbar gemachte Schwester als Beweis einer familiären Belastung. Diese für rassenhygienische Überprüfungen maßgeblichen Kriterien wie Familie und Sexualität wurden innerhalb des medizinisch-psychiatrischen Befundes zu einer soziobiologischen und geschlechtsspezifischen Leistungsdiagnostik verknüpft. So begründeten die beteiligten Mediziner den Sterilisationsantrag mit der Feststellung, dass die diagnostizierten sozialen, ökonomischen, intellektuellen und geschlechtsspezifischen Defizite bereits das Bestehen von „angeborenem Schwachsinn“ hinreichend begründen würden. Aber es geschah weit mehr als diese Zuschreibungen.

Vor dem Hintergrund der kriegsbedingten Einschränkungen, die die Unfruchtbarmachung an eine große Fortpflanzungsgefahr band, verknüpften die begutachtenden Ärzte die festgestellten soziobiologischen Abweichungen und charakterisierten die junge Frau als eine familiär belastete, leistungsschwache, fürsorgebedürftige, asoziale, kriminelle und sexuell triebhafte „Dirne“. Innerhalb des Sterilisationsverfahrens transformierte somit eine strafrechtlich zu verfolgende inzestuöse Beziehung zwischen Vater und minderjähriger Tochter zu einer erbgenehmlich strafwürdigen „Erbkrankheit“. Hierdurch gelang es, eine besondere Promiskuität der jungen Frau zu konturieren, was gleichsam eine Karriere als Prostituierte heraufbeschwor. Eine derartige soziobiologische Herstellung von spezifisch weiblicher „Minderwertigkeit“ korrelierte unmittelbar mit überkommenen Vorstellungen von Männlichkeit und Weiblichkeit und damit verbundenen Verhaltensanforderungen und gesellschaftlichen Rollen, deren medizinische Beweisführung und juristische Ahndung im Dritten Reich zum chirurgischen Ausschluss aus der Fortpflanzungsgemeinschaft führte.

Dergestalt verweisen personenbezogene Beispiele nicht nur auf die soziobiologischen und geschlechtsspezifischen Konstruktionsbedingungen von „Minderwertigkeit“ im Rahmen der nationalsozialistischen Zwangssterilisation als rassenhygienisches Exklusionsverfahren, sondern auf die behördliche Vehemenz von Gesundheitsämtern und Erbgesundheitsgerichten, auf die persönlichen Überzeugungen und Vor-

stellungen von Ärzten und Richtern sowie auf volksgemeinschaftlich geteilte Auffassungen von männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“. Durch einen Perspektivwechsel, der das Augenmerk auf die personenbezogene Durchführung von Sterilisationsverfahren lenkt, können maßgebliche strukturelle und organisatorische Bedingungen, die Zusammenarbeit von Mitarbeitern in Gesundheitsämtern, Gerichten, Sozial- und Wohlfahrtsbehörden oder von Bürgermeistern sowie überformende Vorstellungen bis hin zu persönlichen Einschätzungen über männliche und weibliche „Minderwertigkeit“ im Dritten Reich herausgearbeitet werden, die die Umsetzung von rassenbiologischen Ausschlussverfahren anleiteten und prägten. Hierzu gehören ebenfalls Verhaltensweisen und Auffassungen von betroffenen Frauen und Männern, die im vorliegenden Beispiel jedoch spurlos blieben.

Die Perspektivierung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation als bevölkerungspolitische Technologie einerseits und als praktiziertes Ausschlussverfahren von „Minderwertigkeit“ andererseits erfordert analytische Schwerpunktsetzungen und Eingrenzungen. So werden ergänzende erb- und rassenpflegerische Maßnahmen wie das Ehegesundheitsgesetz oder die erbbiologische Bestandsaufnahme nur punktuell und in ihrer Bedeutung für die Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ einbezogen. Dies gilt ebenso für den nationalsozialistischen Krankentod, der keine rassenhygienischen Ziele zur Aufartung des deutschen „Volkskörpers“, sondern die Vernichtung von „lebensunwertem“ Leben aus ökonomischen Gründen verfolgte und deshalb analytisch unberücksichtigt bleibt.

Auf der Grundlage der Diskussion des Forschungsstandes, der methodisch-theoretischen Darlegung des analytischen Zugangs sowie der Quellenbeschreibung, die zugleich die Konturen der preußischen Provinz Sachsen kenntlich macht (Kap. 2), widmet sich das dritte Kapitel unter einem diskurs- und regionalgeschichtlichen Blickwinkel der Geschichte von Eugenik und Rassenhygiene mit dem Schwerpunkt auf der Sterilisation als bevölkerungspolitischem Instrument (Kap. 3). Entsprechend der Analyse der nationalsozialistischen Zwangssterilisation als eines mehrstufigen Ausschlussverfahrens orientiert sich die nachfolgende Untersuchung am konkreten und praktizierten Verfahrensablauf: In einem ersten Schritt werden die unterschiedlichen behördlichen Erfassungsmaßnahmen von „erbkrankverdächtigen“ Frauen und Männern analysiert (Kap. 4). Hierbei werden das öffentliche Gesundheitswesen sowie die verantwortlichen Amtsärzte als maßgebliche Protagonisten in die Untersuchung einbezogen. Als gedankliches Zentrum des Sterilisationsverfahrens wird die soziobiologische Konstruktion von „Erbkrankheiten“ anhand der medizinisch-psychiatrischen

Überlieferung beschrieben (Kap. 5). Auf Grundlage der Etablierung von Erbgesundheitsgerichten in der preußischen Provinz Sachsen und unter Einbezug der vorsitzenden Richter wird der gerichtliche Beschluss als biojuridische Verurteilung untersucht (Kap. 6). Im Folgenden werden die zur Sterilisation ermächtigten medizinischen Einrichtungen unter Einschluss der operierenden Ärzte in den Blick genommen (Kap. 7). Eine besondere Rolle spielen hierbei Todesfälle infolge des chirurgischen Eingriffs. Zugunsten einer geschlossenen Abhandlung erfolgt abschließend eine detaillierte Auseinandersetzung mit Widerständen und Verhaltensweisen von betroffenen Frauen und Männern (Kap. 8). Auf der Grundlage einer kurzen Nachgeschichte des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“, die die zweite Hälfte der 1940er-Jahre umfasst, werden die gewonnenen Ergebnisse als (H-)Ort der nationalsozialistischen Zwangssterilisation zusammengefasst (Kap. 9).

2 Die nationalsozialistische Zwangssterilisation als Forschungsgegenstand

2.1 Forschungsstand

Die Untersuchung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation als biopolitische Regulierungstechnologie und praktiziertes Ausschlussverfahren erfordert vor allem die Diskussion von Forschungsergebnissen zu behördlichen Organisationsstrukturen in Verwaltung, Medizin und Justiz, zur Beteiligung von Ärzten, Richtern und medizinischem Personal sowie zu soziobiologischen Beurteilungskriterien von als „erbkrank“ und „minderwertig“ geltenden Frauen und Männern. Dabei ist es notwendig, die zeitliche Entwicklung der historischen Forschung nach Ende des Zweiten Weltkrieges zu skizzieren, um analytische Zugänge, konjunkturabhängige Forschungsperspektiven sowie Interpretationsmuster nachzeichnen zu können. Entsprechend der doppelseitigen Vorgehensweise können sowohl analytische Anschlussstellen hergestellt als auch auf Forschungsdesiderate hingewiesen werden, die mit der vorliegenden Studie geschlossen werden sollen.

Im Jahr 2011 konstatierten Robert Jütte, Wolfgang U. Eckart, Hans-Walter Schmuhl und Winfried Süß einen 20-jährigen Forschungsaufschwung zur Geschichte der Medizin im Nationalsozialismus. „Ja, man kann sogar sagen, dass es kein Thema in der Medizingeschichte gibt, das in den letzten 30 Jahren so intensiv erforscht worden ist wie die Rolle der Medizin im Nationalsozialismus.“⁴ Bis zum Ende der 1970er-Jahre wurden erb- und rassenpflegerische Maßnahmen im Dritten Reich sowie auch die Ermordung von psychiatrischen Patienten nahezu ausgespart, was Uwe Kaminsky prägnant als ein „Brachliegen der historischen Erforschung“ charakterisierte.⁵ Die intensive Auseinandersetzung hat indessen eine beträchtliche Fülle von Untersuchungen hervorgebracht, die für Robert Jütte einen historiographischen „Flickenteppich“ ergibt, da die Spezialforschung stark zugenommen habe, jedoch Gesamtdarstellungen fehlen würden, „die auf dem neuesten Stand der Forschung sind und ein möglichst breites Spektrum an Themen abdecken“.⁶ Für Winfried Müller gilt die Ermordung von

⁴ Jütte, Robert/Eckart, Wolfgang U./Schmuhl, Hans-Walter u. a.: *Medizin und Nationalsozialismus. Bilanz und Perspektiven der Forschung*, 2. Aufl., Göttingen 2011, S. 7 (Vorwort).

⁵ Kaminsky, Uwe: *Zwangssterilisation und „Euthanasie“ im Rheinland. Evangelische Erziehungsanstalten sowie Heil- und Pflegeanstalten 1933–1945*, Köln 1995, S. 2.

⁶ Jütte/Eckart/Schmuhl: *Medizin und Nationalsozialismus*, S. 9 (Vorwort). Einen bibliographischen Forschungsüberblick bieten etwa Wolf, Jana: *Auswahlbibliographie zu Eugenik, Rassenhygiene,*

psychiatrischen Patienten im Zuge der NS-„Euthanasie“ als „meist diskutierte[r] Aspekt nationalsozialistischer Gesundheitspolitik“.⁷ Mittlerweile liegt auch eine Vielzahl von medizin-, wissenschafts- und zeitgeschichtlichen Studien zum „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vor, die aufgrund ihres Umfangs und ihrer Heterogenität jedweden Versuch einer um Vollständigkeit bemühten Forschungsdiskussion unterläuft.⁸ Infolge der Forschungsintensivierung ist auch der historische Stellenwert der nationalsozialistischen Zwangssterilisation gestiegen. So charakterisiert Gisela Bock die nationalsozialistische Zwangssterilisation überzeugend als „ein Unrecht eigener Art. Es bedarf nicht einer mit ihr historisch zusammenhängenden Mordpolitik, um sie als Unrecht zu erweisen, und ihre historische Bedeutung geht über die einer bloßen Vorstufe hinaus“.⁹ Mehr noch, sie war als praktiziertes Ausschlussverfahren ein integraler Bestandteil der nationalsozialistischen Erb- und Rassenpolitik.

In der unmittelbaren Nachkriegszeit und bis in die 1960er-Jahre wurden erb- und rassenpflegerische Maßnahmen wie insbesondere das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“, das „Gesetz zum Schutze der Erbgesundheit des deutschen Volkes“ oder die „erbbiologische Bestandsaufnahme“ nicht historisch erforscht.¹⁰ Eine begrenzte Ausnahme stellt die Auseinandersetzung mit dem nationalsozialistischen Krankenmord im Zuge des Nürnberger Ärzteprozesses in der zweiten Hälfte der

Zwangssterilisation, NS-Euthanasie“ und deren Strafverfolgung nach 1945. In: Henke, Klaus-Dietmar (Hrsg.): *Tödliche Medizin im Nationalsozialismus. Von der Rassenhygiene zum Massenmord*, Köln 2008, S. 291–338; Ruck, Michael: *Bibliographie zum Nationalsozialismus*, Bd. 2, vollständig überarb. und wesentlich erw. Aufl., Darmstadt 2000; Beck, Christoph: *Sozialdarwinismus, Rassenhygiene, Zwangssterilisation und Vernichtung „lebensunwerten“ Lebens. Eine Bibliographie zum Umgang mit behinderten Menschen im „Dritten Reich“ und heute*, Bonn 1995.

⁷ Süß, Winfried: *Der „Volkskörper“ im Krieg. Gesundheitspolitik, Gesundheitsverhältnisse und Krankenmord im nationalsozialistischen Deutschland 1939–1945*, München 2003, S. 24.

⁸ Da die nationalsozialistische Zwangssterilisation in Wechselbeziehung zu überkommenen Diskursen wie Rassismus, Rassenhygiene und Eugenik, zu institutionellen und wissenschaftsgeschichtlichen Entwicklungen im Gesundheitswesen, in Medizin und Psychiatrie sowie zu erb- und rassenpflegerischen Maßnahmen im Dritten Reich steht, kann durchaus von einem unüberschaubaren Forschungsstand gesprochen werden. Konsistente Forschungsdiskussionen bieten etwa Schmuhl, Hans-Walter: *Zwangssterilisation*. In: Jütte (Hrsg.): *Medizin und Nationalsozialismus*, S. 201–213; Braß, Christoph: *Zwangssterilisation und „Euthanasie“ im Saarland 1933–1945*, Paderborn 2004, S. 17–31; Süß: *Der „Volkskörper“ im Krieg*, S. 17–26; Vossen, Johannes: *Gesundheitsämter im Nationalsozialismus. Rassenhygiene und offene Gesundheitsfürsorge in Westfalen 1900–1950*, Essen 2001, S. 23–31; Bock, Gisela: *Rassenpolitik, Medizin und Massenmord im Nationalsozialismus*. In: *Archiv für Sozialgeschichte*, Jg. 30 (1990), S. 423–453.

⁹ So Bock, Gisela: *Zwangssterilisation im Nationalsozialismus. Studien zur Rassenpolitik und Geschlechterpolitik*, Münster 2010, S. 8.

¹⁰ Eine Ausnahme bildet etwa ein Gutachten von Prof. Hanns Schwarz, Universitäts-Nervenlinik Greifswald, über die ärztliche Tätigkeit im Sterilisationsverfahren, welches das medizinische Begutachtungsverfahren kritisch beleuchtet und ebenso die Sterilisationspraxis aufgrund der ungenügenden medizinischen Kenntnisse sowie als Bestandteil der nationalsozialistischen Rassenideologie ablehnt. Vgl. Schwarz, Hanns: *Ein Gutachten über die ärztliche Tätigkeit im sog. Erbgesundheitsverfahren*, Halle/Saale 1950.

1940er-Jahre dar.¹¹ Hingegen rekurriert die Publikationsgeschichte von Gerhard Schmidts „Selektion in der Heilanstalt 1939–1945“¹² – 1946 verfasst, aber erst 20 Jahre später veröffentlicht – exemplarisch auf überkommene Denkstrukturen und eine Atmosphäre in der deutschen Medizin und Geschichtswissenschaft, die eine intensivere wissenschaftliche Beschäftigung mit der nationalsozialistischen Bevölkerungspolitik verhinderte.¹³ Zudem lassen die ungenügende rechtliche Sanktionierung sowie die ausgebliebene Anerkennung von unfruchtbar gemachten Frauen und Männern als Opfer des Nationalsozialismus auf ein fehlendes oder zumindest selektives gesellschaftliches Unrechtsbewusstsein sowie auf Kontinuitäten eugenischen und sozialpolitischen Denkens schließen.¹⁴

Erste wichtige Forschungsansätze wurden in beiden deutschen Staaten am Ende der 1960er-Jahre formuliert und waren eng mit dem Mediziner und Psychiater Klaus Dörner (BRD) und dem Leipziger Kirchenhistoriker Kurt Nowak verbunden.¹⁵ Die analytischen Zugänge wurden vornehmlich durch die Kontroverse zwischen Intentionalisten und Strukturalisten und damit von der Frage geprägt, welchen Stellenwert Adolf Hitler, ideologischen Dispositionen sowie gesellschaftlichen Strukturen

¹¹ In diesem Zusammenhang erschienen etwa Platen-Hallermund, Alice: Die Tötung Geisteskranker in Deutschland, 4. Aufl., Bonn 2001 (Nachdruck der Erstausgabe von 1948); Mitscherlich, Alexander/Mielke, Fred (Hrsg.): Medizin ohne Menschlichkeit. Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses, Frankfurt/Main u. a. 1985 (Erstveröffentlichung unter dem Titel: Wissenschaft ohne Menschlichkeit, Heidelberg 1949).

¹² Vgl. Schmidt, Gerhard: Selektion in der Heilanstalt 1939–1945, Frankfurt/Main 1983.

¹³ So war die deutsche Geschichtswissenschaft in der Nachkriegszeit von einer „Sinnkrise“ sowie von „Denkmuster[n] und Werthaltungen zurückliegender Jahrzehnte“ geprägt. Doering-Manteuffel, Anselm: Die deutsche Frage und das europäische Staatensystem 1819–1871, 2. Aufl., München 2001, S. 69. Hierzu grundsätzlich Kershaw, Ian: Der NS-Staat. Geschichtsinterpretationen und Kontroversen im Überblick, Hamburg 1989, S. 11–41; Frei, Norbert: 1945 und Wir. Das Dritte Reich im Bewußtsein der Deutschen, München 2005, S. 23–40. Daneben blockierten Mediziner, die zum größten Teil bereits im Nationalsozialismus praktizierten, teilweise zielgerichtet die historische Forschung. Vgl. Vossen: Gesundheitsämter im Nationalsozialismus, S. 23.

¹⁴ Dementsprechend erscheint auch die historische Forschung als Bestandteil eines überformenden biopolitischen Diskurses, der den als „minderwertig“ und „erbkrank“ geltenden Opfern des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ nur eine geringe gesellschaftliche Bedeutung zummaß. Ein zeitgenössisches Beispiel bietet etwa Nachtsheim, Hans: Für und Wider die Sterilisierung aus eugenischer Indikation, Stuttgart 1952. Weiterführend u. a. Hahn, Daphne: Biopolitik und Modernisierung. Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch in Deutschland nach 1945, Frankfurt/Main 2000; Obermann-Jeschke, Dorothee: Eugenik im Wandel. Kontinuitäten, Brüche, Transformationen. Eine diskursgeschichtliche Analyse, Münster 2008; Haller, Michael/Niggeschmidt, Martin (Hrsg.): Der Mythos vom Niedergang der Intelligenz. Von Galton zu Sarrazin. Die Denkmuster und Denkfehler der Eugenik, Wiesbaden 2012.

¹⁵ Die Erforschung des Nationalsozialismus in der DDR hat sich v. a. in den 1980er-Jahren dem nationalsozialistischen Krankentod und der Zwangssterilisation zugewandt. Der analytische Zugang ist ideologisch gefärbt und durch eine begrenzte Verfügbarkeit überlieferter Quellen gekennzeichnet. Zur Forschung in der DDR siehe v. a. Kaul, Friedrich Karl: Nazimordaktion T4. Ein Bericht über die erste industriemäßig durchgeführte Mordaktion des Naziregimes, Berlin (Ost) 1973; Thom, Achim/Spaar, Horst (Hrsg.): Medizin im Faschismus. Symposium über das Schicksal der Medizin in der Zeit des Faschismus in Deutschland 1933–1945, Berlin (Ost) 1983; Thom, Achim/Caregorodcev, Genadij Ivanovic (Hrsg.): Medizin unterm Hakenkreuz, Berlin (Ost) 1989.

und Entwicklungen in der Analyse des Dritten Reiches beigemessen werden müsse.¹⁶ In einem Zeitschriftenaufsatz aus dem Jahr 1967 interpretierte Klaus Dörner unter dem Paradigma einer „imperialistischen Denkstruktur“ das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ als Ausgangspunkt der „Einübung einer Haltung der Normalisierung und Administrierung der Vernichtung“.¹⁷ Der auf sozialdarwinistischen und eugenischen Diskursen beruhende Rassebegriff sei im Zuge der Praktizierung des Sterilisationsgesetzes zu einer „Leerformel“ geronnen, „unter [der] alles Beliebige in grade erwünschtem Umfang subsumiert und der Vernichtung zugeführt werden konnte“.¹⁸ Kurt Nowak orientierte sich in seiner aus dem Jahr 1971 stammenden Untersuchung zur „Konfrontation der evangelischen und katholischen Kirche mit dem ‚Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses‘ und der ‚Euthanasie‘-Aktion“¹⁹ am intentionalistischen Zugang. Die nationalsozialistische Weltanschauungsideologie habe die entscheidende geistige Grundlage gebildet und sei seit 1933 zielgerichtet umgesetzt worden. Der überkommene sozialdarwinistische Diskurs als „mechanizistisch-biologisches Weltbild“ sei durch die nationalsozialistische Ideologie überformt worden und habe den Erbfaktor verabsolutiert.²⁰

¹⁶ Die unveröhnlichen Standpunkte hat Hans-Ulrich Wehler im Jahr 2007 folgendermaßen beschrieben: Die „Intentionalisten rückten [...] Hitler und seine Monokratie, seine Motive und seine Programmatik entschieden in den Mittelpunkt ihrer Interpretation [...]. Ihre Kontrahenten dagegen, die so genannten Strukturalisten [...] wollten sich mit der Monokratie Hitlers nicht zufrieden geben. Vielmehr fragten sie nach den gesellschaftlichen Konstellationen und Strukturen, die den Aufstieg des Nationalsozialismus, die Elitenkollaboration mit ihm, vor allem dann die Zustimmung zum Hitlerregime bis weit in die Kriegsphase hinein ermöglicht hatten.“ Wehler, Hans-Ulrich: Intentionalisten, Strukturalisten und das Theoriedefizit der Zeitgeschichte. In: Frei, Norbert (Hrsg.): Martin Broszat, der „Staat Hitlers“ und die Historisierung des Nationalsozialismus, Göttingen 2007, S. 72–73.

¹⁷ Vgl. Dörner, Klaus: Nationalsozialismus und Lebensvernichtung. In: Vierteljahreshefte für Zeitgeschichte, Jg. 15 (1967), S. 138.

¹⁸ Dörner: Nationalsozialismus und Lebensvernichtung, S. 131.

¹⁹ Vgl. Nowak, Kurt: ‚Euthanasie‘ und Sterilisierung im ‚Dritten Reich‘. Die Konfrontation der evangelischen und katholischen Kirche mit dem ‚Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses‘ und der ‚Euthanasie‘-Aktion, 3. Aufl., Göttingen 1984.

²⁰ Vgl. Nowak: Die Konfrontation der evangelischen und katholischen Kirche, S. 26. In einem Aufsatz aus dem Jahr 1988 entfernte sich Nowak von seiner vorherigen Interpretation, indem er in Anlehnung an Klaus Dörner konstatierte, dass das Sterilisierungsgesetz von „rassischen Implikationen“ frei gewesen sei. Vielmehr habe die „unkorrekte Praxis“ des Sterilisationsverfahrens das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ zu einem „Instrument sozialpolitischer Regulierung und Reglementierung“ transformiert. Vgl. Nowak, Kurt: Sterilisation und „Euthanasie“ im Dritten Reich. Tatsachen und Deutungen. In: Geschichte in Wissenschaft und Unterricht, Jg. 39 (1988), S. 328–330; Nowak, Kurt: Sterilisation und Krankenmord 1934–1945. Von der Verhütung zur Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ im NS-Staat. In: Propping, Peter/Schott, Heinz (Hrsg.): Wissenschaft auf Irrwegen. Biologismus. Rassenhygiene. Eugenik, Bonn u. a. 1992, S. 85–99.

Vor dem Hintergrund von soziokulturellen Veränderungen seit den ausgehenden 1960er-Jahren, der Befriedung des analytischen „Grabenkampfes“²¹ zwischen Intentionalisten und Strukturalisten und der langsamen Öffnung der deutschen Geschichtswissenschaft für alltags-, kultur- oder geschlechterhistorische Zugänge fand seit den 1980er-Jahren eine Intensivierung der Forschung zur nationalsozialistischen Zwangssterilisation und zum Krankenmord statt.²² Die stärkere öffentliche Auseinandersetzung mit der nationalsozialistischen Erb- und Rassenpflege kristallisiert sich vor allem in den publikumswirksamen Arbeiten des Journalisten und Schriftstellers Ernst Klee.²³

Als einschlägiges Standardwerk gilt bis heute die von Gisela Bock vorgelegte Studie „Zwangssterilisation im Nationalsozialismus. Studien zur Rassenpolitik und

²¹ An dieser Stelle sei lediglich exemplarisch auf das Konzept des „charismatischen Strukturalismus“ von Ian Kershaw, das intentionalistische und strukturalistische Analyseparameter verknüpft, sowie auf den von Martin Broszat initialisierten ent-emotionalisierten Entwurf einer Historisierung des Nationalsozialismus aus dem Jahr 1985 hingewiesen. Vgl. u. a. Kershaw, Ian: Hitler, 2 Bde., München 2002; Broszat, Martin: Was heißt Historisierung des Nationalsozialismus. In: Historische Zeitschrift, Jg. 247 (1988), H. 1, S. 1–14; Im mittelbaren Anschluss entstand ein von Ernst Nolte ausgelöster „Historikerstreit“ über die Singularität der Ermordung der europäischen Juden und deren wissenschaftliche und moralisch-ethische Betrachtung. Vgl. hierzu u. a. Augstein, Rudolf/Bracher, Karl Dietrich/Broszat, Martin u. a.: „Historikerstreit“. Die Dokumentation der Kontroverse um die Einzigartigkeit der nationalsozialistischen Judenvernichtung, München 1987; Brodkorb, Mathias (Hrsg.): Singuläres Auschwitz? Ernst Nolte, Jürgen Habermas und 25 Jahre „Historikerstreit“, Schwerin 2011.

²² Einen analytisch-historiographischen Überblick bietet etwa Röhr, Werner: Einleitung. Sozialgeschichtliche Faschismusforschung auf dem Hintergrund der Kontroverse zwischen Alltags- und Sozialgeschichte. In: Berlekamp, Brigitte/Röhr, Werner (Hrsg.): Terror, Herrschaft und Alltag im Nationalsozialismus. Probleme einer Sozialgeschichte des deutschen Faschismus, Münster 1995, S. 7–29. Die Hinwendung fand im Kontext einer differenzierten Erforschung der nationalsozialistischen Rassenpolitik und v. a. des Holocaust statt. Mit Blickrichtung auf gesundheitspolitische Maßnahmen sei stellvertretend verwiesen auf Arbeitskreis „Geschichte Bethels“ (Hrsg.): Lesetexte zum Problemkreis „Eugenik, Sterilisation, Euthanasie“, Bielefeld 1983; Ebbinghaus, Angelika/Kaupen-Haas, Heidrun/Roth, Karl Heinz (Hrsg.): Heilen und Vernichten im Mustergau Hamburg. Bevölkerungs- und Gesundheitspolitik im Dritten Reich, Hamburg 1984; Rudnick, Martin: Behinderte im Nationalsozialismus. Von der Ausgrenzung und Zwangssterilisation zur „Euthanasie“, Weinheim 1985; Schultz, Ulrich (Hrsg.): Medizin im Nationalsozialismus. Tabuisierte Vergangenheit – Ungebrochene Tradition, 3. Aufl., Frankfurt/Main 1987; Baader, Gerhard/Schultz, Ulrich (Hrsg.): Medizin im Nationalsozialismus. Tabuisierte Vergangenheit – Ungebrochene Tradition, 3. Aufl., Frankfurt/Main 1987; Rost, Karl Ludwig: Sterilisation und Euthanasie im Film des „Dritten Reiches“. Nationalsozialistische Propaganda in ihrer Beziehung zu rassenhygienischen Maßnahmen des NS-Staates, Husum 1987; Medizin im Nationalsozialismus (= Kolloquien des Instituts für Zeitgeschichte), München 1988; Bleker, Johanna/Jachertz, Norbert (Hrsg.): Medizin im Dritten Reich, Köln 1989.

²³ Hier v. a. Klee, Ernst: „Euthanasie“ im NS-Staat. Die „Vernichtung lebensunwerten Lebens“, Frankfurt/Main 1983; ders. (Hrsg.): Dokumente zur „Euthanasie“, Frankfurt/Main 1985; ders.: Was sie taten – was sie wurden. Ärzte, Juristen und andere Beteiligte am Kranken- oder Judenmord, Frankfurt/Main 1986.

Frauenpolitik“²⁴ aus dem Jahr 1986.²⁵ Inspiriert durch die „gender and ethnic history“ in den USA, versteht sie „Rassismus als soziale Praxis“ und rückt bis dato vernachlässigte Fragen nach geschlechtsspezifischen Handlungsweisen und Zuschreibungen in den analytischen Vordergrund. Gisela Bock definiert Rassismus als „eine reale, eigenständige und geschichtsmächtige soziale Kraft“, die „zwischen ethnischen bzw. vergleichbaren soziokulturellen Minderheiten und Mehrheiten“ bestehe.²⁶ Das wesentliche Charakteristikum des Nationalsozialismus bestehe in Anlehnung an Hannah Arendt in der staatlich institutionalisierten und exzessiven Durchsetzung eines rassistischen Paradigmas, das in einen „hygienischen“ und „anthropologischen“ Rassismus unterschieden werden könne.²⁷

Nach Gisela Bock lag der nationalsozialistischen Sterilisationspolitik ein „hygienischer Rassismus“ zugrunde, der auf die deutsche Bevölkerung abgezielt hätte und dessen wesentliches Merkmal eine Sozialdiagnose gewesen sei, die „praktisch unbegrenzt und unbegrenzbar“ war.²⁸ Dabei kennzeichne der „locus communis“ „die sterilisationspolitische Logik von ‚Wert‘, ‚Krankheit‘ und ‚Fortpflanzung‘“.²⁹ Frauen und Männer würden anhand von geschlechtsspezifischen Zuschreibungen bewertet, die sich an gesellschaftlich geteilten sittlichen und moralischen Normvorstellungen und

²⁴ Vgl. Bock, Gisela: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus. Studien zur Rassenpolitik und Frauenpolitik, Opladen 1986. Im Jahr 2010 erschien ein Nachdruck unter leicht verändertem Titel, aber ohne wesentliche inhaltliche Änderungen. Vgl. dies: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus. Studien zur Rassenpolitik und Geschlechterpolitik, Münster 2010. Im Folgenden wird mit der Ausgabe des Jahres 2010 gearbeitet.

²⁵ So u. a. Schmuhl: Zwangssterilisation, S. 203; Kaminsky: Zwangssterilisation und „Euthanasie“ im Rheinland, S. 1; Vossen: Gesundheitsämter im Nationalsozialismus, S. 24. „Die besondere Leistung des Buches liegt [nach Detlev J. K. Peukert] aber darin, daß sich Detailtreue und Reflexion verknüpfen. Auch eine noch umfangreichere Besprechung könnte daher nicht die Eindrücke vermitteln, die die ausführlichen Originalzitate, nicht nur der Täter, sondern auch der Opfer, und besonders die sorgfältigen Schilderungen von Einzelfällen erbringen.“ Vgl. Peukert, Detlev J. K.: Rezension zu Bock, Gisela: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus. Studien zur Rassenpolitik und Frauenpolitik, Opladen 1986. In: Archiv für Sozialgeschichte, Jg. 28 (1988), S. 791. Neben dem erschwerten Zugriff auf die vielfältigen Forschungsergebnisse wurde v. a. die empirisch unhaltbare These und damit verbundene geschlechtsspezifische Überzeichnung kritisiert, dass die Sterilisation von Frauen „seit 1934 der erste planmäßige Massenmord des Nationalsozialismus“ gewesen sei. Vgl. Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 12.

²⁶ Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 17. Eine frühe britische geschlechterhistorische Studie zum Dritten Reich wurde vorgelegt von Stephenson, Jill: Women in Nazi society, London 1975.

²⁷ Vgl. Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 15–16; weiterführend Arendt, Hannah: Elemente und Ursprünge totaler Herrschaft. Antisemitismus, Imperialismus, totale Herrschaft, 12. Aufl., München 1986.

²⁸ Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 302.

²⁹ Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 311. Jedoch sei die nationalsozialistische Sterilisationspolitik insgesamt klassenunspezifisch gewesen. Vgl. Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 72, 420.

traditionellen Rollenbildern orientierten.³⁰ Ebenso wie Klaus Dörner konstatiert auch Gisela Bock, dass die Anwendung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ und die fortlaufende Beurteilung der männlichen und weiblichen Sozialität die ursprünglichen medizinisch-juristischen Termini ausgehöhlt und zu Begriffen „sui generis“ deformiert hätten.³¹ Aus diesem Grund beruhe der ungeheure Umfang der nationalsozialistischen Zwangssterilisation nicht auf einem amtlichen Missbrauch der gesetzlichen Grundlagen, sondern vielmehr darauf, dass sie „gerade bei ‚Schwachsinnigen‘ und ‚leichten Fällen‘ meist genau befolgt worden sei“.³²

Der Einbezug von frauen- und geschlechtergeschichtlichen Fragestellungen am Beispiel der nationalsozialistischen Zwangssterilisation hat wichtige, über die engeren Untersuchungsergebnisse hinausgehende Forschungsimpulse für die Erforschung des Dritten Reiches gegeben und das Geschlechterverhältnis, den Zusammenhang von Rasse und Geschlecht, die geschlechtsspezifischen Zielrichtungen von bevölkerungspolitischen Maßnahmen sowie die Beteiligung von Frauen und Männern an nationalsozialistischen Verbrechen in das historische Blickfeld gerückt.³³

³⁰ Vgl. Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 368–428. In einem späteren Beitrag legte Bock keine grundsätzlich neuen Ergebnisse vor. Der politische Rassismus im „Dritten Reich“ gruppierte sich um die zentrale Kategorie der „Minderwertigkeit“ und die diagnostische Feststellung orientierte sich „an den sozialen und kulturellen Normen der angeblich wertvolleren Gruppe“. Vgl. Bock, Gisela: Gleichheit und Differenz in der nationalsozialistischen Rassenpolitik. In: *Geschichte und Gesellschaft*, Jg. 19 (1993), S. 277–310; weiterhin dies: Sterilization and „Medical“ Massacre in National Socialist Germany. Ethics, Politics, and the Law. In: Berg, Manfred (Hrsg.): *Medicine and Modernity. Public Health and Medical Care in Nineteenth and Twentieth-century Germany*, Cambridge, S. 149–172; dies: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus. In: Quack, Sibylle (Hrsg.): *Dimensionen der Verfolgung, Opfer und Opfergruppen im Nationalsozialismus*, München 2003, S. 279–301; dies: Nazi Sterilisation and Reproductive Policies. In: Kuntz, Dieter (Hrsg.): *Deadly Medicine. Creating the Master Race*, Washington/D.C. 2004, S. 61–87.

³¹ Vgl. Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 308.

³² Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 312.

³³ Vgl. etwa Hagemann, Karen (Hrsg.): *Eine Frauensache. Alltagsleben und Geburtenpolitik 1919–1933. Eine Ausstellungsdokumentation*, Pfaffenweiler 1991; Czarnowski, Gabriele: *Das kontrollierte Paar. Ehe- und Sexualpolitik im Nationalsozialismus*, Weinheim 1991; Osborne, Cornelia: *Frauenkörper. Volkskörper. Geburtenkontrolle und Bevölkerungspolitik in der Weimarer Republik*, Münster 1994; Koonz, Claudia: *Mütter im Vaterland*, Freiburg/Breisgau 1991; Grossmann, Atina: *Reforming sex. The German Movement for birth control and abortion reform 1920–1950*, New York 1995; Gravenhorst, Lerke/Tatschmurat, Carmen (Hrsg.): *Töchter-Fragen. NS-Frauen-Geschichte*, 2. Aufl., Freiburg/Breisgau 1995; Heinsohn, Kirsten, Vogel, Barbara/Weckel, Ulrike (Hrsg.): *Zwischen Karriere und Verfolgung. Handlungsspielräume von Frauen im nationalsozialistischen Deutschland*, Frankfurt/Main 1997; Schomburg, Petra: *Frauen im Nationalsozialismus. Ein Überblick über die historische Frauenforschung und die feministische Diskussion um Verantwortung und Beteiligung von Frauen am Nationalsozialismus*. In: Niethammer, Ortrun (Hrsg.): *Frauen und Nationalsozialismus. Historische und kulturgeschichtliche Positionen*, Osnabrück 1996, S. 42–57; Herkommer, Christian: *Frauen im Nationalsozialismus. Opfer oder Täterinnen? Eine Kontroverse der Frauenforschung im Spiegel feministischer Theoriebildung und der allgemeinen historischen Aufarbeitung der NS-Vergangenheit*, München 2005; Hauch, Gabriele (Hrsg.): *Frauen im Reichsgau Oberdonau. Geschlechterspezifische Bruchlinien im Nationalsozialismus*, Linz 2006; Schubert-Lehnhardt, Viola/Korch, Sylvia (Hrsg.): *Frauen als Täterinnen und Mittäterinnen im Nationalsozialismus*, Halle/Saale 2006; Künzel, Christine/Temme, Gaby (Hrsg.): *Täterinnen und/oder Opfer? Frauen in Gewaltstrukturen*, Bonn 2007; Herkommer, Christina: *Der*

Auf der Grundlage eines charismatisch-funktionalistischen Forschungsansatzes erkannte Hans-Walter Schmuhl in seiner Untersuchung „Rassenhygiene, Nationalsozialismus und Euthanasie“ aus dem Jahr 1987 den ideengeschichtlichen Nährboden nationalsozialistischer Bevölkerungspolitik im Sozialdarwinismus des 19. Jahrhunderts. Infolge der nationalsozialistischen Machtergreifung im Jahr 1933 und der Ausbildung polykratischer Herrschaftsstrukturen im Dritten Reich sei ein Radikalisierungsprozess eingetreten, welcher die Durchführung der Sterilisationspolitik nachhaltig prägte.³⁴ Nach Hans-Walter Schmuhl sei „die rassenhygienisch indizierte Sterilisation ein konstitutives Element der eugenischen Programmatik des Nationalsozialismus“,³⁵ und das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ habe sowohl als Repressionsinstrument als auch als Vorstufe des Krankemordes fungiert.³⁶ Michael Schwartz kritisierte die von Hans-Walter Schmuhl dargelegte Bedeutung der Rassenhygiene für die Ermordung von psychiatrischen Patienten stichhaltig, da der „euthanatische Vernichtungswille“ im Gegensatz zum eugenischen Verhütungswillen als radikalste Form kein rassenhygienisches Postulat gewesen sei.³⁷ Das teleologische Paradigma Schmuhls habe die Bedeutung von rassistischen und rassehygienischen Diskursen verzerrt und somit „maßgeblich dazu beigetragen, benachbarte, aber nicht identische Phänomene wie Eugenik, NS-Rassenpolitik und ‚Euthanasie‘ als grundsätzlich, ja sogar notwendig ineinander verschränkte Komplexe zu definieren“.³⁸ So leiste die

Diskurs zur Rolle von Frauen im Nationalsozialismus im Spiegel feministischer Theoriebildung. In: Künzel, Christine (Hrsg.): Täterinnen und/oder Opfer? Frauen in Gewaltstrukturen, Hamburg 2007, S. 25–45; Frietsch, Elke/Herkommer, Christina (Hrsg.): Nationalsozialismus und Geschlecht. Zur Politisierung und Ästhetisierung von Körper, „Rasse“ und Sexualität im „Dritten Reich“ und nach 1945, Bielefeld 2009; Eschebach, Insa/Ley, Astrid (Hrsg.): Geschlecht und „Rasse“ in der NS-Medizin, Berlin 2012.

³⁴ Vgl. Schmuhl, Hans-Walter: Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie. Von der Verhütung zur Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ 1890–1945, Göttingen 1987, S. 18–21.

³⁵ Schmuhl: Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie, S. 153.

³⁶ Vgl. Schmuhl: Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie, S. 151–167.

³⁷ Vgl. Schwartz, Michael: Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie? Kritische Anfragen an eine These von Hans-Walter Schmuhl. In: Westfälische Forschungen, Jg. 46 (1996) S. 604–622.

³⁸ Schwartz: Kritische Anfragen, S. 604. In späteren Arbeiten behielt Schmuhl seine Analyseaxiome bei. Vgl. Schmuhl, Hans-Walter: Die Selbstverständlichkeit des Tötens. Psychiater im Nationalsozialismus. In: Geschichte und Gesellschaft, Jg. 16 (1990), H. 4, S. 411–439; ders.: Reformpsychiatrie und Massenmord. In: Prinz, Michael/Zitelmann, Rainer (Hrsg.): Nationalsozialismus und Modernisierung, Darmstadt 1991, S. 239–266; ders.: Sterilisation, „Euthanasie“, „Endlösung“. Erbgesundheitspolitik unter den Bedingungen charismatischer Herrschaft. In: Frei, Norbert (Hrsg.): Medizin und Gesundheitspolitik in der NS-Zeit, München 1991, S. 295–308; ders.: Kontinuität oder Diskontinuität? Zum epochalen Charakter der Psychiatrie im Nationalsozialismus. In: Kersting, Franz-Werner/Teppe, Karl/Walter, Bernd (Hrsg.): Nach Hadamar. Zum Verhältnis von Psychiatrie und Gesellschaft im 20. Jahrhundert, Paderborn 1993, S. 112–136; ders.: Grenzüberschreitungen. Das Kaiser-Wilhelm-Institut für Anthropologie, menschliche Erblehre und Eugenik 1927–1945, Göttingen 2005.

Interpretation von Hans-Walter Schmuhl der Vorstellung eines teleologischen historischen Prozesses Vorschub und würde notwendige Differenzierungen zwischen Eheverboten, Unfruchtbarmachungen oder zielgerichteten Tötungen im Dritten Reich unkenntlich machen.³⁹

Am Ende der 1980er-Jahre nahm Klaus Dörner einen Perspektivwechsel vor und interpretierte in Anlehnung an die Untersuchungen von Götz Aly und Karl-Heinz Roth das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ als „Endlösung der sozialen Frage“.⁴⁰ Dabei deutet er die populationspolitischen Tendenzen der Bevölkerungsregulierung, die im 19. Jahrhundert begannen und im Nationalsozialismus kulminierten, als einen stufenweisen Versuch, um die soziale Frage, die biologisiert wurde, endgültig zu lösen.⁴¹ Den Kern bilde die Beurteilung des Werts oder „Unwerts“ von Frauen und Männern, welcher an einem „Komplex industrieller Brauchbarkeit so-

³⁹ Vor allem die Forschungen von Michael Schwartz und Stefan Kühl in den 1990er-Jahren haben dazu beigetragen, die Rassenhygiene nicht als einen auf das Dritte Reich begrenzten und rassistisch geprägten Diskurs zu verstehen, sondern als ein ideengeschichtliches Substrat, das sowohl parteiübergreifend als auch international anerkannt wurde und als sinnstiftende Grundlage von bevölkerungspolitischen Maßnahmen fungierte. Vgl. Schwartz, Michael: Sozialistische Eugenik. Eugenische Sozialtechnologien in Debatten und Politik der deutschen Sozialdemokratie 1890–1933, Bonn 1995. Einen sozialgeschichtlichen Erklärungsansatz zur Eugenik formulierten zuvor Weingart, Peter/Kroll, Jürgen/Bayertz, Kurt: Rasse, Blut und Gene. Geschichte der Eugenik und Rassenhygiene in Deutschland, Frankfurt/Main 1992; weiterhin Kühl, Stefan: Die Internationale der Rassisten. Aufstieg und Niedergang der internationalen Bewegung für Eugenik und Rassenhygiene im 20. Jahrhundert, Frankfurt/Main 1997; Peter, Jürgen: Der Einbruch der Rassenhygiene in die Medizin. Auswirkungen rassenhygienischen Denkens auf Denkkollektive und medizinische Fachgebiete von 1918 bis 1934, Frankfurt/Main 2004; Harten, Hans-Christian/Neirich, Uwe/Schwerendt, Matthias: Rassenhygiene als Erziehungsideologie des Dritten Reichs. Bio-bibliographisches Handbuch, Berlin 2006. Geschlechtsspezifische Ansätze bieten Manz, Ulrike: Bürgerliche Frauenbewegung und Eugenik in der Weimarer Republik, Frankfurt/Main 2007; Wecker, Regina/Braunschweig, Sabine/Imboden, Gabriele u. a. (Hrsg.): Wie nationalsozialistisch ist die Eugenik? Internationale Debatten zur Geschichte der Eugenik im 20. Jahrhundert, Wien 2009.

⁴⁰ Vgl. Dörner, Klaus: Tödliches Mitleid. Zur sozialen Frage der Unerträglichkeit des Lebens, gänzlich überarb. und erw. Neuauflage, Neumünster 2002, S. 7–14, 34–81; ders.: Die These von der „Endlösung der sozialen Frage“. In: Sozialpsychiatrische Informationen, Jg. 21 (1991), S. 11–14; ders.: Die „Endlösung“ der sozialen Frage. In: Mundt, Christoph (Hrsg.): Psychiatrische Forschung und NS-„Euthanasie“, Heidelberg 2001, S. 193–201; daneben Aly, Götz/Roth, Karl-Heinz: Das „Gesetz über die Sterbehilfe bei unheilbar Kranken“. Protokolle der Diskussion über die Legalisierung der nationalsozialistischen Anstaltsmorde in den Jahren 1938–1941. In: Roth, Karl-Heinz (Hrsg.): Erfassung zur Vernichtung. Von der Sozialhygiene zum „Gesetz über Sterbehilfe“, Berlin 1984, S. 101–120. Vor allem Götz Aly hat am Ende der 1980er-Jahre eine kontroverse Interpretation der nationalsozialistischen Rassenpolitik vorgelegt, indem er den Genozid als vornehmlich rationalen und ökonomischen Exklusionsprozess deutete und rassistisch-ideologische Vorstellungen vernachlässigte. Später relativierte er seine Argumentation. Vgl. u. a. Aly, Götz/Heim, Susanne: Vordenker der Vernichtung, 2. Aufl., Frankfurt/Main 1993; Aly, Götz: Hitlers Volksstaat. Raub, Rassenkrieg und nationaler Sozialismus, Frankfurt/Main 2005; ders.: Warum die Deutschen? Warum die Juden? Gleichheit, Neid und Rassenhass 1800–1933, Frankfurt/Main 2011.

⁴¹ Vgl. auch Medizin im Nationalsozialismus. Kolloquien des Instituts für Zeitgeschichte, München 1988, S. 19–27.

wie öffentlicher Wohlanständigkeit oder kommunikativer Anpassungsfähigkeit“ bemessen werde.⁴² Die von Klaus Dörner vorgelegte These einer „Endlösung der sozialen Frage“ erfuhr scharfe Kritik. Einerseits sei die Terminologie unpräzise, andererseits würde dem Nationalsozialismus nach Gisela Bock „ein gigantisches sozialsanitatives Planungsprogramm“⁴³ unterstellt werden und die Bedeutung des Rassismus sowie anderer bevölkerungspolitischer Maßnahmen im Dritten Reich vernachlässigt.⁴⁴

Größeren analytischen Einfluss hatte die von Detlef J. K. Peukert im Jahr 1989 formulierte These der „Ambivalenz der Moderne“ als methodisch-theoretische Neuaufwertung.⁴⁵ In der Abkehr von teleologischen Entwicklungshypothesen und verzerrend-entlastenden Mythenbildungen charakterisierte Detlef Peukert das Dritte Reich nicht als einen Rückfall in eine barbarische Zeit, sondern als extreme Spielart moderner Gesellschaften, in denen Fortschritt und Niedergang sowie Kultur und Unmenschlichkeit in einer ambivalenten Beziehung stünden und die von Rationalisierungs-, Professionalisierungs- und Bürokratisierungsprozessen sowie auch durch den Legitimitätsverlust tradierter Normen und Werte gekennzeichnet seien. Die in der Moderne angelegten Exklusionstendenzen mündeten nach Peukert unter den herrschaftlichen Bedingungen des Dritten Reiches und einem rassistisch-biologistischen Dogma in dem Versuch, „den immanenten Widersprüchen dieser Moderne gewaltsam ein Ende zu machen“.⁴⁶

⁴² Dörner: Tödliches Mitleid, S. 35–36. Eine Differenzierung der ökonomischen Bewertung nahm Martin H. Geyer vor. Er legt den Schwerpunkt auf die Verbindung zwischen Arbeits- und Rassenideologie, die die entscheidende Grundlage der Vernichtung sei. Das „Recht auf Arbeit“ korreliere mit einer „Pflicht zur Arbeit“, zudem läge eine an die Arbeitspolitik orientierte Sozialpolitik vor. Vgl. Geyer, Martin H.: Soziale Sicherheit und wirtschaftlicher Fortschritt. Überlegungen zum Verhältnis von Arbeitsideologie und Sozialpolitik im „Dritten Reich“. In: Geschichte und Gesellschaft, Jg. 15 (1989), S. 383, 391, 397.

⁴³ Blasius, Dirk: Das Ende der Humanität. Psychiatrie und Krankenmord in der NS-Zeit. In: Pehle, Walter H. (Hrsg.): Der historische Ort des Nationalsozialismus. Annäherungen, Frankfurt/Main 1990, S. 52.

⁴⁴ Vgl. Bock: Rassenpolitik, Medizin und Massenmord, S. 427–431.

⁴⁵ Vgl. Peukert, Detlev J. K.: Max Webers Diagnose der Moderne, Göttingen 1989, S. 55–69, 102–121. Weiterführend u. a. Bajohr, Frank/Johe, Werner/Lohalm, Uwe (Hrsg.): Zivilisation und Barbarei. Die widersprüchlichen Potentiale der Moderne. Detlev Peukert zum Gedenken, Hamburg 1991; Hachtmann, Rüdiger/Reichardt, Sven (Hrsg.): Detlev Peukert und die NS-Forschung, Göttingen 2015. Weiterführend v. a. Baumann, Zygmunt: Moderne und Ambivalenz. Das Ende der Eindeutigkeit, Hamburg 1992.

⁴⁶ Peukert, Detlev J. K.: Rassismus und „Endlösungs“-Utopie. Thesen zur Entwicklung und Struktur der nationalsozialistischen Vernichtungspolitik. In: Kleßmann, Christoph (Hrsg.): Nicht nur Hitlers Krieg. Der Zweite Weltkrieg und die Deutschen, Düsseldorf 1989, S. 80.

Ein entscheidendes Wesensmerkmal sei in Anlehnung an Gisela Bock die Ausprägung eines spezifischen eugenischen Rassismus, der als maßgebliches Strukturelement und Ordnungsprinzip fungiere.⁴⁷ „Der gemeinsame Nenner des Rassismus [...] besteht darin, dass die Beurteilung und Behandlung von Menschen nach deren ‚Wert‘ differenziert wird, dessen Kriterien aus einem normativen und affirmativen Leitbild des ‚Volkskörpers‘ als Kollektivsubjekt abgeleitet werden und dessen biologisches Substrat dem genetischen Code der Individuen zugeschrieben wird.“⁴⁸ Zugunsten eines gesunden Volkskörpers müsse das kranke und „minderwertige“ Individuum selektiert und ausgeschlossen werden. Dementsprechend ermögliche der „Primat des Volkskörpers“ die „Ausmerzungen“ von erb- und rassenbiologischer „Minderwertigkeit“.

Die seit Ende der 1980er-Jahre geführte Modernisierungsdebatte hat den verengten Fokus auf die nationalsozialistischen Verbrechen als Barbarei geweitet und den Blick für sozialpolitische Kontinuitäten seit dem 19. Jahrhundert, für gesellschaftliche Partizipation, für wissenschaftlich-technologischen Fortschritt sowie für emanzipatorische Tendenzen im Dritten Reich geschärft.⁴⁹ Zudem haben die ambivalente Gleichzeitigkeit von „Heilen und Vernichten“ in der nationalsozialistischen Diktatur, der in der Bewertung von „Minderwertigkeit“ aufscheinende Werterelativismus sowie die maßgebliche Bedeutung von sozialen und ökonomischen Bewertungskriterien die These von der „Endlösung der sozialen Frage“ teilweise bestätigt und aufgewertet.⁵⁰

⁴⁷ Vgl. Peukert: Rassismus und „Endlösungs“-Utopie, S. 72; zuvor bereits Peukert, Detlev J. K.: Volksgenossen und Gemeinschaftsfremde. Anpassung, Ausmerze und Aufbegehren unter dem Nationalsozialismus, Köln 1982.

⁴⁸ Peukert: Max Webers Diagnose der Moderne, S. 105.

⁴⁹ Zusammenfassend Bavaj, Riccardo: Die Ambivalenz der Moderne im Nationalsozialismus. Eine Bilanz der Forschung, München 2003, S. 57–198. Einen jüngeren Analysezugang verfolgt insbesondere Malte Thießen mit dem Konzept einer „Zeitgeschichte der Vorsorge“. Er betont die besondere Bedeutung von Vorsorge und Präventionsmaßnahmen in der Moderne, die durch Befürchtungen und Ängste vor Krankheit, sozialem Abstieg und Tod geschürt und eine Erhaltung, Verbesserung und Optimierung von Lebens- und Gesundheitsverhältnissen versprechen würden. Dabei würden gesundheits- und sozialpolitische Maßnahmen als Instrumente eines „social engineering“ und Antwort auf Kontingenzerfahrungen der Moderne fungieren, die den Blick auf die „Ordnung des Sozialen“ eröffnen, und gesundheitspolitische Präventionsmaßnahmen „sowohl als Konsequenz wie als Katalysator sozialer Ordnungen“ angesehen werden. Thießen, Malte: Gesundheit erhalten, Gesellschaft gestalten. Konzepte und Praktiken der Vorsorge im 20. Jahrhundert. Eine Einführung. In: Zeithistorische Forschungen/Studies in Contemporary History, Online-Ausgabe, Jg. 10 (2013), H. 3, S. 354–365; ders: Vorsorge als Ordnung des Sozialen. Impfen in der Bundesrepublik und der DDR. In: Zeithistorische Forschungen/Studies in Contemporary History, Online-Ausgabe, Jg. 10 (2013), H. 3, S. 409–432; daneben Stöckel, Siegrid/Walter, Ulla (Hrsg.): Prävention im 20. Jahrhundert. Historische Grundlagen und aktuelle Entwicklungen in Deutschland, Weinheim 2002; Haehner-Rombach, Sylvelyn: Geschichte der Prävention, Stuttgart 2015. Zum Konzept des „social engineering“ siehe etwa Etmüller, Thomas (Hrsg.): Die Ordnung der Moderne. Social Engineering im 20. Jahrhundert, Bielefeld 2009.

⁵⁰ Vgl. Bavaj: Die Ambivalenz der Moderne im Nationalsozialismus, S. 174–198, hier S. 188–189.

Vor dem Hintergrund dieser konzeptionellen Zugänge widmete sich die zeit- und medizingeschichtliche Forschung seit den 1990er-Jahren intensiv der empirischen Analyse der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik. Neben der Erforschung der lokalen, regionalen sowie behörden- und institutionsspezifischen Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ wurden ebenso die Entstehungsbedingungen des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“,⁵¹ die Rolle der evangelischen und katholischen Kirche,⁵² die Beteiligung von Psychiatrie⁵³ und Medizin sowie Einflüsse, Kontinuitäten und Wandlungsprozesse von Rassenhygiene und Eugenik differenziert untersucht.⁵⁴ Daneben wurden mit historischen Analysen zur ausgebliebenen rechtlichen Sanktionierung und Wiedergutmachung von Opfern der nationalsozialistischen Zwangssterilisation neue Untersuchungsfelder erschlossen, die den Blick auf diskursive Kontinuitäten nach Ende des Zweiten Weltkrieges lenken.⁵⁵

⁵¹ Zur gesetzlichen Grundlage siehe (Auswahl) Schwerdtner, Hans-Bodo/Meixner, Michael: Zur Entwicklung der Rassenhygiene in Deutschland und das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. Grundlagen, Diskussionen, Auswirkungen und Vergleich an Hand ausgewählter Krankheitsbilder, Leipzig 1985 (unveröffentlicht); Müller, Joachim: Sterilisation und Gesetzgebung bis 1933, Husum 1985; Ganssmüller, Christian: Die Erbgesundheitspolitik des Dritten Reiches. Planung, Durchführung und Durchsetzung, Köln 1987; Benzenhöfer, Udo: Zur Genese des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, Münster 2006.

⁵² Richter, Ingrid: Katholizismus und Eugenik in der Weimarer Republik und im Dritten Reich. Zwischen Sittlichkeitsreform und Rassenhygiene, Paderborn 2001; Löscher, Monika: „... der gesunden Vernunft nicht zuwider ...?“ Katholische Eugenik in Österreich vor 1938, Innsbruck 2009; dies: Zur katholischen Eugenik in Österreich. In: Wecker, Regina/Braunschweig, Sabine, Imboden, Gabriele u. a. (Hrsg.): Wie nationalsozialistisch ist die Eugenik? Internationale Debatten zur Geschichte der Eugenik im 20. Jahrhundert, Wien 2009, S. 233–245

⁵³ Bereits seit den 1980er-Jahren erschien eine ungeheure Fülle von Forschungen zur Medizin- und Psychiatriegeschichte, die wichtige Ergebnisse zur nationalsozialistischen Zwangssterilisation bieten. Weiterführend eine Auswahl: Blasius, Dirk: Der verwaltete Wahnsinn. Eine Sozialgeschichte des Irrenhauses, Frankfurt/Main 1980; ders.: „Einfache Seelenstörung“. Geschichte der deutschen Psychiatrie 1800–1945, Frankfurt/Main 1994; Siemen, Hans-Ludwig: „Menschen blieben auf der Strecke ...“. Psychiatrie zwischen Reform und Nationalsozialismus, Gütersloh 1987; ders.: Die Reformpsychiatrie der Weimarer Republik. Subjektive Ansprüche und die Macht des Faktischen. In: Kersting, Franz-Werner/Teppe, Karl/Walter, Bernd (Hrsg.): Nach Hadamar. Zum Verhältnis von Psychiatrie und Gesellschaft im 20. Jahrhundert, Paderborn 1993, S. 98–108; ders.: Reformen und Radikalisierung. Veränderungen der Psychiatrie in der Weltwirtschaftskrise. In: Frei, Norbert (Hrsg.): Medizin und Gesundheitspolitik in der NS-Zeit, München 1991, S. 191–200; Cranach, Michael/Siemen, Hans-Ludwig (Hrsg.): Psychiatrie im Nationalsozialismus. Die Bayerischen Heil- und Pflegeanstalten zwischen 1933 und 1945, 2. Aufl., München 2012; Roelcke, Volker/Schmuhl, Hans-Walter (Hrsg.): „Heroische Therapien.“ Die deutsche Psychiatrie im internationalen Vergleich 1918–1945, Göttingen 2013.

⁵⁴ Vgl. etwa Simon, Jürgen: Kriminalbiologie und Zwangssterilisation. Eugenischer Rassismus 1920–1945, Münster 2001; Fangerau, Heiner: Etablierung eines rassenhygienischen Standardwerkes 1921–1941. Der Baur-Fischer-Lenz im Spiegel zeitgenössischer Rezensionenliteratur, Frankfurt/Main 2001; Baader, Gerhard/Hofer, Veronika/Mayer, Thomas (Hrsg.): Eugenik in Österreich. Biopolitische Strukturen von 1900–1945, Wien 2007.

⁵⁵ Vgl. Spring, Claudia Andrea: Verdrängte Überlebende. NS-Zwangssterilisation und die legitime, medizinische und gesellschaftliche Ausgrenzung von zwangssterilisierten Menschen in der Zweiten Republik, Wien 1999 (unveröffentlicht); Westermann, Stefanie: Verschwiegenes Leid. Der Umgang mit den NS-Zwangssterilisationen in der Bundesrepublik Deutschland, Köln 2010; Tümmers, Henning: Anerkennungskämpfe. Die Nachgeschichte der nationalsozialistischen Zwangssterilisation in der Bundesrepublik, Göttingen 2011.

Der quantitative Umfang von Frauen und Männern, die aufgrund des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ unfruchtbar gemacht wurden, kann aufgrund des unwiderruflichen Quellenverlustes im Zuge des Zweiten Weltkrieges nicht abschließend geklärt werden. Die Schätzungen von Gisela Bock in Höhe von etwa 360 000 bis 400 000 zwangssterilisierten Frauen und Männern im Dritten Reich haben durchaus Bestand und scheinen sich als diskursives Artefakt zu manifestieren.⁵⁶ Neuere Untersuchung, insbesondere von Udo Benzenhöfer und Hanns Ackermann aus dem Jahr 2015, prognostizieren hingegen einen geringen Umfang mit circa 300 000 unfruchtbar gemachten Personen.⁵⁷

Unter lokalen Gesichtspunkten wurden einzelne Großstädte wie etwa Frankfurt/Main, Hamburg oder Wien intensiver erforscht. Regional bestehen jedoch große Unterschiede, da einzelne Gebiete wie etwa Bayern, das Saarland und Österreich oder Teile des heutigen Nordrhein-Westfalens oder von Rheinland-Pfalz teilweise gut erforscht sind.⁵⁸ Eine Gesamtdarstellung im Anschluss an die Studie von Gisela Bock steht jedoch aus, ebenso fehlen für mehrere Regionen adäquate Untersuchungen, so dass auch hier im Sinne der Autoren um Robert Jütte von einem historiographischen „Flickenteppich“ gesprochen werden kann.

⁵⁶ Vgl. Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 236.

⁵⁷ Benzenhöfer, Udo/Ackermann, Hanns: Die Zahl der Verfahren und der Sterilisationen nach dem Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, Münster/Berlin 2015, S. 27.

⁵⁸ Zur lokalen und regionalen Durchführung siehe (Auswahl) Daum, Monika/Deppe, Hans-Ulrich: Zwangssterilisation in Frankfurt am Main 1933–1945, Frankfurt/Main u. a. 1991; Rothmaler, Christiane: 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 1991; Streckenbach, Klaus: Das Verbrechen der Zwangssterilisation. Unter besonderer Berücksichtigung von Fallbeispielen aus dem Raum Neuss und Dormagen, Neuss 1992; Ehlers, Paul Nikolai: Die Praxis der Sterilisierungsprozesse in den Jahren 1934 bis 1945 im Regierungsbezirk Düsseldorf unter besonderer Berücksichtigung der Erbgesundheitsgerichte Duisburg und Wuppertal, München 1994; Angerstorfer, Andreas/Dengg, Annemarie: Sterilisationspolitik unterm Hakenkreuz. Zwangssterilisationen in Regensburg und in Oberpfalz/Niederbayern, Regensburg 1999; Hennig, Jessica: Zwangssterilisation in Offenbach am Main 1934–1944, Frankfurt/Main 2000; Töpolt, Birgit: Vorgeschichte und Praxis der Zwangssterilisierung im Dresdner Raum 1933–1945, Dresden 2000; Czech, Herwig: Erfassung, Selektion und „Ausmerze“. Das Wiener Gesundheitsamt und die Umsetzung der nationalsozialistischen „Erbgesundheitspolitik“ 1938 bis 1945, Wien 2003; Marau, Björn: Steril und rasserein. Zwangssterilisation als Teil der nationalsozialistischen Rassenpolitik 1934–1945. Der Kreis Steinburg als Beispiel, Frankfurt/Main 2003; Hinz-Wessels, Annette: NS-Erbgesundheitsgerichte und Zwangssterilisation in der Provinz Brandenburg, Berlin 2004; Heitzer, Horst W.: Zwangssterilisation in Passau. Die Erbgesundheitspolitik des Nationalsozialismus in Ostbayern 1933–1939, Köln 2005; Birk, Hella: Das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“. Eine Untersuchung zum Erbgesundheitswesen im bayerischen Schwaben in der Zeit des Nationalsozialismus, Augsburg 2005; Endres, Sonja: Zwangssterilisation in Köln 1934–1945, Köln 2010; Spring, Claudia Andrea: Zwischen Krieg und Euthanasie. Zwangssterilisation in Wien 1940–1945, Wien 2009; Armbruster, Jan/Freyberger, Harald J.: Zwangssterilisation und „Euthanasie“ in Pommern. Eine Bestandsaufnahme mit Blick auf die frühen Patiententötungen auf polnischem Gebiet. In: Traum & Gewalt, Jg. 8 (2014), H. 4, S. 260–271.

Eine geringe Forschungsintensität trifft insbesondere auf die ehemalige preußische Provinz Sachsen zu. So wurden bislang nur ausschnittshafte Untersuchungen zur Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ publiziert.⁵⁹ Grundlegenden Charakter haben neben der Dokumentation „Justiz im Nationalsozialismus“⁶⁰ vor allem die Publikationen von Ute Hoffmann.⁶¹ Daneben liegen einzelne lokalgeschichtliche Untersuchungen und kleinere Beiträge zu psychiatrischen Einrichtungen wie etwa Uchtspringe, Altscherbitz oder Haldensleben sowie zum Gesundheitswesen und zur Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation in Halle und Magdeburg vor.⁶² Somit trägt die vorliegende Studie maßgeblich zur Erforschung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ bei, indem eine erhebliche regionalhistorische Forschungslücke geschlossen wird.

⁵⁹ Einen bibliographischen Überblick bieten Bastian, Alexander/Stagge, Christiane: Forschungsbericht zur Geschichte des heutigen Bundeslandes Sachsen-Anhalt im Nationalsozialismus. In: Kaltenborn, Steffi/Schmiechen-Ackermann, Detlef (Hrsg.): Stadtgeschichte in der NS-Zeit. Fallstudien aus Sachsen-Anhalt und vergleichende Perspektiven, Münster 2005, S. 150–179.

⁶⁰ Vgl. Justiz im Nationalsozialismus. Über Verbrechen im Namen des Deutschen Volkes, bearb. von Viebig/Michael/Bohse, Daniel, hg. von der Stiftung Gedenkstätten Sachsen-Anhalt, vom Ministerium der Justiz des Landes Sachsen-Anhalt, von der Landeszentrale für politische Bildung Sachsen-Anhalt und der Friedrich-Ebert-Stiftung – Landesbüro Sachsen-Anhalt, 2., überarb. und erg. Aufl., Magdeburg 2015.

⁶¹ Vgl. Hoffmann, Ute: Zwangssterilisation und NS-Justiz. Genese und Umsetzung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933. In: Justiz im Nationalsozialismus. Über Verbrechen im Namen des Deutschen Volkes, Magdeburg 2008, S. 36–43; dies. (Hrsg.): Psychiatrie des Todes. NS-Zwangssterilisation und „Euthanasie“ im Freistaat Anhalt und in der Provinz Sachsen, Teil 1, Magdeburg 2001; dies: Todesursache „Angina“. Zwangssterilisation und „Euthanasie“ in der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Bernburg, Dessau 1996.

⁶² Vgl. Synder, Kriemhild: Die Landesheilanstalt Uchtspringe und ihre Verstrickungen in nationalsozialistische Verbrechen. In: Hoffmann, Ute (Hrsg.): Psychiatrie des Todes. Teil 1, Magdeburg 2001, S. 73–95; Hirschinger, Frank: „Zur Ausmerzung freigegeben“. Halle und die Landesheilanstalt Altscherbitz 1933–1945, Köln u. a. 2003; Grimm, Jana: Zwangssterilisation von Mädchen und Frauen während des Nationalsozialismus – eine Analyse der Krankenakten der Universitäts-Frauenklinik Halle von 1934 bis 1945, Halle/Saale 2003; Wolter, Stefan: „Der Fluchstaat macht Gewalttat“ – Krankenanstalten im Sog des Bösen. Zwangssterilisationen im preußischen Regierungsbezirk Magdeburg in den Jahren 1934–1936. In: *Historia hospitalium. Zeitschrift der Deutschen Gesellschaft für Krankenhausgeschichte*, Jg. 25 (2005–2006), S. 37–61; Schubert-Lehnhardt, Viola: Zur Beteiligung von Frauen an nationalsozialistischen Verbrechen im Gesundheitswesen. Fallstudien aus der Region des heutigen Bundeslandes Sachsen-Anhalt In: Frietsch, Elke/Herkommer, Christina (Hrsg.): Nationalsozialismus und Geschlecht. Zur Politisierung und Ästhetisierung von Körper, „Rasse“ und Sexualität im „Dritten Reich“ und nach 1945 (= GenderCodes. Transkriptionen zwischen Wissen und Geschlecht, Bd. 6), Bielefeld 2009, S. 298–311; Bastian, Alexander: „Die Geisteskranken sind infolge kriegswirtschaftlicher Maßnahmen von hier verlegt worden“ – Zur Geschichte der Landesheilanstalt Haldensleben 1933 bis 1945. In: Hoffmann, Ute (Hrsg.): Psychiatrie des Todes. NS-Zwangssterilisation und „Euthanasie“ im Freistaat Anhalt und in der Provinz Sachsen, Teil 2, Magdeburg 2006, S. 15–26; ders.: Erzwungene Familienplanung. Zwangssterilisation in der Landesheilanstalt Haldensleben 1934–1945. In: Labouvie, Eva/Myrrhe, Ramona (Hrsg.): Familienbande – Familienschande. Geschlechterverhältnisse in Familie und Verwandtschaft, Köln u. a. 2007, S. 255–278; ders.: Zwischen Heilanstalt und Lazarett. Zur Geschichte der Landesheilanstalt Haldensleben von 1926 bis 1945, Halle/Saale 2010; ders.: Zwischen ärztlicher Allmacht und Ohnmacht der Patienten – Zwangssterilisation in der Landesheilanstalt Haldensleben während des Nationalsozialismus. In: *Parthenopolis. Jahrbuch für Kultur und Stadtgeschichte Magdeburgs*, Jg. 2 (2012/13), S. 333–356.

Institutionsspezifische Forschungszugänge orientieren sich an der Tätigkeit von Erbgesundheitsgerichten, Gesundheitsämtern oder psychiatrischen Einrichtungen als maßgeblichen Bestandteilen der nationalsozialistischen Zwangssterilisation.⁶³ Ferner wurde auch die Beteiligung und Positionierung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie untersucht.⁶⁴ Unter einem separierenden Blickwinkel konnte zudem die Beteiligung von psychiatrischen Einrichtungen und ihre besondere „Hilfsfunktion“ bei der Durchführung am „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ detailliert nachgezeichnet werden.

Die herausragende Rolle und Bedeutung des staatlichen Gesundheitswesens und der leitenden Amtsärzte hat Johannes Vossen mit seiner Untersuchung „Gesundheitsämter im Nationalsozialismus“ aus dem Jahr 2002 herausgearbeitet.⁶⁵ An diese Ergebnisse kann die vorliegende Studie anknüpfen, da vor allem die staatlichen Gesundheitsämter als Schaltzentralen eine entscheidende Funktion besaßen, indem sie enge Netzwerke und eine wirkungsvolle Zusammenarbeit mit kommunalen Wohlfahrtsbehörden und psychiatrischen Einrichtungen etablierten und federführend an der

⁶³ Zu Funktion und Tätigkeit von Erbgesundheitsgerichten siehe v. a. Feldmann, Annette/Bothien, Horst-Pierre: Zwangssterilisationen in Bonn. Zur Arbeit des Erbgesundheitsgerichtes Bonn (1934–1944). In: Kuhn, Annette (Hrsg.): Frauenleben im NS-Alltag. Bonner Studien zur Frauengeschichte, Pfaffenweiler 1994, S. 246–254; Kramer, Sabine: „Ein ehrenhafter Verzicht auf Nachkommenschaft“. Theoretische Grundlagen und Praxis der Zwangssterilisation im Dritten Reich am Beispiel der Rechtsprechung des Erbgesundheitsobergerichtes Celle, Baden-Baden 1999; Einhaus, Carola: Zwangssterilisation in Bonn (1933–1945). Die medizinischen Sachverständigen vor dem Erbgesundheitsgericht, Köln 2006. Zu medizinisch-psychiatrischen Einrichtungen siehe (Auswahl) Koch, Thomas: Zwangssterilisation im Dritten Reich: Das Beispiel der Universitätsklinik Göttingen, Frankfurt/Main 1994; Hilder, Dagmar Juliette: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus. Die Umsetzung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ in der Landesheilanstalt Marburg, Marburg 1996; Link, Gunther: Eugenische Zwangssterilisationen und Schwangerschaftsabbrüche im Nationalsozialismus. Dargestellt am Beispiel der Universitätsklinik Freiburg, Frankfurt/Main u. a. 1999; Schulze, Dietmar: Die Landesanstalt Neuruppin in der NS-Zeit, Berlin 2004; Doetz, Sabine: Alltag und Praxis der Zwangssterilisation. Die Berliner Universitätsfrauenklinik unter Walter Stoeckel 1942–1944, Berlin 2011; Ruckert, Frederic: Zwangssterilisationen im Dritten Reich. Das Schicksal der Opfer am Beispiel der Frauenklinik des Städtischen Krankenhauses und der Hebammenlehranstalt Mainz, Stuttgart 2012.

⁶⁴ Vgl. Bastian, Alexander/Dross, Fritz/Frobenius, Wolfgang/Thum, Andreas/Thomas, Ulrike: „Ausführer und Vollstrecker des Gesetzeswillens“ – die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie im Nationalsozialismus, Stuttgart 2016.

⁶⁵ Vossen: Gesundheitsämter. Einen wichtigen Beitrag zur Geschichte des Gesundheitswesens hatten zuvor geleistet Labisch, Alfons/Tennstedt, Florian: Der Weg zum „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ vom 3. Juli 1934. Entwicklungslinien und -momente des staatlichen und kommunalen Gesundheitswesens in Deutschland, 2 Teile, Düsseldorf 1985; auch Nitschke, Asmus: Die „Erbpolizei“ im Nationalsozialismus. Zur Alltagsgeschichte der Gesundheitsämter im Dritten Reich, Opladen 1999. Im Anschluss an Johannes Vossen erschienen Hüntelmann, Axel C./Vossen, Johannes/Czech, Herwig (Hrsg.): Gesundheit und Staat. Studien zur Geschichte der Gesundheitsämter in Deutschland 1870–1950, Husum 2006; Donhauser, Johannes: Das Gesundheitsamt im Nationalsozialismus. Der Wahn vom „gesunden Volkskörper“ und seine tödlichen Folgen. Eine Dokumentation, Stuttgart 2007; Hüntelmann, Axel: Hygiene im Namen des Staates. Das Reichsgesundheitsamt 1976–1933, Göttingen 2008; Christians, Annemone: Amtsgewalt und Volksgesundheit. Das öffentliche Gesundheitswesen im nationalsozialistischen München, Göttingen 2013.

Erfassung, Registratur sowie Begutachtung und Antragsstellung von „erbkranken“ Frauen und Männern beteiligt waren.⁶⁶

Die Erbgesundheitsgerichte als juristische Bestandteile werden übereinstimmend als willfähige Erfüllungsgehilfen der nationalsozialistischen Bevölkerungspolitik charakterisiert, da sie den von Amtsärzten oder psychiatrischen Einrichtungen eingereichten Sterilisationsanträgen mit etwa 80 bis 90 Prozent zustimmten.⁶⁷ Ein wesentliches Merkmal der nationalsozialistischen Erbjustiz war die Zuweisung zur freiwilligen Gerichtsbarkeit, die Rechtssicherheit und Legitimität suggerierte, erhebliche richterliche Ermessensspielräume bot und den strafgerichtlichen Charakter des Erbgesundheitsverfahrens verbarg.⁶⁸ Für Hans-Walter Schmuhl sollten die mit der Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ beauftragten Richter „als Avantgarde einer neuen Rechtsauffassung dazu beitragen, in der Justiz das Bewusstsein für die ‚biologische Funktion‘ des Rechts zu schärfen“.⁶⁹

Unter Berücksichtigung der Organisationsstrukturen sowie der Tätigkeit von Erbgesundheitsgerichten und Gesundheitsämtern hat die historische Forschung eine weitgehend einheitliche Sterilisationspraxis im Dritten Reich herausgearbeitet. Gleichzeitig konnte eine regional divergierende Durchführung festgehalten werden, die den Blick auf die jeweiligen herrschaftlichen Strukturen sowie die verantwortlichen medizinischen Protagonisten richtet.⁷⁰ Die Fokussierung auf gerichtliche und medizinische Behörden sowie psychiatrische Einrichtungen hat zwar detaillierte Forschungsergebnisse erzielt, jedoch wurden durch die institutionelle Schwerpunktsetzung etwa die Zusammenarbeit von Gesundheitsämtern, psychiatrischen Einrichtungen und Erbgesundheitsgerichten, behördliche Konflikte und Schwierigkeiten ebenso wie Motive und Handlungsweisen von maßgeblichen Protagonisten und damit die selektive Praxis der nationalsozialistischen Zwangssterilisation vernachlässigt.⁷¹ Aus

⁶⁶ Vgl. auch Daum/Deppe: Zwangssterilisation in Frankfurt am Main, S. 42–63; Christians: Amtsgewalt und Volksgesundheit, S. 27–64.

⁶⁷ Vgl. etwa Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 208–245; Heitzer: Zwangssterilisation in Passau, S. 293; Braß: Zwangssterilisation und „Euthanasie“, S. 127–140.

⁶⁸ Einhaus: Zwangssterilisation in Bonn, S. 32; Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 195.

⁶⁹ Schmuhl: Zwangssterilisation, S. 210.

⁷⁰ So bildete etwa die Errichtung eines „Landesamtes für Rassewesen“ in Thüringen einen maßgeblichen Hintergrund für die vergleichsweise intensive Sterilisationspraxis. Vgl. etwa Weindling, Paul: „Mustergau“ Thüringen. Rassenhygiene zwischen Ideologie und Machtpolitik. In: Frei, Norbert (Hrsg.): Medizin und Gesundheitspolitik in der NS-Zeit, München 1991, S. 81–97; ebenso: ders.: „Mustergau“ Thüringen. Rassenhygiene zwischen Ideologie und Machtpolitik. In: Hofffeld, Uwe (Hrsg.): Kämpferische Wissenschaft. Studien zur Universität Jena im Nationalsozialismus, Köln 2003, S. 1013–1026.

⁷¹ Ansätze bieten etwa Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus; Braß: Zwangssterilisation und „Euthanasie“; Birk: Erbgesundheitswesen im bayerischen Schwaben.

diesem Grund konzentriert sich die vorliegende Studie auf die Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ als ein praktiziertes Ausschlussverfahren, um behördliche Interdependenzen, Verhaltensweisen von Beteiligten und Betroffenen, Brüche und Diskontinuitäten auszuleuchten, die als Bestandteile, Effekte und Triebkräfte die nationalsozialistische Sterilisationspolitik prägten.

Mit ihrer Untersuchung „Zwangssterilisation und Ärzteschaft“ aus dem Jahr 2003 hat sich Astrid Ley erstmals den „Hintergründen und Zielen ärztlichen Handelns“ gewidmet und für einzelne ärztliche Berufsgruppen einen divergenten Beteiligungsgrad nachgewiesen.⁷² So seien niedergelassene Allgemeinmediziner der gesetzlichen Anzeigepflicht von „erbkrankverdächtigen“ Frauen und Männern nur geringfügig nachkommen, was einseitig als „Verweigerungshaltung“ interpretiert werden könne.⁷³ Jedoch beruhe die geringe Beteiligung nicht auf einer Distanz oder Ablehnung der nationalsozialistischen Erb- und Rassenpflege, sondern auf Ängsten vor ökonomischen Nachteilen infolge von Vertrauensverlust und eines Patientenrückgangs. Das geringe Anzeigeverhalten wurde nicht sanktioniert, was laut Astrid Ley auf erhebliche ärztliche Handlungsspielräume verweise. Demgegenüber schätzt sie die Haltung von Psychiatern als ambivalent ein, und ihre Beteiligung umfasse Zurückhaltung bis hin zu einer aktiven Teilnahme, was auf biographische, habituelle und professionsspezifische Merkmale zurückzuführen sei.⁷⁴ Ebenso betont Johannes Vossen für Amtsärzte den Einfluss von persönlichen und biographischen Faktoren, die die Sterilisationspraxis nachhaltig prägten. „Hohes Alter, Krankheit, sozialhygienische Vergangenheit, Nicht-Parteimitgliedschaft oder katholische Konfession des Amtsarztes machten eine eher zurückhaltende Durchführung des Sterilisationsgesetzes wahrscheinlich, während umgekehrt relative Jugend, frühe Parteimitgliedschaft und die Übernahme von

⁷² Vgl. Ley, Astrid: Zwangssterilisation und Ärzteschaft. Hintergründe und Ziele ärztlichen Handelns 1934–1945, Erlangen 2003. Daneben etwa Chroust, Peter: Friedrich Mennecke. Innenansichten eines medizinischen Täters im Dritten Reich. In: Aly, Götz/Chroust, Peter/Heilmann, Hans-Dieter u. a.: Biedermann und Schreibtischtäter. Materialien zur deutschen Täter-Biographie, 2. Aufl., Berlin 1989, S. 67–122; Lifton, Robert Jay: Ärzte im Dritten Reich, Stuttgart 1988; Walter, Bernd: Psychiatrie und Gesellschaft in der Moderne. Geisteskrankenfürsorge in der Provinz Westfalen zwischen Kaiserreich und NS-Regime, Paderborn 1996; Holtkamp, Martin: Werner Villinger (1887–1961). Die Kontinuität des Minderwertigkeitsgedankens in der Jugend- und Sozialpsychiatrie, Husum 2002; Freimüller, Tobias: Mediziner: Operation Volkskörper. In: Frei, Norbert (Hrsg.): Hitlers Eliten nach 1945, München 2003, S. 13–68; Roelcke, Volker: Politische Zwänge und individuelle Handlungsspielräume. Karl Bonhoeffer und Maximilian de Crinis im Kontext der Psychiatrie im Nationalsozialismus. In: Schleiermacher, Sabine/Schagen, Udo (Hrsg.): Die Charité im Dritten Reich. Zur Dienstbarkeit medizinischer Wissenschaft im Nationalsozialismus, Paderborn 2008, S. 67–84; Schmidt, Ulf: Hitlers Arzt Karl Brandt. Medizin und Macht im Dritten Reich, Berlin 2009.

⁷³ Ley: Zwangssterilisation und Ärzteschaft, S. 133.

⁷⁴ Ley: Zwangssterilisation und Ärzteschaft, S. 300–302.

Ämtern in der Partei eine rigorose Durchführung des Sterilisationsgesetzes wahrscheinlich machten.“⁷⁵

Die Untersuchung von Merkmalen, Bedingungen und Triebkräften ärztlichen Handelns hat zu Differenzierungen der nationalsozialistischen Sterilisationspraxis beigetragen. Eine wichtige Ergänzung bieten geschlechtsspezifische Analysezugänge, in denen die aktive Beteiligung von Frauen als Fürsorgerinnen und Hebammen und ihre besondere Bedeutung in der Erfassung von als „erbkrank“ geltenden Frauen und Männern betont und auf Handlungsspielräume hingewiesen werden konnte.⁷⁶ Trotz dieser weiterführenden Forschungsergebnisse wird die Beteiligung von Frauen an der nationalsozialistischen Zwangssterilisation in ihrer Relevanz und Tragweite vernachlässigt, sodass geschlechtsspezifische Beurteilungskriterien, Motive und Interessen weitgehend ausgeblendet werden.

Die Begründung von Sterilisationsgutachten sowie die diagnostische Begutachtung von als „minderwertig“ und „erbkrank“ geltenden Frauen und Männern wird übereinstimmend als ein soziobiologisches Bewertungsverfahren charakterisiert. Vor allem die Auslegung des „angeborenen Schwachsinn“ rekurrierte auf Bewertungsmaßstäbe, die sich am nationalsozialistischen Volkskörper als Leitbild, an ökonomischer Leistungsfähigkeit, an einem bürgerlichen Tugendkanon, an sittlichen Wertvorstellungen von Männern und Frauen oder an habituellen Auffassungen der begutachtenden Ärzte orientieren würden.⁷⁷ Dementsprechend handele es sich nicht um einen fest umrissenen nationalsozialistischen Beurteilungskatalog, sondern um ein exzessives, multiplexes und quasi grenzenloses Ausschlussverfahren sozialer Devianz.⁷⁸

⁷⁵ Vossen: Gesundheitsämter im Nationalsozialismus, S. 483.

⁷⁶ Für die preußische Provinz Sachsen exemplarisch Schubert-Lehnhardt: Beteiligung von Frauen, S. 308–309; Vgl. weiterführend Maria-Hix, Ilse: Fürsorgerinnen im Dienst der Erbbiologie. In: Kuhn, Annette (Hrsg.): Frauenleben im NS-Alltag. Bonner Studien zur Frauengeschichte, (Bonner Studien zur Frauengeschichte, Bd. 2) Pfaffenweiler 1994, S. 255–260; Glensk, Evelyn/Rothmaler, Christiane (Hrsg.): Kehrseiten der Wohlfahrt. Die Hamburger Fürsorge auf ihrem Weg von der Weimarer Republik in den Nationalsozialismus, Hamburg 1992; Lehnert, Esther: Die Beteiligung von Fürsorgerinnen an der Bildung und Umsetzung der Kategorie „minderwertig“ im Nationalsozialismus. Öffentliche Fürsorgerinnen in Berlin und Hamburg im Spannungsfeld von Auslese und „Ausmerze“, Frankfurt/Main 2003; Lisner, Wiebke: „Hüterinnen der Nation“. Hebammen im Nationalsozialismus, Frankfurt/Main 2006; Kompisch, Kathrin: Täterinnen. Frauen im Nationalsozialismus, Köln 2008.

⁷⁷ Vgl. etwa Braß: Zwangssterilisation und „Euthanasie“, S. 108, 335; Kaminsky: Zwangssterilisation und „Euthanasie“ im Rheinland, S. 293–294; auch Ayaß, Wolfgang: „Asoziale“ im Nationalsozialismus, Stuttgart 1995, S. 105–113.

⁷⁸ In Anlehnung an die Interpretationen von Klaus Dörner und Gisela Bock charakterisiert Christoph Schneider das rassistische und an gesetzlich definierten „Erbkrankheiten“ ausgerichtete Begutachtungsverfahren als ein „Hypostasieren der Konstruktion“. Schneider, Christoph: Die Verstaatlichung des Leibes. Das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ und die Kirche. Eine Dokumentenanalyse, Konstanz 2000, S. 6.

Entgegen der geschlechterhistorischen Impulse zum Zusammenhang von Rasse und Geschlecht oder den Formen sexualisierter Gewalt wurden die Bewertungskriterien von männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“ im Anschluss an Gisela Bock jedoch selten systematisch untersucht.⁷⁹ Stattdessen dient die konstatierte Sozialdiagnostik der historischen Analyse insbesondere als deskriptive Folie, um das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ als ein nationalsozialistisches Verbrechen zu kennzeichnen. Im Hinblick auf die Erforschung der Interdependenzen von Wissenschaft, Geschlecht und Rasse im Dritten Reich resümiert Carola Sachse im Jahr 2012: „Anders als man es bei diesem Untersuchungsfeld, in dessen Zentrum die biopolitische Zurichtung menschlicher Körper, ihrer Fortpflanzung und Lebenschancen, steht, erwarten sollte, werden wissenschafts- und geschlechterhistorische Untersuchungsansätze nur mehr selten kombiniert, um zu einem genaueren Verständnis dieses Kernbereichs nationalsozialistischer Herrschaft zu gelangen.“⁸⁰ Infolgedessen stehen die sozialen, ökonomischen, habituellen oder geschlechtsspezifischen Zuschreibungen und Herstellungsmodi von männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“ abseits des historischen Erkenntnisinteresses.

Die Verhaltensweisen von „erbkrankverdächtigen“ Frauen und Männern wurden bislang nicht separat untersucht, sondern werden zumeist beiläufig beschrieben, sodass Wechselwirkungen innerhalb der Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation weitgehend unberücksichtigt bleiben.⁸¹ Übereinstimmend wird konstatiert, dass kein gesellschaftlicher Widerstand, sondern lediglich lokal begrenzte und persönlich motivierte Abwehrversuche entstanden.⁸² Für katholische Regionen werden anhand einer höheren Anzahl von Beschwerden und polizeilichen Zwangsvorfürungen eine stärkere „Resistenz“ sowie ein höherer Widerstandsgrad behauptet, die

⁷⁹ Vgl. Köbsell, Swantje: Eingriffe. Zwangssterilisation geistig behinderter Frauen, München 1987; Rothmal: Sterilisationen in Hamburg; Maria-Hix, Ilse: Zwangssterilisierungen: Eine spezielle Form der NS- Frauenpolitik. In: Kuhn, Annette (Hrsg.): Frauenleben im NS-Alltag. Bonner Studien zur Frauengeschichte, Pfaffenweiler 1994, S. 232–245; Drescher-Müller, Gisela: Einstellungen und Verhaltensdispositionen der Anstaltspsychiater zur Zwangssterilisation bei schizophrenen Frauen während des Nationalsozialismus. Eine Untersuchung der Krankenakten psychiatrischer Patientinnen der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster und der Kreis-, Kranken- und Pflegeanstalt Frankenthal von 1934 bis 1939, Landau 2008; Grimm: Zwangssterilisation von Mädchen und Frauen.

⁸⁰ Sachse, Carola: Wissenschaft und Geschlecht in der NS-Medizin. Überlegungen zur Verbindung wissenschafts- und geschlechterhistorischer Untersuchungsansätze. In: Eschebach, Insa/Ley, Astrid (Hrsg.): Geschlecht und „Rasse“ in der NS-Medizin, Berlin 2012, S. 17.

⁸¹ Eine wichtige Ergänzung bilden Arbeiten zur Nachgeschichte, vgl. Westermann: Verschwiegenes Leid, S. 54–59, 117–127.

⁸² Vossen: Gesundheitsämter im Nationalsozialismus, S. 426–429.

auf die kritische Position der katholischen Kirche zurückgeführt werden.⁸³ Die Motive von widerständigen Verhaltensweisen wurden bislang nur sporadisch untersucht. Ebenso wurden geschlechtsspezifische Handlungsweisen, abgesehen von Gisela Bock, bislang weitgehend ausgespart.⁸⁴ Wesentliche Interpretationsmuster rekurren auf eine dichotome Unterscheidung zwischen Zustimmung und Ablehnung einerseits sowie der Konzentration auf abwehrende Verhaltensweise andererseits, sodass „Grauzonen“ zwischen Ablehnung und Zustimmung wie etwa ökonomische Zwangslagen, zielgerichtete Instrumentalisierungsversuche der gesetzlichen Grundlage oder Internalisierungsprozesse ideologisch-rassenhygienischer Diskurse vernachlässigt werden. Insbesondere die Untersuchung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation als eine selektive Praxis trägt zu einer Erweiterung des Forschungsstandes bei, indem geschlechtsspezifische Verhaltensweisen und Motive differenziert und damit verbunden die Bedeutung von betroffenen Frauen und Männern, die keineswegs nur Gegenstände einer diktatorischen Aussonderungsmaßnahme waren, ausgeleuchtet und geschärft werden können.

Abschließend lässt sich zusammenfassen, dass die historische Erforschung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation mindestens vier Phasen durchlief. Bis in die 1960er-Jahre wurden nahezu keine Studien durchgeführt. Im Anschluss fand eine zaghafte Hinwendung statt, die sich insbesondere seit Beginn der 1980er-Jahre intensivierte. Die alltags-, geschlechter-, diskurs-, politik-, sozial- und modernitätsgeschichtlichen Forschungsansätze haben seitdem maßgeblich zur Erforschung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation beigetragen. Seit den 1990er-Jahren hat sich die historische Forschung insbesondere der empirischen Analyse gewidmet und eine Vielzahl von zumeist regionalspezifischen Detailergebnissen erarbeitet. Dementsprechend liegt ein zuweilen unüberschaubarer Forschungsstand vor, der das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ aus unterschiedlichen Blickwinkeln betrachtet. Es wurden die Organisation von Gesundheitsämtern und Erbgesundheitsgerichten differenziert, die Bedeutung von ärztlichem Handeln und die Beteiligung von Medizern, Richtern und medizinischem Personal betont sowie die Formen der diagnostischen Bewertung als soziobiologischer Ausschluss beschrieben. Heute charakterisiert die historische Forschung das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ als

⁸³ Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 279–290, 293–296; Heitzer: Zwangssterilisation in Passau, S. 214–225.

⁸⁴ Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 287–296.

ein rassistisch-biologisches Exklusionsverfahren, in dem die medizinisch-psychiatrischen Krankheitsbegriffe zu „Leerformeln“ oder zu Krankheitsbezeichnungen „sui generis“ deformierten und die Basis eines grenzenlosen sozialen Ausschlusses von männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“ darstellten.

In der historischen Betrachtung gilt die nationalsozialistische Zwangssterilisation mittlerweile als ein integraler Bestandteil der Erb- und Rassenpolitik im Dritten Reich sowie als Ausgangspunkt und Vorstufe eines sich radikalisierenden Ausschlussprozesses, der in der Ermordung von psychiatrischen Patienten mündete. Trotz der Vernachlässigung in der Gesamtschau nimmt das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ einen basalen Platz in der Geschichte der nationalsozialistischen Diktatur ein – hierfür spricht nicht nur die ungeheure Anzahl von mindestens 300 000 bis 350 000 Unfruchtbarmachungen.⁸⁵ Vergleichbar mit einem Prisma bündeln sich in der Exklusion von als „erbkrank“ und „minderwertig“ geltenden Frauen und Männern für das Dritte Reich konstituierende ideologisch-rassistische, rassenhygienische, sozialpolitische und geschlechterspezifische Diskurse, polykratische Strukturbedingungen, dynamische Herrschaftsverhältnisse ebenso wie die aktive Beteiligung von Frauen und Männern als Ärzte, Richter oder als medizinisches Personal.

Trotz der intensiven Bemühungen bestehen weiterhin signifikante Forschungslücken. So wurden einzelne Regionen wie vor allem die ehemalige preußische Provinz Sachsen bislang kaum erforscht, sodass erhebliche regionalhistorische Forschungsdefizite bestehen. Weiterhin wurden geschlechtsspezifische Analysen zur Beteiligung ebenso wie zur soziobiologischen Bewertung im Anschluss an die maßgebliche Untersuchung von Gisela Bock vernachlässigt. Schließlich hat die Untersuchung von Verhaltensweisen von unfruchtbar gemachten Frauen und Männern eine vornehmlich randständige analytische Bedeutung. Die Forschungslücken bestehen jedoch weniger in der Analyse von spezifischen Untersuchungsgegenständen, sondern vielmehr in der Gesamtdarstellung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ als ein bürokratisches, medizinisches und gerichtliches Verfahren. So kann die Charakterisierung des Forschungsstandes von Robert Jütte als historiographischer „Flickenteppich“ bestätigt werden, denn die Vielzahl von Einzelergebnissen zum Gesundheitswesen,

⁸⁵ In Überblicksdarstellungen zum Dritten Reich spielen die gegen die deutsche Bevölkerung gerichteten Maßnahmen wie v. a. das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“, das „Ehegesundheitsgesetz“ sowie auch die Tötung von psychiatrischen Patienten im Zuge der Aktion T 4 eine randständige Rolle. Vgl. etwa Wildt, Michael: Geschichte des Nationalsozialismus, Göttingen 2008; Hildebrand, Klaus: Das Dritte Reich, 7. Aufl., München 2009; Grüttner, Michael: Das Dritte Reich. 1933–1939, Stuttgart 2014.

zur Erbjustiz, zum ärztlichen und richterlichen Handeln sowie zur soziobiologischen Beurteilungspraxis wird kaum im Zusammenhang und wechselseitigen Bezug analysiert, sodass wichtige Ergebnisperspektiven zur nationalsozialistischen Zwangssterilisation als praktiziertes Ausschlussverfahren vernachlässigt werden.

Entsprechend der wechselseitigen Interaktion von organisatorischen, medizinischen und rechtlichen Analysegegenständen in Form von Diskursen, Normen, Behörden, beteiligten Akteuren sowie betroffenen Frauen und Männern zielt die vorliegende Studie auf eine mikroskopische Gesamtdarstellung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation ab. Durch diesen Forschungszugang kann die selektive Praxis detailliert analysiert werden, indem gesetzliche und medizinische Normen, behördliche Konflikte und polykratische Triebkräfte sowie biographische Merkmale, professionsspezifische und persönliche Motive sowie Handlungsspielräume von maßgeblich beteiligten männlichen Amtsärzten und Erbgesundheitsrichtern, aber auch von weiblichen Bediensteten wie Fürsorgerinnen wechselseitig in die Untersuchung einbezogen und Zusammenhänge zum Herstellungs- und Selektionsprozess von männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“ hergestellt werden. Denn entsprechend der vielfältigen Schnittpunkte und Dynamiken „erklärt sich“ in Anlehnung an Dan Diner und Uwe Kaminsky auch die nationalsozialistische Zwangssterilisation „weder aus dem Geist der Wissenschaft noch aus dem Ungeist der Ideologie allein. Vielmehr muss von einem komplizierteren Zusammenhang ausgegangen werden, der sowohl die herrschafts- und sozialgeschichtlichen Entwicklungen unter den Bedingungen der nationalsozialistischen Diktatur wie auch ideengeschichtliche Entwicklungen in Medizin/Psychiatrie und Gesellschaft in den Bedingungsrahmen einbezieht.“⁸⁶

Die erstmalige analytische Kombination von Biopolitik mit mikro-, geschlechter- und kulturhistorischen Forschungszugängen bietet am Beispiel der bislang unerforschten preußischen Provinz Sachsen eine konzeptionelle Basis, um die polyzentrischen Bedingungsfaktoren der nationalsozialistischen Zwangssterilisation zu berücksichtigen, indem der Herstellungs- und Selektionsprozess von weiblicher und männlicher „Minderwertigkeit“ als Kristallisationspunkt, Effekt und Spiegelbild von überkommenen rassistischen und rassehygienischen Diskursen, von herrschaftsgeschichtlichen Rahmenbedingungen und behördlichen Triebkräften sowie von sozialen, ökonomischen, habituellen und medizinischen Vorstellungen der beteiligten Ärzte, Richter

⁸⁶ Kaminsky: Zwangssterilisation und „Euthanasie“ im Rheinland, S 317; Diner, Dan: Perspektivenwahl und Geschichtserfahrung. In: Pehle, Walter H. (Hrsg.): Der historische Ort des Nationalsozialismus, Frankfurt/Main 1990, S. 105–106; Bavaj: Ambivalenz der Moderne, S. 176.

oder Fürsorgerinnen verstanden wird. Somit kann auch ein Beitrag zur Erforschung nationalsozialistischer Herrschaft geleistet werden, indem die nationalsozialistische Zwangssterilisation nicht als ein einseitiges herrschaftliches Ausschlussverfahren verstanden wird, sondern als ein biopolitischer Aushandlungs-, Herstellungs- und Konstruktionsprozess von „Minderwertigkeit“, der von einer Vielzahl von männlichen und weiblichen Akteuren geteilt, unterstützt und durchgeführt wurde.

2.2 Biomacht und Körperpolitik im Dritten Reich – Analytische Perspektiven auf das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ als Herstellungs- und Selektionsverfahren von „Minderwertigkeit“

Die vorliegende Studie erforscht die mit dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ begründete und initialisierte Praxis der Selektion von als „erbkrank“ und „minderwertig“ geltenden Frauen und Männern. Dieser mikrohistorische Forschungszugang bedarf eines analytischen Modells, um erstens die diskursiven und organisatorischen Bestandteile, Wechselwirkungen und Effekte der nationalsozialistischen Zwangssterilisation differenzieren, um zweitens Handlungsweisen und Vorstellungen von Beteiligten und Betroffenen sowie die auf männliche und weibliche Körper abzielenden Beurteilungsprozeduren konkretisieren und um drittens die soziobiologischen und geschlechtsspezifischen Bewertungskriterien von „Minderwertigkeit“ entschlüsseln zu können. Die Erörterungen des Analysemodells begründen im Anschluss an den historischen Forschungsstand eine spezifische Forschungsperspektive zur nationalsozialistischen Zwangssterilisation als ein mikropraktisches Herstellungs- und Selektionsverfahren von erbbiologischer „Minderwertigkeit“, konturieren wesentliche diskursive, organisatorische und handlungspraktische Untersuchungsebenen und Interdependenzen und leiten die operative Hermeneutik des archivalischen Materials an.

Die konzeptionelle Basis des zu entfaltenden Forschungszugangs bildet „Biopolitik“ als eine zugleich historisch operierende und analytische Untersuchungsperspektive, die auf die Macht- und Herrschaftsstudien des französischen Philosophen Michel Foucault aus den 1970er-Jahren zurückgeht. Unter Biopolitik versteht Foucault ganz allgemein „die Weise, in der man seit dem 18. Jahrhundert versucht, die Probleme zu rationalisieren, die der Regierungspraxis durch die Phänomene gestellt wurden, die eine Gesamtheit von als Population konstituierten Lebewesen charakterisieren: Gesundheit, Hygiene, Geburtenziffer, Lebensdauer, Rassen [...]. Man weiß, welchen wachsenden Raum diese Probleme seit dem 19. Jahrhundert einnahmen und welchen politischen und ökonomischen Einsatz sie bis heute begründet haben.“⁸⁷ Unter der Prämisse der Regulierung, Optimierung und Ökonomisierung von kollektivem wie individuellem Leben und Lebensprozessen beschreibt Biopolitik die Charakteristik und Funktionsweisen einer seit dem 18. Jahrhundert bestehenden und sich transformieren-

⁸⁷ Foucault, Michel: Die Geburt der Biopolitik. In: Defert, Daniel/Ewald, Francois (Hrsg.): Michel Foucault. Analytik der Macht, 5. Aufl., Frankfurt/Main 2013, S. 180.

den Macht-Wissensordnung. Zugleich konstituiert Biopolitik ein analytisches Instrumentarium, um eben jene auf das Leben von Bevölkerung und Individuen ausgerichteten Denk-, Herrschafts- und Handlungsweisen, ihre konstitutiven Regeln, Dynamiken sowie Transformationsprozesse zu untersuchen.

Im Gegensatz zur „schillernden“ Bedeutung in den Sozial- und Politikwissenschaften hat Biopolitik in der Geschichtswissenschaft und insbesondere für die Erforschung der Geschichte des Nationalsozialismus bislang nur eine randständige Bedeutung errungen. Dieses methodisch-theoretische Desiderat ist umso bedauerlicher, da das Konzept einen diskursgeschichtlich und mikrohistorisch operierenden Forschungszugang bietet, um die Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ als eine biopolitische Technologie und Praxis zu analysieren, die die Herstellung und Selektion von als „erbkrank“ geltenden Frauen und Männern zum Zweck der Aufartung und Optimierung des nationalsozialistischen Volkskörpers verfolgte. Denn ein zentrales Wesensmerkmal des Nationalsozialismus bestand in einer dialektischen Beziehung von Erhaltung, Optimierung und Leistungssteigerung der nationalsozialistischen Volksgemeinschaft und der Ausgrenzung, Selektion und schließlich auch Vernichtung von erbbiologischer und rassischer „Minderwertigkeit“. Unter diesem Blickwinkel kann die Geschichte des Dritten Reiches als eine Vergrößerung und als ein exzessives, ja „paroxystisches“ Paradigma von auf das Leben ausgerichteter Denk-, Handlungs- und Herrschaftsweisen verstanden werden. Dafür spricht auch die Blütephase der zeitgenössischen Verwendung von Biopolitik als rassenbiologischem Kampfbegriff.

Die Perspektivierung von menschlichem, also biologisch, physiologisch, ökonomisch oder sozial geformtem, Leben als Kern einer biopolitischen Wissensformation und Machtfiguration hat für die Betrachtung der nationalsozialistischen Diktatur den analytischen Gewinn, die Durchführung von erb- und rassenbiologischen Maßnahmen nicht auf ausgewählte Diskurse und Organisationsgefüge wie Rasse, Rassenhygiene oder Gesundheits- und Gerichtswesen einzuengen oder die Praxis auf ein Gesetz zu reduzieren. Stattdessen werden diskursive Ausprägungen, gesetzliche Grundlage, organisatorische Strukturen sowie Handlungsweisen als wechselseitige Bestandteile der nationalsozialistischen Erb- und Rassenpflege, als ein dynamisches Gewebe und ein sich selbst konstituierendes Handlungsgefüge verstanden. Unter diesem symbiotischen und partizipativen statt hierarchischen und einseitig herrschaftlichen Blickwinkel auf die Geschichte des Dritten Reiches können der „volksgemeinschaftliche“ Stellenwert sowie die technologischen Funktionsweisen und Transformationen des

„Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ auf einer Mikroebene, stellvertretend für die erb- und rassenbiologischen Selektionspraktiken im Nationalsozialismus, präzise beschrieben werden. In der Form einer Innenansicht und durch die Fokussierung auf die nationalsozialistische Zwangssterilisation als ein praktiziertes Herstellungs- und Selektionsverfahren stehen insbesondere Handlungsweisen, Vorstellungen und Wahrnehmungen sowohl von Ärzten und Richtern als auch betroffenen Frauen und Männern im Vordergrund der Untersuchung. Anhand des wechselseitigen Einbezugs von überkommenen Diskursen und Vorstellungen über Rasse, Rassenhygiene und Geschlecht einerseits und medizinischen und gerichtlichen Normen sowie Organisationsformen der nationalsozialistischen Erbgesundheitspolitik andererseits können sowohl die alltäglichen Konstruktionsbedingungen detailliert analysiert als auch die soziobiologischen und geschlechtsspezifischen Selektionskriterien von als „erbkrank“ geltenden Frauen und Männern dechiffriert werden.

Das konzeptionelle wie hermeneutische Zentrum der nationalsozialistischen Zwangssterilisation als Herstellungs- und Selektionsprozesses bildet das medizinische Gutachten, das zugleich als normative Bemessungsgrundlage, als zielgerichtete medizinisch-psychiatrische Informationsverdichtung sowie als beweissichernde Grundlage der gerichtlichen Verurteilung fungierte. In der Form eines auf das individuelle Leben abzielenden Dossiers steht es in einer unmittelbaren Beziehung zum Volkskörper und ruft eine Dopplung hervor, sodass die zuvor unbescholtenen, devianten, auffälligen oder kranken Frauen und Männer als „Erbkranke“ im Sinne des nationalsozialistischen Sterilisationsgesetzes codiert werden konnten. Das Gutachten als biopolitisches Scharnier zwischen Bevölkerung und Individuum, zwischen Diskurs und Praxis, ist der Kristallisationspunkt der nationalsozialistischen Zwangssterilisation, indem es die erbbiologischen Vorwürfe als medizinische Beweisgrundlage bündelte, den Gerichtsbeschluss begründete und den chirurgischen Eingriff legitimierte.

In Verbindung mit Forschungszugängen der Geschlechter-, Kultur- und Mikrogeschichte bietet Biopolitik ein Analysekonzept, um anhand des wechselseitigen Einbezugs von Diskursen und Organisationsformen die alltäglichen Mikropraktiken der nationalsozialistischen Zwangssterilisation als für den sowohl dystopisch gefährdeten als auch utopisch angestrebten „Volkskörper“ konstitutives wie konstituierendes Herstellungs- und Selektionsverfahren zu analysieren sowie die Konstruktionsweisen von „erbkranker“ männlicher und weiblicher Körperlichkeit zu decodieren. Durch die Kombination von diskurs-, geschlechter- und mikrogeschichtlichen Forschungsperspektiven sowie die Nahaufnahme der Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung

erbkranken Nachwuchses“ als selektive Praxis kann die historische Forschung zur nationalsozialistischen Erb- und Rassenpolitik inhaltlich erweitert und analytisch neu akzentuiert werden. Darüber hinaus kann ein Beitrag zum Machtgefüge des Nationalsozialismus und der in ihm wirkenden wie ausgehandelten Diskurse und Herrschaftspraktiken geleistet werden.

Die Erörterung und Anwendung von Biopolitik als analytischem Leitfaden erfordert Umwege und Einschränkungen. Die Notwendigkeit, unterschiedliche Biegungen zu skizzieren und Untersuchungsebenen freizulegen, ergibt sich aus den fragmentarischen Ausführungen Michel Foucaults zu Biopolitik bzw. Biomacht.⁸⁸ Zudem hat Michel Foucault die Geschichte des Dritten Reiches nur am Rande betrachtet und die nationalsozialistische Zwangssterilisation ausgeblendet. Für eine quellengestützte historische Untersuchung bergen die Überlegungen von Michel Foucault auch analytische Hindernisse, sodass die Tragweite von Begriffen ausgelotet und konzeptionelle Veränderungen vorgenommen werden müssen. Darüber hinaus steht den Fragmenten eine ungemein breite Rezeption in der Geschlechterforschung sowie in den Sozial- und Kulturwissenschaften gegenüber, sodass der Begriff eine analytische wie publizistische Eigendynamik entwickelt hat.⁸⁹ Zugunsten der zielführenden Darstellung des vorliegenden Analysemodells werden zunächst rezeptionsgeschichtliche Entwicklungen mit dem Schwerpunkt auf die Geschichtswissenschaft kurz umrissen. Unter Einbezug von ausgewählten analytischen Parametern wie Macht, Diskurs und Sexualität wird Biopolitik anschließend unter einer historisch-genealogischen Perspektive skizziert und analytische Bezüge werden hergestellt. Darauf aufbauend wird im Hauptteil die Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ als ein biopolitisches Herstellungs- und Selektionsverfahren im Dritten Reich justiert. Hierzu

⁸⁸ Insbesondere die Ausführungen von Michel Foucault bieten für die vorliegende Untersuchung eine adäquate analytische Perspektive. Die konzeptionellen Darlegungen verfolgen jedoch weder eine Exegese des foucaultschen Analyseprismas noch eine ausführliche Diskussion des breiten sozialwissenschaftlichen Forschungsstandes, sondern haben die Funktion, ausgewählte Bestandteile von Biopolitik als Werkzeugkasten für eine mikro- und körperhistorisch ausgerichtete Analyse der nationalsozialistischen Zwangssterilisation nutzbar zu machen. Zum Zusammenhang von Michel Foucault und Rezeption siehe etwa Laufenberg, Mike: *Sexualität und Biomacht. Vom Sicherheitsdispositiv zur Politik der Sorge*, Bielefeld 2014, S. 16–24. Da eine detaillierte Erörterung von Biopolitik als analytisches Konzept in den Sozialwissenschaften nicht vorgenommen werden kann, dienen die rezeptionsgeschichtlichen Darlegungen als bibliografische Skizze.

⁸⁹ Zudem hat Biopolitik breiten Eingang in den allgemeinen Sprachgebrauch gefunden und kursiert als undifferenzierter Sammelbegriff und Gemeinplatz in öffentlichen Diskussionen über Familienpolitik, Demografie oder Bioethik. Vgl. etwa Lemke, Thomas: *Einleitung*. In: ders.: *Gouvernementalität und Biopolitik*, 2. Aufl., Wiesbaden 2008, S. 14; Pieper, Marianne/Atzert, Thomas/Karakayalt, Serhat u. a.: *Biopolitik in der Debatte. Konturen einer Analytik der Gegenwart mit und nach der biopolitischen Wende*. In: dies. (Hrsg.): *Biopolitik in der Debatte*, Wiesbaden 2011, S. 7.

werden Begriffe wie Rasse, Volk, Sexualität und Geschlecht diskutiert und ihre Wechselwirkungen und Zuspitzungen im Dritten Reich skizziert.⁹⁰ Abschließend werden die Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation als mehrstufiges Herstellungs- und Selektionsverfahren sowie die machttechnologischer wie praktische Bedeutung des Sterilisationsgutachtens erörtert.

Biopolitik ist en vogue.⁹¹ Biopolitik indiziert aber nicht nur aktuelle Forschungstrends, sondern stellt, so die Soziologen Andreas Folkers und Thomas Lemke im Jahr 2014, sogar einen „Schlüsselbegriff“ in den intellektuellen Debatten der Gegenwart dar.⁹² Bezüglich der analytischen Verwendung kann zusammenfassend festgehalten werden, dass Biopolitik als konzeptionelle Grundlage für politikwissenschaftliche und philosophische Gesellschaftsdiagnosen dient.⁹³ Eine weitere Rezeptionslinie besteht für Andreas Folkers und Thomas Lemke darin, „welcher Teil des Kompositums – Leben oder Politik – im Vordergrund des analytischen Interesses steht.“⁹⁴ Das Forschungsinteresse richtet sich demnach entweder auf den „Modus des Politischen“ oder auf die „Substanz des Lebens“ und „wie sich im Zuge eines erweiterten biotechnologisch gestützten Zugriffs auf Lebensprozesse und den menschlichen Körper auch Grundlagen, Mittel und Ziele biopolitischer Interventionen verändern“.⁹⁵ Unter diesem Blickwinkel werden mit Biopolitik etwa die Entwicklung, Konstituie-

⁹⁰ Zu den genannten Themenkomplexen liegt zum Teil eine sehr umfangreiche Forschungsliteratur vor, die im Rahmen der vorliegenden Diskussionen weder umfänglich erörtert noch umfassend aufgeführt werden kann.

⁹¹ So konstatierte etwa der Germanist Martin Stingelin in der Einleitung des von ihm herausgegebenen Sammelbandes „Biopolitik und Rassismus“ aus dem Jahr 2003 eine „Hochkonjunktur“ zur Jahrtausendwende. Der konjunkturelle Aufschwung zur Jahrtausendwende stehe in Zusammenhang mit kritischen Diskussionen über die diagnostischen Möglichkeiten von Gentechnologie und Reproduktionsmedizin. Hiermit verbunden sind kontroverse Debatten über den individuellen Lebenswert, über Gesundheit und Krankheit oder über gesellschaftliche Effekte und Konsequenzen von medizinischen Eingriffen auf Zeugung, Schwangerschaft und Geburt etwa in Form der Präimplantationsdiagnostik. Vgl. Stingelin, Martin: Einleitung: Biopolitik und Rassismus. Was leben soll und was sterben muß. In: ders. (Hrsg.): Biopolitik und Rassismus, Frankfurt/Main 2003, S. 7.

⁹² Vgl. Folkers, Andreas/Lemke, Thomas: Einleitung. In: dies. (Hrsg.): Biopolitik – Ein Reader, Frankfurt/Main 2014, S. 8.

⁹³ Hier etwa Agamben, Giorgio: Homo sacer. Die souveräne Macht und das nackte Leben, Frankfurt/Main 2002; ders.: Ausnahmezustand, Frankfurt/Main 2004; Hardt, Michael/Negri, Antonio: Empire. Die neue Weltordnung, Frankfurt/Main 2002; Esposito, Roberto: Immunitas. Schutz und Negation des Lebens, Berlin 2004; ders.: Bios. Biopolitics and Philosophy, Minneapolis 2008. Einen Überblick bieten die von Folkers/Lemke zusammengestellten Beiträge in ihrem Sammelband Biopolitik – Ein Reader.

⁹⁴ Folkers/Lemke: Einleitung, S. 10.

⁹⁵ Folkers/Lemke: Einleitung, S. 10. Mit Blick auf aktuelle Entwicklungen und Kontroversen siehe etwa Villa, Paula-Irene (Hrsg.): Schön. Normal. Manipulationen am Körper als Technologien des Selbst, Bielefeld 2008; Murphy, Michelle: Seizing the Means of Reproduction. Entanglements of Feminism, Health, and Technoscience (Experimental futures), Durham 2012; Braidotti, Rosi: Posthumanismus. Leben jenseits des Menschen, Frankfurt/Main 2014.

rung und Transformation von Medizin, Biologie oder Biotechnologien und ihre Auswirkungen auf Gesundheits-, Krankheits- und Körpervorstellungen untersucht. Einen festen Platz hat Biopolitik ebenso in der Rassismus-, Kolonialismus- und in der Geschlechterforschung.⁹⁶

In der deutschen Geschichtswissenschaft hat das Konzept der Biopolitik seit der Jahrtausendwende einen Aufschwung erfahren, und es ist eine nicht unerhebliche Anzahl von diskurs-, geschlechter- und kulturhistorischen Publikationen erschienen.⁹⁷ Entgegen den breiten nationalen und internationalen Debatten in den Sozial- und Kulturwissenschaften hat Biopolitik jedoch keinen vergleichbaren Siegeszug im historiographischen Kontext angetreten und kann mitnichten als „Schlüsselbegriff“ aktueller Geschichtsdebatten bezeichnet werden.⁹⁸ Die Gründe der geringen Rezeption beruhen zum einen auf der Kritik an der analytischen Tragfähigkeit der Arbeiten von Michel Foucault, sodass die von ihm entwickelten Konzepte zunächst kaum beachtet wurden.⁹⁹ Im Zusammenhang von sozial- und politikgeschichtlichen Diskussionen über die „Herausforderungen der Kulturgeschichte“ kulminierte die Kritik in dem Aufsatz

⁹⁶ Der jeweilige Umfang ist erheblich und kann an dieser Stelle nicht hinreichend aufgeführt werden. Weiterführend etwa die Diskussionen in Folkers/Lemke (Hrsg.): *Biopolitik – Ein Reader*. Daneben bietet auch Stefanie Graefe einen bibliographischen Überblick. Vgl. Graefe, Stefanie: *Autonomie am Lebensende? Biopolitik, Ökonomisierung und die Debatte um Sterbehilfe*, Frankfurt/Main 2007, S. 7–11; Unter soziologischer Perspektive siehe Wehling, Peter: *Selbstbestimmung oder sozialer Optimierungsdruck? Perspektiven einer kritischen Soziologie der Biopolitik*. In: *Leviathan*, Jg. 36 (2008), H. 2, S. 249–273.

⁹⁷ Unter Berücksichtigung der vorliegenden Untersuchung wird an dieser Stelle stellvertretend verwiesen auf Sarasin, Philipp: *Bakteriologie und Moderne. Studien zur Biopolitik des Unsichtbaren 1870–1920*, Frankfurt/Main 2006; Bruns, Claudia/Walters, Tilmann (Hrsg.): *Von Lust und Schmerz. Eine Historische Anthropologie der Sexualität*, Köln 2008; Geulen, Christian: *Wahlverwandte. Rassendiskurs und Nationalismus im späten 19. Jahrhundert*, Hamburg 2004; Etzemüller, Thomas: *Der ewigwährende Untergang. Der apokalyptische Bevölkerungsdiskurs im 20. Jahrhundert*, Bielefeld 2007; Wolf, Maria A.: *Eugenische Vernunft. Eingriffe in die reproduktive Kultur durch die Medizin 1900–2000*, Wien 2008; Hahn: *Modernisierung und Biopolitik*.

⁹⁸ Einen Überblick bieten etwa Kammler, Clemens/Parr, Rolf (Hrsg.): *Foucault in den Kulturwissenschaften. Eine Bestandsaufnahme*, Heidelberg 2007. Wesentliche Gründe beruhen auf der Person, der inhaltlichen Ausrichtung sowie insbesondere der analytischen Herangehensweise von Michel Foucault. So provozierte er die Geschichtswissenschaft, rüttelte an der Evidenz von methodisch-theoretischen Zugängen und wischte historische Forschungsergebnisse mitunter lapidar beiseite. Sein Spott traf aber beileibe nicht nur HistorikerInnen, sondern ebenso eine nicht unbedeutende Anzahl von Philosophen und Literaten – genannt seien Jean-Paul Sartre, Albert Camus oder Friedrich Schiller. Vgl. etwa Foucault, Michel: *Die politische Funktion des Intellektuellen*. In: Defert, Daniel/Ewald, François (Hrsg.): *Michel Foucault. Schriften in vier Bänden. Dits et Ecrits*, Bd. III: 1976–1979, Frankfurt/Main 2003, S. 145–152, 205–213.

⁹⁹ Die Rezeption begann zaghaft zu Beginn der 1980er-Jahre. Blasius, Dirk: *„Michel Foucaults ‚denkende‘ Betrachtung der Geschichte“*. In: *Kriminalsoziologische Bibliographie*, Jg. 10 (1983), S. 69–83; Peukert, Detlev J. K.: *Die Unordnung der Dinge. Michel Foucault und die deutsche Geschichtswissenschaft*. In: Ewald, Francois/Waldenfels, Bernhard (Hrsg.): *Spiele der Wahrheit. Michel Foucaults Denken*, Frankfurt/Main 1991, S. 320–330; Dinges, Martin: *The reception of Michel Foucault's ideas on social discipline, mental asylums, hospitals and the medical profession in German Historiography*. In: Jones, Colin/Porter, Roy (Hrsg.): *Reading Foucault. Power, Medicine and the Body*, New York 1994, S. 181–212.

von Hans-Ulrich Wehler aus dem Jahr 1998, in welchem er Michel Foucault als unredlichen und unzuverlässigen „Rattenfänger der Postmoderne“ charakterisierte.¹⁰⁰ Die einseitige Kritik richtete sich insbesondere gegen die subversive, geschichtskritische und konstruktivistische Macht- und Herrschaftsprogrammatik.¹⁰¹ Diese Skepsis korreliert(e) zum anderen mit einer hartnäckigen „Theorieresistenz“ der Geschichtswissenschaft sowie den das Fach auszeichnenden quellengestützten Untersuchungsverfahren.¹⁰² Denn archivalisches Material insbesondere über das Handeln der vermeintlich „kleinen Leute“ und theoretische Modelle vertragen sich, so zeigt auch die hermeneutische Arbeitsweise Foucaults, teilweise nur unzureichend.

Im Zuge der Etablierung von kultur- und geschlechterhistorischen Forschungszugängen ist die Aufregung in der Geschichtswissenschaft inzwischen einer ergebnisorientierten Diskussion gewichen.¹⁰³ Und so ist es nach Jürgen Martschukat auch nicht mehr notwendig, „zu zischeln, wenn man von Diskursen, Bio-Macht und Subjektivierung“ spricht.¹⁰⁴ Die analytische Attraktivität besteht für die Geschichtswissenschaft,

¹⁰⁰ Wehler, Hans-Ulrich: Die Herausforderung der Kulturgeschichte. München 1998, S. 45–95. Die polemische Charakterisierung der Person und die wissenschaftliche Degradierung des Werkes können sicherlich nicht stellvertretend für die Wahrnehmung in der deutschen Geschichtswissenschaft gelten. Im Sinne eines rezeptionsgeschichtlichen Spiegels reflektiert der Aufsatz aber durchaus das habituelle Befremden gegenüber Michel Foucault als einem streitbaren, historisch arbeitenden, marxistischen und homosexuellen Intellektuellen und Philosophen wider, der an Aids verstarb. Demgegenüber war die Bezeichnung von Alltagshistorikern als „Barfußhistoriker“ auf dem 35. Historikertag in Berlin im Jahr 1984, die „dürren Hirsebrei“ köcheln würden, geradezu charmant. Vgl. Ullrich, Volker: Spuren im Alltag. „Barfußhistoriker“ – woher sie kommen und was sie wollen. In: ZEIT, Nr. 45 (2.11.1984).

¹⁰¹ Vgl. Wehler: Herausforderungen; Peukert: Unordnung der Dinge. Aus historisch-methodologischer Sicht werden die hermeneutischen Schwächen und Nachweisführungen berechtigterweise kritisiert. Hierzu gehören ebenfalls Verallgemeinerungen und Generalisierungen, da Michel Foucault v. a. auf der Grundlage von französischen Materialien globale Entwicklungen und Transformationsprozesse ableitete. Ein weiteres Hemmnis besteht in den fortwährenden Neuausrichtungen, interpretatorischen Neujustierungen sowie methodisch-theoretischen Neuausrichtungen von maßgeblichen analytischen Begriffen im Fortschreiten von Foucaults Denken und Werk. Dergestalt ist es schlichtweg nicht möglich, einen grundlegenden Macht- oder Diskursbegriff von Michel Foucault zu definieren. Dementsprechend findet auch der Vorwurf einer ungenauen oder fehlenden definitorischen Schärfe, der seinerseits durch eine metaphorische Sprache und Diktion begleitet wird, seine Berechtigung.

¹⁰² Zum Nutzen und auch Schwierigkeiten der analytischen Fundierung historischer Untersuchungen anhand von theoretischen Modellen etwa Baberowski, Jörg: Brauchen Historiker Theorien? Erfahrungen beim Verfassen von Texten. In: Baberowski, Jörg (Hrsg.): Arbeit an der Geschichte. Wie viel Theorie braucht die Geschichtswissenschaft, Frankfurt/Main 2009, S. 117–127.

¹⁰³ Die Auseinandersetzung über die historische Evidenz der von Michel Foucault begründeten Konzepte und Interpretationen ist inzwischen umfassend. Siehe etwa Brieler, Ulrich: Die Unerbittlichkeit der Historizität, Köln 1998; Martschukat, Jürgen (Hrsg.): Geschichte schreiben mit Foucault, Frankfurt/Main 2002; weiterführend Honneth, Axel/Saar, Martin (Hrsg.): Michel Foucault. Zwischenbilanz einer Rezeption. Frankfurter-Foucault-Konferenz 2001, 2. Aufl., Frankfurt/Main 2003; Sarasin, Philipp: Michel Foucault zur Einführung, 4. Aufl., Hamburg 2010.

¹⁰⁴ Vgl. Martschukat, Jürgen: Geschichte schreiben mit Foucault – eine Einführung. In: ders (Hrsg.): Geschichte schreiben mit Foucault, Frankfurt/Main 2002, S. 7, 12. Gleichwohl besitzen die Arbei-

so eine inzwischen gängige Einschätzung, nicht in der Potenz eines forschungsanleitenden Überbaus, sondern vielmehr in der Funktion eines Werkzeugkastens.¹⁰⁵ In diesem Sinn eröffnen die Konzepte von Michel Foucault eine analytische Inspirationsquelle, um historische Deutungs- und Entwicklungsmuster zu hinterfragen und archivalische Quellen neu zu lesen. Die vorliegende Arbeit orientiert sich an dieser Einschätzung, die übrigens auch Foucault betonte, und benutzt die Überlegungen zu Biopolitik als ein zugleich reflexives und konzeptionelles Instrumentarium.

Im Zuge der stärkeren Rezeption in der Geschichtswissenschaft fand Biopolitik auch partiellen Eingang in die historische und medizinhistorische Erforschung des Dritten Reiches.¹⁰⁶ So legten die Herausgeber Axel C. Hüntelmann, Johannes Vossen und Herwig Czech das biopolitische Theorem als konzeptionelles Gerüst und Interpretationsschema ihrem Sammelband zu „Gesundheit und Staat. Studien zur Geschichte der Gesundheitsämter in Deutschland 1870–1950“ aus dem Jahr 2006 zugrunde.¹⁰⁷ In zeitlich übergreifender Perspektive bestehe laut Axel C. Hüntelmann die Chance, die Gesundheitsämter „nicht allein als medizinalpolizeiliche Institutionen zu begreifen, sondern als integrativen Bestandteil einer Biomacht: als ein Sicherheitsdispositiv, ein Hybrid, der zu bestimmten Handlungen anleitet, auf praktische Hygiene hinwirkt und die Umsetzung medizinalpolizeilicher Maßnahmen kontrolliert.“¹⁰⁸ Mit Blick auf die institutionelle Ausgestaltung von rassenhygienischen und bevölkerungspolitischen Einrichtungen, die Beteiligung von wissenschaftlichen Eliten sowie in Anbetracht von

ten von Michel Foucault keinen vergleichbaren Stellenwert wie etwa in der Soziologie oder Politologie, wo sie in einem Atemzug mit Max Weber und Niklas Luhmann gehandelt werden. Vgl. Lemke: Einleitung. In: ders.: *Gouvernementalität und Biopolitik*, S. 12.

¹⁰⁵ Vgl. Martschukat: *Geschichte schreiben mit Foucault*, S. 7–28.

¹⁰⁶ Eine frühe Studie vom Anfang der 1990er-Jahre stellt die von Astrid Kilimann, vgl. dies.: *Rassenhygiene. Vorstellungen/Worte/Orte/Vollzug. Eine regionale Studie*, Münster 1990. Laut Hans-Walter Schmuhl charakterisierte bereits Ludolf Herbst in seiner Untersuchung „Das nationalsozialistische Deutschland 1933–1945“ aus dem Jahr 1996 das Dritte Reich als biopolitische Entwicklungsdiktatur. Eine explizite begriffliche Verwendung findet sich hier zwar nicht, jedoch operiert Ludolf Herbst mit analytischen Kategorien, wie etwa Krieg, die sich vergleichbar in den Überlegungen Michel Foucaults zur Biopolitik wiederfinden. Vgl. Schmuhl, Hans-Walter: *Eugenik und Rassenanthropologie*. In: Jütte/Eckart/Schmuhl u. a.: *Medizin im Nationalsozialismus*, S. 24; Herbst, Ludolf: *Das nationalsozialistische Deutschland 1933–1945*, Frankfurt/Main 1996, S. 9–10; Vgl. etwa Foucault, Michel: *In Verteidigung der Gesellschaft. Vorlesungen am Collège de France 1975–76*, Frankfurt/Main 1999, S. 276–305.

¹⁰⁷ Damit einhergehend wandte sich auch Johannes Vossen den „Horrorszenarien“ Foucaults zu. Vgl. Vossen: *Gesundheitsämter*, S. 13; Vossen, Johannes: Einleitung. In: Hüntelmann, Axel C./Vossen, Johannes/Czech, Herwig (Hrsg.): *Gesundheit und Staat. Studien zur Geschichte der Gesundheitsämter in Deutschland 1870–1950*, Husum 2006, S. 13–24.

¹⁰⁸ Hüntelmann, Axel C.: *Eine biopolitische Geschichte der Gesundheitsämter*. In: Hüntelmann, Axel C./Vossen, Johannes/Czech, Herwig (Hrsg.): *Gesundheit und Staat. Studien zur Geschichte der Gesundheitsämter in Deutschland 1870–1950*, Husum 2006, S. 294.

zeitlichen Entwicklungen, Erweiterungen und Neuausrichtungen von pro- und antinatalistischen Maßnahmen versteht Hans-Walter Schmuhl im Jahr 2008 das Dritte Reich als eine „biopolitische Entwicklungsdiktatur“.¹⁰⁹ Die Beschreibung als biopolitisch, obgleich deren spezifischer analytischer Hintergrund unberücksichtigt bleibt, verdeutlicht für Hans-Walter Schmuhl vor allem die erb- und rassenpolitischen Interessen des Dritten Reiches, „die darauf abzielten, die Kontrolle über Geburt und Tod, Sexualität und Fortpflanzung, Körper und Keimbahn, Variabilität und Evolution an sich zu bringen, den Genpool der Bevölkerung von allen unerwünschten ‚Beimischungen‘ zu ‚reinigen‘ und auf diese Weise einen homogenen ‚Volkkörper‘ zu schaffen.“¹¹⁰ Wolfgang Uwe Eckart betont in seiner Gesamtdarstellung zur „Medizin in der NS-Diktatur“ aus dem Jahr 2012 den biodiktatorischen Charakter der nationalsozialistischen Herrschaft, deren zentrales Ziel in der Schaffung einer erbgesunden und leistungsfähigen „Volksgemeinschaft“ bestünde.¹¹¹ Die analytische Anlehnung an das Konzept von Biomacht ermögliche nach Hans-Uwe Eckart eine adäquate Untersuchung von Herrschaftstechniken, die die männlichen und weiblichen Volksgenossen betrafen, aber auf die „Volksgemeinschaft“ als Gesamtheit abzielten.¹¹²

Auf Grundlage der kurzen rezeptionsgeschichtlichen Skizze kann festgehalten werden, dass das Dritte Reich und insbesondere die Radikalität der nationalsozialistischen Erbgesundheits- und Rassenpolitik seit der Jahrtausendwende verstärkt als „biopolitische Entwicklungsdiktatur“, als „biodiktatorische Herrschaft“, als „biopolitische Utopie“ oder als „biopolitische Machbarkeitsphantasie“ charakterisiert wurden. Die Verwendung von „Biomacht“ und „Biopolitik“ trägt dem konjunkturellen Aufschwung in den Sozial- und Kulturwissenschaften sprachlich Rechnung, jedoch blieben die Forschungsperspektiven im Anschluss an Michel Foucault häufig weitgehend

¹⁰⁹ Schmuhl, Hans-Walter: Die biopolitische Entwicklungsdiktatur des Nationalsozialismus und der „Reichsgesundheitsführer“ Leonardo Conti. In: Henke, Klaus Dietmar (Hrsg.): Tödliche Medizin im Nationalsozialismus. Von der Rassenhygiene zum Massenmord, Köln u. a. 2008, S. 102; ebenso ders.: Die Begleitforschung zum NS-Sterilisationsprogramm. Das Beispiel des Kaiser-Wilhelm-Instituts für Anthropologie, menschliche Erblehre und Eugenik. In: Wecker/Braunschweig/Imboden u. a. (Hrsg.): Wie nationalsozialistisch ist die Eugenik?, S. 107; ders.: Das „Dritte Reich“ als biopolitische Entwicklungsdiktatur. Zur inneren Logik der nationalsozialistischen Genozidpolitik. In: Jüdisches Museum Berlin (Hrsg.): Tödliche Medizin. Rassenwahn im Nationalsozialismus, Göttingen 2009, S. 8–21.

¹¹⁰ Schmuhl: Die biopolitische Entwicklungsdiktatur im Nationalsozialismus, S. 102.

¹¹¹ Und weiter: „Alle biologischen und sozialen Akteure, die solchen Vorgaben nicht entsprachen, sich also vor diesem Bewertungshorizont als ‚wertlos‘ und damit zwangsläufig als biologischer und sozialer ‚Ballast‘ erwiesen, sollten durch medizinische Maßnahmen nachhaltig im Sinne der Exklusion unter Einsatz unmittelbar vorsätzlicher und nötigenfalls vernichtender – oder durch die Etablierung struktureller – Gewaltbedingungen aus dem ‚Volkkörper‘ entfernt werden, wo ihre Reintegration nicht gewollt war, nicht mehr möglich oder prinzipiell ausgeschlossen schien.“ Eckart, Wolfgang Uwe: Medizin in der NS-Diktatur. Ideologie, Praxis Folgen, Köln 2012, S. 15.

¹¹² Vgl. Eckart: Medizin in der NS-Diktatur, S. 14–15.

ungenutzt.¹¹³ Der mangelnde Rekurs beruht auf der Komplexität von Foucaults Denken, der metaphorischen und unscharfen Begriffsbildung sowie der stetigen Weiterentwicklung und Transformation seiner analytischen Konzepte. Aus diesem Grund sind ein kurzer analytischer Überblick sowie eine skizzenhafte rezeptionsgeschichtliche Einordnung von Biopolitik unumgänglich. Sie bieten zugleich wertvolle konzeptionelle Überlegungen für die Untersuchung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation als praktiziertes Herstellungs- und Selektionsverfahren.

In der zweiten Hälfte der 1970er-Jahre entwickelte Michel Foucault die Biopolitik als eigenständigen Forschungszugang.¹¹⁴ Im Zentrum dieser Schaffensperiode stand die Analytik von Macht, welche nach Thomas Lemke „die Historizität der Machtbeziehungen reflektiert und so zugleich eine Diagnostik der Gegenwartsgesellschaft erlaubt“.¹¹⁵ Maßgebliche analytische Parameter dieser Arbeitsphase waren vor allem Genealogie, Macht, Diskurs und Körper.

Als Analysezugang konzipierte Michel Foucault in Anlehnung an Friedrich Nietzsche eine historische Methode, die er als Genealogie oder „wirkliche Historie“ bezeichnete.¹¹⁶ Entgegen teleologischer oder modernitätsgeschichtlicher Geschichts-

¹¹³ Ein weiteres Beispiel bildet die Untersuchung von Götz Aly zu „Die Belasteten. Euthanasie 1939–1945. Eine Gesellschaftsgeschichte“, in der er sich den Opfern und Familienangehörigen des nationalsozialistischen Krankmordes zuwendet. In Richtung der Motive und Geisteshaltung der beteiligten Ärzte konstatiert Aly: „Die biopolitische Utopie von einer Gesellschaft leistungsstarker, lebensfreudiger und gesunder Individuen machte sie für den nationalsozialistischen Zukunftsentwurf anfällig.“ Aly, Götz: Die Belasteten. Euthanasie 1939–1945. Eine Gesellschaftsgeschichte, Frankfurt/Main 2013, S. 59.

¹¹⁴ Das Werk von Michel Foucault wird gemeinhin in drei Phasen unterschieden. Die Konzeption kann einer zweiten Schaffensperiode zugeordnet werden, die sich ausgehend von der Antrittsvorlesung am Collège de France im Jahr 1970 zu „Die Ordnung des Diskurses“ von einer bis dato vorherrschenden archäologischen Diskursanalyse einer genealogischen Machtanalytik zuwandte. Als Einführungen siehe etwa Schneider, Johannes: Michel Foucault, Darmstadt 2004; Sarasin: Michel Foucault zur Einführung; weiterführend Ruoff, Michael: Foucault-Lexikon. Entwicklung, Kernbegriffe, Zusammenhänge, 2., durchg. Aufl., Paderborn 2009, S. 7–49. Zum Denken von Michel Foucault siehe Deleuze, Gilles: Foucault, 7. Aufl., Frankfurt/Main 2013; Dreyfus, Hubert L./Rabinow, Paul: Michel Foucault. Jenseits von Strukturalismus und Hermeneutik, 2. Aufl., Frankfurt/Main 1994; zum Leben von Michel Foucault siehe vor allem Eribon, Didier: Michel Foucault. Eine Biographie, Frankfurt/Main 1999.

¹¹⁵ Lemke, Thomas: Nachwort. Geschichte und Erfahrung. Michel Foucault und die Spuren der Macht. In: Defert/Ewald (Hrsg.): Michel Foucault. Analytik der Macht, S. 320. Das berühmteste Beispiel dieser Zeit stellt sicherlich das Werk „Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses“ aus dem Jahr 1975 dar. Vgl. Foucault, Michel: Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses, 3. Aufl., Frankfurt/Main 1979.

¹¹⁶ Eine umfassende Darlegung der Genealogie, die in einer Abhandlung über den „Sinn der Geschichte“ münden würde und unweigerlich die methodisch-theoretischen Diskussionen in der Geschichtswissenschaft berücksichtigen müsste, ist an dieser Stelle nicht möglich. Die in der Genealogie vorhandene Explosivität, die sich in den 1970er-Jahren explizit gegen analytische Methoden der Geschichtswissenschaft richtete, ist auch im Zuge der Etablierung von kulturhistorischen Forschungszugängen sowie dekonstruierenden Untersuchungsmethoden weitgehend verfliegen. Ver-

vorstellungen verstand er Geschichte als ein fortwährendes „Hasardspiel von Überwältigungen“.¹¹⁷ Statt der vergeblichen Suche nach einem ursprünglichen historischen Sinn müssten vielmehr die Konstruktionsformen von Wissen und Machttechnologien als „historische Verlaufsform[en]“ analysiert werden.¹¹⁸ Eine genealogische Analyse zielt nicht auf die überblicksartige Beschreibung von historischen Epochen, sondern auf vermeintlich unscheinbare Ereignisse, auf Routinen, Alltäglichkeiten und soziale Praktiken. „Dabei handelt es sich nicht um eine Geschichte alltäglicher Trivialitäten [...]. Es geht vielmehr um eine höchst aufwendige, weil äußerst arbeitsintensive Auseinandersetzung mit der Geschichte. Der Mikroblick des Genealogen verwandelt die Geschichte in einen Ort des dauernden Werdens“, so Michael Ruoff.¹¹⁹ Michel Foucaults „Genealogie“ bietet im Zusammenhang mit mikrohistorischen Forschungsansätzen einen Forschungszugang an, mit dessen Hilfe in einer Art von Nahaufnahme der analytische Schwerpunkt auf die alltäglichen Praktiken gelegt wird.¹²⁰ In der Übertragung auf das vorliegende Forschungsfeld wird somit eine konzeptionelle Blickfel-

gleichbar operierende Analysemethoden finden sich heute etwa in der historischen Alltags-, Kultur-, oder Geschlechterforschung, in der historischen Anthropologie oder Mikrogeschichte. Weiterführend etwa Goertz, Hans-Jürgen (Hrsg.): *Geschichte. Ein Grundkurs*, Hamburg 1998; Baberowski, Jörg: *Der Sinn der Geschichte. Geschichtstheorien von Hegel bis Foucault*, München 2005; Hacke, Jens/Pohlig, Matthias (Hrsg.): *Theorie in der Geschichtswissenschaft. Einblicke in die Praxis des historischen Forschens*, Frankfurt/Main 2008.

¹¹⁷ Foucault, Michel: *Nietzsche, die Genealogie, die Historie*. In: Seitter, Walter (Hrsg.): *Von der Subversion des Wissens*, Frankfurt/Main 1987, S. 76. So kennt, in Anlehnung an Friedrich Nietzsche, „die Welt der wirklichen Historie nur ein einziges Reich, in dem es weder Vorsehung noch Finalursache gibt, sondern nur ‚jene eisernen Hände der Notwendigkeit, welche den Würfelbecher des Zufalls schütteln.‘“ Foucault: *Nietzsche, die Genealogie, die Historie*, S. 80.

¹¹⁸ Ruoff: *Foucault-Lexikon*, S. 128.

¹¹⁹ Ruoff: *Foucault-Lexikon*, S. 128; weiterführend siehe Sarasin, Philipp: *Darwin und Foucault. Genealogie und Geschichte im Zeitalter der Biologie*, Berlin 2019, S. 222–230, 253–260. Der französische Historiker Paul Veyne lobpreiste Michel Foucault als „vollendeten Historiker“. Zur Genealogie konstatierte er: „Wir müssen den Blick von den natürlichen Gegenständen abwenden, um eine bestimmte, genau datierte Praktik wahrzunehmen, durch die diese Gegenstände einer gleichermaßen datierten Form objektiviert worden sind. Denn nur deshalb gibt es überhaupt, was ich eben mit einem populären Ausdruck als ‚verborgenen Teil des Eisberges‘ bezeichnet habe: weil wir die Praktik vergessen, um nur noch die Gegenstände zu sehen, in denen sie für uns verdinglicht ist. Machen wir es also umgekehrt. Vollziehen wir die kopernikanische Wende, und schon haben wir es nicht mehr nötig, immer neue ideologische Epizyklen zwischen den Gegenständen anzunehmen, ohne dabei je auf die wirklichen Bewegungen zu stoßen.“ Veyne, Paul: *Foucault. Die Revolutionierung der Geschichte*, Frankfurt/Main 1992, S. 13–14.

¹²⁰ Hierunter wird eine Vergrößerung des Beobachtungsmaßstabes und eine Nahaufnahme verstanden, die es in den Worten von Carlo Ginzburg gestattet, „Dinge zu erfassen, die bei einer Gesamtchau verloren gehen, und umgekehrt.“ Mikrogeschichte bedeutet dabei nicht irrigerweise die Untersuchung eines „kleinen“ Untersuchungsgegenstandes, sondern „die Vergrößerung des Maßstabes ist vielmehr ein analytisches Verfahren, um neue Erkenntnisse zu gewinnen.“ Ginzburg, Carlo: *Mikro-Historie. Zwei oder drei Dinge, die ich von ihr weiß*. In: *Historische Anthropologie*, Jg. 1 (1993), H. 1, S. 184; Lüdtke, Alf: *Alltagsgeschichte, Mikro-Historie, historische Anthropologie*. In: Goertz (Hrsg.): *Geschichte. Ein Grundkurs*, S. 565–567.

derweiterung erzielt, um sowohl das Wesen der nationalsozialistischen Zwangssterilisation als praktiziertes Verfahren präziser beschreiben als auch selektive Prozeduren und ihre jeweiligen Ausformungen differenzieren zu können.

Der im Werk von Michel Foucault dominierende Diskursbegriff wich in den 1970er-Jahren der Konzeption einer Macht-Wissen-Ordnung.¹²¹ Diskurse fungierten weiterhin als überformende Wissensformationen, jedoch seien Macht und Wissen keine unabhängigen und eigenständigen Kategorien.¹²² Vielmehr bestehe eine unmittelbare Beziehung, da „es keine Machtbeziehung gibt, ohne dass sich ein entsprechendes Wissensfeld konstituiert, und kein Wissen, das nicht gleichzeitig Machtbeziehungen voraussetzt und konstituiert.“¹²³ Macht wird nicht als einseitiges und hierarchisches Kräfteverhältnis zwischen Herrscher und Beherrschtem aufgefasst, sondern als ein gewebeartiges Feld, das durch Konflikte und Kämpfe und den damit verbundenen Veränderungen von Machtbeziehungen und Machtverhältnissen hergestellt wird.¹²⁴ Kurz: „Macht ist der Name, den man einer komplexen strategischen Situation einer Gesellschaft gibt.“¹²⁵ Der von Michel Foucault entwickelte deskriptive, polyzentrische und relationale Machtbegriff wurde in der Sozial- und Geschichtswissenschaft vielfach kritisiert.¹²⁶ Er bietet aber vor allem für mikrohistorische Untersuchungen eine

¹²¹ Ruoff: Foucault-Lexikon, S. 91–100, 146–157. Infolge der Bedeutungszunahme des Machtbegriffs im foucaultschen Werk verlor der bis dahin dominierende Diskursbegriff seine exklusive Stellung. Damit verbunden änderte sich auch dessen vormals starre Charakteristik, indem Diskurse nun durch soziale Praktiken beschränkt, aber auch produktiv verändert werden konnten. Vgl. Foucault, Michel: Die Ordnung des Diskurses, 12. Aufl., Frankfurt/Main 1991.

¹²² In der vorliegenden Studie werden Diskurse nicht als Wissensformationen verstanden, die Vorstellungen und Handlungsweisen einseitig vorstrukturieren. Vielmehr wird eine unmittelbare Wechselbeziehung zwischen Wissen und Handeln zugrunde gelegt, indem Diskurse Hintergründe und Substrate von Handlungsweisen bilden. Aber erst in der Praktizierung gewinnen Diskurse ihre Authentizität und Faktizität, indem sie angewandt, sinnhaft ausgefüllt und besetzt sowie damit verbunden auch transformiert werden. Zur historischen Diskursanalyse siehe Landwehr, Achim: Geschichte des Sagbaren: Einführung in die historische Diskursanalyse, Tübingen 2001; Sarasin, Philipp: Geschichtswissenschaft und Diskursanalyse, Frankfurt/Main 2003.

¹²³ Und weiter: „Vielmehr ist in Betracht zu ziehen, dass das erkennende Subjekt, das zu erkennende Objekt und die Erkenntnisweisen jeweils Effekte jener fundamentalen Macht-Wissen-Komplexe und ihrer historischen Transformationen bilden.“ Foucault: Überwachen und Strafen, S. 39.

¹²⁴ Für Petra Gehring bedeutet Macht „ein kompliziertes Projekt: ein Verfahren zur Untersuchung von Machtprozessen in ihrer historischen Immanenz, also ohne der Macht so etwas wie einen ‚Macht-haber‘, eine ‚Quelle‘ oder ähnliches zuzuschreiben.“ Gehring, Petra: Was ist Biomacht? Vom zweifelhaften Mehrwert des Lebens, Frankfurt/Main 2006, S. 10.

¹²⁵ Foucault, Michel: Sexualität und Wahrheit, Bd. 1: Der Wille zum Wissen. In: ders.: Die Hauptwerke, 3. Aufl., Frankfurt/Main 2013, S. 1098.

¹²⁶ Hierzu sei stellvertretend auf die so genannte Foucault-Habermas-Debatte vom Anfang der 1980er-Jahre hingewiesen. Vgl. Ashenden, Samantha/Owen, David (Hrsg.): Foucault contra Habermas. Recasting the dialogue between genealogy and critical theory, London u. a. 1999; Habermas, Jürgen: Der philosophische Diskurs der Moderne, Frankfurt/Main 1985; auch Honneth, Axel: Kritik der Macht, Frankfurt/Main 2000.

analytische Basis, um Fragestellungen und Untersuchungsebenen historischer Forschungen von hierarchisch ausgerichteten Machtkonzepten zu lösen, um Praktiken, divergierende Kräfteverhältnisse sowie auch herrschaftliche Binde- und Fliehkräfte sowie Eigendynamiken zu analysieren.¹²⁷

Der Schwerpunkt der vorliegenden Untersuchung liegt aus diesem Grund nicht auf der nationalsozialistischen Zwangssterilisation als einem Gesetz oder einer herrschaftlich-diktatorischen Maßnahme, die eine Form der Machtausübung von oben nach unten impliziert, sondern auf der Durchführung als einem partizipativen Herstellungs- und Selektionsverfahren. Dieses Verfahren wurde innerhalb des Machtgefüges des Dritten Reiches praktiziert, erhielt qua Gesetz und Anordnungen eine herrschaftliche Charakteristik, bildete einen Auftrag an Amtsträger wie Amtsärzte und Richter und unterlag unterschiedlichen materiellen wie immateriellen Entwicklungen sowie Triebkräften.¹²⁸ Die Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation etablierte strukturelle Machtverhältnisse und entfaltete auf der Seite der beteiligten Personen eine partizipative Macht, indem sie über Menschen und vor allem über „erbkrankverdächtige“ Frauen und Männer verfügen und herrschen konnten. Die von der Sterilisationspolitik betroffenen Personen waren dieser Macht im nationalsozialistischen Herrschaftsgefüge weitgehend schutzlos ausgeliefert und sie besaßen keine nachhaltigen Widerstandsoptionen. Sie können aber weder ausschließlich als Gegenstände noch als Antipoden von Macht, sondern müssen als inhärente Bestandteile von

¹²⁷ Für eine historische Betrachtung hat dieser Machtbegriff zur Konsequenz, „sich einer Machtkonzeption zuzuwenden, die das Privileg des Gesetzes durch den Gesichtspunkt der Zielsetzung ablöst, das Privileg des Verbotes durch den Gesichtspunkt der taktischen Effizienz, das Privileg der Souveränität durch die Analyse eines vielfältigen und beweglichen Feldes von Kraftverhältnissen, in denen sich globale aber niemals völlig stabile Herrschaftsverhältnisse durchsetzen“ Ruoff: Foucault-Lexikon, S. 151; Foucault: Der Wille zum Wissen, S. 1098–1102. Zur historischen Untersuchung von Praktiken siehe v. a. auch Lüdtkke, Alf: Einleitung. Herrschaft als soziale Praxis. In: ders. (Hrsg.): Herrschaft als soziale Praxis. Historische und sozial-anthropologische Studien, Göttingen 1991, S. 9–66; Baberowski, Jörg: Räume der Gewalt, Frankfurt/Main 2015, insb. 195–213.

¹²⁸ Infolge der analytischen Neuausrichtungen führte Michel Foucault den Begriff des Dispositivs ein, der in der Bedeutung eines Apriori die räumlich und zeitlich begrenzten Aussagemöglichkeiten innerhalb einer Macht-Wissen-Ordnung vorgibt. Die begriffliche Konzeption ist der Weiterentwicklung im Werk von Michel Foucault geschuldet, indem nicht ausschließlich sprachlich begrenzte Diskurse Wissen vorgeben, sondern vielschichtige materielle und immaterielle Bestandteile eine bestehende Wissensordnung manifestieren, reproduzieren und verändern können. Ein Dispositiv ist demnach als ein bewegliches Netz zu verstehen, dessen Bestandteile „ein entschieden heterogenes Ensemble [bilden], das Diskurse, Institutionen, architektonische Einrichtungen, reglementierende Entscheidungen, Gesetze, administrative Maßnahmen, wissenschaftliche Aussagen, philosophische, moralische oder philanthropische Lehrsätze, kurz: Gesagtes ebenso wohl wie Ungesagtes umfasst“ Foucault, Michel: Dispositive der Macht: über Sexualität, Wissen und Wahrheit, Berlin 1978, S. 119–120. Zum Dispositiv weiterführend Ruoff: Foucault-Lexikon, S. 101–102; Agamben, Giorgio: Was ist ein Dispositiv?, Berlin 2008.

Machtverhältnissen verstanden werden, deren Vorstellungen und Verhaltensweisen als integrale Faktoren von selektiven Praktiken anzusehen sind.¹²⁹

Die Körper von Frauen und Männern figurieren bei Michel Foucault als Gegenstand und Schnittpunkte eines bestehenden Macht-Wissen-Komplexes. Die herrschenden Macht- und Diskursformationen sind den männlichen und weiblichen Körpern nicht äußerlich, sondern durchziehen sie. Körper, Sexualität, Gesundheit oder Krankheit bilden dementsprechend keine natürlichen und unveränderlichen Kategorien, sondern ihre jeweiligen Formen und damit verbundenen Praktiken und Technologien können als historisch bedingte Produkte und Effekte einer Macht-Wissen-Ordnung verstanden werden. In Anbetracht des diskursiven Konstruktionscharakters von Körperlichkeit hat Foucault maßgeblichen Einfluss auf die Körpergeschichte als Untersuchungsgebiet genommen. Und es ist Ute Planert zuzustimmen, die trotz der divergierenden Zugänge und Analyseprämissen vor allem von Geschlecht sowie von Männlichkeit und Weiblichkeit betont: „Hinter die auf den Werken Foucaults basierende Einsicht der diskursiven Konstruktion von Körperlichkeit führt kein Weg zurück.“¹³⁰ Im Hinblick auf den diskursiven Konstruktionscharakter von Körper und Körperlichkeit kann der analytische Fokus über die Beschreibung von soziobiologischer Devianz hinaus auf die medizinischen und rassenbiologischen Konstruktionsweisen von „erbkrankter“ Männlichkeit und Weiblichkeit im Sterilisationsverfahren gelenkt werden.¹³¹ Vor dem Hintergrund der Interdependenz von rassistischen und geschlechtsspezifischen Diskursen können so die Konstruktionsformen von männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“ decodiert werden.

¹²⁹ Vgl. Foucault: *Wille zum Wissen*, S. 1100–1101.

¹³⁰ Planert, Ute: *Der dreifache Körper des Volkes. Sexualität, Biopolitik und die Wissenschaften vom Leben*. In: *Geschichte und Gesellschaft*, Jg. 26 (2000), H. 4, S. 541. Ein differenzierter Beitrag zur Denkposition Foucaults auch mit Blick auf Körper und Körperlichkeit siehe Sarasin: *Darwin und Foucault*, S. 297–308. Einen Überblick zur Körpergeschichte bieten etwa Kamper, Dietmar/Wulf, Christian (Hrsg.): *Die Wiederkehr des Körpers*, Frankfurt/Main 1982; Lorenz, Maren: *Leibhaftige Vergangenheit. Einführung in die Körpergeschichte*, Tübingen 2000; Hengerer, Mark: *Eine Umschau in der geisteswissenschaftlichen Forschung zum Körper*. In: *Zeitschrift für Historische Forschung*, Jg. 37 (2010), H. 1, S. 219–247.

¹³¹ Bereits mit Blick auf die medizinische Konstruktion von Geschlecht siehe Labisch, Alfons/Spree, Reinhard (Hrsg.): *Medizinische Deutungsmacht im sozialen Wandel des 19. und frühen 20. Jahrhunderts*, Bonn 1989; Schmersahl, Katrin: *Medizin und Geschlecht. Zur Konstruktion der Kategorie Geschlecht im medizinischen Diskurs des 19. Jahrhunderts*, Opladen 1998; Satzinger, Helga: *Differenz und Vererbung. Geschlechterordnungen in der Genetik und Hormonforschung 1890–1950*, Köln 2009.

Auf Grundlage der hier kurz skizzierten analytischen Parameter hat Foucault den Begriff der Biopolitik in unterschiedlichen Publikationen, Beiträgen und Interviews entworfen.¹³² Im Gesamtwerk stellen die Überlegungen zur Biopolitik eine kleine Episode dar und sind in konzeptionelle Neujustierungen hinsichtlich einer „Mikrophysik der Macht“ eingebettet.¹³³ Konsistente analytische Überlegungen bieten insbesondere „Der Wille zum Wissen“ als erste Publikation der dreibändigen Reihe „Sexualität und Wahrheit“ aus dem Jahr 1976 sowie der Vortrag vom 17. März 1976 aus dem universitären Vorlesungszyklus „In Verteidigung der Gesellschaft“.¹³⁴ Daneben sind vor allem in der zweiten Hälfte der 1970er-Jahre einzelne Publikationen erschienen, die in unterschiedlicher Reichweite zum Konzept der Biopolitik stehen, es thematisch erweitern und bereits konzeptionell weiterentwickeln.¹³⁵

Für die Bezeichnung des analytischen Konzepts hat sich im deutschen Sprachgebrauch die Verwendung von „Biopolitik“ etabliert.¹³⁶ Jedoch ist Biopolitik keine

¹³² Michel Foucault hat eine große Anzahl von Büchern, Beiträgen, Aufsätzen, Reden und Interviews veröffentlicht, die seit seinem Tod in unterschiedlichen Publikationen erschienen sind. Damit entstand eine bibliografische Unübersichtlichkeit, da einzelne Beiträge in diversen Publikationen, teilweise in gekürzter Form, vorliegen. Einen Überblick bietet Fisch, Michael: Michel Foucault: Bibliographie der deutschsprachigen Veröffentlichungen in chronologischer Reihenfolge – geordnet nach den französischen Erstpublikationen – von 1954 bis 1988, Bielefeld 2008; sämtliche Aufsätze, Interviews oder Reden finden sich in Foucault, Michel: Schriften. Dits et Ecrits, 4 Bde. (1954–1988), Frankfurt/Main 2003. Daneben sind die so genannten Hauptwerke ebenfalls in einer Gesamtpublikation erschienen, vgl. Foucault, Michel: Die Hauptwerke, 3. Aufl., Frankfurt/Main 2013.

¹³³ Aufgrund der kurzen Zeitspanne bleibt für Philipp Sarasin und Dieter Thomä „das Konzept einer Biopolitik als Instrument einer kritischen Gegenwartsanalyse [...] ein Torso, der damit aber offener ist für diverse Anschlüsse an Foucaults Skizzen.“ Sarasin, Philipp/Thomä, Dieter: Biopolitik. In: Gosepath, Stefan/Hinsch, Wilfried/Rössler, Beate (Hrsg.): Handbuch der Politischen Philosophie und Sozialphilosophie, Bd. 1, Berlin 2008, S. 149. Weiterführend etwa Foucault, Michel: Mikrophysik der Macht. Über Strafjustiz, Psychiatrie und Medizin, Berlin 1976; ders.: Dispositive der Macht.

¹³⁴ Foucault: In Verteidigung der Gesellschaft; ders.: Der Wille zum Wissen. In der Vorlesungsreihe zur „Geschichte der Gouvernementalität II. Die Geburt der Biopolitik“ aus den Jahren 1978/79 spielte Biopolitik trotz des verheißungsvollen Titels bereits eine randständige Rolle. Vgl. Foucault, Michel: Geschichte der Gouvernementalität II. Die Geburt der Biopolitik, Frankfurt/Main 2006. Zu diesem Zeitpunkt entwickelte Michel Foucault seine Analytik anhand von Gouvernementalität als Machtform und Regierungsweise weiter. Das Konzept der Gouvernementalität, dem sich Foucault am Ende der 1970er-Jahre zuwandte, bleibt aufgrund der vorliegenden Untersuchungsinteressen im Folgenden weitgehend unberücksichtigt. Weiterführend etwa Lemke: Gouvernementalität und Biopolitik; Krasmann, Susanne/Volkmer, Michael (Hrsg.): Michel Foucaults „Geschichte der Gouvernementalität“ in den Sozialwissenschaften. Internationale Beiträge, Bielefeld 2007.

¹³⁵ Vgl. Foucault, Michel: Die Anormalen. Vorlesungen am Collège de France 1974–75, Frankfurt/Main 2003; ders. (Hrsg.): Der Fall Rivière. Materialien zum Verhältnis von Psychiatrie und Strafjustiz, Frankfurt/Main 1975; ders.: Das Leben der infamen Menschen, hg. und übersetzt von Walter Seitter, Berlin 2001; ders.: Über Hermaphroditismus. Der Fall Barbin, hg. von Wolfgang Schäfer und Joseph Vogel, Frankfurt/Main 1998.

¹³⁶ Entgegen der breiten Verwendung etwa in den USA als Politikform wohnt der Bezeichnung im deutschen Sprachraum ein kritischer Unterton inne, denn das Wort „meint hierzulande nicht ein-

sprachliche Neuschöpfung Michel Foucault. Die konkrete Herkunft fällt (vermutlich) mit der Etablierung der deutschen Rassenhygiene zu Beginn des 20. Jahrhunderts zusammen.¹³⁷ So hat Petra Gehring überzeugend darauf hingewiesen, dass bereits der deutsche Arzt und Mitbegründer der Rassenhygiene Wilhelm Schallmayer (1857-1919) im Jahr 1903 von einer „biologischen Politik“ fabulierte, um die organische Verfasstheit des Staates zu beschreiben und das Bedürfnis positiver und negativer Maßnahmen zu betonen.¹³⁸ Unter diesem Blickwinkel erscheint der Begriff verstärkt in den 1920er-Jahren und im Nationalsozialismus. Ob Michel Foucault die zeitgenössische Verwendung bekannt war, scheint ungewiss.¹³⁹ In der vorliegenden Arbeit wird

fach ein Politikfeld unter anderen, sondern eine fatale, sich ‚des Lebens‘ der Menschen bemächtigende Politik.“ Gehring: Was ist Biomacht?, S. 7–8; Lemke: Gouvernamentalität und Biopolitik, S. 14.

¹³⁷ Der Entstehungskontext von Biopolitik im Gefüge von Eugenik und Rassenhygiene scheint weitgehend geklärt, jedoch werden die „historischen Ursprünge“ von Biopolitik anhand von unterschiedlichen Autoren nachgewiesen. Vgl. u. a. Sarasin/Thomä: Biopolitik, S. 147; Lemke: Einleitung. In: ders. Gouvernamentalität und Biopolitik, S. 13; Esposito, Roberto: Bios. Biopolitics and Philosophy, Minneapolis u. a. 2008, S. 16–24; Sarasin, Philipp: Zweierlei Rassismen? Die Selektion des Fremden als Problem in Michel Foucaults Verbindung von Biopolitik und Rassismus. In: Stingelin, Martin (Hrsg.): Biopolitik und Rassismus, Frankfurt/Main 2003, S. 77; Marx, Jörg: „Der Wille zum Kind“ und der Streit um die physiologische Unfruchtbarkeit der Frau: Die Geburt der modernen Reproduktionsmedizin im Kriegsjahr 1942. In: Stingelin (Hrsg.): Biopolitik und Rassismus, S. 122; Planert: Der dreifache Körper des Volkes, S. 544.

¹³⁸ Vgl. Gehring: Was ist Biomacht?, S. 7.

¹³⁹ Für Martin Stingelin nutzt Michel Foucault den Begriff bewusst „und zwar, gerade unter den Vorzeichen des Nationalsozialismus, in der kritischen Absicht, durch die historische Herleitung der verschiedenen sozialen Strategien und Taktiken im Umgang mit dem Lebenden die ‚biologische Modernitätsschwelle‘ zu reflektieren, über die unsere Gesellschaft in eine neue Epoche eingetreten ist, in der möglicherweise sogar die Geschichte selbst ontologisch eine neue Qualität annimmt: Das historische Sein könnte nach dem Überschreiten dieser ‚biologischen Modernitätsschwelle‘ ein anderes sein als zuvor.“ Der in der Vernichtung der europäischen Juden kulminierende Exzess der nationalsozialistischen Vernichtungspolitik dient demnach als begriffliches Mahnmal, um die vor allem seit dem 19. Jahrhundert um das Leben herum entstandene Macht- und Diskursfiguration als „biologische Modernitätsschwelle“ und die mit ihr verbundenen Ambivalenzen und Gefahren für das Leben im Namen des Lebens zu markieren. Dagegen vermutet Philipp Sarasin, dass Michel Foucault den historischen Hintergrund nicht kannte. Er nutzt den „kühlen, technischen Begriff, der ohne den Rassenmystizismus der Nationalsozialisten blaß und wirkungslos geblieben wäre [...] gewissermaßen in ähnlicher Weise [...], indem er rhetorisch mit der technischen Kühle des Begriffs spielt, um dessen ‚heiße‘ historische und politische Aussage umso wirkungsvoller hervortreten zu lassen.“ Trotz der unterschiedlichen begrifflichen Herleitung betont auch Philipp Sarasin eine zielgerichtete Verwendung von Biopolitik, mit der Michel Foucault eine neuartige Charakteristik von Macht sowie ihre exkludierenden Tendenzen seit dem 19. Jahrhundert kennzeichnete. Vgl. Stingelin: Einleitung. Biopolitik und Rassismus, S. 8; Sarasin: Zweierlei Rassismen, S. 77.

unter „Biopolitik“ oder „Biomacht“ das von Michel Foucault entworfene Analysemodell verstanden.¹⁴⁰ Hingegen werden „Bevölkerungspolitik“ oder „bevölkerungspolitische Maßnahmen“ als zeitgenössische Begriffe verwendet, die die spezifische Zielrichtung der nationalsozialistischen Erb- und Rassenpflege zum Ausdruck bringen.¹⁴¹

Wie bereits eingangs kurz dargelegt, konstatiert Foucault einen im 18. Jahrhundert einsetzenden fundamentalen Transformationsprozess, indem das Recht des Souveräns über Leben und Sterben von Biomacht als neuartigem Machttypus ergänzt und modelliert wurde.¹⁴² „Die Disziplinen des Körpers und die Regulierungen der Bevölkerung bilden die beiden Pole, um die herum sich die Macht zum Leben organisiert hat. Die Installierung dieser großen doppelgesichtigen – anatomischen und biologischen, individualisierenden und spezifizierenden, auf Körperleistungen und Lebensprozesse bezogenen – Technologie charakterisiert eine Macht, deren höchste Funktion nicht mehr das Töten, sondern die vollständige Durchsetzung des Lebens ist.“¹⁴³ Die Sorge um das Leben veränderte die Charakteristik von Macht, die sich nicht ausschließlich am Gesetz orientierte, sondern an Normen, „und als Instrumente dienen ihm nicht mehr die Gerichte, das Recht, der Justizapparat, sondern Medizin, soziale Kontrolle, Psychiatrie und Psychologie“.¹⁴⁴ Das „Gesetz zur Verhütung erbkranken

¹⁴⁰ Aufgrund der divergierenden Verwendung von Biopolitik und Biomacht wird den Untersuchungsergebnissen von Petra Gehring und Stefanie Graefe gefolgt, sodass Biopolitik vorrangig als Bezeichnung von konkreten Technologien und Mechanismen genutzt wird und Biomacht eher für die Beschreibung des gesellschaftlich-kulturellen Hintergrundes und Machtgefüges. Vgl. Gehring: Was ist Biomacht?, S. 9–15; Graefe: Autonomie am Lebensende?, S. 8.

¹⁴¹ Gisela Bock lehnt die Verwendung von Bevölkerungspolitik kategorisch ab, „denn seine scheinbare Neutralität sucht die unterschiedliche Politik gegenüber Menschen unterschiedlichen ‚Werts‘ zu verbergen, und das ihm zugrundeliegende Konzept von ‚Bevölkerung‘ ist nicht ein demographisch-statistisches, sondern das ‚populationsgenetische‘, d. h. eines von Quantität und Qualität.“ Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 76. Für die vorliegende Untersuchung besitzen Bevölkerungspolitik oder bevölkerungspolitische Maßnahmen als zeitgenössische Begriffe hingegen eine besondere performative Charakteristik, da sie über Familien, Geburten- oder Sozialpolitik hinaus Motive, Interessen und auch Zielrichtungen von auf das Leben von Bevölkerung und Individuen ausgerichteten Technologien dokumentieren.

¹⁴² In einem mittlerweile berühmten Zitat beschreibt Foucault diesen Transformationsprozess folgendermaßen: „Ich denke, dass eine der nachhaltigsten Transformationen des politischen Rechts im 19. Jahrhundert darin bestand, dieses alte Recht der Souveränität – sterben zu machen oder leben zu lassen – zwar nicht unbedingt zu ersetzen, aber durch ein anderes, neues Recht zu ergänzen, durch ein Recht, das ersteres nicht beseitigt, sondern in es eindringt, es durchdringt, verändert und das ein Recht oder vielmehr eine genau umgekehrte Macht ist: die Macht, leben zu ‚machen‘ und sterben zu ‚lassen‘. Das Recht der Souveränität besteht demgemäß darin, sterben zu machen oder leben zu lassen. Danach installiert sich dieses neue Recht: das Recht, leben zu machen und sterben zu lassen.“ Foucault: Verteidigung, S. 278.

¹⁴³ Foucault: Der Wille zum Wissen, S. 1134.

¹⁴⁴ Foucault: Die Maschen der Macht, S. 237. Als ein Effekt der Machttransformation entsteht im Sinne Foucaults die moderne „Normalisierungsgesellschaft.“ Vgl. Foucault: Der Wille zum Wissen, S. 1138.

Nachwuchses“ stellt keinen Sonderfall dar, sondern verweist auf eine inhärente Verbindung von juristischen und normierenden Machttechniken. Das Sterilisationsgesetz bildet die herrschaftliche Grundlage des Ausschlusses, das Gericht beschließt den Ausschluss, welcher von gesellschaftlichen sowie von medizinischen und psychiatrischen Normen begründet und legitimiert wird.

Biomacht ist auf das menschliche Leben, auf den Körper des Einzelnen als Lebenswesen und der Bevölkerung als Gattungskörper gerichtet, „der von der Mechanik des Lebenden durchkreuzt wird und den biologischen Prozessen zugrunde liegt. Die Fortpflanzung, die Geburten- und die Sterblichkeitsrate, das Gesundheitsniveau, die Lebensdauer, die Langlebigkeit mit allen ihren Variationsbedingungen wurden zum Gegenstand eingreifender Maßnahmen und regulierender Kontrollen.“¹⁴⁵ Das physische Leben von Frauen und Männern als individuelle wie kollektive „Sujets“, also als Subjekte eines biologisch begründeten Gattungskörpers, transformierte zu einer verwertbaren, ökonomischen und steigerungsfähigen Ressource, deren inhärente Zufälligkeiten und Krankheiten für eine Optimierung gebannt werden müssten.¹⁴⁶ Biomacht ist aber nicht als hierarchische oder exklusive Form von politischer Herrschaft aufzufassen, sondern als eine überformende, ja gewerbeartige und dynamische Diskurs- und Machtfiguration, bei der wissenschaftlich fundierte Merkmale, „die dem Leben der menschlichen Gattung eigen sind, in die Ordnung des Wissens und der Macht [und] in das Feld der politischen Techniken“ eingehen.¹⁴⁷

¹⁴⁵ Foucault: Der Wille zum Wissen, S. 1134; Foucault: Verteidigung, S. 286.

¹⁴⁶ Die einer Bevölkerung inhärenten Krankheiten bezeichnet Michel Foucault im Gegensatz zu Epidemien als „Endemien“. „Es handelt sich um die Krankheit als Bevölkerungsphänomen, nicht mehr um den Tod, der das Leben brutal niederwirft – dies ist die Epidemie –, sondern als der permanente Tod, der in das Leben eindringt, es unentwegt zerfrisst, es mindert und schwächt.“ Endemien wirken „als permanente Faktoren des Entzugs von Kräften, der Verminderung der Arbeitszeit, des Schwindens der Energien, als ökonomische Kostenfaktoren, und zwar ebenso sehr auf Grund des Produktionsausfalls wie auf Grund der Pflege, die sie kostet.“ Foucault: Verteidigung, S. 281.

¹⁴⁷ Foucault: Der Wille zum Wissen, S. 1135–1136. So auch Thomas Lemke: „Das Leben ist nicht nur Gegenstand politischen Handelns und tritt mit diesem in ein äußerliches Verhältnis, sondern affiziert den Kern des Politischen. Biopolitik ist weniger Ausdruck des Willens eines Souveräns, sondern zielt auf die Verwaltung und Regulation von Lebensprozessen auf der Ebene der Bevölkerung [...]. Ebenso wenig kann Biopolitik vollständig auf Politik im Sinne bewusst geplanter Handlungen von Akteuren oder Akteurskollektiven mit mehr oder weniger konkreten Ziel heruntergerechnet werden. Dies liegt zum einen an dem großen Feld nicht-intendierter Handlungsfolgen; zum anderen aber auch daran, dass biopolitische Phänomene prinzipiell nicht auf Handlungen bzw. Handlungsfolgen sich beschränken lassen, sondern [...] auch Wissensformen, Kommunikationsstrukturen und Subjektivierungsweisen umfassen.“ Lemke, Thomas: Biopolitik zur Einführung, 2. Aufl., Hamburg 2007, S. 13.

Als ein überformender Modus, eine Konfiguration oder Konstellation begründet Biomacht spezifische Formen von Politik, Herrschaft oder Machtausübung.¹⁴⁸ In der biologischen, demografischen, medizinischen, oder psychiatrischen Entdeckung und Verwertung des menschlichen Lebens gewinnen die Sicherung von Gesundheit und die Verhinderung von Krankheit zentrale Bedeutung, um die sich Medizin als ein spezifischer Macht-Wissen-Komplex konstituiert. Dieses medizinische Macht-Wissen umfasst einerseits hygienische, gesundheits-, sozial- und bevölkerungspolitische Regulierungs- und Kontrollmaßnahmen. Andererseits generiert es auf der individuellen Ebene die Internalisierung eines gesunden, langen, erfüllten und produktiven Lebens als Norm, was vorsorgliche und präventive Gesundheitsmaßnahmen und Praktiken seitens der männlichen und weiblichen Individuen impliziert und auslöst.¹⁴⁹ Dadurch werden Frauen und Männer im gleichen Maß für ihre eigene Gesundheit verantwortlich, wie sie für die Gesundheit der Gesamtheit mittelbar und unmittelbar zur Verantwortung gezogen werden können. Im Wechselspiel mit medizinischen, biologischen, genetischen, sozialwissenschaftlichen oder demografischen Wissensproduktionen manifestieren und reproduzieren sich normierte Vorstellungen von Körper und Geschlecht, von Gesundheit oder Krankheit und damit korrelierende staatliche Kontroll- und Regulierungsmechanismen. Diese münden in Subjektivierungsprozesse sowie Selbst- und Fremdwahrnehmungen. „Wir befinden uns somit im Inneren einer Macht, die den Körper und das Leben vereinnahmt oder die das Leben im Allgemeinen [...]

¹⁴⁸ Das Untersuchungsgebiet von Foucault war insbesondere Frankreich, vergleichbare Entwicklungen können insbesondere in Europa verzeichnet werden. Die Entstehungsgründe von Biopolitik bleiben jedoch weitgehend vage, und er insistiert v. a. auf dem rasanten Anstieg der Bevölkerungszahlen sowie die Industrialisierung in Europa. Vgl. etwa Foucault: *Maschen der Macht*; ders.: *Geburt der Biopolitik*. Weiterführend etwa Bertani, Mauro: *Zur Genealogie der Biomacht*. In: Stिंगelin (Hrsg.): *Biopolitik und Rassismus*, S. 228–259.

¹⁴⁹ Für die Konzeption einer „Zeitgeschichte der Vorsorge“ betont Malte Thießen die besondere Bedeutung von Vorsorge und Präventionsmaßnahmen in der Moderne, die durch Befürchtungen und Ängste vor Krankheit, sozialem Abstieg und Tod geschürt wurden und eine Erhaltung, Verbesserung und Optimierung von Lebens- und Gesundheitsverhältnissen versprachen. Dabei würden gesundheits- und sozialpolitische Maßnahmen als Instrumente eines „social engineering“ und Antwort auf Kontingenzerfahrungen der Moderne fungieren, die den Blick auf die „Ordnung des Sozialen“ eröffnen. „Im 19. und 20. Jahrhundert avancierte Vorsorge von einem Projekt einzelner Schichten zu einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe [...]. Dieser ‚Übergang von der Disziplinierung zur administrativen Steuerung‘ markierte zugleich einen fundamentalen Wandel von Gouvernamentalität. Gesundheitspolitische Interventionen zielten fortan auf den Schutz des ganzen ‚Volkkörpers‘, auf die Verhütung von Gefahren für die Allgemeinheit sowie auf die Minimierung kollektiver Risiken im Dienste des ‚öffentlichen Interesses‘.“ Dabei müssten etwa gesundheitspolitische Präventionsmaßnahmen „sowohl als Konsequenz wie als Katalysator sozialer Ordnungen“ angesehen werden. „Stets ging und geht es bei Vorsorge nicht nur um Gesundheitsverhältnisse, sondern ebenso um die Aushandlung sozialer Normen, Beziehungen und Hierarchien, um Macht- und Herrschaftsverhältnisse.“ Thießen, Malte: *Gesundheit erhalten, Gesellschaft gestalten*; ders.: *Vorsorge als Ordnung des Sozialen*. Daneben Stöckel, Siegrid/Walter, Ulla (Hrsg.): *Prävention im 20. Jahrhundert*; Haehner-Rombach: *Geschichte der Prävention*.

mit den Polen des Körpers auf der einen und der Bevölkerung auf der anderen Seite in Beschlag genommen hat.“¹⁵⁰ Diese analytische Perspektivierung von Biomacht hat für die Charakterisierung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation einerseits zur Konsequenz, dass sie als ein wechselseitiges und praktiziertes Selektionsverfahren verstanden werden kann, das sich um das menschliche Leben in einer spezifischen Weise konstituierte und konfigurierte. Aufgrund seiner Einbettung in eine Macht-Wissensformation muss es andererseits von innen heraus, „von den Machttechniken her“, gedacht werden, welche für die Sterilisationspraxis „zeitgenössisch“ sind.¹⁵¹

Das zentrale Interventionsfeld von Biopolitik bilden der Körper und vor allem die männliche und weibliche Sexualität, denn sie fungieren als Scharnier zwischen Individuum und Bevölkerung.¹⁵² „Die Sexualität liegt letztlich genau an der Verbindungsstelle zwischen der individuellen Disziplinierung des Körpers und der Regulierung der Bevölkerung [...]. Sie liegt am Kreuzungspunkt der Disziplinierungs- und Regulierungsformen, und in dieser Funktion wird sie Ende des 19. Jahrhunderts zu einem erstrangigen politischen Instrument.“¹⁵³ Damit verbunden entsteht ein neuartiges Macht-Wissensfeld, „in dem gleichzeitig die Kontrolle und Reproduktion, die Modifizierung und Produktion einzelner Körper wie des menschlichen Lebens überhaupt möglich wird.“¹⁵⁴ Körper fungieren als Normen einer biopolitischen Ordnung, „welche Normalitätsanforderungen für jedes Individuum vorgibt und somit auch ‚abweichende‘ Identitäten und Sexualitäten reguliert.“¹⁵⁵

Im Zuge der Ökonomisierung und Optimierung des Lebens und der damit verbundenen Ausprägungen von biopolitischen Technologien eröffnet nach Foucault der

¹⁵⁰ Foucault: Verteidigung, S. 293.

¹⁵¹ Foucault: Wille zum Wissen, S. 1143.

¹⁵² Sexualität bedeutet nach Michel Foucault sehr divergente Bereiche wie etwa den staatlichen Zugriff auf Fortpflanzung, die Herstellung und Verteidigung einer heterosexuellen Norm, die Pathologisierung abweichender Sexualitäten, „so dass in der fortpflanzungsbezogenen Heterosexualität schließlich die sexuellen Praktiken der einzelnen mit der staatlichen Regulierungsmacht zusammenfallen.“ Planert: Der dreifache Körper des Volkes, S. 544; Foucault: Der Wille zum Wissen, S. 1139, 1143–1149.

¹⁵³ Foucault: Die Maschen der Macht, S. 232; Foucault: Wille zum Wissen, S. 1139.

¹⁵⁴ Planert: Der dreifache Körper des Volkes, S. 544.

¹⁵⁵ Sänger, Eva/Rödel, Malaika: Einleitung. Biopolitik und Geschlecht. Zur Reg(ul)ierung des Lebendigen. In: dies. (Hrsg.): Biopolitik und Geschlecht. Zur Regulierung des Lebendigen, Münster 2012, S. 10–11. Entsprechend der zentralen Bedeutung entsteht nach Michel Foucault ein Sexualitätsdispositiv, das vier strategische Komplexe aufweist: die „Sozialisierung des Fortpflanzungsverhaltens“, die „Hysterisierung des weiblichen Körpers“, die „Pädagogisierung des kindlichen Sexes“ und die „Psychiatisierung der perversen Lust“. Foucault: Der Wille zum Wissen, S. 1106–1107.

biologische Rassismus die einst dem Souverän vorbehaltenen Funktionen der Aussonderung, Selektion und Tötung.¹⁵⁶ Im Sinne eines Krieges nach außen und innen obliegen Rasse und Rassismus zwei wesentliche Funktionen.¹⁵⁷ Einerseits stellt Rasse ein Mittel dar, „um in diesen Bereich des Lebens, den die Macht in Beschlag genommen hat, eine Zäsur einzuführen: die Zäsur zwischen dem, was leben, und dem, was sterben muss“.¹⁵⁸ Andererseits ermögliche Rasse eine selektive Aussonderung bis hin zur Tötung, da erst die Aussonderung des „Unwürdigen“ das Überleben der eigenen Rasse gewährleiste. Der Ausschluss von so genannten fremden, unreinen, kranken oder „erbkranken“ Frauen und Männern transformierte zu einer rassistisch-biopolitischen Notwendigkeit, um das Überleben sowie die Leistungsfähigkeit der Gattung zu bewahren.¹⁵⁹ An dieser Stelle erscheint eine inhärente dialektische Symbiose von exkludierender Selektions- und Tötungsmacht, die sich am Blut orientiert, sowie einer inkludierenden Regulierungsmacht mit Zielrichtung auf die Sexualität.¹⁶⁰ Eine Konsequenz ist die „Zwangsbewirtschaftung“ der männlichen und weiblichen Fortpflanzung via Beurteilungen des Wertes von Ehefrauen, Ehegatten und Heiraten, der Stimulation der geschlechtlichen Furchtbarkeit sowie der medizinischen Sicherung des wertvollen Lebens beider Geschlechter.¹⁶¹

¹⁵⁶ Für Michel Foucault nistet sich Rasse mehr oder weniger schleichend sowie mehr oder weniger offensichtlich in den modernen Staat als Staatsrassismus ein, sodass es für Michel Foucault kein Gemeinwesen gäbe, „das sich nicht zu einem bestimmten Zeitpunkt, an einer gewissen Grenze und unter bestimmten Bedingungen des Rassismus bedient.“ Foucault: Verteidigung, S. 295. Auch Foucault, Michel: Leben machen und Sterben lassen. Die Geburt des Rassismus. In: Reinfeldt, Sebastian/Schwarz, Richard: Bio-Macht. Biopolitische Konzepte der Neuen Rechten, 2. Aufl., Duisburg 1993; Der Rassismusbegriff von Michel Foucault wurde an unterschiedlicher Stelle kritisiert und erweitert. Einen Überblick bietet Magiros, Angelika: Foucaults Beitrag zur Rassismustheorie, Hamburg 1995, S. 117–139; aus historischer Sicht weiterführend Sarasin: Zweierlei Rassismen; daneben auch Lemke, Thomas: Rechtssubjekt oder Biomasse? Reflexionen zum Verhältnis von Rassismus und Exklusion: In: Stingelin (Hrsg.): Biopolitik und Rassismus, S. 160–183; Graefe: Autonomie am Lebensende, S. 49–91.

¹⁵⁷ „Es geht nicht mehr um Schlacht im kriegerischen Sinn, sondern um Kampf im biologischen Sinn: um Differenzierung der Arten, Selektion des Stärksten, Bewahrung der am besten angepassten Rassen usw.“ Foucault: Verteidigung, S. 94. Zur analytischen Figur des Krieges siehe Foucault, Michel: Vom Licht des Krieges zur Geburt der Geschichte, Berlin 1986.

¹⁵⁸ Foucault: Verteidigung, S. 295.

¹⁵⁹ „Je mehr niedere Gattungen im Verschwinden begriffen sind, je mehr anormale Individuen vernichtet werden, desto weniger Degenerierte gibt es in der Gattung, desto besser werde ich – nicht als Individuum, sondern als Gattung – leben, stark sein, kraftvoll sein und gedeihen. Der Tod des Anderen bedeutet nicht einfach mein Überleben in der Weise, dass er meine persönliche Sicherheit erhöht; der Tod des Anderen, der Tod der bösen Rasse, der niederen (oder degenerierten oder anormalen) Rasse wird das Leben im allgemeinen gesünder machen; gesünder und reicher.“ Foucault: Verteidigung, S. 296.

¹⁶⁰ Vgl. Foucault: Wille zum Wissen, S. 1141–1142.

¹⁶¹ Vgl. Foucault: Wille zum Wissen, S. 1141.

Für das Dritte Reich konstatiert Michel Foucault eine exzessive Kumulation des biopolitischen Rassismus.¹⁶² Im Nationalsozialismus hätten sich zugleich disziplinarische und regulatorische Machtmechanismen innerhalb einer Diktatur etabliert und verwirklicht, die sich nicht nur gegen das Leben so genannter anderer Gattungen, sondern vor allem auch gegen die eigene Spezies richteten. „Der Nazismus ist wohl tatsächlich die auf die Spitze getriebene Entwicklung neuer, seit dem 18. Jahrhundert vorhandener Machtmechanismen. Es gibt keinen disziplinäreren Staat als das Naziregime; auch keinen Staat, in dem die biologischen Regulierungen auf straffere und nachdrücklichere Weise wiederaufgenommen worden wären. Disziplinarmacht. Bio-Macht.“¹⁶³ Die Einlassungen Foucaults zu den herrschaftlichen Konstellationen und Triebkräften im Dritten Reich rekurrieren auf die Koalition von disziplinierenden und regulierenden Machtformen, die im Herrschaftsgefüge des Dritten Reiches einen Vernichtungsexzess hervorgerufen hätten. Zugleich bleiben die Ausführungen vor allem zur Erb- und Gesundheitspolitik rudimentär.¹⁶⁴ Aus diesem Grund ist es zunächst notwendig, die nationalsozialistische Zwangssterilisation unter einer biopolitischen Perspektive einzuordnen. Anschließend erfolgt eine Erörterung von Volkskörper, Rasse und Geschlecht als maßgeblich und ineinander verwobene Diskursformationen, die sowohl selektive Maßnahmen im Dritten Reich begründeten als auch Vorstellungen, Wahrnehmungen und Handlungsweisen der selektiven Praxis prägten. Abschließend wird die Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ als mehrstufiges Herstellungs- und Selektionsverfahren beschrieben, in dessen Zentrum

¹⁶² Im Gegensatz zu Michel Foucault versteht Roberto Esposito die nationalsozialistische Diktatur als „Bruch- und Wendepunkt“ von Biopolitik, indem der überformende biologisch-rassische Determinismus eine Ununterscheidbarkeit oder Koinzidenz von Leben und Tod hervorrief. Im Angesicht des millionenfachen Mordes bedeute der Nationalsozialismus eine singuläre herrschaftliche Ausprägung, dessen Geschichte und diskursiven Konsequenzen jedoch keineswegs auf den Zeitraum bis 1945 zu begrenzen seien. Vgl. etwa Esposito, Roberto: *Person und menschliches Leben*, Zürich 2010, S. 21. Bezüglich der nationalsozialistischen Vernichtungsmaßnahmen wird, im Gegensatz zu Biomacht als auf das Leben gerichtete Macht-Wissensformation, von einer Thanatopolitik, also einer auf den Tod gerichteten Politik gesprochen. Dieser Unterscheidung wird hier nicht gefolgt, denn eine auf das Leben gerichtete Politik schließt den Tod als Maßnahme zur Sicherung und Optimierung unweigerlich ein. Weiterführend Esposito 2004; *Agamben: Homo Sacer*.

¹⁶³ Foucault: *Verteidigung*, S. 300; auch Foucault: *Wille zum Wissen*, S. 1142.

¹⁶⁴ Eine vergleichbare Interpretationslinie lautet: „Der Nazistaat hat das Feld des Lebens, das er verbessert, schützt, absichert und biologisch kultiviert, und zugleich das Recht des Souveräns, jemanden – nicht nur die anderen, sondern auch die eigenen Leute – zu töten, absolut zur Deckung gebracht. Es gab bei den Nazis die Koinzidenz zwischen einer verallgemeinerten Bio-Macht und einer absoluten Diktatur, die durch dieses schreckliche Übersetzungsverhältnis zwischen dem Recht zu töten und der Auslieferung des gesamten Gesellschaftskörpers an den Tod gekennzeichnet ist.“ Foucault: *Verteidigung*, S. 301. Zur begrenzten Tragfähigkeit für die Geschichte des Nationalsozialismus siehe Marx: „Der Wille zum Kind.“

das medizinische Gutachten die Funktion übernahm, die betroffenen Frauen und Männer mit „Erbkranken“ zu doppeln, um die Unfruchtbarmachung sinnstiftend und juristisch zu legitimieren.

Der Erlass des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ im Juni 1933 war der vorläufige Abschluss einer seit dem Ende des 19. Jahrhunderts geführten und im preußischen Gesetzesentwurf von 1932 gipfelnden Diskussion über die Unfruchtbarmachung von als „erbkrank“ geltenden Frauen und Männern als eine staatliche Regulierungsmaßnahme des männlichen und weiblichen Fortpflanzungsverhaltens. Als Technologie zur Regulierung des Fortpflanzungsverhaltens bezog die Sterilisation ihren mystifizierenden, dystopischen und utopischen Nährboden aus bevölkerungspolitischen Diskursen des 19. Jahrhunderts.¹⁶⁵

Zugleich war die nationalsozialistische Zwangssterilisation ein integraler Bestandteil der Erbgesundheits- und Rassenpolitik im Dritten Reich, um die Herstellung einer biologisch und rassistisch gesunden und leistungsstarken Volksgemeinschaft zu gewährleisten. Im Vergleich zu Entwicklungen in Nordamerika oder anderen europäischen Ländern bezog das nationalsozialistische Sterilisationsgesetz seinen Antrieb aus einem exzessiven rassenbiologischen Gestaltungswillen. Unter diesen Vorzeichen kann das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ sowohl als überkommene Regulierungsstrategie als auch als Kulmination eines rassenbiologischen Interventionswillens charakterisiert werden.

Die in der nationalsozialistischen Zwangssterilisation verborgene Gleichzeitigkeit von Kontinuität und Zäsur wird durch die unmittelbare Verbindung von disziplinierenden und regulierenden Machttypen gekennzeichnet. Die „Symbolik des Blutes“ und die „Analytik der Sexualität“ verbinden sich. Die produktive Regulierungsmacht mit dem Ziel der Optimierung des Volkskörpers koalitiert mit einer repressiven Disziplinierungsmacht, die jedoch keine Schulung, Dressur oder Erziehung beabsichtigt, sondern qua biologischer Schuld nur die unwiderrufliche chirurgische Zerstörung der Fortpflanzungsfähigkeit. Mehr noch: Die souveräne Macht über den Tod des Einzelnen verbindet sich mit der Macht zur notwendigen Regulierung und Optimierung von

¹⁶⁵ Im Hinblick auf die ahnenhafte Herkunft, die bedrohte Gegenwart und eine hoffnungsvolle Zukunft besaß der Volkskörper im Dritten Reich mindestens drei ambivalente Eigenarten – einen rückwärtsgewandten Mythos, eine gegenwärtige Dystopie und eine zukunftssträchtige Utopie. Weiterführend etwa Geulen: Wahlverwandte; Etzemüller: Der ewigwährende Untergang; Mackensen, Rainer (Hrsg.): Bevölkerungslehre und Bevölkerungspolitik vor 1933, Opladen 2002; ders. (Hrsg.): Bevölkerungslehre und Bevölkerungspolitik im „Dritten Reich“, Opladen 2004; Mackensen, Rainer/Reulecke, Jürgen (Hrsg.): Das Konstrukt „Bevölkerung“ vor, im und nach dem „Dritten Reich“, Wiesbaden 2005.

Bevölkerung und eröffnet eine kühle und systematische Selektionspraxis. Infolge der machttechnologischen Verzahnung entsteht mit dem nationalsozialistischen Sterilisationsgesetz, so die thesenhafte Charakterisierung, ein neuartiges selektierendes wie optimierendes Regulierungsverfahren, das im Spannungsfeld von wechselseitigen Diskursformationen wie Rasse und Volkskörper, Gesundheit und Krankheit, Blut und Sexualität stand.

Der zentrale Bezugspunkt stellt die deutsche Bevölkerung in der Bedeutung eines organisch-biologischen, ja zellenartig verbundenen Volkskörpers dar.¹⁶⁶ Die rassistische Aufladung verlieh dem organischen Prinzip von Volk eine spezifische Charakteristik, indem es als „Abstammungs- und Schicksalsgemeinschaft“ verstanden wurde, „durchseelt [...] von dem inneren Gesetz der in ihm vorwiegenden Rasse, die alle Geschlechter der Gegenwart, der Vergangenheit und Zukunft umfasst“.¹⁶⁷ Der Volkskörper besaß eine schicksalshafte Bedeutung und er firmierte als übergeordneter Referenzmaßstab. Und je stärker der Volkskörper als organisch verbundene Rassegemeinschaft gedeutet wurde, desto bedrohlicher wurde ihre gemeinschaftliche Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft im Scheinwerferlicht biopolitischer Macht eingeschätzt und desto notwendiger und dringlicher erschien jede inkludierende und exkludierende Selektionsmaßnahme zur Erhaltung des Volkskörpers.¹⁶⁸ Der Wille und die Teilhabe an

¹⁶⁶ Der Volkskörper wurde als organisch verfasste Einheit verstanden, deren Qualität, Potenz und Überlebensfähigkeit durch die Gesundheit, Stärke und Leistungsfähigkeit seiner männlichen und weiblichen Mitglieder konstituiert wurde. Im Umkehrschluss bedeutet die individuelle „Minderwertigkeit“ und „Krankhaftigkeit“ eine Gefährdung der Bevölkerung als Gesamtheit, der durch zielgerichtete selektive Mittel begegnet werden müsse. Dergestalt figurierten „Volksgesundheit“ oder „Volkspflege“ zu zentralen Macht-Wissen-Positionen, um die Potenz von Bevölkerung als Gesamtheit zu sichern und zu optimieren. Damit einhergehend transformierte Krankheit als dualistischer Gegensatz von Gesundheit und Element der Schwächung zu einem gesellschaftlichen Exklusionsprinzip.

¹⁶⁷ Schmitz-Berning, Cornelia: Vokabular des Nationalsozialismus, Berlin 1998, S. 642.

¹⁶⁸ An dieser Stelle ergeben sich analytische Parallelen zum Konzept der Volksgemeinschaft, das insbesondere von Frank Bajohr und Michael Wildt herausgearbeitet wurde. Wesentliche Merkmale der nationalsozialistischen Volksgemeinschaft seien Inklusions- und Exklusionsmechanismen, wobei der Kern nationalsozialistischer Maßnahmen im Ausschluss bestünde: „Nicht so sehr, wer zur Volksgemeinschaft zugehören sollte, stand im Zentrum nationalsozialistischer Politik als vielmehr die Frage, wer auf jeden Fall aus ihr ausgeschlossen werden müsse.“ Von dieser Feststellung ausgehend weisen Bajohr und Wildt der nationalsozialistischen Volksgemeinschaft eine maßgebliche Funktion zu: „Nicht in der Gleichheit, sondern gerade in der Herstellung von Ungleichheit muss daher eines der wesentlichen Attraktivitätsattribute der ‚Volksgemeinschaft‘ erkannt werden.“ Jedoch erweckt das Konzept der „Volksgemeinschaft“ den Eindruck, einseitig auf die Verfolgung ethnischer Gruppen abzielen und biologistische Ausschlussverfahren gegen die deutsche Bevölkerung zu vernachlässigen. „‚Volksgemeinschaft‘ zielt auf Inklusion und Homogenität, und je mehr das ‚Volk‘ in einem biologistisch definierten Sinn als ‚Blutsgemeinschaft‘ verstanden wird, desto größer ist die Gefahr, dass der Definition ethnischer Homogenität auch die Gewaltpraxis ethnischer Exklusion, d. h. Ausgrenzung und Vertreibung, folgt.“ In Anwendung des Konzepts der „Volksgemeinschaft“ auf die Sterilisationspolitik stellt sich hier u. a. die Frage nach dem Charakter des Ausschlussverfahrens, denn die Unfruchtbarmachung zielte auf die Exklusion aus der Fortpflanzungsgemeinschaft, gleichsam blieben die zwangssterilisierten Frauen und Männer aus-

der Selektion von Individuen speisen sich dabei aus der potentiellen wie konkreten Sorge um das Leben der Bevölkerung als Volksgemeinschaft.¹⁶⁹

Rasse und Rassismus bilden in Bezug auf einen Volkskörper ein handlungsanleitendes Normgefüge und fungieren zugleich als ein Mittel zur Selektion, zur Bemessung des individuellen Lebenswertes sowie als ideologischer Antrieb. Die Bedeutung des biologischen Rassismus liegt aber nach Stefanie Graefe „nicht nur in seiner ‚Funktionalität‘ im Hinblick auf den Erhalt der souveränen Staatsmacht oder in der Anwendung biologischer ‚Gesetzmäßigkeiten‘ auf den ‚Gesellschaftskörper‘, sondern ebenso darin, soziale Antagonismen in identitätslogisch verfasste ‚biologische‘ Kontinuitäten zu übersetzen“.¹⁷⁰ Biologie fungiert als ein inneres Verbindungselement, das „nicht nur soziale Antagonismen in eine Beziehung ‚biologischen Typs‘ übersetzt, sondern damit zugleich eine prinzipielle Übersetzbarkeit sozialer in biologische Verhältnisse behauptet, was nichts anderes als ein überaus ‚mythisches‘ Versprechen ist“.¹⁷¹ Rasse und biologischer Rassismus sind in diesen strategischen Funktionen also weit mehr als herrschaftlich-diktatorische Attribute eines einseitigen Staatsrassismus. Denn „diskursmächtige Verbindungen von Rassismus und Sexualisierung – wie sie etwa im Rahmen der rasse- und erbhygienischen Bewegungen in den 1920er Jahren [in] Deutschland artikuliert wurden – wurden nicht seitens eines abstrakten ‚Staatsrassismus‘ aufkotroyiert, sondern in Wissensdispositiven und theoriepolitischen Diskursen hervorgebracht“, die ihrerseits Diagnoseprozeduren und Lösungstechnologien vorschlugen. Der biologische Rassismus besaß im Anschluss an Foucault die strategische Funktion eines diskursiven Amalgams oder „Scharnier[s] zwischen gesellschaftlichen Institutionen, Herrschaftsverhältnissen und Staat einerseits, Alltags- und Subjektivierungsweisen andererseits“.¹⁷² Unter dieser Perspektive ist der biologische Rassismus als ein diskursives Gewebe zu verstehen, welches nicht nur bevölkerungspolitische

drücklich Mitglieder der Volksgemeinschaft. Bajohr, Frank/Wildt, Michael (Hrsg.): Volksgemeinschaft. Neue Forschungen zur Gesellschaft des Nationalsozialismus, Frankfurt/Main 2009, S. 12, 17–19 (Vorwort). Zur Kritik etwa Kershaw, Ian: Volksgemeinschaft. Potential und Grenzen eines neuen Forschungskonzepts. In: Vierteljahreshefte für Zeitgeschichte, Jg. 59 (2011), H. 1, S. 1–17; Schmiechen-Ackermann, Detlef (Hrsg.): „Volksgemeinschaft“. Mythos, wirkungsmächtige soziale Verheißung oder soziale Realität im „Dritten Reich“? Zwischenbilanz einer kontroversen Debatte, Paderborn 2012.

¹⁶⁹ Mit Blick auf die Emotionalität siehe von Klimó, Arpad/Rolf, Malte (Hrsg.): Rausch und Diktatur. Inszenierung, Mobilisierung und Kontrolle in totalitären Systemen, Frankfurt/Main 2006.

¹⁷⁰ Graefe: Autonomie am Lebensende, S. 72.

¹⁷¹ Graefe: Autonomie am Lebensende, S. 72.

¹⁷² Graefe: Autonomie am Lebensende, S. 73.

Maßnahmen legitimierte, sondern ebenso gesellschaftliche Vorstellungen und Wahrnehmungen prägte, die wiederum Handlungsweisen sowie selektive Praktiken anleiteten.

Im Rahmen des biologischen Rassismus besetzten Eugenik und Rassenhygiene zentrale strategische Positionen.¹⁷³ Indem sie eine konkrete Beziehung zwischen staatlichem Machtanspruch und reproduktiver Potenz von beherrschter Bevölkerung herstellten, begründeten sie auf der Grundlage von wissenschaftlichen Erkenntnissen eine wirkungsmächtige und zugleich performative Verbindung von Rassismus, Volkskörper, Biologie und Sexualität. Unter diesen Voraussetzungen fungierten Eugenik und Rassenhygiene als eine Wissensordnung und zugleich als eine politische Notwendigkeit, die sich zentral an der körperlichen Konstitution und am Fortpflanzungsverhalten von Bevölkerung und Individuen ausrichtete.¹⁷⁴ Als Macht-Wissen-Komplex forcierte die Rassenhygiene selektive Maßgaben und eröffnete die diagnostischen Mittel, um auf der Grundlage von wissenschaftlichen Erkenntnissen und zugunsten des Erhalts und der Optimierung des Volkskörpers gefährdende und bedrohende Fremdkörper zu erfassen und auszumerzen.

Die Herstellung und Selektion von männlichen und weiblichen Fremdkörpern stellt einen sowohl alltäglichen wie gigantischen als auch steigernden wie destruktiven Konstruktionsvorgang dar, dem im Zuge einer rassischen Mystifizierung und rassenbiologischen Beweisführung eine herrschaftliche Entschlossenheit und Notwendigkeit und zugleich eine gegenwarts- wie zukunfts-gewandte Imaginationskraft innewohnt. Denn der Ausschluss von fremden, unwerten oder unreinen Frauen und Männern suggeriert innerhalb eines rassisch aufgeladenen biopolitischen Diskurses die Verwirklichung eines guten Lebens.¹⁷⁵ Die Aussonderung „beziehungsweise die Zäsur innerhalb einer Bevölkerung findet“, so Philipp Sarasin, „im Rahmen eines Denkens statt,

¹⁷³ Graefe: *Autonomie am Lebensende*, S. 33.

¹⁷⁴ Die wissenschaftliche Fundierung in Biologie, Demografie, Evolutionstheorie und Vererbungs-wissenschaft schuf konkrete Anschlussstellen und Verbindungselemente zur Medizin als biopolitische Macht-Wissen-Ordnung. Hierdurch gewannen die von Eugenik und Rassenhygiene proklamierten Aufartungs- und Selektionsbestrebungen eine wissenschaftliche Basis, die seit dem 19. Jahrhundert als eine Wahrheitsordnung diffundierten. Zur Eugenik in Deutschland siehe Weingart/Kroll/Bayertz: *Rasse, Blut und Gene*; zur internationalen Bedeutung siehe etwa Kühl: *Die Internationale der Rassisten*; zur Kontinuität von eugenischen Postulaten etwa Obermann-Jeschke: *Eugenik im Wandel*; Kevles, Daniel J.: *In the Name of Eugenics. Genetic and the Uses of Human Heredity*, 2. Aufl., New York 1997. Vgl. auch Kap. 2.1.

¹⁷⁵ Sarasin: *Zweierlei Rassismen*; Geulen: *Wahlverwandte*, S. 19–25. Siehe auch Bryant, Thomas: *Der deutsche „Volkskörper“ im Spannungsfeld zwischen „Volks-gesundheit“ und „Volkskrankheit“*. Bevölkerungswissenschaftliche Pathologisierungsparadigmen und biopolitische Medikalierungsstrategien zur demographischen Alterung im 20. Jahrhundert. In: *Virus. Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin*, Jg. 9 (2010), S. 11–24.

das sich zur Selektion ermächtigt fühlt, weil ihm die Unterschiede zwischen dem Eigenen und dem Fremden so klar sind beziehungsweise, weil es das Eigene im Rahmen eines rassehygienischen Denkens definiert“.¹⁷⁶ Die Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation erscheint so weniger als eine herrschaftlich-diktatorische Maßnahme, sondern vielmehr als ein partizipatives Aussonderungsverfahren von männlichen und weiblichen Fremdkörpern.¹⁷⁷

Der Selektion von „Minderwertigkeit“ ist die Herstellung eines rassistisch gesunden und normalen Körpers als dialektisches Gegensatzpaar inhärent, denn innerhalb eines biologischen Rassismus bedeuten, so Thomas Lemke, „Homogenisierung und Hierarchisierung keine Gegensätze, sondern komplementäre Stränge“.¹⁷⁸ Dabei erfordert die Erzeugung von normalen, normierten, ja normalisierenden Körpern „die Generierung eines spezifischen Wissens vom Körper: einen Korpus von Normen, der Abweichungen qualifiziert, Differenzen bewertet und Interventionen strukturiert“.¹⁷⁹ Somit dient die Herstellung von Normalisierungsmaßstäben der gesellschaftlichen Homogenisierung, indem sie es als dialektische Gegensätze zu Beurteilungskriterien wie Gesundheit, Leistungsfähigkeit oder sozialem Erfolg erlauben, „Krankhaftigkeit“, „Minderwertigkeit“ und „Schwäche“ zu diagnostizieren. Das Sterilisationsgutachten ebenso wie Krankheitsbilder oder „Erbkrankheiten“ bilden derartige Normalisierungsmaßstäbe, indem sie als Produkte von zeitgenössischen medizinischen und gesellschaftlichen Normen und Vorstellungen die zentrale Funktion übernehmen, physische, psychische und soziale Abweichungen wissenschaftlich zu begründen und selektierbar zu machen.

Die Erzeugung von „Erbkrankheiten“ steht somit in vielfältigen Relationen zu Rasse und Volkskörper, zu wissenschaftlich definierten Normalkörpern sowie zu rassifizierten Selbstwahrnehmungen.¹⁸⁰ Die im Fremden, im Andersartigen oder Devianten gebündelten Attribute begründen wirkungsmächtige Konstruktionsweisen von männlichen und weiblichen Körpern, da ihnen die strategischen Funktionen der Erschaffung, Begründung und Stabilisierung von „Wahrheiten“ obliegt, sodass in der Konsequenz „Krankhaftigkeit“ und „Minderwertigkeit“ als gemeinschaftlich geteilte,

¹⁷⁶ Sarasin: *Zweierlei Rassismen*, S. 77.

¹⁷⁷ Zum Verhältnis von gesunden und kranken Personen siehe etwa Cocks, Geoffrey Campbell: *The State of Health. Illness in Nazi Germany*, Oxford 2012.

¹⁷⁸ Lemke: *Rechtssubjekt oder Biomasse?*, S. 162.

¹⁷⁹ Lemke: *Rechtssubjekt oder Biomasse?*, S. 162.

¹⁸⁰ Graefe: *Autonomie am Lebensende*, S. 63–72.

wissenschaftlich begründete und quasi natürliche Kategorien erscheinen.¹⁸¹ Ein verbindendes Element dieses Gewebes und zugleich eine zentrale Maßgabe der rassenbiologischen Begutachtung ist die dichotome Unterscheidung in „wert“ und „unwert“, die sich in genealogischen Topoi wie „rein“ oder „unrein“ oder hygienischen Begriffen wie Desinfektion oder Sauberkeit äußert.¹⁸² Und so schrieb bereits Hans Fallada in seinem Roman „Jeder stirbt für sich allein“ aus dem Jahr 1946: „Sauberkeit, das ist nationalsozialistisches Denken! Nur das!“¹⁸³ Es gab und durfte keine Nuancen in der Bewertung menschlichen Lebens geben, und ebenso wenig Kompromisse im Ausschluss von als „unrein“, „unwert“ oder „erbkrank“ geltenden Frauen und Männern.

Hinsichtlich der partizipativen und dialektischen Charakteristik von selektiven Praktiken werden Exklusion und Inklusion als charakteristische Merkmale der nationalsozialistischen Erb- und Rassenpolitik nicht als dichotomes Gegensatzpaar, sondern als ineinander verwobene synergetische Einheit verstanden, die sich in der nationalsozialistischen Zwangssterilisation als ein zentrales Regulierungsverfahren des Volkskörpers materialisierten und reproduzierten. Der Selektion von männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“ war die Herstellung von „gesunden“ und „wertvollen“ Frauen und Männern inhärent. Im Rahmen der rassenbiologischen Logik von „Aufartung durch Ausmerzungen“ war das nationalsozialistische Sterilisationsgesetz somit keine exklusive oder separierte Maßnahme, die weitab und stillschweigend am gesellschaftlichen Rand erfolgte. Stattdessen durchzog sie als zugleich ausschließende wie einschließende identitätsstiftende Maßnahme die gesamte nationalsozialistische Volksgemeinschaft und unterscheidet sich intentional und funktional-organisatorisch von der Ermordung psychiatrischer Patienten.¹⁸⁴ Die nationalsozialistische Zwangssterilisation fand im gesellschaftlichen Zentrum statt, sie besaß einen konstitutiven

¹⁸¹ Fremd- wie Volkskörper sind als zuschreibungspflichtige und performative Strukturen zu verstehen, die ihre biopolitische Wirkungsmacht infolge der sinnstiftenden Besetzung von Volk und Rasse, Gesundheit und Krankheit oder von Wert und Unwert erzeugen.

¹⁸² Mit Blick auf „Säuberungen“ in der Sowjetunion etwa Koenen, Gerd: Utopie der Säuberung. Was war der Kommunismus?, Frankfurt/Main 2000, S. 63–94, 125–146.

¹⁸³ Fallada, Hans: Jeder stirbt für sich allein, 3. Aufl., Berlin 2012, S. 63.

¹⁸⁴ Die Aktion T 4 unterscheidet sich von der nationalsozialistischen Zwangssterilisation etwa in den Motiven, den Organisationsstrukturen, der Exklusionsmittel sowie der Auswahl der männlichen und weiblichen Opfer. Beide Maßnahmen stehen in Zusammenhang einer exkludierenden Bevölkerungspolitik, beruhten jedoch auf divergierenden Vorstellungen und verfolgten andere Interessen. Zielte das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ auf eine Verbesserung des Volkskörpers durch Ausschaltung von fortpflanzungsfähigen Frauen und Männern, so verfolgte der nationalsozialistische Krankenmord insbesondere ökonomische und militärische Zwecke, indem kranke und versorgungsbedürftige Mädchen und Jungen, Frauen und Männer ermordet wurden.

Stellenwert für die Volksgemeinschaft und ihre Praktizierung spiegelt das innere Wesen des Nationalsozialismus sowie prägende Vorstellungen von „Wert“ und „Unwert“, von Männlichkeit und Weiblichkeit wider.¹⁸⁵

Die vom nationalsozialistischen Sterilisationsgesetz definierten „Erbkrankheiten“ fungierten als konkreter medizinisch-biologisch begründeter Normenkatalog. Entsprechend der Funktion der Rassenhygiene beanspruchten die gesetzlich verankerten „Erbkrankheiten“ einen Wahrheitsanspruch in dem Sinne, dass eine Selektion das mystifizierende und utopische Heilsversprechen einer potenten deutschen Volksgemeinschaft einlöse. Dabei ermöglichte der Rekurs auf Biologie und Vererbungswissenschaft in der Praxis einen zweifachen Kausalitätsschluss. Soziale Abweichungen finden sich einerseits in der biologisch-genetischen Konstitution von Frauen und Männern. Andererseits zeigt sich die biologisch-genetische Beschaffenheit den Gutachtern und Theoretikern der biopolitischen Praxis im männlichen und weiblichen Sozialverhalten. „Nach dem Muster der Vererbung einfacher körperlicher Merkmale galten der soziobiologischen Sichtweise nun auch komplexe psychische, intellektuelle oder soziale Eigenschaften wie die Weitergabe des Berufs und Schulleistungen oder die ‚Anlage‘ zu ‚Schwachsinn‘, ‚Prostitution‘ oder ‚Verbrechertum‘ als hereditär.“¹⁸⁶ Das Blut figurierte als Phantasma von glückseliger Gesundheit und zugleich als syphilitische Brutstätte von degenerativen und endemischen „Erbkrankheiten“.¹⁸⁷

Die im „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ definierten „Erbkrankheiten“ wie etwa der „angeborene Schwachsinn“, „Schizophrenie“ oder „Epilepsie“ entsprangen langjährigen Diskussionen über Regulierungen des Fortpflanzungsverhaltens. Es waren zeitgenössische medizinische Diagnosen, die einen breiten Katalog an beweisführenden Merkmalen aufwiesen. Die Heranziehung und Auswahl dieser „Erbkrankheiten“ bestand nicht in der jeweiligen Vererbbarkeit, die zum Zeitpunkt des gesetzlichen Erlasses kaum gesichert war oder sogar bezweifelt wurde.¹⁸⁸ Ihre innere wie äußere Relevanz bestand stattdessen im hier gebündelten Bedrohungspotential für die Leistungsfähigkeit und den Fortbestand der nationalsozialistischen Volksgemeinschaft.¹⁸⁹ „Erbkrankheiten“ im Sinne des nationalsozialistischen Sterilisationsgesetzes

¹⁸⁵ Eine vergleichbare Charakteristik kann ebenso der Durchführung des so genannten Ehegesundheitsgesetzes zugeschrieben werden. Vgl. etwa Czarnowski: Das kontrollierte Paar.

¹⁸⁶ Planert: Der dreifache Körper des Volkes, S. 569.

¹⁸⁷ Vgl. Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 328.

¹⁸⁸ Vgl. Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 323–336.

¹⁸⁹ Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 109–110.

stellen auf der einen Seite einen normalisierenden Bewertungsmaßstab oder ein Refugium dar, mit dem Ziel, die im Blut verborgene „Minderwertigkeit“ zu kennzeichnen. Auf der anderen Seite mussten die gesetzlich definierten Diagnosen mit medizinischen Informationen, Anhaltspunkten und Nachweisen untermauert werden, um den medizinisch-rechtlichen Verurteilungsprozess zu begründen.

„Erbkrankheiten“ kennzeichnen einen diagnostizierten körperlichen Zustand und stellen die Devianz als Grundlage der erbgesundheitlichen Verurteilung fest.¹⁹⁰ Sie legitimieren den gesetzlichen Ausschluss und sind Wegbereiter einer offenen wie stillschweigenden gesellschaftlichen Stigmatisierung.¹⁹¹ Insofern sind sowohl „Erbkrankheiten“ als auch ihre diagnostischen Beschreibungen bedeutungsvolle Sinträger, die in einem praktizierten Verfahren unter Beteiligung von Ärzten, Richtern oder Zeugen angefüllt und besetzt werden mussten und entsprechend ihrer definatorischen Offenheit sowie biopolitischen Funktion zu soziobiologischen „Leerformeln“ transformierten. Demgegenüber hat die erb- und rassenpflegerische Sprache eine performative Charakteristik, indem sie anhand von gesundheitlichen Zuständen und erbbiologischen Abweichungen Vorstellungen und Wahrnehmungen über erbbiologische Devianz und „Minderwertigkeit“ reproduzieren und manifestieren.¹⁹² Das zeitgenössische erb- und rassenpflegerische Vokabular weist somit zugleich einen definatorischen wie auch dynamischen Charakter auf und muss dekonstruiert und übersetzt werden, um die vielfältigen Bedeutungsebenen für die Bewertung menschlichen, also männlichen und weiblichen, Lebens freizulegen. Denn in der Sprache der nationalsozialistischen Zwangssterilisation werden soziobiologische Kriterien wie Ökonomie und Leistungsfähigkeit, Sozialität, Geschlechtsleben, Lebenswelt bis hin zu körperlichen Attributen wie Aussehen und Gestalt gebündelt. Diese zuschreibungspflichtigen Attribute

¹⁹⁰ Im Vordergrund steht die Analyse des Herstellungs- und Selektionsprozesses von „Minderwertigkeit“, indem die Formen der Ermittlung, der Zusammenstellung von medizinischen Ergebnissen und der diagnostischen Konnotationen sowie die gerichtliche Urteilsbegründung als miteinander agierende Bestandteile eines Exklusionsverfahrens untersucht werden. Für die vorliegende Untersuchung spielt es eine nachrangige Rolle, ob die betroffenen Personen „tatsächlich“ an Schizophrenie oder Epilepsie erkrankt waren – dies wäre eine medizinhistorische Fragestellung. Zur Schizophrenie als psychiatrische Konstruktion siehe etwa Szasz, Thomas S.: Schizophrenie: Psychiatrisches Syndrom oder wissenschaftlicher Skandal. In: ders.: Schizophrenie. Das heilige Symbol der Psychiatrie, Frankfurt/Main 1982, S. 83–128.

¹⁹¹ Vgl. etwa Westermann: Verschwiegene Leid; Tümmers: Anerkennungskämpfe.

¹⁹² Hierfür spielen die Begutachtungsinstrumente, die einzelnen Krankheitskataloge sowie ihre deskriptiven Annotationen wie etwa „asozial“, „minderwertig“ oder „wertlos“ eine entscheidende Rolle. Vgl. Ayaß, Wolfgang: „Asoziale“ im Nationalsozialismus, Stuttgart 1995; ders.: „Demnach ist zum Beispiel asozial ...“. Zur Sprache sozialer Ausgrenzung im Nationalsozialismus. In: Beiträge zur Geschichte des Nationalsozialismus, Jg. 28 (2012), S. 69–89.

konstituieren „Minderwertigkeit“, und die Analyse dieses Zuschreibungs- und Bündelungsprozesses offenbart die Ebenen von „erbkrank“ und „Erbkrankheiten“ im Dritten Reich.

Das Geschlecht fungiert als ein immanenter Baustein innerhalb des Herstellungsprozesses von „Erbkrankheiten“, indem es in die medizinische Diagnostik eingewoben ist und zugleich eine konstituierende Charakteristik entfaltet und somit eine diagnostische Konstruktionsbedingung darstellt.¹⁹³ Die Voraussetzung besteht in der rassenbiologischen Funktionalisierung von Sexualität und Geschlecht innerhalb eines organisch gedachten Volkskörpers. Im Zuge eines rassenbiologisch aufgeladenen biopolitischen Diskurses wurden überkommene Vorstellungen von Geschlecht, von Männlichkeit und Weiblichkeit sowie von Vaterschaft und Mutterschaft abgelöst und modelliert.¹⁹⁴ Es entstand eine neuartige Körpercharakteristik, indem die ein Volk konstituierenden männlichen und weiblichen Individuen als Gattungskörper konzeptualisiert wurden.¹⁹⁵ In der Funktion als Gattungswesen waren Frauen und Männer in erster Linie für den Erhalt und die Potenz der Bevölkerung verantwortlich. Die Deutung von Männlichkeit und Weiblichkeit und vor allem von Mutterschaft und Vaterschaft stand in unmittelbarer Relation zu Rasse und Volk.¹⁹⁶ Ein Wesensmerkmal der

¹⁹³ Analytische und historische Bezüge zwischen Biopolitik, Geschlecht und Nationalsozialismus wurden bislang nicht hergestellt und untersucht. Zum Zusammenhang von Geschlecht und Biopolitik v. a. im aktuellen Bezug siehe etwa Graumann, Sigrid/Schneider, Ingrid (Hrsg.): *Verkörperte Technik – Entkörperte Frau. Biopolitik und Geschlecht*, Frankfurt/Main 2003; Voß, Heinz-Jürgen: *Making Sex Revisited. Dekonstruktion des Geschlechts aus biologisch-medizinischer Perspektive*, Bielefeld 2010; Sänger/Rödel (Hrsg.): *Biopolitik und Geschlecht*; Rödel, Malaika: *Geschlecht im Zeitalter der Reproduktionstechnologien. Natur, Technologie und Körper im Diskurs der Präimplantationsdiagnostik*, Bielefeld 2014; Laufenberg: *Sexualität und Biomacht*. Nach Mike Laufenberg besteht eine analytische Schiefelage, denn „die Bedeutung von Sexualität für die Genese, Reproduktion und Dynamik von Biomacht wird meist auf wenige Phrasen reduziert [...]“. Gleichzeitig werden feministische, queer-theoretische oder wenigstens geschlechts- und sexualitätssensible Beiträge zur Diskussion um Biopolitik [...] vergleichsweise wenig außerhalb der Gender Studies diskutiert.“ Dieses Ergebnis entspricht der Vernachlässigung von Rasse und Geschlecht in der historischen Forschung. Vgl. Laufenberg: *Sexualität und Biomacht*, S. 12.

¹⁹⁴ Ausführlich Bock: *Zwangssterilisation im Nationalsozialismus*, S. 117–141. Einen maßgeblichen Forschungsimpuls beruhte auf der Studie „Männerphantasien“ von Klaus Theweleit. Vgl. Theweleit, Klaus: *Männerphantasien*, 2 Bde., Basel 1986. Zu Ambivalenzen von Geschlechtervorstellungen und -beziehungen vor allem Herzog, Dagmar: *Die Politisierung der Lust. Sexualität in der deutschen Geschichte des zwanzigsten Jahrhunderts*, München 2005, S. 15–82, bes. 24, 33–41; auch Grossmann, Atina: *Sexualität, Körper und das große Unbehagen. Kontinuitäten und Brüche in der deutschen Geschichte des 20. Jahrhunderts*. In: Hagemann, Karen/ Quataert, Jean H. (Hrsg.): *Geschichte und Geschlechter. Revisionen der neueren deutschen Geschichte (Geschichte und Geschlechter, Bd. 57)*, Frankfurt/Main 2006, S. 290–316.

¹⁹⁵ Ute Planert verweist hier auf den „dreifachen Körper des Volkes“. Vgl. Planert: *Der dreifache Körper des Volkes*, S. 565.

¹⁹⁶ Vgl. Gravenhorst, Lerke: *NS-Verbrechen und asymmetrische Geschlechterdifferenz. Eine kritische Auseinandersetzung mit historischen Analysen zur NS-Täterschaft*. In: Frietsch, Elke/Herkommer, Christina (Hrsg.): *Nationalsozialismus und Geschlecht. Zur Politisierung und Ästhetisierung von Körper, „Rasse“ und Sexualität im „Dritten Reich“ und nach 1945 (= GenderCodes. Tran-*

biopolitischen Regulation und vor allem der geschlechtsspezifischen Funktionalisierung im Dritten Reich waren patriarchalische Züge, denn „die rassistische Version vom Verhältnis der Geschlechter, das als abhängig von ‚Rasse‘ und deren ‚Wert‘ gesehen wurde, war ein Blick von Männern auf das weibliche Geschlecht, in dem Rassismus und Sexismus verschmolzen, genauer: in dem Rassismus die traditionellen Formen von Frauenfeindschaft bzw. Männerherrschaft verschärfte“.¹⁹⁷ Gleichwohl marginalisiert diese zugespitzte Interpretation von Gisela Bock die aktive Beteiligung von Frauen, indem sie vor allem in der Funktion von Fürsorgerinnen an der Bewertung und Selektion von Frauen und Männern aktiv beteiligt waren. Um einer mystifizierenden Deutung der Beteiligung von Frauen und Männern und ebenso einer pauschalisierenden Unterscheidung in Täter und Opfer zu entgehen, ist es stattdessen notwendig, geschlechtsspezifische Tätigkeitsfelder, Praktiken sowie auch Motive und Bewertungskriterien zu differenzieren.¹⁹⁸ Denn Frauen und Männer herrschten und wurden beherrscht, jedoch in unterschiedlicher Weise.¹⁹⁹

Die Bewertung und Selektion des männlichen und weiblichen Lebenswertes zielten auf Frauen und Männer als Bestandteile eines Volkskörpers, in dessen rassenbiologischer Konfiguration sie als potentiell degenerative und somit gefährliche wie gefährdende Gattungskörper erscheinen.²⁰⁰ Als generatives Fundament von Rasse stellt die Sexualität, wie bereits skizziert, den maßgeblichen Bezugspunkt dar, indem

skriptionen zwischen Wissen und Geschlecht, Bd. 6), Bielefeld 2009, S. 86–108. Da beide Geschlechter als Gattungswesen für den Fortbestand eines rassistischen Volkskörpers figurieren, handelt es sich – analytisch abstrahiert – um intersektionelle oder interdependente Formen eines „doing race“ oder „undoing gender“. Intersektionelle oder interdependente Analysezugänge versuchen, die Wechselbeziehungen von unterschiedlichen Kategorien sozialer Ungleichheit zu analysieren. Hierzu gehören etwa Geschlecht, Rasse, Klasse, Nationalität oder Alter. Weiterführend Walgenbach, Katharina/Dietze, Gabriele/Hornscheidt, Lann u. a. (Hrsg.): Gender als interdependente Kategorie. Neue Perspektiven auf Intersektionalität, Diversität und Heterogenität. Opladen 2007; Winker, Gabriele/Degele, Nina: Intersektionalität. Zur Analyse sozialer Ungleichheiten (Sozialtheorie), Bielefeld 2009.

¹⁹⁷ Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 136.

¹⁹⁸ Vgl. Ohms, Constance: Gewaltdiskurs und Geschlecht. In: Gahleitner, Silke Brigitte/Lenz, Hans-Joachim (Hrsg.): Gewalt und Geschlechterverhältnisse. Interdisziplinäre und geschlechtersensible Analysen und Perspektiven, Weinheim 2007, S. 236.

¹⁹⁹ Vgl. Bourdieu, Pierre: Die männliche Herrschaft. In: Dölling, Irene/Krais, Beate (Hrsg.): Ein alltägliches Spiel. Geschlechterkonstruktionen in der sozialen Praxis, Frankfurt/Main 1997, S. 153–217.

²⁰⁰ Die rassistische Selektion im Dritten Reich hat für Gisela Bock folgende Konsequenz: „Die Abschaffung des weiblichen Geschlechts im traditionellen Sinn schlug sich in einer Sprache nieder, die nicht mehr das weibliche und das männliche Geschlecht, sondern nur noch das ‚kommende‘ kannte [...]. ‚Minderwertige‘ Frauen galten als Nicht-Frauen [und] wurden aus dem weiblichen Geschlecht ausgeschlossen; umgekehrt wurde die ‚erbgesunde deutsche Frau‘ nicht nach ihrem Geschlechtscharakter, sondern nach ihrem Rassencharakter bestimmt.“ Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 135.

sie das Bindeglied zwischen Volkskörper und männlichen sowie weiblichen Volksmitgliedern darstellt. Denn Frauen und Männer figurieren als organische Bestandteile eines rassistischen Gattungskörpers, „für den sich die Sexualität und das Reproduktionsverhalten der Individuen als konstitutiv erwies“. ²⁰¹ In Anlehnung an die Konzeption bei Foucault besaß das Geschlecht in der rassenbiologischen Bevölkerungspolitik somit eine Schlüsselposition, indem es als eine „Brücke“ oder vielmehr als körperliches und diskursives Verbindungselement zwischen Volk, Rasse, Blut und Sexualität fungierte. ²⁰²

In dieser Funktionsweise bedeutet Geschlecht eine Zäsur und gewinnt eine elementare Bedeutung, da Frauen und Männern als männliche und weibliche Gattungswesen spezifische Funktionen oblagen und zugleich geschlechtsspezifische Rollen wie insbesondere Mutter- und Vaterschaft sowie damit einhergehende mütterliche und väterliche Attribute zugeschrieben wurden. „Der Verschränkung von Körper- und Biopolitik unterlagen damit beide Geschlechter, wenn auch auf unterschiedliche Weise.“ ²⁰³ Dies bedeutet, dass beide Geschlechter gleichermaßen, aber nicht in identischer Weise von rassistisch begründeten Selektionsmaßnahmen betroffen waren. Denn die biopolitische Machtmechanik war keineswegs geschlechtsneutral, sondern orientierte sich innerhalb eines patriarchalischen rassistischen Dogmas an männlichen und weiblichen Geschlechterfunktionen, an medizinisch-biologisch begründeten Geschlechterkonstruktionen und korrelierte mit überkommenen geschlechtsspezifischen Vorstellungen und Rollenbildern, deren Devianz im „erbkranken“ Gattungskörper von Männern und Frauen manifest wurde.

Diese selektiven Maßgaben verschmolzen innerhalb der nationalsozialistischen Zwangssterilisation als eines zugleich auf den Körper der Subjekte wie auch den Volkskörper abzielenden Überprüfungsprozesses des rassistischen Wertes von Männern und Frauen. Die Absprache des individuellen Wertes für die nationalsozialistische Volksgemeinschaft hat zur Konsequenz, dass den „erbkrank“ diagnostizierten Frauen und Männern aufgrund ihrer männlichen und weiblichen „Unwürdigkeit“ ihr Geschlecht abgesprochen wird, sodass sie in Bezug zum Volkskörper zu „Nicht-Frauen“

²⁰¹ Foucault: Wille zum Wissen, S. 1139; Planert: Der dreifache Körper des Volkes, S. 565.

²⁰² Graefe: Autonomie am Lebensende, S. 64–65; Halbmayr, Brigitte: Sexualisierte Gewalt gegen Frauen während der NS-Verfolgung In: Frietsch, Elke/Herkommer, Christina (Hrsg.): Nationalsozialismus und Geschlecht. Zur Politisierung und Ästhetisierung von Körper, „Rasse“ und Sexualität im „Dritten Reich“ und nach 1945, Bielefeld 2009, S. 141–155.

²⁰³ Planert: Der dreifache Körper des Volkes, S. 576. Weiterführend Herzog: Politisierung der Lust; Etzemüller, Thomas: Zu traditionell, zu emanzipiert. Frauen als Quell der permanenten demographischen Katastrophe. In: Villa, Paula-Irene/Thiessen, Barbara (Hrsg.): Mütter – Väter. Diskurse, Medien, Praxen, Münster 2009, S. 63–73.

und „Nicht-Männern“ transformieren. Die Negierung des männlichen und weiblichen Geschlechts als generative Fundamente ist sowohl Effekt als auch Ziel einer rassenbiologischen, auf dem Blut basierenden Anschauung und Gestaltung.

Die Negierung des Geschlechts ist konstitutiver Bestandteil der Herstellung von rassischer „Minderwertigkeit“. Entsprechend den homogenisierenden und hierarchisierenden Funktionen von Rasse erfolgt der Herstellungs- und Selektionsprozess von „Minderwertigkeit“ am Blut und mittels der alternierenden Verwebung von überkommenen biologischen wie gesellschaftlichen Vorstellungen von Geschlechtercharakteren und geschlechtsspezifischen Rollenbildern, jedoch in entgegengesetzter Weise.²⁰⁴ „Die Sterilisationsdiagnostik war eine Geschlechterdiagnostik und hieran zeigt sich [...], dass sie eine Sozialdiagnostik war. Denn die Geschlechter sind soziale Gruppen, und auf sie und ihre Beziehungen bezog sich die Sterilisationsdiagnostik.“²⁰⁵ Unter dem Blickwinkel der rassenbiologischen Konnotation von Mutterschaft und Vaterschaft, von Zeugen und Gebären, bilden männliche und weibliche Geschlechtsstereotype und Rollenbilder ebenso wie geschlechtsspezifische Zuweisungen an Männer und Frauen inhärente Bestandteile der Bewertung des menschlichen Lebens im Dritten Reich. Der Einbezug eines patriarchalischen Herrschaftsgefüges sowie eines zumeist männlichen „Erzählers“ einerseits sowie die Differenzierung und Dekonstruktion von geschlechtsspezifischen Attributen andererseits tragen maßgeblich dazu bei, das praktizierte Ausschlussverfahren zu differenzieren sowie die Beurteilungskriterien von spezifisch männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“ zu decodieren.

Die vorangehenden Erörterungen zu Ausformungen, Interdependenzen und performativen Funktionsweisen von zentralen Diskursbestandteilen wie Volkskörper, Rasse und Rassismus, Rassenbiologie und Rassenhygiene oder Geschlecht und Sexualität bilden eine diskursanalytische und mikrohistorische Grundlage, um die in der Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation verborgenen wie sich entfaltenden Denk-, Handlungs- und Herrschaftsweisen auszuleuchten. Denn die Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ kann weder als

²⁰⁴ Rasse und Geschlecht konstituieren sich gegenseitig, indem auf der einen Seite rassistische und rassenbiologische Denkmuster die Bedeutung und Ausformung von Geschlecht definieren und prägen. Auf der anderen Seite beeinflussen Vorstellungen von Geschlecht die Ausgestaltung und Funktionsweise von rassistischen Paradigmen. Geschlecht und Rasse verschmelzen zu einem diskursiven Konglomerat, welches Männlichkeiten und Weiblichkeiten konstituiert und zugleich an ihnen bemisst. Herzog: Politisierung der Lust, S. 36, 71. Dagegen Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 132–136.

²⁰⁵ Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 13.

ein starres Gesetz noch als eine einseitige herrschaftliche Erb- und Rassenpolitik verstanden werden, sondern als eine dynamische und partizipative Exklusionstechnologie.²⁰⁶ Sie wurde innerhalb eines gewebeartigen Machtgefüges und auf der Grundlage eines diskursiven Nährbodens praktiziert, aber erst im Vollzug manifestierten und reproduzierten sich die Bewertung menschlichen Lebens und der Ausschluss von männlichen und weiblichen Fremdkörpern.

Für die Untersuchung von sowohl praktizierten als auch diskursiven Bestandteilen der nationalsozialistischen Zwangssterilisation bietet ein mikrohistorisch operierender Analysezugang eine adäquate Untersuchungsperspektive an. Der mikroskopische Blick auf das Handeln und die Praktiken von männlichen und weiblichen Akteuren, auf Wahrnehmungen, Erfahrungen und Verhaltensweisen sowie deren Einbettung in eine gesellschaftliche Umwelt kann einen differenzierten Zugang zu sozialen Wertesystemen und ihre Wechselwirkungen, Veränderungen und Dynamiken eröffnen. Diese Zugangsweise vermag Widersprüche und Ambivalenzen aufzudecken sowie Motive, Vorstellungen und Praktiken zu entschlüsseln, die auf der Ebene von ausschließlich sozial-, struktur- und diskurstheoretisch operierenden Untersuchungsansätzen verborgen bleiben.²⁰⁷ Insofern dient ein mikrohistorischer Ansatz als Korrektiv, um analytische Perspektiven zu erschließen und Untersuchungsergebnisse zu differenzieren.²⁰⁸ Somit ist es möglich, die organisatorischen und handlungspraktischen Triebkräfte, Dynamiken, Wechselwirkungen und Konflikte und ihre Auswirkungen ebenso wie Etablierungs-, Transformations- und Verstetigungsprozesse der nationalsozialistischen Zwangssterilisation als „Mikro-Mächte“ sichtbar zu machen.²⁰⁹ Damit verbunden können die Herstellungs- und Selektionsbedingungen von „erbkranken“ Frauen und Männern als inhärente Bestandteile der Bemessung des männlichen und weiblichen Lebenswertes beschrieben und dekonstruiert werden.

²⁰⁶ Gisela Bock beschreibt die Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation als rassistische Praxis. Vgl. Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 17. Ebenso rekurriert das Konzept der „Volksgemeinschaft“ auf „Herrschaft als soziale Praxis“ und den Versuch, „von der gesellschaftlichen Wirklichkeit auszugehen und Dimensionen von Zustimmung und Abwehr, Mitmachen und Verweigern, Anteil nehmen und Wegschauen zu erkunden.“ Bajohr/Wildt: Volksgemeinschaft, S. 10 (Vorwort).

²⁰⁷ Vgl. Ulbricht, Otto: Mikrogeschichte. Menschen und Konflikte in der Frühen Neuzeit, Frankfurt/Main 2009, S. 12, 34, 36.

²⁰⁸ So etwa Lüdtker: Alltagsgeschichte, Mikro-Historie, historische Anthropologie.

²⁰⁹ Vgl. Foucault: Der Wille zum Wissen, S. 1139; Lüdtker, Alf: Die Praxis von Herrschaft. Zur Analyse von Hinnehmen und Mitmachen im deutschen Faschismus. In: Berlekamp/Röhr (Hrsg.): Terror, Herrschaft und Alltag, S. 226–245.

Der mikrohistorische Zugang fokussiert auf die Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ als prozessuale Technologie. Als ein Verfahren gliederte sich die nationalsozialistische Zwangssterilisation in ineinander verstränkte Arbeitsschritte. Das Sterilisationsgesetz bildete einen Auftrag an die beteiligten medizinischen und gerichtlichen Behörden. Zur Einlösung des mit Zwangsmitteln ausgestatteten Sterilisationsauftrages war das staatliche Gesundheitswesen in einem ersten Schritt dazu aufgefordert, die potentiell „erbkrankverdächtigen“ Volksmitglieder zu erfassen. Den Erfassungsprozeduren schlossen sich in einem zweiten Schritt medizinisch-psychiatrische Überprüfungen und Begutachtungen an, deren Ergebnisse im Sterilisationsgutachten gebündelt wurden. Die Sterilisationsgutachten bildeten die maßgebliche Grundlage des Beschlusses der Erbgesundheitsgerichte, welche die medizinischen Feststellungen bestätigten und den chirurgischen Eingriff gesetzlich legitierten. Den Abschluss des Sterilisationsverfahrens bildete die chirurgische Unfruchtbarmachung.

Bei diesem Verfahrensablauf handelte es sich keineswegs um abstrakte bürokratische Arbeitsschritte, sondern um wechselseitige, ineinander verwobene und voneinander abhängige Operationen, die ihrerseits in mittelbaren und unmittelbaren Machttechnologien des rassenhygienischen Aufartungs- und Selektionsprogramms im Dritten Reich verwoben waren.²¹⁰ Die mikroskopische Nahaufnahme auf diese Prozeduren und ihre Träger eröffnet den Blick für Differenzierungen, Brüche und Entwicklungen von organisatorischen Verfahrensweisen, von erbbiologischen Beweisführungen sowie auch persönlichen Handlungsweisen und Vorstellungen. Unter Berücksichtigung des relationalen Machtbegriffs von Michel Foucault und in Anlehnung an Jörg Marx können neben den Strukturen und Intentionen insbesondere die Beziehungen sichtbar gemacht werden, „die diese Strukturen und Intentionen hervorbring[en], sie stabilisier[en] oder zusammenbrechen [lassen], indem Situationen erzeugt, Menschen sortiert, Perspektiven nahegelegt werden“.²¹¹ Hierdurch können die praktizierten Bestandteile der Erfassung, der Begutachtung, der Verurteilung und abschließenden chirurgischen Unfruchtbarmachung beschrieben und hinsichtlich ihres spezifischen Beitrags zur Herstellung und Selektion von „Minderwertigkeit“ differenziert werden.

²¹⁰ An dieser Stelle sei exemplarisch auf das sogenannte „Ehegesundheitsgesetz“ aus dem Jahr 1935 oder die „erbbiologische Bestandsaufnahme“ von 1936 hingewiesen, die die nationalsozialistische Zwangssterilisation ergänzten und flankierten. Insbesondere die „erbbiologische Bestandsaufnahme“ erscheint als eine biopolitische Machttechnologie, die versuchte, einen erbbiologischen Panoptismus herzustellen, indem sie eine biologische Kartierung der deutschen Bevölkerung verfolgte. Vgl. Foucault: Überwachen und Strafen, S. 251–292.

²¹¹ Marx: „Der Wille zum Kind“, S. 125.

Für die Untersuchung der medizinischen Beurteilungsprozeduren als herrschaftliche Technologien sowie für die Analyse der codierenden Funktion des Sterilisationsgutachtens bieten sich wiederum die Studien Foucaults als trag- und ausbaufähige Forschungsperspektive an. Das Zentrum des Verfahrens bildete die medizinisch-psychiatrische Begutachtungsprozedur, in der „erbkrank“ Frauen und Männer zum Zweck der Selektion hergestellt wurden. Die Begutachtung ist der „Ort“, an dem sich disziplinierende und regulatorische Machtformen kreuzten. Das Sujet von Disziplinierungs- und Regulierungsmaßnahmen stellt der männliche und weibliche Körper dar, „der ebenso zum Einsatz wie zum Ort der Kontrolle, Erfassung und Bearbeitung des Bevölkerungskörpers wird“.²¹² Das Sterilisationsgutachten ist ein Paradigma und Prisma der Bewertung von menschlichem, also männlichem und weiblichem, Leben im Dritten Reich.

Die medizinische Begutachtung kann als vornehmlich einseitige, aber auch wechselseitige Machtbeziehung zwischen Gutachtern und Begutachteten verstanden werden, da Ärzte als autorisierte Staatsvertreter agierten und damit verbunden die hermeneutische Funktion über Wahrheit und Lüge einnahmen. Es handelt sich um eine rituelle Situation vergleichbar einer Beichte, in der vom Arzt alles gefragt werden konnte und vom Befragten alles gesagt werden musste.²¹³ Jedoch beeinflussten die begutachteten Frauen und Männer die Begutachtung, indem sie Widerstände leisteten, die Diagnose bezweifelten, Zeugen hinzuzogen und auch herrschaftliche Mittel gegen Ärzte und Richter einsetzten.

Die ermittelten Familienverhältnisse, biographischen Entwicklungen, physischen und psychischen Merkmale sowie damit verbundenen erbbiologischen Tatbestände wurden in Gutachten und Gerichtsakten verdichtet. Hierbei handelt es sich um spezifische Dossiers, die es erlauben, „von der Tat auf das Verhalten zu schließen, vom Delikt auf die Seinsweise, und die Seinsweise als nichts anderes als das Delikt selbst erscheinen zu lassen, aber in gewisser Weise in einem Zustand der Allgemeinheit innerhalb des Verhaltens eines Individuums“.²¹⁴ Dementsprechend besaß insbesondere die medizinisch-psychiatrische Begutachtung die „Funktion, den Urheber des

²¹² Graefe: *Autonomie am Lebensende*, S. 30.

²¹³ Vgl. etwa Foucault, Michel: *Das Subjekt und die Macht*. In: Dreyfus/Rabinow: *Jenseits von Strukturalismus und Hermeneutik*, S. 243–261; weiterführend Dreyfus/Rabinow: *Jenseits von Strukturalismus und Hermeneutik*, S. 205–209; Ruoff: *Foucault-Lexikon*, S. 161–164.

²¹⁴ Foucault: *Die Anormalen*, S. 33. Siehe auch Bock: *Zwangssterilisation im Nationalsozialismus*, S. 304–306.

Verbrechens, ob verantwortlich oder nicht, mit einem delinquenten Subjekt zu dopeln, welches das Objekt einer spezifischen Technologie sein wird“.²¹⁵ Die schließlich im Erbgesundheitsverfahren gerichtlich festgestellte erbbiologische Delinquenz legitimierte den chirurgischen Eingriff als technologischen Abschluss des Selektionsverfahrens.

Mit der nationalsozialistischen Zwangssterilisation entstand also ein mikropraktisches wie umfassendes Herstellungs- und Selektionsverfahren, in dem die Verknüpfung von ermittelten Ergebnissen aus dem privaten Umfeld mit den medizinisch-psychiatrischen Untersuchungen fortwährend eine Dopplung erzeugte, die die betroffenen Frauen und Männer als „minderwertig“, „erbkrank“, „unwürdig“ und „fortpflanzungsgefährlich“ definierten. Infolge der Codierung im medizinischen Gutachten als „erbkrank“ erschien die Unfruchtbarmachung als rassisch notwendig, medizinisch begründet und rechtlich legitim.²¹⁶

Unter Berücksichtigung von Biopolitik als Analysemodell kann in Kombination mit diskurs- und mikrogeschichtlichen Forschungszugängen die nationalsozialistische Zwangssterilisation als ein neuartiges und mehrstufiges Regulierungs- und Selektionsverfahren perspektiviert werden, in dem sowohl überkommene Wissensformationen unter dem Diktat von „Reinheit“ und „Sauberkeit“ verschmolzen als auch dynamische Triebkräfte und Wechselwirkungen infolge der Praktizierung durch Ärzte oder Richter entstanden. Unter diesem Blickwinkel können nicht nur bislang unberücksichtigte Untersuchungsebenen zur bürokratischen Organisations- und Funktionsweise sowie zu Aushandlungsprozessen erschlossen, sondern auch relationale Beziehungen zwischen Gesundheitswesen, Justiz sowie betroffenen Frauen und Männern detailliert untersucht werden. Ebenso trägt die analytische Fokussierung sowohl auf die medizinischen Begutachtungsprozeduren als auch auf die Herstellungsformen von

²¹⁵ Foucault: Die Anormalen, S. 40. In dieser Form wohnt der Begutachtung eine Präjudizierung als „erbkrank“ inne, indem sie nicht zwischen gesund und krank unterscheidet, sondern lediglich den Grad einer „Erbkrankheit“ und die Notwendigkeit der Unfruchtbarmachung beschreibt.

²¹⁶ In der technologischen und performativen Konsequenz des Begutachtungsverfahrens wird den als „Fremdkörper“ gedoppelten und codierten Frauen und Männern im Scheinwerferlicht der biopolitischen Macht eine neuartige Existenz verliehen, indem sie auf der Grundlage einer rassenbiologisch bewiesenen Niederträchtigkeit und Schändlichkeit als infame Menschen erscheinen. Die Niederträchtigkeit, Bosheit und Schande ist ihnen jedoch nicht eigen, sondern sie wird ihnen in Bezug auf gesellschaftliche Normvorstellungen und qua medizinisch-biologischer Beweisführung verliehen und in ihrem Körper chirurgisch festgeschrieben. Vgl. Foucault: Leben der infamen Menschen. Weiterführend Geisenhanslücke, Achim/Löhnig, Martin (Hrsg.): Infamie. Ehre und Ehrverlust in literarischen und juristischen Diskursen, Regensburg 2012; Geisenhanslücke, Achim: Die Sprache der Infamie. Literatur und Ehrlosigkeit, Paderborn 2014.

„Erbkrankheiten“ zu einer Differenzierung und Ergänzung des historischen Forschungsstandes bei, indem die soziobiologischen und geschlechtsspezifischen Konstruktionsweisen von männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“ im Zuge der Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ als eine selektive Praxis beschrieben und entschlüsselt werden können. Die analytische Basis stellen das überlieferte Archivmaterial zur preußischen Provinz Sachsen sowie insbesondere medizinische Gutachten und Erbgesundheitsakten der unfruchtbar gemachten Frauen und Männer dar, welche in Bezug auf den dargelegten Forschungszugang im folgenden Kapitel beschrieben werden.

2.3 Quellenlage zur preußischen Provinz Sachsen

Der archivalische Zugang zu Dokumenten der nationalsozialistischen Zwangssterilisation gestaltet sich im Allgemeinen als vielversprechend, da die Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ einen spezifischen Quellenbestand in der Provenienz der beteiligten Verwaltungs-, Gesundheits- und Justizbehörden hinterlassen hat. Die Evidenz dieses Sockelbestandes wird einerseits durch Verluste infolge von direkten Kriegseinwirkungen und zielgerichteten Kassierungen zur Verschleierung der persönlichen und behördlichen Beteiligung geschmälert. Andererseits nehmen die unterschiedlichen Archivierungspraktiken und Dokumentationsformen auf staatlicher, städtischer und kommunaler Ebene einen nicht unerheblichen Einfluss sowohl auf den Fundort als auch auf den Aussagewert der überlieferten Materialien. Bereits an dieser Stelle deuten sich unterschiedliche Schwierigkeiten in der Recherche und Auswertung der archivalischen Überlieferung zur nationalsozialistischen Zwangssterilisation an.

Von den zielgerichteten Aktenvernichtungen, den teils unklaren Überlieferungsgeschichten und auch geheimnisvollen Fundorten abgesehen zeichnet sich das Material zur nationalsozialistischen Zwangssterilisation ebenso wie zu anderen Ausschlussverfahren durch eine besondere Charakteristik aus. In einer einseitig hierarchischen Perspektive dokumentieren sie den rassenhygienischen Ausschluss als eine herrschaftliche Prozedur, in der die betroffenen Frauen und Männer weitgehend als beherrschter Verfahrensgegenstand auftreten. Somit kann die Überlieferung als eine herrschaftliche Chronik charakterisiert werden, die ein rigides Ausschlussverfahren und eine drastische sprachliche Abwertung von „erbkrank“ diagnostizierten Frauen und Männern als „minderwertig“, „wertlos“, „unbrauchbar“, „nutzlos“ oder „asozial“ offenbart.²¹⁷ Dieser Blickwinkel ist den Akten immanent und offeriert dem Leser auf hinterhältige Weise eine latente Internalisierung von diagnostischen Bewertungen und

²¹⁷ Zur Sprache im Dritten Reich etwa Ayaß, Wolfgang: „Demnach ist zum Beispiel asozial ...“. Zur Sprache sozialer Ausgrenzung im Nationalsozialismus. In: Kramer, Nicole/Nolzen, Armin (Hrsg.): Ungleichheiten im "Dritten Reich". Semantiken, Praktiken, Erfahrungen, Göttingen, S. 2012, S. 69–89; Sennebogen, Waltraud: Die Gleichschaltung der Wörter. Sprache im Nationalsozialismus. In: Süß, Dietmar/Süß, Winfried (Hrsg.): Das „Dritte Reich“. Eine Einführung, München 2008, S. 165–184; Bohleber, Werner/Drews, Jörg (Hrsg.): „Gift, das du unbewusst trinkst ...“. Der Nationalsozialismus und die deutsche Sprache, Bielefeld 1991; Maas, Utz: „Als der Geist der Gemeinschaft eine Sprache fand“. Sprache im Nationalsozialismus. Versuch einer historischen Argumentationsanalyse, Opladen 1984.

vermeintlich gerechtfertigten Ausgrenzungen aufgrund von Erkrankungen oder sozialer Devianz. Dies ist eine zentrale Funktion und Charakteristik von Dokumenten zur nationalsozialistischen Erb- und Rassenpflege.

Entsprechend dieser charakteristischen Wesensmerkmale ist es auf der einen Seite notwendig, die Überlieferung durch Dokumentationen von Fürsorge- und Wohlfahrtsbehörden, zum Gesundheitswesen, zur Justiz oder weiteren „erb- und rassenspflegerischen“ Maßnahmen zu erweitern. Auf der anderen Seite ist eine kritisch-reflexive Quellenauswertung erforderlich, die die heuristische Charakteristik ebenso wie Zwischentöne oder vermeintlich nebensächliche Beschreibungen und persönliche Stellungnahmen einbezieht. Hierdurch verliert die Dokumentation zur nationalsozialistischen Zwangssterilisation zwar nicht ihre herrschaftliche Charakteristik und ihr malignes Antlitz. Aber sie wird anhand von behördlichen Schwierigkeiten und Konflikten, von persönlichen Auseinandersetzungen, Stellungnahmen oder Widerständen vielschichtiger, brüchiger und poröser.

Da sich die Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ sowohl in verschiedenen Archivbeständen als auch auf unterschiedlichen Verwaltungsebenen niederschlägt, ist es für eine adäquate Bestandsaufnahme zunächst notwendig, die Verwaltungsstrukturen der preußischen Provinz Sachsen sowie die Überlieferungsgeschichte einzelner Sammlungen zu skizzieren.²¹⁸ Hierdurch geraten auch die provinziellen Charakteristika in den Blick. Im Anschluss erfolgt eine hermeneutische Einordnung des Aussagegehalts sowie der Untersuchungsperspektiven von zentralen Archivbeständen.

Die preußische Provinz Sachsen wurde infolge des Wiener Kongresses 1814/15 aus den preußischen Herrschaftsgebieten der Altmark, Magdeburg und Halberstadt, den thüringischen Landesteilen um Erfurt, Mühlhausen und Nordhausen sowie den vom Königreich Sachsen abgetretenen Gebieten um Wittenberg, Merseburg und Naumburg gegründet.²¹⁹ Als preußisches Beutestück der napoleonischen Befrei-

²¹⁸ Zur Geschichte der preußischen Provinz Sachsen im Dritten Reich liegen kaum Publikationen vor, sodass nur auf wenige Untersuchungsergebnisse, etwa zu Organisationsstrukturen oder Personen, zurückgegriffen werden kann. Vgl. Tullner, Mathias: *Kleine Geschichte Sachsen-Anhalts. Von der Weimarer Republik bis zum Bundesland, Halle/Saale 2012*; ders. (Hrsg.): *Die preußische Provinz Sachsen. Positionen und Beiträge zu ihrer Geschichte, Magdeburg 1993*; Klein, Thomas: *Zur Verwaltungsgeschichte der Provinz Sachsen. Preußische Landräte im Kaiserreich und in der Weimarer Republik*. In: Baumgart, Peter/Hauser, Oswald (Hrsg.): *Vorträge und Studien zur preußisch-deutschen Geschichte, Köln 1983, S. 251–324*.

²¹⁹ Vgl. etwa Hubatsch, Walter (Hrsg.): *Grundriss zur deutschen Verwaltungsgeschichte 1815–1945, Bd. 6: Provinz Sachsen, bearb. von Thomas Klein, Marburg/Lahn 1975*; Schweineköper, Berent (Hrsg.): *Handbuch der historischen Stätten, Bd. 11: Provinz Sachsen-Anhalt, 2., überarb. und erg.*

ungskriege kann die Provinz Sachsen als eine vertraglich geschaffene Verwaltungseinheit in Mitteldeutschland charakterisiert werden, die über einen zersplitterten Herrschaftsraum verfügte und vom Freistaat Anhalt nahezu in einen nördlichen und südlichen Teil geteilt wurde. Zudem bestanden nicht wenige provinzsächsische Exklaven in Thüringen ebenso wie braunschweigische und hannoversche Exklaven auf dem Gebiet der Provinz Sachsen. Vor dem Hintergrund der vertraglichen Gründung war die Provinz durch unterschiedliche, historisch gewachsene preußische, sächsische und thüringische Landesteile geprägt, die nach dem Wiener Kongress sowohl in die Provinz als auch in das Königreich Preußen integriert werden sollten. Neben der Namensgebung diente auch die dezentrale Verteilung von Provinzial- und Justizbehörden als Integrationsfaktor.²²⁰

Als eine von zunächst zehn (1815), später zwölf preußischen Provinzen wies die Provinz Sachsen einheitliche Verwaltungsstrukturen auf. Der Oberpräsident als Provinzoberhaupt mit Sitz in Magdeburg führte die Verwaltungsaufsicht und erfüllte Kontrollaufgaben. Die Provinz war in die drei Regierungsbezirke Erfurt, Magdeburg und Merseburg aufgegliedert, die sich an den vormals preußischen, sächsischen und thüringischen Gebietsteilen orientierten und von einem Regierungspräsidenten geleitet wurden.²²¹ Die Regierungspräsidien „übernahmen für ihren Bezirk alle staatlichen Verwaltungsaufgaben in der Funktion der ‚Landeshoheitsbehörde‘, der ‚Landespolizeibehörde‘ sowie der ‚Finanzbehörden‘“.²²² Hierzu gehörte auch die Verwaltung des staatlichen Medizinalwesens. Entsprechend der provinziellen Verwaltungsstrukturen unterstanden die Regierungspräsidenten der preußischen Regierung, und die Oberpräsidenten fungierten nicht als Dienstvorgesetzte, sondern übten Kontrollfunktionen aus.

Die provinzielle Selbstverwaltung wurde vom Provinzialverband von Sachsen sichergestellt, geleitet von einem Landeshauptmann mit Sitz in Merseburg. Zum Bereich der Fürsorge als Bestandteil der provinziellen Selbstverwaltung gehörten etwa

Aufl., Stuttgart 1987; Richter, Birgit: Der Wiener Kongress 1815 und die Folgen für Sachsen. Fachkolloquium des Sächsischen Staatsarchivs vom 22. April 2015, Halle/Saale 2015.

²²⁰ Ein weiterer Integrationsfaktor bildete die Evangelische Kirche der Kirchenprovinz Sachsen. Vgl. Schultze, Harald: Kirchenprovinz Sachsen (Art. Sachsen III). In: Theologische Realenzyklopädie (TRE), Bd. 29, S. 580–589.

²²¹ Zur Geschichte des Regierungsbezirks Merseburg liegt keine Publikation vor. Zum Regierungsbezirk Magdeburg siehe Tullner, Mathias: 180 Jahre Regierungsbezirk Magdeburg. Der Regierungsbezirk Magdeburg im Spiegel der Zeit 1816–1996, Magdeburg 1996; Karnop, Stefan/Rode, Lars-Henrik/Tullner, Mathias: Der Regierungsbezirk Magdeburg und seine Geschichte. Von der „Königlichen Regierung in Niedersachsen zu Magdeburg“ zum Regierungspräsidium Magdeburg (1816–1998), Dessau 1998; zum Regierungsbezirk Erfurt siehe Boblenz, Frank: Abriß der Territorialgeschichte des preußischen Thüringens. In: Thüringer Landtag (Hrsg.): Das preußische Thüringen. Abhandlungen zur Geschichte seiner Volksvertretungen, Rudolstadt u. a. 2001, S. 9–45.

²²² Karnop/Rode/Tullner: Der Regierungsbezirk Magdeburg und seine Geschichte, S. 16.

die Landesheil- und Pflegeanstalten, das Taubstummen- und Blindenwesen, das Hebammenwesen oder der Landesfürsorgeverband.²²³ Aus diesem bestanden auf dem Gebiet des Gesundheitswesens sowohl preußische als auch provinzielle Verwaltungsstrukturen, und „es gehört zu den Eigentümlichkeiten der preußischen Verwaltungsgeschichte, dass die Zuständigkeiten der Regierungspräsidien bis zum Ende des Staates Preußen im Kern erhalten geblieben sind, dass aber dennoch die Ausführung der vom Staat ausgehenden Sozial- und Gesundheitspolitik mehr und mehr auf die provinziellen Selbstverwaltungen der Provinzialverbände nach deren Gründung übergingen“.²²⁴

Infolge der nationalsozialistischen Machtergreifung im Januar 1933 wurde auch die preußische Provinz Sachsen „gleichgeschaltet“ und verlor ihre Souveränität.²²⁵ Damit einhergehend wurden die maßgeblichen Verwaltungspositionen wie Oberpräsident und Regierungspräsidenten mit politisch bewährten Amtsträgern besetzt.²²⁶ Im Zeitraum von 1933 bis 1944 fungierte Curt von Ulrich (1876-1946), Offizier und seit 1925 Mitglied der NSDAP, als Oberpräsident der preußischen Provinz

²²³ Vgl. Giesau, Hermann: Geschichte des Provinzialverbandes von Sachsen 1828–1925, Merseburg 1926, S. 177–340; Handbuch für die Provinzialverwaltung von Sachsen, 2. Ausg., Merseburg 1927, S. 195–461.

²²⁴ Tullner, Mathias: Der Provinzialverband der preußischen Provinz Sachsen und die Sozial- und Gesundheitspolitik im preußischen Thüringen von 1816–1918. In: Thüringer Landtag (Hrsg.): Die Behandlung der Sozial- und Gesundheitspolitik in den Thüringischen Landtagen seit der 1. Hälfte des 19. Jahrhunderts, Weimar 2012, S. 320.

²²⁵ Die Weltwirtschaftskrise führte auch in der preußischen Provinz Sachsen zu erheblichen sozialen Problemen und einer Massenarbeitslosigkeit vor allem im Industriesektor. Der Stimmenzuwachs der NSDAP stieg in den drei Regierungsbezirken bis 1933 auf über 40 Prozent und entsprach dem Reichsdurchschnitt. Eine vorausseilende nationalsozialistische Machtübernahme wie im Freistaat Anhalt fand in der preußischen Provinz Sachsen jedoch nicht statt. Vgl. Rupieper, Hermann-J./Sperk, Alexander (Hrsg.): Die Lageberichte der Geheimen Staatspolizei zur Provinz Sachsen 1933–1936, Bd. 1: Regierungsbezirk Magdeburg, Halle/Saale 2003; Bd. 2: Regierungsbezirk Merseburg, Halle/Saale 2004; Bd. 3: Regierungsbezirk Erfurt, Halle/Saale 2006; Ulbricht, Justus H. (Hrsg.): Anhalts Weg ins „Zeitalter der Extreme“ 1871–1945, Halle/Saale 2014; Sperk, Alexander: Anhalt im Nationalsozialismus (1932–1945). In: 800 Jahre Anhalt. Geschichte, Kultur, Perspektiven, hg. vom anhaltischen Heimatbund e. V., Wettin-Löbejün 2012, S. 403–423.

²²⁶ Vgl. grundsätzlich siehe Broszat, Martin: Der Staat Hitlers. Grundlegung und Entwicklung seiner inneren Verfassung, 15. Aufl., München 2000, S. 140–150; Rupieper/Sperk (Hrsg.): Die Lageberichte der Geheimen Staatspolizei zur Provinz Sachsen 1933 bis 1936. Bd. 1: Regierungsbezirk Magdeburg, S. 21. Im Zeitraum von 1934 bis 1944 war Hans-Georg von Jagow (1880–1945), Offizier, Regierungspräsident in Magdeburg. Vgl. Tullner, Mathias: Jagow, Hans Georg Eduard Ewald von. In: Heinrich, Guido/Schandera, Gunter (Hrsg.): Magdeburger Biographisches Lexikon. 19. und 20. Jahrhundert. Biographisches Lexikon für die Landeshauptstadt Magdeburg und die Landkreise Bördekreis, Jerichower Land, Ohrekreis und Schönebeck, Magdeburg 2002, S. 330. Nachfolger in der 1944 gegründeten Provinz Magdeburg wurde Carl Lothar von Bonin. Zwischen 1932 und 1943 war Dr. Robert Sommer (1883–1956), Jurist und seit 1933 NSDAP-Mitglied, Regierungspräsident in Merseburg. Vgl. Rupieper/Sperk (Hrsg.): Die Lageberichte der Geheimen Staatspolizei zur Provinz Sachsen 1933 bis 1936. Bd. 2: Regierungsbezirk Merseburg, S. 26–27. Regierungspräsident von Erfurt im Zeitraum von 1934 bis 1944/45 war Dr. Otto Weber (1884–1973), Jurist und seit 1931 NSDAP-Mitglied, 1933–1934 Justizminister in Thüringen. Vgl. Marek, Dieter: Dr. Otto Weber, Regierungspräsident in Erfurt 1935 bis 1945. Biografische Skizze. In: Das

Sachsen.²²⁷ Da jedoch kein mit der preußischen Provinz Sachsen deckungsgleicher Gau als parteipolitische Organisationsstruktur bestand, sondern die Region in die Gaue Magdeburg-Anhalt, Halle-Merseburg und Thüringen aufgeteilt war, fand keine Personalunion zwischen Gauleiter und Oberpräsident als personenbezogene Kumulation von staatlichen und politischen Machtbereichen statt, was eine intensivere Durchsetzung parteipolitischer Interessen in der Provinz, etwa im Gegensatz zu Thüringen, verhinderte.²²⁸

Der diktatorische Staatsumbau führte zu einer politischen Aufwertung des Amtes des Oberpräsidenten, indem er als „ständiger Vertreter der Reichsregierung“ die zielgerichtete Umsetzung nationalsozialistischer Maßnahmen kontrollierte und den Regierungspräsidenten in Erfurt, Magdeburg und Merseburg zumindest partiell Weisungen erteilen konnte – die Regierungspräsidenten unterstanden jedoch weiterhin dem preußischen Innenministerium bzw. seit dem 1. November 1934 dem Reichs- und Preußischen Ministerium des Innern.²²⁹ Darüber hinaus hatte der Oberpräsident die Aufgabe, die Provinzialverwaltung gemäß der zielgerichteten Durchsetzung nationalsozialistischer Ziele anzuleiten. Insofern wurden die administrativen Aufgaben des Landeshauptmanns an den Oberpräsidenten übertragen, wodurch der Landeshauptmann zum Stellvertreter des Oberpräsidenten wurde.²³⁰ Somit oblag das in provinzieller Selbstverwaltung bestehende medizinische Versorgungswesen dem Verantwortungsbereich des Oberpräsidenten der preußischen Provinz Sachsen. Demgegenüber

preußische Thüringen. Abhandlungen zur Geschichte seiner Volksvertretungen, hrsg. vom Thüringer Landtag, Rudolstadt 2001, S. 181–200.

²²⁷ Teppe, Karl: Die preußischen Oberpräsidenten 1933–1945. In: Schwabe, Klaus (Hrsg.): Die preußischen Oberpräsidenten 1815–1945, Boppard/Rhein 1985, S. 219–248; Rupieper, Hermann-Josef/Sperk, Alexander (Hrsg.): Die Lageberichte der Geheimen Staatspolizei zur Provinz Sachsen 1933 bis 1936. Bd. 3: Regierungsbezirk Erfurt, S. 27–28.

²²⁸ Vgl. Teppe: Die preußischen Oberpräsidenten 1933–1945, S. 233–237. Leiter der NSDAP-Gauleitung Merseburg-Halle war im Zeitraum von 1932 bis 1937 Rudolf Jordan (1902–1988) und von 1937 bis 1945 Joachim Eggeling (1884–1945). Leiter der NSDAP-Gauleitung Magdeburg-Anhalt zwischen 1927 und 1935 war Wilhelm Loeper, ihm folgte zwischen 1935–1937 Joachim Eggeling und schließlich bis 1945 Rudolf Jordan. Der Regierungsbezirk Erfurt fiel in den Zuständigkeitsbereich der Gauleitung Thüringen, die von 1927 bis 1945 von Fritz Sauckel geleitet wurde. Vgl. Weiß, Hermann (Hrsg.): Biographisches Lexikon zum Dritten Reich, Frankfurt/Main 2002, S. 105–106, 246–246, 304–305; Jordan, Rudolf: Erlebt und erlitten. Weg eines Gauleiters von München bis Moskau, Leoni/Starnberger See 1971. Weiterführend etwa Rademacher, Michael: Handbuch der NSDAP-Gaue 1928–1945. Die Amtsträger der NSDAP und ihrer Organisationen auf Gau- und Kreisebene in Deutschland und Österreich sowie in den Reichsgauen Danzig-Westpreußen, Sudetenland und Wartheland, Hamburg 2000; John, Jürgen/Möller, Horst/Schaarschmidt, Thomas (Hrsg.): Die NS-Gaue. Regionale Mittelinstanzen im zentralisierten „Führerstaat“?, München 2007; John, Jürgen: Die Gaue im NS-System und der Gau Thüringen, Erfurt 2008.

²²⁹ Vgl. Broszat: Der Staat Hitlers, S. 140–150.

²³⁰ Seit 1933 war Kurt Otto (1887–1947), Jurist, NSDAP, Landeshauptmann in der preußischen Provinz Sachsen. In dieser Funktion war er auch an der NS-Euthanasie auf dem Gebiet der Provinz beteiligt. Vgl. Klee, Ernst: Das Personenlexikon zum Dritten Reich. Wer war was vor und nach 1945, 2. Aufl., Hamburg 2016, S. 447.

unterstand das staatliche Gesundheitswesen den jeweiligen Regierungspräsidenten und deren Medizinaldezernenten.²³¹ Hierzu zählten auch die im Zuge des „Gesetzes zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ vom 3. Juli 1934 gegründeten staatlichen Gesundheitsämter.

Die Justiz in der preußischen Provinz Sachsen unterstand dem preußischen Justizministerium, welches im Oktober 1934 mit dem Reichsjustizministerium vereinigt wurde.²³² Die höchste provinzielle Justizbehörde bildete das Oberlandesgericht Naumburg mit einem Oberlandesgerichtspräsidenten an der Spitze.²³³ Der Oberlandesgerichtsbezirk war weitgehend deckungsgleich mit den Grenzen der preußischen Provinz Sachsen und umfasste daneben den Freistaat Anhalt sowie kleinere thüringische Landesteile.²³⁴ Insofern führte das Oberlandesgericht Naumburg die gerichtliche Oberaufsicht über anhaltische, preußische und thüringische Bevölkerungsteile. Also waren dem Oberlandesgericht Naumburg als Rechtsmittelgericht auf dem Gebiet der preußischen Provinz Sachsen die Landgerichte in Halberstadt, Magdeburg und Stendal für den Regierungsbezirk Magdeburg, die Landgerichte in Halle, Naumburg und Torgau für den Regierungsbezirk Merseburg sowie die Landgerichte in Erfurt und Nordhausen für den Regierungsbezirk Erfurt zugeordnet.

Nach diesem kurzen verwaltungsgeschichtlichen Abriss werden im Folgenden ausgewählte provinzielle Charakteristika skizziert: In der preußischen Provinz Sachsen lebten 1933 rund 3,4 Millionen Menschen.²³⁵ Bemessen an der Bevölkerungsan-

²³¹ Vgl. u. a. Preußisches Staatshandbuch, hrsg. vom Preußischen Staatsministerium für das Jahr 1939, Jg. 141. (1939). Die Medizinaldezernenten der Regierungen in Erfurt, Magdeburg und Merseburg sind unerforscht und im Rahmen der vorliegenden Studie konnten lediglich Namen einzelner Personen herausgearbeitet werden. Eine Ausnahme ist der langjährige Medizinaldezernent des Regierungsbezirks Magdeburg, Erich Möbius. Vgl. Kap. 3.4.2

²³² Zur Geschichte der Justiz im Nationalsozialismus siehe Gruchmann, Lothar: Justiz im Dritten Reich 1933–1940. Anpassung und Unterwerfung in der Ära Gürtner, 3., verb. Aufl., München 2001.

²³³ Eine verklärende Geschichte bieten Venediger, Walter/Höhne, Erich: Geschichte des Oberlandesgerichts Naumburg (Saale). In: 150 Jahre Oberlandesgericht Naumburg. Recht in der Sowjetzone, hg. vom Mitteldeutschen Kulturrat e. V. Bonn, Bonn 1966, S. 7–26.

²³⁴ Zur Geschichte des Oberlandesgerichts Naumburg siehe Möhring, Andreas: Richter im Nationalsozialismus. Personalentwicklung und Personalpolitik am Oberlandesgericht Naumburg 1933–1945, Halle/Saale 2012.

²³⁵ Vgl. und auch für alle weiteren statistischen Angaben zur preußischen Provinz Sachsen siehe Statistik des Deutschen Reichs. NF, Bd. 550 (Neudruck der 2. Aufl., Berlin 1941), Osnabrück 1975, S. 97–108.

zahl gehörte die Provinz Sachsen zu den größeren preußischen Provinzen. Der überwiegende Teil war mit über 88 Prozent protestantisch getauft. Etwa sieben Prozent waren katholischen Glaubens.²³⁶

Der Regierungsbezirk Magdeburg umfasste rund 1,3 Millionen Einwohner. Der nördliche Teil der Provinz war durch die Altmark und Magdeburger Börde hauptsächlich landwirtschaftlich geprägt. Eine Scheidelinie gen Süden bildete die Stadt Magdeburg als Sitz des Regierungspräsidenten, Provinzhauptstadt sowie als wichtiger Industriestandort.²³⁷ Der Regierungsbezirk Merseburg war nur unwesentlich kleiner als der Regierungsbezirk Magdeburg, verfügte mit etwa 1,49 Millionen Menschen jedoch über mehr Einwohner. Der Regierungssitz war in Merseburg, das kulturelle und wirtschaftliche Zentrum bildete hingegen Halle/Saale.²³⁸ Der Regierungsbezirk Merseburg war im Vergleich zu Magdeburg weniger agrarisch geprägt und umfasste erhebliche industrielle Ballungsräume etwa in Leuna, Bitterfeld-Wolfen oder Piesteritz.

Der Regierungsbezirk Erfurt stand sowohl von der Fläche als auch der Einwohnerzahl mit etwa 610 000 Frauen und Männern erheblich zurück und verfügte darüber hinaus über keine ausgesprochen industriellen Zentren – größere Industriestandorte befanden sich etwa in Erfurt, dem Regierungssitz, sowie in Mühlhausen und Nordhausen. Im Unterschied zu den Regierungsbezirken Magdeburg und Halle waren im Regierungsbezirk Erfurt jedoch mit über 20 Prozent weit mehr Frauen und Männer katholischen Glaubens. Eine besondere Ausnahme bildete hierbei das Eichsfeld, in dem mehr Katholiken als Protestanten lebten.²³⁹

Trotz der vereinheitlichenden Verwaltungsgliederung und der organisatorisch-strukturellen Integrationsversuche entstand bis ins 20. Jahrhundert hinein keine tiefergehende regionale „Landesidentität“.²⁴⁰ Stattdessen war die preußische Provinz Sach-

²³⁶ Zur gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und politischen Lage in den Regierungsbezirken Erfurt, Magdeburg und Merseburg siehe Rupieper/Sperk (Hrsg.): Die Lageberichte der Geheimen Staatspolizei zur Provinz Sachsen, Bd. 1: Regierungsbezirk Magdeburg, S. 13–16; Bd. 2: Regierungsbezirk Merseburg, S. 13–17; Bd. 3: Regierungsbezirk Erfurt, S. 14–18.

²³⁷ Vgl. Petsch, Peter/Puhle, Matthias (Hrsg.): Magdeburg. Die Geschichte der Stadt 805–2005, Dössel (Saalkreis) 2005; Asmus, Helmut: 1200 Jahre Magdeburg. Von der Kaiserpfalz zur Landeshauptstadt. Eine Stadtgeschichte, Bd. 3: Die Jahre 1848 bis zur Gegenwart, Magdeburg 2005.

²³⁸ Vgl. Schmuhl, Hans-Walter: Halle in der Weimarer Republik und im Nationalsozialismus, Halle/Saale 2007.

²³⁹ Vgl. Klenke, Dietmar: Das Eichsfeld unter den deutschen Diktaturen. Widerspenstiger Katholizismus in Heiligenstadt, Duderstadt 2003.

²⁴⁰ Die Unterschiede innerhalb der Region können beispielsweise anhand der politischen Lager verdeutlicht werden. In Magdeburg als „Hochburg der Sozialdemokratie“ hatte sich eine starke sozialdemokratische Wählerschaft etabliert. Im Regierungsbezirk Merseburg „als rotes Herz Mitteldeutschlands“ formierte sich bis 1933 hingegen eine verhältnismäßig große Anhängerschaft der KPD. Die katholisch geprägten Regionen im Regierungsbezirk Erfurt wiederum bildeten die

sen von einer politischen, sozialen, wirtschaftlichen, kulturellen und religiösen Heterogenität gekennzeichnet, die in den Regierungsbezirken auch konserviert wurde.²⁴¹ Die fehlenden provinziellen Bindekräfte werden exemplarisch durch die Bezeichnung des Regierungsbezirks Erfurt als „preußisches Thüringen“ dokumentiert, was zudem auf die engere Beziehung zum Freistaat Thüringen als zur Provinz Sachsen hinweist.²⁴² In Anbetracht der mikrohistorischen Herangehensweise kann die preußische Provinz Sachsen demnach als ein Untersuchungsgegenstand konturiert werden, der unter besonderer Berücksichtigung der kleineren katholischen Gemeinde die Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ in den protestantisch geprägten Regionen Mittel- und Norddeutschlands paradigmatisch widerspiegelt.

Auf der Grundlage eines Führererlasses vom 1. April 1944 wurde die preußische Provinz Sachsen am 1. Juli 1944 aus Verteidigungsgründen aufgelöst und die Provinzen Magdeburg und Halle-Merseburg gegründet, die räumlich den vorherigen Regierungsbezirken entsprachen.²⁴³ Der Regierungsbezirk Erfurt wurde dem Freistaat Thüringen unterstellt. Die Auflösung und die wechselvolle administrative Zuordnung der vormaligen preußischen Provinz Sachsen bis zur Gründung der heutigen Bundesländer Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen schlagen sich in der archivalischen Zuständigkeit und Überlieferung nieder.²⁴⁴

Grundlage für einen stärkeren Stimmenanteil des Zentrums. Vgl. etwa Hattenhorst, Maik: Magdeburg 1933. Eine rote Stadt wird braun, Halle/Saale 2010; Herlemann, Beatrix: „Wir sind geblieben, was wir immer waren, Sozialdemokraten“. Das Widerstandsverhalten der SPD im Parteibezirk Magdeburg-Anhalt gegen den Nationalsozialismus 1930–1945, Halle/Saale 2001.

²⁴¹ Inwieweit die preußische Integrationspolitik seit dem 19. Jahrhundert erfolgreich war, kann an dieser Stelle nicht weiter diskutiert werden. Am Beispiel der Ausführungen des Archivars und Landeshistorikers Hanns Gringmuth-Dallmer aus dem Jahr 1939 können die innere Zerrissenheit sowie die identitätsstiftenden Integrationsversuche erahnt werden: „Gegenüber dieser scheinbaren Zerrissenheit unserer Provinz ist immer wieder und mit überzeugenden Gründen auf die Einheitlichkeit des mitteleuropäischen Raumes, den unsere Provinz (einschl. Anhalt) ausfüllt, hingewiesen worden. Leider wird das wesentliche unserer Provinz oft völlig verkannt. Sie ist Brücke zwischen Ost und West, Durchgangsland von Süd nach Nord. Durch ihr Gebiet geht die Sprachgrenze zwischen Hoch- und Niederdeutsch. Niederdeutsche Beharrlichkeit verbindet sich mit mitteleuropäischer Beweglichkeit. So ist unsere Provinz trotz all ihrer Vielgestaltigkeit in ihrem Äußeren doch einheitlich und in ihrer kulturellen, geschichtlichen und wirtschaftlichen Entwicklung bewusst ihrer Aufgabe, Brücke zu sein.“ Gringmuth, Hanns: Zur Entstehung der preußischen Provinz. In: Korn, Otto (Hrsg.): Zur Geschichte und Kultur des Elb-Saale-Raumes. Festschrift für Walter Möllenberg, Burg 1939, S. 246.

²⁴² Vgl. Thüringer Landtag (Hrsg.): Das preußische Thüringen; John, Jürgen (Hrsg.): Quellen zur Geschichte Thüringens, Bd. 3: 1918–1945, Erfurt 1996, S. 23.

²⁴³ Vgl. Deutsches Reichsgesetzblatt [künftig: RGBL.] 1944, Teil 1, Nr. 20, S. 110: Erlass des Führers über die Aufgliederung der preußischen Provinz Sachsen.

²⁴⁴ Zur unmittelbaren Nachkriegszeit sowie Entnazifizierungspraktiken in Justiz und Verwaltung in Sachsen-Anhalt siehe vor allem Bohse, Daniel: Die Entnazifizierung von Verwaltung und Justiz in Sachsen-Anhalt 1945/46, Halle/Saale 2017, S. 81–296. Aufgrund der bislang weitgehend fehlenden systematischen Auseinandersetzung mit dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ auf dem Gebiet der preußischen Provinz Sachsen waren eine Vielzahl von Akten zum Zeitpunkt der Einsichtnahme kaum bearbeitet und etwa paginiert. Im Zuge der Laufzeit haben sich

Die Abteilungen Magdeburg und Merseburg des Landesarchivs Sachsen-Anhalt beherbergen die Überlieferungen des Oberpräsidenten, des Provinzialverbandes von Sachsen und der Regierungspräsidenten von Magdeburg und Merseburg.²⁴⁵ Ebenfalls werden die Bestände des Oberlandesgerichts Naumburg, des Justizpersonals vom Oberlandesgerichtsbezirk sowie der Gerichte aufbewahrt, die sich auf dem Gebiet der Regierungsbezirke Magdeburg und Merseburg befanden. Das Thüringische Staatsarchiv in Gotha ist demgegenüber für die Überlieferung des Regierungsbezirks Erfurt und der dortigen Gerichte zuständig.²⁴⁶

Die bürokratische, gerichtliche und medizinische Überlieferung zur preußischen Provinz Sachsen als Sockelbestand kann anhand der Quellenbestände von Kreis- und Stadtarchiven ergänzt werden.²⁴⁷ Vor allem die Überlieferungen der größeren Städte Erfurt, Halle und Magdeburg erweitern den Quellenbestand erheblich, indem die Organisation und Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation ebenso wie behördliche Konflikte und Schwierigkeiten auf lokaler Ebene betrachtet werden können.²⁴⁸ Eine wertvolle Ergänzung bilden zeitgenössische Diskussionen

weiterhin auch Veränderungen von Bezeichnungen in Findmitteln und Aktentiteln im Zuge von Überarbeitungen sowie Ergänzungen ergeben, die in der vorliegenden Arbeit nur teilweise, etwa bezüglich des Bestandes des LASA, eingearbeitet werden konnten. An dieser Stelle möchte ich mich ausdrücklich für die umfassende wie fortwährende Unterstützung von Jens Hellwing, Landesarchiv Sachsen-Anhalt, Abteilung Magdeburg, bedanken.

²⁴⁵ Unabhängig der jeweiligen Abteilungen werden die Archivbestände des Landesarchivs [künftig: LASA] einheitlich angegeben. Zugunsten des konkreten Fundorts werden die Bestände des LASA im Quellenverzeichnis (Kap. 10.2) gemäß der jeweiligen Abteilung aufgeführt. Weiterführend Gringmuth-Dallmer, Hanns (Hrsg.): Gesamtübersicht über die Bestände des Landeshauptarchivs Magdeburg, 5 Bde., Magdeburg 1954–72; Boberach, Heinz (Hrsg.): Inventar archivalischer Quellen des NS-Staates: Teil 2: Regionale Behörden u. wissenschaftliche Hochschulen für die fünf ostdeutschen Länder, die ehemaligen preußischen Ostprovinzen u. eingegliederte Gebiete in Polen, Österreich u. d. Tschechischen Republik. Mit Nachträgen zu Teil 1, Berlin 1995.

²⁴⁶ Die regionalen Neustrukturierungen nach 1944/45 und die damit einhergehenden veränderten Archivzuständigkeiten haben dazu beigetragen, dass einzelne Quellenbestände heute nicht im verantwortlichen Thüringischen Staatsarchiv Gotha [künftig: ThStAG] oder im Landesarchiv Sachsen-Anhalt, sondern im Hauptstaatsarchiv Weimar [künftig: ThHStAW] aufbewahrt werden. Hierzu gehören auch die überlieferten Beschlüsse des Erbgesundheitsgerichts Erfurt. Daneben werden teilweise Personalakten von Richtern des Oberlandesgerichtsbezirks Naumburg nicht im Landesarchiv Sachsen-Anhalt, sondern ebenfalls in Weimar archiviert.

²⁴⁷ Aufgrund der archivgesetzlichen Neuregelungen in der DDR im Jahr 1952 werden in den Landes- und Staatsarchiven auch die Überlieferungen von Landratsämtern, Kommunalverwaltungen oder auch staatlichen Gesundheitsämtern als unteren Verwaltungsbehörden archiviert. Die Archivbestände der Landratsämter und Kommunalverwaltungen bieten für den Regierungsbezirk Magdeburg nur geringfügige Ergänzungen. Vgl. LASA, C 30 Osterburg A, Nr. 737–738: Durchführung des Sterilisierungsgesetzes (1933–1940); LASA, C 30 Osterburg B, Nr. 1378: Verhütung erbranken Nachwuchses (Unfruchtbarmachung), Allgemeines (1933–1941); LASA, C 30 Salzwedel A, Nr. 1011–1012: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (Generalia) (1933–1942). Aufgrund der umfangreichen Überlieferung konnten die Bestände der Landratsämter und Kommunalverwaltungen der Regierungsbezirke Merseburg und Erfurt nicht systematisch ausgewertet werden.

²⁴⁸ Insbesondere die Überlieferung des Stadtarchivs Erfurt ist reichhaltig. Vgl. Stadtarchiv Erfurt [künftig: StA Erfurt], 1–2/511 Erb- und Rassenpflege (Sterilisation). Die Überlieferungen von Magdeburg und Halle/Saale sind durch Kriegsverluste begrenzter. Weiterführend etwa Stadtarchiv

zum „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“, die anhand des medizinischen und juristischen Schriftguts einbezogen werden können.²⁴⁹ Eine zentrale Bedeutung für die praktische Durchführung spielt der von Arthur Gütt, Ernst Rüdin und Falk Ruttke verfasste „Gesetzeskommentar“.²⁵⁰ Aufgrund des späteren Erscheinungszeitraums spielten die einzelnen Veröffentlichungen im Rahmen der Reihe „Handbuch der Erbkrankheiten“, die von Arthur Gütt herausgegeben wurde, eine geringere Rolle für die praktische Anwendung.²⁵¹

Die überlieferten Bestände im Bundesarchiv Berlin besitzen aufgrund des hohen Verlustgrades der Medizinalabteilungen im Reichsministerium des Innern (RMdI) sowie des Reichsgesundheitsamtes für die vorliegende Studie eine geringere Aussagekraft.²⁵² Eine ergänzende Bedeutung haben daneben die Materialien der Behörde des Bundesbeauftragten für die Unterlagen des Staatssicherheitsdienstes der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik (BStU). Auf Grundlage der polizeilichen und geheimdienstlich-juristischen Ermittlungen gegen Ärzte und Richter können die vorliegenden Ergebnisse ergänzt und die rechtliche Verfolgung in der unmittelbaren Nachkriegszeit partiell erhellt werden.²⁵³

Magdeburg [künftig: StA Magdeburg] Rep. 38 J V. Nr. 1: Erb- und Rassenpflege, 5 Bde. (1926–1943); Stadtarchiv Halle [künftig: StA Halle] A 2.17 Gesundheitsamt Nr. 34: Monatsberichte über die Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, Ehegesundheitsgesetzes und der 1. Verordnung zum Blutschutzgesetz. Weiterführend auch Das Gesundheitswesen der Stadt Magdeburg nebst Sonderbeiträgen, hg. vom Städtischen Gesundheitsamt Magdeburg, Düsseldorf 1928; Schnell, Walter (Hrsg.): Das Stadtgesundheitsamt in Halle, Halle/Saale 1935. Demgegenüber ist die Aussagekraft von Quellenbeständen kleinerer Städte, wie etwa Stendal, Oschersleben oder Nordhausen, sehr begrenzt. Der geringe Überlieferungsgrad wird einerseits durch direkte Kriegseinwirkungen begründet. Andererseits rekurriert das Fehlen der entsprechenden Bestände zur „Erb- und Rassenpflege“ auch auf zielgerichtete Kassierungen.

²⁴⁹ Einen Überblick zum medizinischen Schriftgut bietet Leuthold, Gerhard: Veröffentlichungen des medizinischen Schrifttums in den Jahren 1933–1945 zum Thema „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933“, Nürnberg 1975.

²⁵⁰ Gütt, Arthur/Rüdin, Ernst/Ruttke, Falk: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933 mit Auszug aus dem Gesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Maßregeln der Sicherung und Besserung vom 24. November 1933, München 1934 (2. Aufl. 1936). Zur Bedeutung siehe etwa Ley: Zwangssterilisation und Ärzteschaft.

²⁵¹ Vgl. Dubitscher, Alfred: Der Schwachsinn (= Handbuch der Erbkrankheiten, Bd. 1), Leipzig 1937; Kihn, Berthold/Luxemburger, Hans: Die Schizophrenie (= Handbuch der Erbkrankheiten, Bd. 2), Leipzig 1940; Conrad, Klaus/Kehrer, Ferdinand Adalbert/Meggendorfer, Friedrich u. a.: Die erbliche Fallsucht (= Handbuch der Erbkrankheiten, Bd. 3), Leipzig 1940; Heinze, Hans: Zirkuläres Irresein (manisch-depressives) (= Handbuch der Erbkrankheiten, Bd. 4), Leipzig 1942; Bücklers, Max/Gütt Arthur: Erbleiden des Auges (= Handbuch der Erbkrankheiten, Bd. 5), Leipzig 1938; Schwarz, Max: Die erbliche Taubheit und ihre Diagnostik. Körperliche Missbildungen (= Handbuch der Erbkrankheiten, Bd. 6), Leipzig 1940.

²⁵² Vgl. Bundesarchiv Berlin [BArch Berlin], R 18 bzw. 15.01 Reichsministerium des Innern, R 36 Deutscher Gemeindetag, R 86 Reichsgesundheitsamt. Ein Großteil der Überlieferung des Reichsgesundheitsamtes ging infolge von Kriegseinwirkungen 1944 verloren. Vgl. Hüntelmann, Axel C.: Hygiene im Namen des Staates. Das Reichsgesundheitsamt 1876–1933, Göttingen 2008, S. 16.

²⁵³ Vgl. etwa Behörde des Bundesbeauftragten für die Stasi-Unterlagen [künftig: BStU], MfS, BV Magdeburg, Ast I Nr. 1260/48; BStU, MfS, BV Magdeburg, Ast I, 15/46, BStU, MfS, BV Magde-

Die Überlieferung in der Provenienz des Oberpräsidenten, der Regierungspräsidenten und der Justiz umfasst die bürokratische, medizinische, gerichtliche und finanzielle Organisation, die statistische Erfassung, die Errichtung und Besetzung von Erbgesundheitsgerichten sowie die Zulassung von medizinischen Einrichtungen zur Durchführung der Sterilisation.²⁵⁴ Bei Widersprüchen und Beschwerden fungierten die Regierungspräsidenten als mittlere Entscheidungsinstanz, sodass die Akten des Regierungspräsidenten vor allem in Magdeburg neben administrativen Vorgängen auch eine Vielzahl von personenbezogenen Materialien enthalten.²⁵⁵ Diese spezifischen Bestände können durch den Einbezug von Dokumenten zur „Erb- und Rassenpflege“ im Allgemeinen sowie zu weiteren bevölkerungspolitischen Maßnahmen, wie insbesondere dem sogenannten „Ehegesundheitsgesetz“ oder der erbbiologischen Bestandsaufnahme, ergänzt und Parallelüberlieferungen erschlossen werden.²⁵⁶

Die Materialien zum staatlichen Gesundheitswesen der preußischen Provinz Sachsen unterscheiden sich zwischen den einzelnen Regierungsbezirken erheblich.²⁵⁷ Die Aussagekraft der ermittelten Bestände für die Regierungsbezirke Magdeburg und Merseburg ist begrenzt, da sie vor allem die betriebswirtschaftliche Organisation behandeln und kaum Hinweise auf bevölkerungspolitische Tätigkeitsfelder, Organisationsstrukturen oder den Personalbestand bieten.²⁵⁸ Die begrenzte Quellenlage wurde

burg, Ast I, 211/48, 2 Bde.; BStU, MfS, BV Magdeburg, Allg. S 121/56. Einen ebenso ergänzenden Charakter hat die dünne Überlieferung des Archivs der Evangelischen Kirchen der Kirchenprovinz Sachsen [künftig: AKPS]. Vgl. AKPS, Rep. A Gen. Nr. 1595: Erb- und Rassenhygiene (1935); AKPS, Rep. 03 Nr. 5: Rundbriefe der Bekennenden Kirche, des Pfarrernotbundes, Druckschriften (1933–1934); AKPS, Rep. 03 Nr. 16: Bericht über Verleumdungen der Deutschen Glaubensbewegung (1935); AKPS, Rep. 03 Nr. 286: Rassenpolitik, Judenverfolgung (1935–1937).

²⁵⁴ Vgl. etwa LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, 2 Bde. (1933–1944).; LASA, C 28 Ig, Nr. 371: Erbkrankheiten, 4 Bde. (1934–1938); ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19547: Jahresberichte und Monatsberichte über die Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, des Ehegesundheitsgesetzes und § 6 der 1. V.O. zum Blutschutzgesetz (1937–1944); ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19881–19882: Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses und Schwangerschaftsunterbrechungen (1934–1944); ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19863: Einrichtung und Aufgaben der Erbgesundheitsgerichte (1934–1945).

²⁵⁵ Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten, 13 Bde. (1933–1941).

²⁵⁶ Vor allem die Überlieferung zum „Ehegesundheitsgesetz“ ist reichhaltig und wurde bislang nicht systematisch ausgewertet. Vgl. u. a. LASA, C 28 Ig, Nr. 363: Ehegesundheit (1938–1944); LASA, C 28 Ig, Nr. 365: Ehegesundheitsgesetz (1936–1937); LASA, C 48 Ii, Nr. 922, Bd. 1–2: Einrichtung von Eheberatungsstellen. Ehegesundheitsgesetz. Blutschutzgesetz, 2 Bde. (1926–1947).; ThStAG, Regierung Erfurt, Nr. 19884: Anträge auf Befreiung von den Vorschriften des Ehegesundheitsgesetzes. Erb- und Rassenpflege; ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19920: Durchführung des Ehegesundheitsgesetzes (1934–1944).

²⁵⁷ In Erweiterung wurden Aktenbestände zum öffentlichen Gesundheitswesen, zum „Hebammenwesen“ oder zu öffentlichen und privaten Krankenhäusern eingesehen, die aufgrund von Kassierungen oder fehlenden Bezügen zur „Erb- und Rassenpflege“ kaum ergiebig waren.

²⁵⁸ Vgl. LASA Rep. 28 Ig, Kap. I Allgemeine Angelegenheiten der Gesundheitsverwaltung, Medizinalbeamte, der voll- und maßvoll beschäftigten Ärzte; LASA Rep. 28 Ig, Kap. III Gesundheitswesen, Gesundheitsämter und deren Beschäftigte.

bereits von Johannes Vossen konstatiert, der sich ebenfalls „für die Zeit des Nationalsozialismus vorwiegend auf die erhaltenen Sachakten der Mittelinstanzen und auf die Fallakten der Gesundheitsämter über die Durchführung der ‚Erb- und Rassenpflege‘“²⁵⁹ stützen musste.

Als eine wertvolle Ergänzung können Personalakten von Amtsärzten als Leiter der staatlichen Gesundheitsämter herangezogen werden, obgleich für die Regierungsbezirke Merseburg und Erfurt nur eine begrenzte Anzahl erfasst werden konnte. Von rund 100 namentlich erfassten Amtsärzten, die in der preußischen Provinz Sachsen im Zeitraum von 1933 bis 1945 tätig waren, können zu einem Drittel gruppenbiografische Merkmale wie etwa Alter, NSDAP-Mitgliedschaft, medizinische Qualifikation untersucht sowie Verhaltensweisen, Vorstellungsmuster oder Konflikte im Zuge der nationalsozialistischen Sterilisationspraxis betrachtet werden.

Die Überlieferungen des Oberlandesgerichts Naumburg, der einzelnen Landgerichte sowie im Besonderen die Materialien der einzelnen Erbgesundheitsgerichte und des Erbgesundheitsobergerichts bilden eine maßgebliche Quellengruppe.²⁶⁰ Die archivierten Bestände umfassen Richtlinien, Verfügungen, Erlasse und Schriftwechsel zur erbgerichtlichen Justiz, die auch die Rechtsprechung einzelner Gerichte sowie die Bestallung der richterlichen Vorsitzenden und der medizinischen Beisitzer behandeln. Vereinzelt liegen weiterhin zeitgenössische Sterilisationsregister, vergleichbare alphabetische Kataloge sowie Urteilssammlungen der angewiesenen Zwangssterilisationen vor. Die Überlieferungsdichte ist sowohl innerhalb der Regierungsbezirke als auch für die einzelnen Erbgesundheitsgerichte sehr unterschiedlich, sodass aufgrund der geringen Überlieferung die personelle Besetzung, die Rechtsprechung oder auch der Umfang von Sterilisationsurteilen für einzelne Gerichte wie etwa Halberstadt, Torgau oder Nordhausen nur begrenzt ausgewertet werden kann. Daneben konnten insgesamt 40 Richter ermittelt werden, die am Erbgesundheitsobergericht Naumburg sowie den einzelnen Erbgesundheitsgerichten tätig waren. Für knapp die Hälfte bieten wiederum die überlieferten Personalakten wertvolle Hinweise auf gruppenbiografische Merkmale, Tätigkeitsprofile sowie Konflikte mit der NSDAP.

²⁵⁹ Vossen: Gesundheitsämter im Nationalsozialismus, S. 32.

²⁶⁰ Die gerichtlichen Materialien unterscheiden sich in ihrer Provenienz einerseits in Bestände der Erbgesundheitsgerichte bzw. des Erbgesundheitsobergerichts Naumburg und andererseits in Überlieferungen, die den jeweiligen Land- und Amtsgerichten zugeordnet und als Parallelüberlieferungen anzusehen sind. Auch für diese Bestände müssen zielgerichtete Aktenvernichtungen in Rechnung gestellt werden. So wurden vermutlich im Oberlandesgericht Naumburg kurz vor Kriegsende 1945 zielgerichtet Akten zerstört. Vgl. Möhring, Andreas: Richter im Nationalsozialismus. Personalentwicklung und Personalpolitik am OLG Naumburg 1933–1945, Halle/Saale 2012, S. 12.

Die Überlieferung zur nationalsozialistischen Zwangssterilisation in der preußischen Provinz Sachsen kann in Anbetracht der Überlieferungsgeschichte sowie aufgrund von Verlusten durch Kriegseinwirkungen und zielgerichteten Kassierungen als regional und zeitlich disparat charakterisiert werden, sodass von einer partiell dichten, aber auch diskrepanten Materialbasis gesprochen werden muss.²⁶¹ Die hohe Aussagekraft wird durch einzelne Überlieferungslücken geschmälert, sodass weder für einen Regierungsbezirk noch für die gesamte preußische Provinz Sachsen eine durchgängige statistische Dokumentation der vorgenommenen Zwangssterilisationen ermittelt werden konnte.²⁶² Eine weitere archivalische Einschränkung betrifft den sächsischen Provinzialverband, da ein Großteil der Überlieferung ab 1935 vermutlich zielgerichtet zerstört wurde.²⁶³ Aufgrund der massiven Aktenverluste des sächsischen Provinzialverbandes können etwa Blinden- und Taubstummenanstalten oder Erziehungseinrichtungen nicht systematisch berücksichtigt werden. Damit verbunden besteht eine schwer zugängliche Überlieferungslage für die Landesheilanstalten der preußischen Provinz Sachsen in Altscherbitz, Jerichow, Neuwaldensleben, Pfafferode und Uchtspringe.²⁶⁴

Trotz der bestehenden Überlieferungslücken konnte durch eine umfangreiche Quellenrecherche eine breite Vielzahl von lokalen, regionalen und personenbezogenen Materialien erschlossen und für eine mikrohistorische Untersuchung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation ausgewertet werden. Für die Untersuchung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation als praktiziertes Ausschlussverfahren von männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“ besitzen Erbgesundheitsgerichtsakten

²⁶¹ Unter geografischen Gesichtspunkten besteht eine hohe Quellendichte für den Regierungsbezirk Magdeburg, demgegenüber konnten für andere Regionen, wie etwa zu den Kreisen Ziegenrück, Bad Liebenwerda oder Schweinitz, kaum weiterführende Dokumentationen erschlossen werden. Unter zeitlichen Gesichtspunkten besteht ein hohes Quellenaufkommen bis zur Mitte der 1930er-Jahre. Mit der organisatorischen Etablierung sowie dem Rückgang der Sterilisationszahlen nimmt die Überlieferung ab. Die Materialdichte sinkt mit Kriegsbeginn erheblich, die zeitgenössische Dokumentation endet im April 1945.

²⁶² Für den Regierungsbezirk Magdeburg können Anzeigeverhalten, Antragsstellung oder auch Umfang der nationalsozialistischen Zwangssterilisation ausschnitthaft für den Zeitraum zwischen 1934 und 1936 sowie für das Jahr 1940 nachgewiesen werden. Für den Regierungsbezirk Merseburg liegen Zahlenangaben für den Zeitraum von 1936 bis 1943 und für den Regierungsbezirk Erfurt für 1937 bis 1943 vor. Die entsprechenden statistischen Auswertungen befinden sich im Anhang der vorliegenden Arbeit (Kap. 10.3 Tabellenverzeichnis).

²⁶³ Vgl. LASA C 92 Provinzialverband Sachsen. Findbuch, Bestandsinformationen.

²⁶⁴ Diese Einrichtungen archivierten zwar eigenverantwortlich die anstaltseigene Überlieferung sowie Patientenakten, jedoch ist seit 1945 eine nicht unerhebliche Anzahl von Materialien verloren gegangen. Mittlerweile sind die erhaltenen Bestände der Einrichtungen in Haldensleben, Jerichow und Uchtspringe dem Landesarchiv Sachsen-Anhalt übergeben worden. Zum Zeitpunkt der Recherche war aufgrund der Bestandsübernahme nur eine begrenzte Einsicht möglich. Zur Landesheilanstalt Altscherbitz siehe Hirschinger: „Zur Ausmerzung freigegeben“.

eine zentrale Bedeutung, indem sie die gesamte personenbezogene Überlieferung eines Sterilisationsverfahrens bis zur operativen Unfruchtbarmachung dokumentieren.²⁶⁵

Diese gerichtlichen Fallakten sind in den Archivbeständen der Erbgesundheitsgerichte überliefert.²⁶⁶ Für die Erbgesundheitsgerichte Halle, Halberstadt, Magdeburg, Naumburg, Stendal, Suhl und Torgau konnten insgesamt 3.266 Fallakten erschlossen werden.²⁶⁷ Aufgrund des Umfangs, des archivarisches Zugangs, der divergenten Überlieferung sowie der paradigmatischen Forschungsperspektive wurde ein Teilbestand untersucht. Für die ausgewogene Analyse eines ländlichen und städtischen Raums, die statistische Erfassung eines geschlossenen Gesamtbestandes sowie unter Wahrung ei-

²⁶⁵ Personenbezogene Materialien und insbesondere Krankenakten als Quellen sind seit den 1980er-Jahren verstärkt in den Blick der historischen Forschung gerückt. Damit rückte auch die Auswertung von Materialien zur nationalsozialistischen Zwangssterilisation in das analytische Blickfeld. Vgl. Risse, Guenter B./Warner, John H.: *Reconstructing Clinical Activities. Patient Records in Medical History*. In: *Social History of Medicine*, Jg. 5 (1992), H. 2, S. 183–205; Lilienthal, Georg: *Arier oder Jude? Die Geschichte des erb- und rassenkundlichen Abstammungsgutachtens*. In: Propping, Peter/Schott, Heinz (Hrsg.): *Wissenschaft auf Irrwegen. Biologismus. Rassenhygiene. Eugenik*, Bonn 1992, S. 66–84; Walter, Bernd: *Kranken- und Erbgesundheitsgerichtsakten in der NS-Psychiatrieforschung. Bestände, Auswahlverfahren, Auswertungsmöglichkeiten*. In: *Archivpflege in Westfalen und Lippe Münster* 48 (1998), S. 14–22; Westermann, Stefanie: „Ich hoffe [...], ich konnte Ihnen einen kleinen Einblick in unser Leben geben [...]“. Zur Verwendung von Ego-Dokumenten in der Medizingeschichte am Beispiel der Zwangssterilisierten des Nationalsozialismus. In: Osten, Philipp (Hrsg.): *Patientendokumente. Krankheit in Selbstzeugnissen*, Stuttgart 2010, S. 221–236.

²⁶⁶ Personenbezogene Überlieferungen zur nationalsozialistischen Zwangssterilisation in Form von Sterilisationsregistern, Gerichtsurteilen, Kostenfragen oder auch persönlichen Eingaben der männlichen und weiblichen Betroffenen finden sich partiell auch in den Beständen von einzelnen Gesundheitsämtern des Regierungsbezirks Erfurt. Vgl. etwa ThStAG Regierung Erfurt, Nr. 19862 Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses in den Kreisen Suhl, Weißensee und Worbis 1935–1944; Nr. 19883 Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses im Kreis Langensalza und Mühlhausen 1934–1945.

²⁶⁷ Vgl. LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z), 250 Fallakten (1934–1945 (1946)); LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z), 236 Fallakten (1934–1945(1946)). Die Fallakten zum EGG Stendal konnten durch einen Zufallsfund im Kreisarchiv Gardelegen ergänzt werden. KrA Salzwedel, Bestand Gardelegen, Gesundheitswesen (GW), Nr. 47, 70, 71, 76, 78, 81: einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z), 147 Fallakten; LASA MD Rep. C 136 I Erbgesundheitsgericht Halberstadt, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z), 1023 Fallakten (1934–1945 (1946)); LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Naumburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z), 213 Fallakten (1934–1945 (1946)); LASA, C 136, Erbgesundheitsgericht Torgau, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z), 253 Fallakten (1934–1945 (1946)); Rep. C 136 Erbgesundheitsgericht Halle, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z), 1039 Fallakten (1934–1945 (1946)); ThStAG, Regierung Erfurt, Erbgesundheitsgericht Suhl, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z), 105 Fallakten. Eine unbekannt Anzahl von Urteilen des Erbgesundheitsgerichts Erfurt lagert im Hauptstaatsarchiv Weimar. Vgl. ThHStAW, Thüringisches Oberlandesgericht Jena Nr. 1556: Sammlung von Beschlüssen des Erbgesundheitsgerichts Erfurt über Unfruchtbarmachungen (1934–1935); ThHStAW Thüringisches Oberlandesgericht Jena Nr. 1569: Sammlung von Beschlüssen des Erbgesundheitsgerichts Erfurt über Unfruchtbarmachungen (1941–1943).

ner statistischen Überprüf- und Nachvollziehbarkeit wurden die Fallakten der Erbgesundheitsgerichte in Magdeburg und Stendal ausgewertet. Hierbei handelt es sich um insgesamt 633 Erbgesundheitsgerichtsakten, die rund 19 Prozent des für die preußische Provinz Sachsen recherchierten Gesamtbestandes bedeuten.²⁶⁸ Dieser Bestand bildet eine ertragreiche Materialbasis für eine mikrohistorisch operierende Nahaufnahme und wird anhand von Sterilisationsregistern oder statistischen Aufstellungen, etwa der Erbgesundheitsgerichte Naumburg und Halberstadt, ergänzt.

Die Datenerfassung verfolgte das Ziel, den Gesamtbestand adäquat einordnen und Bezüge zu ergänzenden Statistiken herstellen zu können. Die statistische Erfassung wurde durch eine qualitative Datenerhebung ergänzt, die sich wiederum an unterschiedlichen Untersuchungsschwerpunkten wie Geschlecht, Krankheitsbildern, Beurteilungsschwerpunkten, aber auch ergänzenden medizinischen Ermittlungen oder persönlichen Stellungnahmen orientierte. Als Grundlage diente ein Analyseschlüssel, das die analytische Verbindung der gewonnenen personenbezogenen Daten mit der statistischen Erfassung ermöglichte. Aufgrund dieses schrittweisen Verfahrens konnten die überlieferten Erbgesundheitsgerichtsakten aufbereitet und als serielle wie auch personenbezogene Quellenbasis gewonnen werden.

Die überlieferten Erbgesundheitsgerichtsakten folgen einem einheitlichen Aufbau und umfassen die Antragsstellung sowie die medizinische Begutachtung durch den zuständigen beamteten Arzt anhand der standardisierten Formulare.²⁶⁹ Weiterhin beinhalten sie Ermittlungen im sozialen und beruflichen Umfeld, etwaige psychiatrische oder fachärztliche Zusatzgutachten, den Gerichtsbeschluss sowie den medizinischen Abschlussbericht des chirurgischen Eingriffs.²⁷⁰ Ebenso wurden Widersprüche oder Beschwerden archiviert. Diesbezüglich bilden sie eine maßgebliche Materialbasis für die Analyse der nationalsozialistischen Zwangssterilisation, indem der Herstellungs- und Selektionsprozess von „Minderwertigkeit“ von der Antragsstellung bis zur

²⁶⁸ Hierbei handelt es sich um 250 Fallakten des EGG Magdeburg und 236 Fallakten des EGG Stendal, die im LASA Magdeburg archiviert sind. Dieser Bestand konnte durch 147 Fallakten zum EGG Stendal, die weitgehend das Gesundheitsamt Gardelegen betreffen und im Kreisarchiv Salzwedel aufgefunden wurden, ergänzt werden.

²⁶⁹ Vgl. Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 67–80.

²⁷⁰ Vermutlich aufgrund von gesetzlichen Anordnungen konnten in den recherchierten Fallakten der Erbgesundheitsgerichte Magdeburg und Stendal nahezu keine „Meldungen“ bzw. „Anzeigen“ zur Sterilisation erschlossen werden. Eine stichprobenartige Betrachtung der überlieferten Fallakten des Erbgesundheitsgerichts Halberstadt ergab, dass die gerichtlichen Beschlüsse nicht überliefert sind. Vgl. LASA MD Rep. C 136 I Erbgesundheitsgericht Halberstadt, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)).

Verurteilung unter Einbezug von persönlichen Stellungnahmen detailliert nachgezeichnet werden kann.

Für die vorliegende Untersuchung besitzen gerichtliche Fallakten die Charakteristik eines „glitzernden Oxymorons“ oder des „außergewöhnlich Normalen“, jedoch nicht in der Form, dass es sich um eine einzelne, außergewöhnliche Quelle handelt, sondern um tausende serielle Materialien, die „das Normale, das sonst nicht greifbar ist“ oder im bürokratischen Dickicht sowie im diskursiven Wissensfeld verschleiert wird, widerspiegeln.²⁷¹ Im Zentrum stehen Frauen und Männer, die in der historischen Überlieferung nur selten bedacht und auch seitens der historischen Forschung randständig behandelt werden.²⁷²

In der historischen Forschung tragen Fallbeispiele von Sterilisationsverfahren, von Beurteilungen des Lebenswertes und Aburteilungen von persönlichen Lebenswegen häufig einen deskriptiven und illustrativen Charakter. Die erzählten Geschichten dienen der Kennzeichnung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation als Verbrechen, der moralischen Verwerflichkeit sowie der empathischen Anteilnahme am Schicksal der betroffenen Frauen und Männer. Derart wohnt den Geschichten von zwangssterilisierten Frauen und Männern eine strategische Funktion inne, um sowohl die im Dritten Reich begangenen Verbrechen zu kennzeichnen als auch den politischen und gesellschaftlichen Wandel nach 1945 zu illustrieren. Aber personenbezogene Beispiele, ob in dichter Materialsammlung oder als kärgliche Überlieferungsschnipsel vorliegend, sind als inhärente Bestandteile der nationalsozialistischen Zwangssterilisation zu verstehen, die die vielfältigen Prozeduren und Schichten eines rassenhygienischen Ausschlussverfahrens in einer spezifischen Sichtweise dokumentieren. Als massenhafte Singularitäten spiegeln sie paradigmatisch die Muster der Bewertung menschlichen Lebens wider und bedürfen einer hermeneutischen Analytik.

Erbgesundheitsakten handeln von Frauen und Männern, die lediglich durch die nationalsozialistische Zwangssterilisation eine Geschichte erhielten und Interesse wecken. Ohne diese Prozedur wären sie spurlos geblieben.²⁷³ Gleichzeitig handeln die

²⁷¹ Ulbricht: Mikrogeschichte, S. 21.

²⁷² Im Verhältnis zu Ereignissen von weltgeschichtlicher Bedeutung bildet die zwangsweise Unfruchtbarmachung von unbekanntem und unbedeutenden Frauen und Männern im Zuge der nationalsozialistischen Erb- und Rassenpolitik eine Randnotiz. Das fallspezifische Verfahren und das persönliche Schicksal sind belanglos. Ebenso bilden die männlichen und weiblichen Opfer des nationalsozialistischen Krankenmordes eine randständige Opfergruppe. Vgl. etwa Fuchs, Petra/Rotzoll, Maike/Müller, Ulrich u. a. (Hrsg.): „Das Vergessen der Vernichtung ist Teil der Vernichtung selbst.“ Lebensgeschichten von Opfern der nationalsozialistischen „Euthanasie“, Göttingen 2007.

²⁷³ Vgl. Foucault: Leben der infamen Menschen.

vorliegenden Fallbeispiele von Nicht-Frauen und Nicht-Männern, denn die überlieferten Berichte bilden die betroffenen Frauen und Männer nicht als diejenigen ab, die sie waren. Stattdessen handelt es sich um wirkungsmächtige Fiktionen und Zerrbilder mit dem Ziel, eine „Erbkrankheit“ und für notwendig erachtete Unfruchtbarmachung zu begründen.

Die vielzähligen Schriftstücke, Ermittlungsberichte, Gutachten und Beschlüsse spiegeln demnach weder eine „wahre“ soziale und ökonomische Existenz noch einen objektiven körperlichen und gesundheitlichen Zustand oder intellektuelle und berufliche Fähigkeiten wider. Das Material gibt nicht die persönliche oder gesellschaftliche Identität preis, sondern es handelt sich um Beschreibungen des individuellen Wertes durch die Augen von Ärzten, Bürgermeister, Lehrern oder Richtern. Gerichtliche Fallakten sind personenbezogene Dossiers, deren zentrales Wesensmerkmal darin besteht, Vorwürfe und Tatbestände zu bündeln und zu verdichten, um eine schlüssige Konstruktion von männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“ zum Zweck der chirurgischen Selektion herzustellen. Diese mikropraktische Codierung und Dopplung, in dessen Konsequenz „erbkrank“ Frauen und Männer manifestiert und produziert wurden, ist derart nachhaltig, dass die im Dritten Reich zwangssterilisierten Frauen und Männer den Makel einer „Minderwertigkeit“ und Infamie nicht verloren. Foucault hat die hermeneutische Charakteristik an anderer Stelle nahezu poetisch beschrieben: „Alle diese Leben, die dazu bestimmt waren, unterhalb jedes Diskurses vorüberzugehen und zu verschwinden, ohne jemals gesagt worden zu sein, haben Spuren – kurze entscheidende, rätselhafte oft – nur am Punkt ihrer plötzlichen Berührung mit der Macht hinterlassen können. Derart, dass es auf immer unmöglich ist, sie an ihnen selber zu erfassen, so wie sie ‚im freien Zustand‘ sein mochten; aufzufinden sind sie nur gefangen in den Deklamationen, den taktischen Parteilichkeiten, den gebieterischen Lügen der Spiele der Macht und der Verhältnisse mit ihr.“²⁷⁴

Aufgrund dieser Charakteristik, aber auch der unzähligen Widersprüchlichkeiten, der Konflikte und Auseinandersetzungen, der Gewalt, der Widerstände und Zwänge sowie der unterschiedlichen Vorstellungen und Interessen widerstreben Fallakten als archivalisches Material auch „möglicherweise dem Sinn, den wir den Ereignissen von vornherein geben wollten, verschiebt die Perspektive gegenüber allen Versuchen globalisierender Theoriebildungen.“²⁷⁵ So greift die Auffassung zu kurz,

²⁷⁴ Foucault: *Leben der infamen Menschen*, S. 16–17.

²⁷⁵ Farge, Arlette: *Das brüchige Leben. Verführung und Aufruhr in Paris des 18. Jahrhunderts*, Berlin 1989, S. 11.

die in persönlichen Materialien zum Ausdruck kommenden Widerstände gegen Sterilisationsbeschlüsse als diametralen Gegensatz oder als Opposition gegen das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ zu interpretieren. Die betroffenen Frauen und Männer wurden zwar zu erbbiologischen Feinden stilisiert, aber sie standen dem Dritten Reich und der nationalsozialistischen Bevölkerungspolitik nicht per se feindlich gegenüber. Es handelt sich nicht um eine dualistische Gegnerschaft, die sich in der Überlieferung als Dichotomie zwischen Herrscher und Beherrschten widerspiegelt. Im Sterilisationsverfahren wurde über den Ort der betroffenen Frauen und Männer in der nationalsozialistischen Volksgemeinschaft entschieden, und die Stellungen der Betroffenen sind ein inhärenter Bestandteil sowohl der nationalsozialistischen Zwangssterilisation als Herstellungs- und Selektionsprozess von „Minderwertigkeit“ als auch eines übergeordneten biopolitischen Diskurses. Die Überlieferungen zur Verwaltung und behördlichen Organisation, zum Handeln von Ärzten und Richtern, zum medizinisch-juristischen Ausschlussprozess sowie von betroffenen Frauen und Männern bilden demnach einzelne, aber synthetische Bestandteile der nationalsozialistischen Zwangssterilisation als eines bevölkerungspolitischen Verfahrens. Das überlieferte Material zur Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ in der preußischen Provinz bildet demnach sowohl eine historische Entität als auch einen paradigmatischen Ausschnitt der nationalsozialistischen Sterilisationspraxis im Dritten Reich.

Die historische Analyse der nationalsozialistischen Zwangssterilisation und vor allem die Konzentration auf die selektive Praxis, auf Begutachtungsprozeduren und Bewertungskriterien bergen sprachliche Probleme. Bereits Gisela Bock betonte: „Manche Begriffe sind in Vergessenheit geraten, andere sind nicht eindeutig, manche sind wegen der Eindeutigkeit ihres inhumanen Inhalts nicht ohne explizite Distanzierung zu benutzen, andere sind trotz solchen Inhalts noch oder wieder geläufig.“²⁷⁶ Anführungsstriche oder die Ersetzung durch andere, politisch und gesellschaftlich konforme Bezeichnungen, lösen die sprachlichen Schwierigkeiten nicht gänzlich, verzerren den zeitgenössischen Aussagegehalt und vernachlässigen die performative Charakteristik. Aus diesem Grund werden Worte wie Rassenhygiene und Eugenik, Rasse und Rassenbiologie, Erb- und Rassenpflege oder Erb- und Rassenpolitik, Volkskörper oder Volksgemeinschaft als zeitgenössische Bezeichnungen angesehen und ohne Anführungsstriche gebraucht. Mit Ausnahme des „angeborenen Schwachsinn“ werden

²⁷⁶ Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 76.

alle übrigen gesetzlich definierten „Erbkrankheiten“ ebenfalls ohne Anführungsstriche genannt. Die besondere Kennzeichnung des „angeborenen Schwachsinn“, ebenso von „erbkrank“, „minderwertig“, „asozial“ oder „lebensunwert“ als Definitionen und Beschreibungen begründet sich durch die zielgerichtete Abwertung von Frauen und Männern zum Zweck der Unfruchtbarmachung.

Die Nutzung von Anführungszeichen, die Erörterung von zeitgenössischen Begriffen und die Decodierung und Übersetzung von „Erbkrankheiten“ sind Hilfsmittel der historischen Darstellung und Auswertung. Jedoch war die Sprache im Nationalsozialismus und vor allem in der Erb- und Rassenpflege in außerordentlichem Maße abwertend und inhuman. Und somit trägt auch die Sprache der vorliegenden Untersuchung, trotz aller Bemühungen, eine harte und zuweilen auch gefühllos anmutende Charakteristik.

Unter Wahrung der zugrundeliegenden Landesarchivgesetze in Sachsen-Anhalt und Thüringen werden alle in der Verwaltung tätigen Personen bis zur Ebene der Amtsärzte als Personen der Zeitgeschichte angesehen und mit ihren Klarnamen genannt. Männliche und weibliche Mitarbeiter unterer Funktionsebenen werden mit Vornamen und Kürzel des Nachnamens verzeichnet.²⁷⁷ Namen von zwangssterilisierten Frauen und Männern sowie alle Privatpersonen, über die in den erschlossenen Akten berichtet wird oder die persönliche Eingaben oder Stellungnahmen verfasst haben, werden nicht nur aus Gründen des Daten- und Persönlichkeitsschutzes anonymisiert.²⁷⁸ Um die Authentizität der verwendeten Materialien nicht zu sehr zu beeinflussen, werden lediglich grobe grammatikalische und orthografische Fehler stillschweigend behoben. Daneben erfolgten kleinere Anpassungen an die heutige Rechtschreibung.

²⁷⁷ Weiterführend etwa Schreckenbach, Hans-Joachim: Archivrecht in den fünf neuen Ländern. Eine historische und vergleichende Betrachtung siehe Beck, Friedrich/Neitmann, Klaus (Hrsg.): Brandenburgische Landesgeschichte und Archivwissenschaft. Festschrift für Lieselott Enders zum 70. Geburtstag, Weimar 1997, S. 303–326.

²⁷⁸ Die Anonymisierung erfolgt nicht anhand fiktiver Namen, stattdessen werden die betroffenen Personen ohne Namen anhand von persönlichen Merkmalen wie Alter, Geschlecht oder beruflichem Tätigkeitsfeld beschrieben.

3 Diskursive Voraussetzungen und strukturell-personelle Bedingungen des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ als biopolitisches Selektionsverfahren

3.1 Vorbemerkungen

Mit dem Erlass des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933 etablierten die nationalsozialistischen Machthaber die chirurgische Unfruchtbarmachung als bevölkerungs- und geburtenpolitische Selektionsmaßnahme, welche seit dem Ende des 19. Jahrhunderts diskutiert und mit Beginn des 20. Jahrhunderts schrittweise in den USA und Europa eingeführt und praktiziert wurde.²⁷⁹ Das nationalsozialistische Sterilisationsgesetz war keine biopolitische Innovation, im Gegenteil: Die Etablierung eugenisch-rassenhygienisch intendierter Selektionsmaßnahmen von männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“ hinkte in Deutschland europäischen und internationalen Entwicklungen hinterher.

Die gesetzliche Legitimation und herrschaftliche Durchsetzung der nationalsozialistischen Zwangssterilisationen beruhte auf überkommenen eugenisch-rassenhygienischen Diskursen, die seit dem Ende des 19. Jahrhunderts eine degenerative Entwicklung prophezeiten und medizinisch-sozialpolitische Gegenmaßnahmen proklamierten. Eugenik und Rassenhygiene können jedoch nicht als geschlossene Diskursphänomene charakterisiert werden, sondern sie korrelierten im Rahmen von Biopolitik mit gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und sozialen Entwicklungen der Moderne und standen im Kontext von Biologismus und Sozialdarwinismus, Rasse und Rassismus sowie „Prävention“ und „social engineering“ als biopolitische Diskursfragmente. Entgegen der diskursiven Prozesshaftigkeit von Eugenik und Rassenhygiene sowie einem wissenschaftlich-politischen und gesellschaftlichen Verdichtungsprozess in der Weimarer Republik, der 1932 in einem preußischen Gesetzentwurf zur Sterilisation mündete, bildete das mit Zwangsmaßnahmen ausgestattete nationalsozialistische Sterilisationsgesetz ein Novum. Es musste einerseits rechtlich begründet, administrativ ausgerüstet und reguliert sowie herrschaftlich durchgesetzt werden. Andererseits

²⁷⁹ Zur Internationalität von Eugenik und Rassenhygiene und der Etablierung von eugenisch-rassenhygienisch intendierten Sterilisationsgesetzgebungen siehe Kühl: Internationale der Rassisten; Baader/Hofer/Mayer (Hrsg.): Eugenik in Österreich; sowie die Beiträge zur Schweiz, zu Großbritannien und Italien in Wecker/Braunschweig/Imboden u. a. (Hrsg.): Wie nationalsozialistisch ist die Eugenik?

musste das Gesetz von verantwortlichen Ärzten und Richtern internalisiert und angewandt sowie im jeweiligen regionalen Rahmen und im Bündnis mit gesellschaftlichen Eliten und Partnern praktiziert werden.

Mit Blick auf die Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ als einer biopolitischen Praxis skizziert das vorliegende Kapitel die Entstehung eines eugenisch-rassehygienischen Diskurses in Deutschland, betrachtet die Diskussion und Etablierung von Eheberatung und Sterilisation in der Weimarer Republik als diskursiv-organisatorischen Nährboden, verfolgt die Entstehung und Ausformung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ als gesetzlich-organisatorischer Handlungsrahmen und untersucht abschließend die Struktur und personelle Aufstellung des öffentlichen Gesundheitswesens in der preußischen Provinz Sachsen. Der analytische Schwerpunkt liegt somit auf den diskursiven, gesetzlich-administrativen sowie personellen Voraussetzungen und Vorbedingungen der nationalsozialistischen Zwangssterilisation, die, wie insbesondere der Aufbau des öffentlichen Gesundheitswesens und die Leitung durch Amtsärzte, einen wesentlichen Einfluss auf die regionale und lokale Praktizierung nahmen.

In Anbetracht der historischen Komplexität der Entstehung von Eugenik und Rassenhygiene, ihrer unterschiedlichen Strömungen und Abgrenzungen, den politischen, wissenschaftlichen und sozialen Koalitionen sowie der vielfältigen Diskussionen und Institutionalisierungsprozessen in der Weimarer Republik müssen die vorliegenden Betrachtungen begrenzt werden. Die Zielpunkte orientieren sich an Eugenik und Rassenhygiene als selektive Denksysteme, an Vorstellungen über erbliche „Minderwertigkeit“ von Frauen und Männern als degenerativer Gefahr des Volkskörpers sowie an Eheverböten und chirurgische Unfruchtbarmachung als eugenisch-rassenhygienischen sowie sozialpolitischen Regulierungsmaßnahmen. Angrenzende oder mit der Eugenik und Rassenhygiene verflochtene Diskurse werden ebenso wie die Diskussionen über „euthanatische“ Selektive nicht oder nur randständig berücksichtigt, da sie für die spätere Praktizierung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation auf dem Gebiet der preußischen Provinz Sachsen keine maßgebliche Rolle spielten.²⁸⁰ Da die

²⁸⁰ Daher wird hier die Geschichte der Hygiene im Allgemeinen sowie der Sozialhygiene im Speziellen nicht betrachtet. Weiterführend Labisch, Alfons: *Homo hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit*, Frankfurt/Main 1992; Moser, Gabriele: „Im Interesse der Volksgesundheit ...“. *Sozialhygiene und öffentliches Gesundheitswesen in der Weimarer Republik und der frühen SBZ/DDR. Ein Beitrag zur Sozialgeschichte des deutschen Gesundheitswesens im 20. Jahrhundert*, Frankfurt/Main 2002; Kaupen-Haas/Heidrun/Rothmaler, Christiane (Hrsg.): *Naturwissenschaften und Eugenik. Sozialhygiene und Public Health*, Frankfurt/Main 1994.

Bedeutung der nationalsozialistischen Ideologie und des modernen Rassismus insbesondere als weltanschauliche Intensivierung und weniger als innere Ausprägung eugenisch-rassenhygienischen Denkens charakterisiert werden kann, werden beide Diskursfragmente in den entwicklungsgeschichtlichen Kontext einbezogen.²⁸¹ Ebenso werden auch der Geschlechterdiskurs sowie geschlechtsspezifische Ausprägungen und Motive innerhalb der jeweiligen Kapitel kontextualisiert. Denn Eugenik und Rassenhygiene verfolgten keine Selektion qua Geschlecht, sondern konzentrierten sich auf Männer und Frauen als inhärente Bestandteile kommender Geschlechter.²⁸²

Die preußische Provinz Sachsen dient in den vorliegenden Betrachtungen als paradigmatischer Referenzraum. Einen Schwerpunkt bilden die strukturell-organisatorischen und personellen Bedingungen des öffentlichen Gesundheitswesens der preußischen Provinz Sachsen als Träger der nationalsozialistischen Zwangssterilisation. Hierbei stehen Fragen nach Leistungsfähigkeit und medizinisch-politischen Bündnissen ebenso wie Konfliktzonen und Defiziten im Vordergrund, die die späteren Prozeduren der Erfassung, Begutachtung, Verurteilung und chirurgischen Unfruchtbarmachung kennzeichneten. Die Entwicklungen in der preußischen Provinz Sachsen als paradigmatischer Untersuchungsraum erweisen sich im Vergleich zu Thüringen oder Sachsen nicht als außergewöhnlich.²⁸³ Die besondere Charakteristik beruht vielmehr in der scheinbaren Normalität der Verdichtung und Etablierung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ als eines biopolitischen Selektionsdiskurses.

²⁸¹ Dagegen wird der Antisemitismus nicht dezidiert behandelt. Der wesentliche Grund besteht in der inhaltlichen Ausrichtung der vorliegenden Untersuchung. Darüber hinaus hat sich im Verlauf der Recherchen gezeigt, dass im Rahmen der Praktizierung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ in der preußischen Provinz Sachsen kaum jüdische Frauen und Männer betroffen waren. Hierfür verantwortlich waren sowohl die Zielrichtung des Sterilisationsgesetzes als auch der geringe Anteil von jüdischen Personen an der Gesamtbevölkerung mit 0,2 Prozent. Vgl. Ruppel/Sperk (Hrsg.): Lageberichte. 3. Bde.

²⁸² Zum Geschlechterdiskurs seit Beginn des 20. Jahrhunderts siehe weiterführend Planert, Ute: Antifeminismus im Kaiserreich. Diskurs, soziale Formation und politische Mentalität, Göttingen 1998; Herzog: Die Politisierung der Lust; Frietsch/Herkommer (Hrsg.): Nationalsozialismus und Geschlecht; Eschbach/Ley (Hrsg.): Geschlecht und „Rasse“ in der NS-Medizin; Kundrus, Birthe: Kriegerfrauen. Familienpolitik und Geschlechterverhältnisse im Ersten und Zweiten Weltkrieg, Hamburg 1995.

²⁸³ Vgl. Weindling: „Mustergau“ Thüringen; Heidel, Caris-Petra: Schauplatz Sachsen. Vom Propagandazentrum für Rassenhygiene zur Hochburg der Kranken-Euthanasie“. In: Henke, Klaus Dietmar (Hrsg.): Tödliche Medizin im Nationalsozialismus. Von der Rassenhygiene zum Massenmord, Köln 2008, S. 119–148.

3.2 Eugenik und Rassenhygiene als biopolitische Selektions- und Aufartungsdiskurse

3.2.1 Zur Entstehung von Eugenik und Rassenhygiene bis zum Ende des Ersten Weltkrieges

Am 18. Oktober 1909 richtete Arthur Breitfeld, wohnhaft in der zweitausend Seelengemeinde Ranis, Kreis Ziegenrück im Regierungsbezirk Erfurt, eine zweite Petition „an den Hohen Reichstag und den Hohen Bundesrat in Berlin“.²⁸⁴ Arthur Breitfeld strebte eine „Ergänzung des Gesetzes über die Beurkundung des Personenstandes und die Eheschließung vom 6. Februar 1875“ in der Form an, dass vor der Ehe „je eine Bescheinigung eines approbierten Arztes, nicht älter als sechs Monate, dahinlautend, dass der (die) Verlobte eine ärztliche Beratung im Hinblick auf die beabsichtigte Eheschließung in Anspruch genommen hat“, beizubringen sei.²⁸⁵ Das Ziel der gesetzlichen Änderung bestehe darin, „dass diejenigen, die beabsichtigen sich zu verheiraten, aufgeklärt werden sollen über ihren derzeitigen und, soweit dies möglich, auch zukünftigen Gesundheitszustand, ohne dass im Übrigen ihrer freien Entschließung Gewalt angetan werden soll“, umso „den Nachwuchs der Nation möglichst gesund, leistungs- und wehrfähig zu machen“.²⁸⁶ Zwangsmaßnahmen lehnte Arthur Breitfeld ab, da sie „in Widerspruch mit den zurzeit herrschenden Ansichten über Menschenwürde und persönliche und bürgerliche Freiheit“ stünden.²⁸⁷ Stattdessen forderte er Aufklärung und Beratung, welche seiner Meinung nach und „sonderbarerweise“ kaum in Anspruch genommen würden.

Das zentrale Argumentationsaxiom Arthur Breitfelds bildete die Gesundheit, die das Fundament und höchste Glück des Einzelnen und der Familie sowie die Basis

²⁸⁴ Der Apotheker Arthur Breitfeld hatte bereits am 15. September 1908 eine Petition an den Reichstag versandt. Zum Autor sind kaum persönlichen oder beruflichen Angaben bekannt. Ob eine verwandtschaftliche Beziehung zu Artur Breitfeld (1899–1967), Jurist und Landrat sowie Verfasser von „Irrwege der sozialen Fürsorge“ (1932), besteht, konnte nicht ermittelt werden. Vgl. Weingart/Kroll/Bayertz: Rasse, Blut und Gene, S. 274.

²⁸⁵ StA Erfurt, Nr. 1–2/510–9666: Tätigkeit und Aufgabenkreis der Eheberatungsstelle beim Stadtgesundheitsamt und ihre Beziehung zu anderen Organisationen, enthält u. a. Aufklärungsschriften und Aufsätze über die Rassenhygiene und Zeitungsausschnitte, Briefbogen der SPD (1922–1935), fol. 43.

²⁸⁶ StA Erfurt, Nr. 1–2/510–9666: Tätigkeit und Aufgabenkreis der Eheberatungsstelle beim Stadtgesundheitsamt und ihre Beziehung zu anderen Organisationen, enthält u. a. Aufklärungsschriften und Aufsätze über die Rassenhygiene und Zeitungsausschnitte, Briefbogen der SPD (1922–1935), fol. 43–44.

²⁸⁷ StA Erfurt, Nr. 1–2/510–9666: Tätigkeit und Aufgabenkreis der Eheberatungsstelle beim Stadtgesundheitsamt und ihre Beziehung zu anderen Organisationen, enthält u. a. Aufklärungsschriften und Aufsätze über die Rassenhygiene und Zeitungsausschnitte, Briefbogen der SPD (1922–1935), fol. 43.

des Staates darstelle. „Wohlbefinden und Leistungsfähigkeit, Lebensfreude und Lebenskraft hängen von ihr ab.“²⁸⁸ Es gebe jedoch „eine große Zahl von Krankheiten, körperlichen und geistigen Fehlern, die erfahrungsgemäß häufig auf die Kinder vererbt werden z. B. allgemeine Körperschwäche, Blutarmut, Skrophulose (Halsdrüsen- geschwulst), Tuberkulose, Syphilis, Nerven- und Geisteskrankheiten. Derartig belastete Kinder, falls sie nicht frühzeitig sterben, sind die Ursache steter Sorge und vieler Kosten für die Eltern oder auch für die Gemeinden und kommen selten zu annähernd normaler Lebenskraft und Lebensfreude. Treten sie später in die Ehe, so beginnt das Trauerspiel von neuem!“²⁸⁹ Deshalb müsse der Gesundheitszustand von Verlobten überprüft und „das moralische, wirtschaftliche und nationale Gewissen“ geschärft werden: „Es muss dem Volke zum Bewusstsein gebracht werden, dass für die Ehe, wie sie sein soll und sein kann, Gesundheit der Gatten ein wesentliches Erfordernis ist.“²⁹⁰

Die dreiseitige Petition betonte nicht nur die Notwendigkeit von gesundheitlicher Aufklärung und Beratung, sondern skizzierte auch gegenteilige und unerwünschte Effekte und Entwicklungen von derartigen regulativen Maßnahmen. So stellte Arthur Breitfeld fest, dass der staatliche Zugriff auf die Ehe ein Eingriff in die „persönlichsten Rechte des Einzelnen“ darstelle. Diesem Argument trat er nicht nur durch die Freiwilligkeit einer vorehelichen Untersuchung entgegen, sondern auch durch den Hinweis, dass etwa der „Impfzwang“ für Schüler und Soldaten ebenso gegen größere Widerstände durchgesetzt worden sei und mittlerweile als wichtige medizinische Prävention gelte.²⁹¹ Auch dürften traditionelle Ansichten über die Ehe nicht den medizinischen Fortschritt behindern. Ebenso trat er überkommenen gesellschaftlichen Vorstellungen von Männlichkeit und Weiblichkeit entgegen, da beispielsweise eingewendet worden sei, „die Schamhaftigkeit der Bräute würde sich sträuben gegen

²⁸⁸ StA Erfurt, Nr. 1–2/510–9666: Tätigkeit und Aufgabenkreis der Eheberatungsstelle beim Stadtgesundheitsamt und ihre Beziehung zu anderen Organisationen, enthält u. a. Aufklärungsschriften und Aufsätze über die Rassenhygiene und Zeitungsausschnitte, Briefbogen der SPD (1922–1935), fol. 43.

²⁸⁹ StA Erfurt, Nr. 1–2/510–9666: Tätigkeit und Aufgabenkreis der Eheberatungsstelle beim Stadtgesundheitsamt und ihre Beziehung zu anderen Organisationen, enthält u. a. Aufklärungsschriften und Aufsätze über die Rassenhygiene und Zeitungsausschnitte, Briefbogen der SPD (1922–1935), fol. 43.

²⁹⁰ StA Erfurt, Nr. 1–2/510–9666: Tätigkeit und Aufgabenkreis der Eheberatungsstelle beim Stadtgesundheitsamt und ihre Beziehung zu anderen Organisationen, enthält u. a. Aufklärungsschriften und Aufsätze über die Rassenhygiene und Zeitungsausschnitte, Briefbogen der SPD (1922–1935), fol. 43.

²⁹¹ Zur Impfung als biopolitische Maßnahme siehe Thießen, Malte: Vom immunisierten Volkskörper zum „präventiven Selbst“. Impfen als Biopolitik und soziale Praxis vom Kaiserreich zur Bundesrepublik. In: Vierteljahrshefte für Zeitgeschichte, Jg. 61 (2013), H. 1, S. 35–64.

eine ärztliche Untersuchung! [...] Ein solches Sträuben seitens einer weiblichen Person, die bewußtermaßen im Begriff steht, einem Manne sich hinzugeben, das wäre nicht Schamhaftigkeit, sondern ‚Prüderie‘!“²⁹² Dergestalt dürften nach Arthur Breiffeld weder traditionelle Vorstellungen von Weiblichkeit und Männlichkeit noch Vorbehalte gegenüber modernen staatlichen Präventionsmaßnahmen die Einführung von administrativen Regulativen zugunsten der gesundheitlichen Erhaltung und Stärkung von Individuen und Volk behindern. Nach Arthur Breiffeld würde eine gezielte Aufklärung und Beratung über die weibliche und männliche Ehegesundheit zwar den Rückgang von Eheschließungen und Geburten sowie den Anstieg von Prostitution hervorrufen. Diese gesellschaftlichen Effekte einer zielgerichteten gesundheitlichen Ehepolitik hielt er jedoch vor dem Hintergrund des „beängstigend“ rasanten Bevölkerungsanstiegs für verkraftbar. „Wenn dieser Zuwachs vermindert würde und zwar hauptsächlich um die schwächsten, kranken, wenig leistungsfähigen Individuen, so wäre das ein großer Erfolg!“²⁹³

Die Initiative von Arthur Breiffeld steht im Kontext eines bereits etablierten eugenisch-rassenhygienischen Regulations- und Selektionsdiskurses zur Prävention von Krankheit und erblicher „Minderwertigkeit“ in einer Bevölkerung, um die Gesundheit des Einzelnen sowie des Staates zu erhalten und zu stärken. Und Eugenik sowie das deutsche Pendant der Rassenhygiene befanden sich in einer Art Adoleszenz zwischen sozialer Bewegung und Verwissenschaftlichung.²⁹⁴ Ihre bevölkerungs- und gesundheitspolitischen Ziele bestanden in der Verringerung von als „minderwertig“ oder krank bewerteten Erbanlagen und in der Förderung von besonders wertvollem und leistungsfähigem Nachwuchs.

²⁹² StA Erfurt, Nr. 1–2/510–9666: Tätigkeit und Aufgabenkreis der Eheberatungsstelle beim Stadtgesundheitsamt und ihre Beziehung zu anderen Organisationen, enthält u. a. Aufklärungsschriften und Aufsätze über die Rassenhygiene und Zeitungsausschnitte, Briefbogen der SPD (1922–1935), fol. 44.

²⁹³ StA Erfurt, Nr. 1–2/510–9666: Tätigkeit und Aufgabenkreis der Eheberatungsstelle beim Stadtgesundheitsamt und ihre Beziehung zu anderen Organisationen, enthält u. a. Aufklärungsschriften und Aufsätze über die Rassenhygiene und Zeitungsausschnitte, Briefbogen der SPD (1922–1935), fol. 43.

²⁹⁴ Der Begriff „Eugenik“ wurde 1869 von Francis Galton eingeführt und bezeichnet die Verbesserung der menschlichen Rasse. Alfred Ploetz verwendete den Begriff der Rassenhygiene im Zuge seiner disziplinären Konzeption einer neuen Wissenschaft. In Anbetracht ihrer naturwissenschaftlichen Ziele können Eugenik und Rassenhygiene zumindest zeitweise als Synonyme verstanden werden. Durch die spätere Koalition mit dem Nationalsozialismus und seinen rassistischen Paradigmen erfuhr die Rassenhygiene eine spezifische Ausrichtung. Vgl. Weingart/Kroll/Bayertz: Rasse, Blut und Gene, S. 367–396; Roelcke, Volker: Krankheit und Kulturkritik. Psychiatrische Gesellschaftsdeutungen im bürgerlichen Zeitalter 1790–1914, Frankfurt/Main 1999. Weiterführend auch die einzelnen Beiträge in Wecker/Braunschweig/Imboden u. a. (Hrsg.): Wie nationalsozialistisch ist die Eugenik?“.

Als Arthur Breinfeld seine zweite und erneut erfolglose Petition verfasste, waren die „Väter“ und naturwissenschaftlichen Referenzen von Eugenik und Rassenhygiene wie etwa Charles Darwin, Francis Galton, Joseph Arthur de Gobineau, Ernst Haeckel oder Gregor Mendel bereits größtenteils tot.²⁹⁵ Bis zur ersten Dekade des 20. Jahrhunderts waren grundlegende Publikationen zur Eugenik, Rassen- und Sozialhygiene verfasst worden, die den eugenisch-rassenhygienischen Diskussionen als wissenschaftliche und bevölkerungspolitische Referenzen dienten. Hierzu zählten etwa Charles Darwin mit „On the Origin of Species by Means of Natural Selection, or The Preservation of Favoured Races in the Struggle for Life“ (1859),²⁹⁶ Francis Galton mit „Hereditary Genius. An Inquiry into its Laws and Consequences“ (1869) und „Inquiries into human faculty and its development“ (1883),²⁹⁷ Alfred Ploetz mit „Die Tüchtigkeit unserer Rasse und der Schutz der Schwachen. Ein Versuch über Rassenhygiene und ihr Verhältnis zu den humanen Idealen, besonders zum Socialismus. Grundlinien einer Rassen-Hygiene“ (1895)²⁹⁸ oder Wilhelm Schallmayer mit „Vererbung und Auslese im Lebenslauf der Völker. Eine staatswissenschaftliche Studie auf Grund der neueren Biologie“ (1903).²⁹⁹ Und auch Alfred Grotjahn hatte sein Konzept der Sozialhygiene bereits in einer Studie präsentiert und habilitierte schließlich 1912 mit seinem grundlegenden sozialhygienischen Werk über „Soziale Pathologie“.³⁰⁰

²⁹⁵ Die Auflistung von Ideengebern, geistigen Vätern und wissenschaftlichen Bezugspunkten von Eugenik und Rassenhygiene ist unvollständig. Das vorliegende Kapitel verfolgt keineswegs den Anspruch einer dezidierten analytischen Auseinandersetzung mit der Entstehung von Eugenik und Rassenhygiene – dies ist aufgrund der Komplexität, der vielfachen Umwege sowie auch Standpunkte an dieser Stelle nicht leistbar. Stattdessen dienen die folgenden Überlegungen als Einführung und Grundlage für die Betrachtung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation. Weiterführend etwa Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 23–78; Weingart/Kroll/Bayertz: Rasse, Blut und Gene, S. 27–187.

²⁹⁶ Vgl. Darwin, Charles: On the Origin of Species by Means of Natural Selection, or The Preservation of Favoured Races in the Struggle for Life, London 1859 (dt. Erstausgabe unter dem Titel Über die Entstehung der Arten im Thier- und Pflanzen-Reich durch natürliche Züchtung, oder Erhaltung der vervollkommenen Rassen im Kampfe um's Daseyn, Stuttgart 1860). Zur Person weiterführend Engels, Eve-Marie: Charles Darwin, München 2007.

²⁹⁷ Vgl. Galton, Francis: Hereditary genius. An inquiry into its laws and consequences, Amherst 2006 (Nachdruck der Erstausgabe 1869); ders.: Inquiries into human faculty and its development, London 1928 (Nachdruck der Erstausgabe 1883). Zu Francis Galton weiterführend etwa Gillham, Nicholas Wright: A life of Sir Francis Galton. From African exploration to the birth of Eugenics, Oxford 2001.

²⁹⁸ Vgl. Ploetz, Alfred: Die Tüchtigkeit unserer Rasse und der Schutz der Schwachen. Ein Versuch über Rassenhygiene und ihr Verhältnis zu den humanen Idealen, besonders zum Socialismus, Berlin 1895. Zu Alfred Ploetz siehe Labisch/Tennstedt: Der Weg zum „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“, Bd. 2, S. 467–470.

²⁹⁹ Vgl. Schallmayer, Wilhelm: Vererbung und Auslese im Lebenslauf der Völker. Eine staatswissenschaftliche Studie auf Grund der neueren Biologie, Jena 1903. Zu Wilhelm Schallmayer siehe Labisch/Tennstedt: Der Weg zum „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“, Bd. 2, S. 486–487.

³⁰⁰ Vgl. Grotjahn, Alfred: Soziale Pathologie, Berlin 1912. Zu Alfred Grotjahn siehe Labisch/Tennstedt: Der Weg zum „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“,

Weiterhin hatte sich die Rassenhygiene in Deutschland institutionalisiert, und es entstanden regelmäßig erscheinende Publikationsorgane. Alfred Ploetz gründete im Jahr 1904 das „Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie“ und 1905 die „Gesellschaft für Rassenhygiene“, der sich maßgebliche eugenisch-rassenhygienische und sozialhygienische Wortführer wie Ernst Rüdin, Max von Gruber, Wilhelm Schallmayer, Erwin Baur, Agnes Blum oder Alfred Grotjahn anschlossen.³⁰¹ Drei Jahre später firmierte die „Gesellschaft für Rassenhygiene“ zu einer nationalen Landesgruppe innerhalb der „Internationalen Gesellschaft für Rassenhygiene.“ 1912 fand der erste internationale Kongress in London statt.³⁰²

Bis zum Ersten Weltkrieg blieb die Rassenhygiene in Deutschland auf einen engen, randständig-elitären und akademisch-bürgerlichen Zirkel begrenzt. Von eugenisch-rassenhygienischen Vertretern wurden gebetsmühlenartig die Notwendigkeit einer zielgerichteten Bevölkerungspolitik sowie Regulierungen des Fortpflanzungsverhaltens betont, um die Gesundheit und den Fortbestand von Bevölkerung als Volk oder Nation zu gewährleisten. Die anvisierten Maßnahmen umfassten zwar auch positive Eingriffe, um die Fortpflanzung von besonders tüchtigen Frauen und Männern zu fördern. Der Schwerpunkt lag jedoch auf negativen Regulativen, um die Reproduktion von als „minderwertig“ geltenden Frauen und Männern zu unterbinden. Der Maßnahmenkatalog umfasste Asylierung, Eheverbote sowie radikale Selektionsforderungen wie etwa zwangsweise Unfruchtbarmachungen, vertreten etwa von Ernst Rüdin oder Paul Naecke.³⁰³ Die Forderungen nach bevölkerungspolitischen Regulativen von Geburt und Fortpflanzung verhalten zwar weitgehend ohne entsprechende politisch-gesetzliche Veränderungen. Gleichwohl verankerten sich die Forderungen im bevölkerungspolitischen Diskurs als eine gesellschaftliche Notwendigkeit. Zumindest punktuell wurden zudem bereits Selektionspraktiken betrieben. So hatte bereits im Jahr 1897

Bd. 2, S. 419–420. Die Ausbildung und Standpunkte von Sozialhygiene werden an dieser Stelle nicht explizit verfolgt. Weiterführend siehe etwa Ferdinand, Ursula: Der „faustische Schulterchluss“ in der Sozialhygiene Alfred Grotjahns (1869–1931). Soziale Hygiene und ihre Beziehungen zur Eugenik und Demographie. In: Wecker/Braunschweig/Imboden (Hrsg.): „Wie nationalsozialistisch ist die Eugenik?“, S. 173–186.

³⁰¹ Die Gesellschaft wurde 1925 in „Deutsche Gesellschaft für Rassenhygiene“ umbenannt. Vgl. Weingart/Kroll/Bayertz: Rasse, Blut und Gene, S. 188–215.

³⁰² Vgl. Kühl: Internationale der Rassisten, S. 26–27. Bereits 1911 fand die erste internationale Hygieneausstellung in Dresden statt, auf der die „Rassenhygiene“ eine eigene Abteilung besaß. Vgl. Steller, Thomas: Volksbildungsinstitut und Museumskonzern. Das Deutsche Hygiene-Museum 1912–1930, Bielefeld 2014, S. 52–56, 448–459; Geulen: Wahlverwandte, S. 256–271; Heidel: Schauplatz Sachsen. S. 119.

³⁰³ Vgl. Weingart/Kroll/Bayertz: Rasse, Blut und Gene, S. 283–286.

der Gynäkologe Ferdinand Adolf Kehrer in Heidelberg die chirurgische Sterilisation einer Frau durchgeführt, um „minderwertigen“ Nachwuchs zu verhindern.³⁰⁴

Die auf eine Änderung des Personenstandsgesetzes abzielende Initiative von Arthur Breitfeld war dementsprechend weder exklusiv noch neuartig oder gar radikal. In Anbetracht seiner Forderungen nach freiwilliger Aufklärung über die Ehegesundheit vertrat er innerhalb eines sich etablierenden eugenisch-rassenhygienischen Diskurses einen gemäßigten Standpunkt, der sich in die seit dem 19. Jahrhundert geführte Diskussion um die Bescheinigung einer „Fortpflanzungsberechtigung“ und die Ehe als Zugriffsort einordnet.³⁰⁵ Gleichwohl verweisen die Forderungen eines unbekanntem Autors aus der thüringischen Provinz auf latente Vorstellungsmuster über Gesundheit und Krankheit und damit verbundenen als notwendig erachteten bevölkerungspolitischen Regulierungsmaßnahmen. Hierbei spielt die Radikalität der politischen Forderungen nicht die ausschlaggebende Bedeutung, sondern vielmehr das diskursive Ein- und Vordringen gepaart mit der identitätsstiftenden Internalisierung eines biopolitischen Denkens über gesundheitlichen Wert, über bevölkerungspolitische Regulation und Selektion von Krankheit und „Minderwertigkeit“.

Die unmittelbaren Grundlagen von Eugenik und Rassenhygiene liegen im 19. Jahrhundert als „Geburtsstunde der Moderne“.³⁰⁶ Ihre charakteristischen Merkmale wie technischer Fortschritt und Industrialisierung, die Ausbildung eines überformenden szientistischen Glaubens, von Verwissenschaftlichung, Professionalisierung und Bürokratisierung schufen einen neuartigen Diskursraum.³⁰⁷ Wesentlicher Bestandteil dieses Diskurses war ein Fortschrittsglaube, der bislang bestehende technologische, wissenschaftliche und auch gesellschaftliche Grenzen verschob, wenn nicht gar aufhob.³⁰⁸ Hiermit unmittelbar verbunden war die wissenschaftlich-bürokratisch

³⁰⁴ Vgl. Eckert: Medizin in der NS-Diktatur, S. 27.

³⁰⁵ Vgl. Weingart/Kroll/Bayertz: Rasse, Blut und Gene, S. 274; Czarnowski: Das kontrollierte Paar, S. 23–37, 62–100.

³⁰⁶ Die Vorstellung von Blut und Fortpflanzung, Mutterschaft und Vaterschaft, von Regulierung und Optimierung der Nachkommenschaft und Bevölkerung in seinen unterschiedlichen Bezeichnungen verliert sich facettenreich in der Geschichte. Ein renitenter diskursiver Bezugspunkt im Rahmen von eugenisch-rassenhygienischen Diskussionen zu Beginn des 20. Jahrhunderts bildeten insbesondere die Selektionsmethoden von schwachen und kranken Kindern im antiken Sparta. Auch Arthur Breitfeld rekurrierte auf diese Selektionsgeschichte, um die Bedeutung von bevölkerungspolitischen Regulativen historisch zu begründen. Und auch im Nationalsozialismus dienten die Selektionspraktiken der Spartiaten als „geflügeltes Wort“, um die Exklusion von männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“ zu legitimieren. Vgl. etwa Merkel, Christian: „Tod den Idioten“ – Eugenik und Euthanasie in juristischer Rezeption vom Kaiserreich zur Hitlerzeit, 2., durchg. und korrigierte Aufl., Berlin 2007, S. 248–249.

³⁰⁷ Einen Überblick bietet Osterhammel, Jürgen: Die Verwandlung der Welt. Eine Geschichte des 19. Jahrhunderts, München 2009, S. 907–927, 1105–1172.

³⁰⁸ Weiterführend Loewenstein, Bedrich: Der Fortschrittsglaube. Europäisches Geschichtsdenken zwischen Utopie und Ideologie, Darmstadt 2015; Mumford, Lewis: Mythos der Maschine. Kultur,

begründete Schaffung einer berechen- und steuerbaren Ordnung sowie die Leistungssteigerung und Optimierung von Gesellschaftsprozessen im weitesten Sinne. Daneben schienen nun auch die Mittel bereitzustehen, sowohl die Natur zu beherrschen als sich auch über bislang feststehende Naturgesetze zu erheben. Gesundheit und Krankheit, Fortpflanzung und Nachkommenschaft und schließlich Bevölkerung als bislang weitgehend arbiträre und metaphysische Größen wandelten sich zu beeinfluss- und steuerbaren wissenschaftlichen Gegenständen. Der fortschrittsoptimistische Tenor ließe sich folgendermaßen skizzieren: „Auf der Höhe des Fortschrittdenkens hielt sich der Mensch für fähig und berufen, über die Schöpfung, über die Natur hinauszugehen, zu vollenden, was ohne seine Tat unvollkommen bliebe. [...] Das durch menschliches Tun geschaffene Neue war nicht nur stets das Bessere, sondern es diente notwendig diesem vorgezeichneten Zielpunkt. Die Schöpfertat des Menschen war nur der Vollzug dessen, wozu er kraft seines Menschseins bestimmt war, sie führte nur herauf (sie produzierte), was im Rahmen des sinnhaften Prozesses zu geschehen und zu entstehen hatte.“³⁰⁹

Vor allem im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts verdichtete sich jedoch ein Fortschritts- und Kulturpessimismus, der sich einerseits aus den rasanten technologischen und wissenschaftlichen Entwicklungen und damit einhergehenden sozialen, ökonomischen und gesellschaftlichen Umwälzungen und Stillständen nährte. Der gesellschaftliche Wandel und damit verbunden die Auflösung tief verwurzelter Auffassungen, wie etwa zur Rolle von Frauen und Männern durch die erste Frauenbewegung, wurde als Bedrohung traditioneller Ordnungen und als Degenerationserscheinung gedeutet.³¹⁰ Andererseits speiste sich der Pessimismus aus dem technisch-wissenschaftlichen Fortschritt und den damit verbundenen Hoffnungen, indem etwa unbeabsichtigte Fehlentwicklungen und Effekte sowie auch zielgerichtete Missbräuche kritisiert wurden. Zugleich stieß der technologische Fortschritt an Grenzen und konnte mit der ungeheuren wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Erwartungshaltung nicht Schritt halten. Diese zur Jahrhundertwende vorherrschende und zwischen Euphorie und Dystopie schwankende Geisteshaltung fand ihren Ausdruck im „Fin de siècle“ als

Technik und Macht. Die umfassende Darstellung der Entdeckung und Entwicklung der Technik, 6. Aufl., Frankfurt/Main 1986.

³⁰⁹ Schwonke, Martin: Vom Staatsroman zur Science Fiction. Eine Untersuchung über Geschichte und Funktion der naturwissenschaftlich-technischen Utopie, Stuttgart 1957, S. 128.

³¹⁰ Weiterführend etwa Planert, Ute (Hrsg.): Nation, Politik und Geschlecht. Frauenbewegungen und Nationalismus in der Moderne, Frankfurt/Main 2000; Gerhard, Ute: Frauenbewegung und Feminismus. Eine Geschichte seit 1789, München 2009.

künstlerische und kulturelle Bewegung.³¹¹ Und in diesem Diskursgefüge besetzten Eugenik und Rassenhygiene eine progressive, ja avantgardistische und zugleich reaktionäre Position, indem sie die Wiederherstellung und Sicherung einer „natürlichen“ und zukünftigen Ordnung und Orientierung versprachen.³¹²

Als Charles Darwin im Jahr 1859 seine Evolutionstheorie publizierte, waren Untersuchungen über Bevölkerungsentwicklungen und Regulative bereits wissenschaftlich-gesellschaftliches Gemeingut. Thomas Robert Malthus hatte bereits am Ende des 18. Jahrhunderts ein rasantes Bevölkerungswachstum und die unzureichende Nahrungsmittelversorgung prognostiziert, sodass sich Hunger, Krankheit und soziales Elend ausbreiten würden.³¹³ Die sozialen Ängste vor einer Überbevölkerung wurden durch den kontinuierlichen Bevölkerungsanstieg im 19. Jahrhundert geschürt, sodass etwa Bedeutung und Nutzen von Präservativen betont wurden. In der zweiten Dekade des 20. Jahrhunderts sank der Geburtenüberschuss, sodass ein Bevölkerungsrückgang insbesondere von höheren sozialen Gruppen beklagt wurde. Die wechselnden und zugleich kontinuierlichen Diskussionen um Bevölkerung in Form von Anzahl, von populativer Zusammensetzung, Entwicklung und Leistungsfähigkeit und damit einhergehenden medizinischen, erzieherischen, geburtlichen oder organisatorischen Regulativen bildete ein Kernelement des sich im 19. Jahrhundert ausprägenden biopolitischen Diskurses.³¹⁴ Stand im Gefolge von Thomas Robert Malthus und den so genannten Neomalthusianern die Regulierung der quantitativen Entwicklung im Vordergrund, so betonten Eugenik und Rassenhygiene die qualitative Zusammensetzung von Bevölkerung. „Während die herrschende Bevölkerungspolitik [...] sich lediglich auf die Zahl, also die reine Quantität der Bevölkerung bzw. die Geburten- und Sterberate konzentrierte, hatte das Bevölkerungsproblem für die Rassenhygieniker, deren Blick auf die Erbqualität gerichtet war, auch eine qualitative Seite.“³¹⁵

³¹¹ Vgl. Osterhammel: *Verwandlung der Welt*, S. 109–111.

³¹² Eine frühe wie prägnante Kritik siehe Chesterton, Gilbert Keith: *Eugenik und andere Übel*, hg. und mit einer Einleitung von Thomas Lemke, Berlin 2014.

³¹³ Vgl. etwa Weingart/Kroll/Bayertz: *Rasse, Blut und Gene*, S. 129–137.

³¹⁴ Vgl. Mackensen (Hrsg.): *Bevölkerungslehre und Bevölkerungspolitik im „Dritten Reich“*; Mackensen/Reulecke (Hrsg.): *Das Konstrukt „Bevölkerung“*; auch Mackensen, Rainer (Hrsg.): *Bevölkerungslehre und Bevölkerungspolitik vor 1933*. Arbeitstagung der Deutschen Gesellschaft für Bevölkerungswissenschaft und der Johann Süßmilch-Gesellschaft für Demographie mit Unterstützung des Max-Planck-Instituts für demographische Forschung Rostock, Opladen 2002; Etzemüller: *Ein ewigwährender Untergang*. Daneben hat Etzemüller einen Beitrag veröffentlicht, der den Zusammenhang zwischen Frauen und Bevölkerungskrise dekonstruiert. Vgl. Etzemüller, Thomas: *Zu traditionell, zu emanzipiert: Frauen als Quelle der permanenten demographischen Katastrophe*. In: Villa, Paula- Irene/Thiessen, Barbara (Hrsg.): *Mütter – Väter. Diskurse, Medien, Praxen*, Münster 2009, S. 63–73.

³¹⁵ Weingart/Kroll/Bayertz: *Rasse, Blut und Gene*, S. 133.

Die Kernelemente der Rassenhygiene zu Beginn des 20. Jahrhunderts und deren zunehmend radikaleren bevölkerungs- und geburtenpolitischen Forderungen begründeten sich auf sozialdarwinistische Positionen einerseits und die Degenerationshypothese von Francis Galton andererseits. In der sozialdarwinistischen Übertragung und Transformation von biologischen Gesetzmäßigkeiten auf den Menschen bzw. menschliche Gesellschaften wurde die „natürliche Auslese als Anpassung an die Umwelt, als Kampf ums Dasein und Überleben der Tüchtigen“ zu einem zentralen Deutungs- und Bewertungsprinzip mit sozial- und wohlfahrtsstaatlichen Implikationen.³¹⁶ Entgegen der Konzeption und auch wissenschaftlichen Billigung von Charles Darwin sahen die eugenisch-rassenhygienisch sowie auch sozialdarwinistischen Vertreter die natürliche Auslese in menschlichen Gesellschaften durch die humanistisch-zivilisatorischen Bedingungen der medizinisch-fürsorglichen Versorgung und Pflege außerkraftgesetzt.³¹⁷ Hierdurch sei im Sinne Francis Galtons eine Degeneration oder „Gegenauslese“ eingetreten, durch die vor allem kranke, schwache und „minderwertige“ Frauen und Männer, denen überdies eine höhere Fortpflanzungsbereitschaft attestiert wurde, bevorteilt worden seien.³¹⁸ Die in diesem Sinne wahrgenommene Funktion von Fürsorge und Wohlfahrtspflege als „Gegenauslese“ müsse als eine Kontraselektion fungieren, quasi als Wiedereinführung, oder besser Restauration, von natürlichen Selektionsbedingungen, um den degenerativen Entartungsprozess aufzuhalten und umzukehren. Hiermit sollte nicht nur die Natur wiederhergestellt, sondern die Natur sollte im Sinne einer Re-Naturalisierung und Naturbeherrschung unter wissenschaftlichen Maßgaben beherrscht und gezielt ausgerichtet werden: „Indem man die Selektion zu einer Kontraselektion transformierte, verwarf man das Selektionsprinzip jedoch keineswegs. Vielmehr machte man aus einem Modell für die Vergangenheit ein Modell für die Zukunft, aus einem Vorgang der ‚Natur‘ eine Handlungsanweisung, aus einem vermeintlichen Faktum eine politische Forderung.“³¹⁹

Die Biologisierung von Bevölkerung als Volk und Individuum korrelierte mit gesellschaftlichen, sozialen und ökonomischen Entwicklungen und Diskursen des 19. und beginnenden 20. Jahrhunderts wie insbesondere den fortwährenden Diskussionen

³¹⁶ Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 30.

³¹⁷ Zu den verschiedenen eugenisch-rassenhygienischen sowie sozialdarwinistischen Strömungen und Standpunkten siehe etwa Weingart/Kroll/Bayertz: Rasse, Blut und Gene, S. 73–79, 103–121; Schwartz: Sozialistische Eugenik, S. 36–89.

³¹⁸ Vgl. etwa Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 32–33.

³¹⁹ Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 32.

über Bevölkerungsanstieg und Geburtenrückgang, dem rasanten Urbanisierungsprozess und der damit verbundenen Entstehung von industriellen Elendsquartieren, geprägt von (Infektions-) Krankheiten und hoher Sterblichkeit sowie damit einhergehenden finanziellen Aufwendungen. Weiterhin bestanden auch Wechselbeziehungen mit der Auflösung von tradierten Familienbanden, von Geschlechterrollen sowie auch der Diskrepanz zwischen bildungsnahen und bildungsfernen Schichten in Stadt und Land.³²⁰ Der biologistisch aufgeladene Entartungs- und Degenrationsdiskurs stand in unmittelbarer Wechselbeziehung zur Lösung der sozialen Frage, sodass eugenisch-rassenhygienische Vorstellungen von Beginn an mit sozialpolitischen Interessen und Forderungen einhergingen.³²¹ Darüber hinaus wurde in einer Umdeutung der darwinischen Evolutionstheorie die Fortpflanzung nicht als optimale Anpassung an die Umweltbedingungen, sondern als ein „Vervollkommnungsprozess“ gedeutet: Evolution galt gleichbedeutend mit Fortschritt [...]. Ausgehend von der Voraussetzung, dass die natürliche Selektion Fortschritt erzeugt, liegt der Schluss nahe, dass jedes Ausbleiben der natürlichen Selektion Rückschritt und Degeneration erzeugen muss.“³²² In diesem biologistischen Diskussions- und Deutungsprozess übte die Rassenhygiene eine fortschrittssichernde Funktion aus. Positive wie negative Selektionsmaßnahmen gewannen als sozialpolitische Forderungen einen dogmatischen Charakter, gebunden am männlichen und weiblichen Wert und Fortpflanzungsverhalten und ausgerichtet an der Leistungsfähigkeit des zukünftigen Geschlechts. Hiervon leiteten sich auch die maßgeblichen Ziele der Rassenhygiene ab: die Etablierung und Durchführung kontraselektiver Maßnahmen, die Bestimmung des menschlichen Erbwertes als Basis von positiven und negativen Regulativen sowie der Nachweis von erblicher „Minderwertigkeit“.³²³

Die biologistische Deutung von Bevölkerung und ihrer inneren Prozesse gewann mit der Wiederentdeckung der mendelschen Vererbungsgesetze um 1900 an

³²⁰ Zur Biologisierung des Menschen unter wissenschaftshistorischer Perspektive im frühen 20. Jahrhundert etwa Schott, Heinz: Zur Biologisierung des Menschen. In: vom Bruch, Rüdiger/Kaderas, Brigitte (Hrsg.): Wissenschaften und Wissenschaftspolitik. Bestandsaufnahmen zu Formationen, Brüchen und Kontinuitäten im Deutschland des 20. Jahrhunderts, Stuttgart 2002, S. 99–108.

³²¹ Vgl. Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 32, 37; Weingart/Kroll/Bayertz: Rasse, Blut und Gene, S. 114–121.

³²² Weingart/Kroll/Bayertz: Rasse, Blut und Gene, S. 76.

³²³ Da sich eine enge Verzahnung von Psychiatrie und Rassenhygiene erst im Verlauf der 1920er Jahre etablierte, bestanden zur Jahrhundertwende unterschiedliche Verbindungen zu anthropologischen, soziologischen oder sexualwissenschaftlichen Disziplinen. Vgl. etwa Schmuhl: Grenzüberschreitungen, S. 26–28.

wissenschaftlicher Expertise und diskursiver Schlagkraft.³²⁴ Aus einer Bevölkerung als einer metaphysischen Einheit wurde nun eine Erbmasse, und aus Frauen und Männern individuelle Erbträger und organische Bestandteile einer überformenden Erbmasse. Neben der Fundierung einer populationsgenetischen Auffassung von Bevölkerung und Individuum prägte die zeitgenössische Vererbungslehre die Vorstellung von Körperlichkeit und Erbgang nachhaltig.³²⁵ Die Materialisierung des weiblichen und männlichen Körpers wurde in eine innere, genetische Substanz und ein äußeres Erscheinungsbild verbunden mit Sozialverhalten und Leistungsvermögen geteilt. Die Äußerlichkeit in Form von körperlichen Attributen, Sozialverhalten oder Leistungsfähigkeit konnte in Anbetracht der zeitgenössischen Vererbungslehre jedoch als ein Trugbild erscheinen, da durch die Vorstellung von rezessiver Vererbung als wirkungsmächtiges Schlagwort unerwünschte oder „minderwertige“ Anlagen und Eigenschaften im Erbgut versteckt sein könnten.³²⁶ Hinsichtlich der Diagnose und Bewertung von Krankheit und „Minderwertigkeit“ und damit verbundenen Selektionsmaßnahmen gewann somit die individuelle Erbmasse an entscheidender Bedeutung, und die Selektion von „Minderwertigkeit“ wurde von den Individuen in die Keimzellen verlagert.³²⁷ Der rezessive Erbgang erwies sich neben Geburtenrückgang und Kontraselektion als maßgebliche axiomatische Klammer dieses performativer werdenden Diskurses, da nunmehr „die Erbllichkeit eines Charaktermerkmals auch dann postuliert werden [konnte], wenn sie den Mendelschen Regeln nicht folgte“.³²⁸ Da ein genetischer Nachweis der Vererbung nicht erbracht werden konnte, diente neben der individuellen Exploration insbesondere die Familie als Spiegel der familiären Vererbung und als Metaebene der Bewertung.³²⁹

³²⁴ Die Entwicklung und Positionen zur Vererbungslehre, die Frage nach der Weitergabe von erworbenen Eigenschaften sowie auch internationale Entwicklungen seit Beginn des 20. Jahrhunderts können an dieser Stelle nicht weiterverfolgt werden. Weiterführend Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 39–42; Weingart/Kroll/Bayertz: Rasse, Blut und Gene, S. 320–367.

³²⁵ Vgl. Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 41–42.

³²⁶ Im Kontext der Vererbungslehre wurde ebenfalls diskutiert, ob Charaktereigenschaften vererbt werden könnten. Vgl. Weingart/Kroll/Bayertz: Rasse, Blut und Gene, S. 320–337.

³²⁷ Vgl. Schwartz: Sozialistische Eugenik, S. 16.

³²⁸ Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 39.

³²⁹ Fragen der Vererbung waren bis zur endgültigen Begründung der Genetik im Jahr 1906 durch William Bateson natürlich wichtiger Gegenstand der Rassenhygiene und wurden etwa mithilfe statistischer Familienforschungen angegangen. Daneben wurde die erbdiagnostische Beweisführung über den Wert von Frauen und Männern von der Frage nach Umwelteinflüssen unterlaufen. Im Hinblick auf die Diskussion über Erbgut oder Umwelteinfluss wurde das eugenisch-rassenhygienische Argumentationsgebäude insofern wasserdicht abgeschlossen, indem die ein Individuum umgebende Umwelt als Reflexionsfläche des individuellen Erbwertes gedeutet wurde. In den zeitgenössischen Diskussionen „plädierten die Rassenhygieniker zwar für ‚Erbe‘, doch leugneten sie keineswegs die ‚Umwelt‘. Stattdessen postulierten sie, daß die ‚Anlage‘ sich die ihr gemäße ‚Umwelt‘ suche; deshalb sei die Erklärung durch ‚Umwelt‘ nicht etwa eine Alternative zur Erklärung

Die populationsgenetische Axiomatik von Bevölkerung und Individuum sowie die deterministische Biologisierung von männlicher und weiblicher Sozialität führten im Ergebnis zu einem neuartigen Menschen- und Weltbild und einer damit verbundenen Entwertung des menschlichen Lebens zugunsten des übergeordneten Gattungskörpers. Mit der erbdagnostisch und vererbungswissenschaftlich begründeten Diskursverschiebung zu Beginn des 20. Jahrhunderts veränderten sich sozialpolitische Maßgaben ebenso wie die als wirksam und notwendig erachteten Bevölkerungsregulative von sozialpolitisch ausgerichteten Eheverboten und Asylierung hin zur Unfruchtbarmachung. Nur die chirurgische Sterilisation bot letztendlich die Sicherheit, männliche und weibliche „Minderwertigkeit“ aus dem deutschen Genpool auszuschließen.

Innerhalb des selektiven Sterilisationsdiskurses besaßen Männlichkeit und Weiblichkeit sowie Rasse eine ambivalente, ja bestimmte wie unbestimmte Charakteristik. Trotz der starken Fokussierung auf Sexualität, Fortpflanzung und Geburt spielten Männlichkeit und Weiblichkeit innerhalb des eugenisch-rassenhygienischen Diskurses keine explizite Rolle, vielmehr waren Eugenik und Rassenhygiene eigentlich „geschlechtsneutral“. „Das ‚Geschlecht‘ [...] wurde von Rassenhygienikern nicht im Sinn der realen männlichen und weiblichen Geschlechter verstanden, sondern fast ausschließlich im Sinn einer durch gemeinsame ‚Erbmasse‘ oder ‚Blut‘ konstituierten, wirklichen oder fiktiven Einheit von ‚Abstammung‘ bzw. ‚Fortpflanzung‘.“³³⁰ Auf der Grundlage des Diktums der „natürlichen Auslese“ war der Blick auf die zukünftigen Geschlechter gerichtet. Dieses Diktat bzw. die Kontraselektion als Wiederherstellung natürlicher Generativität wurde im Rahmen der Rassenhygiene durch eine arbiträre, an gesellschaftliche Rollenvorstellungen und rassische Auffassungen ausgerichtete „sexuelle Auslese“ dogmatisch ergänzt.³³¹ Einen Bezugspunkt bildeten biologische und genetische Erkenntnisse zur männlichen und weiblichen Generativität, die sich von den im 19. Jahrhundert mühsam nachgewiesenen Geschlechtscharakteren klar abgrenzten.³³² „Minderwertige“ Frauen und Männer galten – emanzipatorisch – als organische Bestandteile eines Volkskörpers, die es gleichermaßen zu verhindern galt.

von ‚Erbe‘, sondern gerade auch von der ‚Umwelt‘ könne und müsse auf die ‚Anlage‘ geschlossen werden.“ Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 41; Rheinberger, Hans-Jörg/Müller-Wille, Steffan: Vererbung. Geschichte und Kultur eines biologischen Konzepts, Frankfurt/Main 2009, S. 130–168.

³³⁰ Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 45.

³³¹ Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 32.

³³² Vgl. u. a. Satzinger: Differenz und Vererbung, S. 40–44; Honegger, Claudia: Die Ordnung der Geschlechter. Die Wissenschaften vom Menschen und das Weib 1750–1850, Frankfurt/Main 1991.

Jedoch waren weder die Rassenhygiene noch ihre selektiven Forderungen geschlechtslos, im Gegenteil. In Reaktion auf Frauenbewegung und Emanzipationsbestrebungen sowie in der Wiederherstellung einer natürlichen Ordnung waren rassenhygienische Vorstellungen von antifeministischen Positionen angefüllt.³³³ Aber insbesondere die soziobiologische Beurteilung des Fortpflanzungskörpers von Frauen und Männern und ihre generative Bedeutung für den Volkskörper riefen eine geschlechtsspezifische Symptomatik hervor, indem wertvolle und „minderwertige“ Männlichkeit und Weiblichkeit an überkommenen geschlechtsspezifischen Attributen, Rollen und Zuweisungen bemessen wurde.³³⁴ Diese Symptomatik erhielt durch den Bezug auf rassische Vorstellungen eine spezifische Ausrichtung, indem Männern und Frauen je besondere Aufgaben und Rollen sowohl innerhalb als auch zum Fortbestand von Rasse zugewiesen wurden.

Die zweite Petition von Arthur Breitfeld als Spiegel eines etablierten eugenisch-rassenhygienischen Diskurses über Gesundheit und Krankheit, Leistungsfähigkeit und Schwäche sowie Glück und Unglück von Frauen, Männern und Bevölkerung verfolgte keine radikalen, zwangsweisen bevölkerungspolitischen Eingriffe. Gleichwohl verdeutlicht sie wichtige Charakteristika von Eugenik und Rassenhygiene als Bestandteilen eines biopolitischen Diskurses: Gesundheit als basale Grundlage des individuellen und gemeinschaftlichen Wohls sowie die Furcht vor degenerativer Entartung von Bevölkerung; eine zumindest ansatzweise fluktuierende populationsgenetische Vorstellung von Bevölkerung, die eine unmittelbare organische Wert- und Leistungsbeziehung zwischen Individuum und Bevölkerung herstellte; die vorherrschende, nunmehr zivilisatorisch begründete Verhinderung von natürlicher Selektion männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“, welcher mit einer zielgerichteten Kontraselektion begegnet werden müsse, um den Fortbestand zu gewährleisten; sowie schließ-

³³³ Vgl. Planert, Ute: Antifeminismus im Kaiserreich. Diskurs, soziale Formation und politische Mentalität, Göttingen 1998, S. 83–92. Zugleich entwickelte auch die bürgerliche Frauenbewegung ein rassenbewusstes und eugenisch-rassenhygienisches Bewusstsein. Vgl. Manz: Bürgerliche Frauenbewegung und Eugenik, S. 135–200; Schwartz: Sozialistische Eugenik, S. 90–102; Geulen: Wahlverwandtschaft, S. 232–245.

³³⁴ In Bezug auf die biologisch-gesellschaftliche Zuweisung an männlichen und weiblichen Funktionen für Fortpflanzung und Geburt konnten auch die geforderten bzw. angewandten selektiven Regulativen variieren, indem Männer eher Eheverbote oder Kastrationen und Frauen Unfruchtbarmachungen unterworfen wurden. Vgl. etwa Wecker, Regina; Braunschweig, Sabine; Imboden, Gabriela u. a.: Eugenik und Sexualität. Die Regulierung reproduktiven Verhaltens in der Schweiz, 1900–1960, Zürich 2013; Stoff, Heiko: Der Orgasmus der Wohlgeborenen. Die sexuelle Revolution, Eugenik, das gute Leben und das biologische Versuchslabor. In: Martschukat (Hrsg.): Geschichte schreiben mit Foucault, S. 170.

lich die drängende Frage nach bevölkerungspolitischen Mitteln wie Asylierung, Eheverbot oder Unfruchtbarmachung und ihrer quantitativen oder qualitativen Ausrichtung und der hiermit verbundenen bevölkerungspolitischen Notwendigkeit von individueller Freiwilligkeit oder staatlichem Zwang. Demgegenüber fehlte den Ausführungen ein virulentes Diskursartefakt, die Rasse.³³⁵

Hatte sich Rasse als gesellschaftliches Ordnungs- und Orientierungsschema im neuzeitlichen Diskurs verfestigt, so gerann die rassische Einteilung, Unterscheidung und Typisierung von Völkern und Bevölkerungsgruppen im 19. Jahrhundert zu einer „Modeerscheinung“ mit unzähligen völkischen und nationalen Systematisierungs- und Charakterisierungsversuchen.³³⁶ Damit verbunden verschmolzen wichtige Leitbegriffe wie Volk, Nation, Rasse oder Biologie wechselseitig miteinander. Der diskursive Aufschwung von Rasse als Ordnungsbegriff war jedoch begrenzt und fand vor allem in politischen und gesellschaftlichen Segmenten statt. Dagegen spielte der Rassebegriff im Wissenschaftssektor zunächst eine untergeordnete Rolle. „Insgesamt wird man auf das Paradoxon gestoßen, daß Wort und Begriff ‚Rasse‘ gleichsam modisch wurden, dabei aber in der Wissenschaft und der Bildungssprache nur eine Bedeutung am Rande gewannen.“³³⁷

Vor allem seit der Mitte des 19. Jahrhunderts gewann der Rassebegriff eine neue Qualität und es entstanden Verbindungen zu überkommenen bzw. fundamentalen Diskursattributen wie gesellschaftlichem Schutz und Ordnung sowie persönlicher Orientierung und Selbstverständnis. Das bestehende Diktum von Rasse als Rassenkampf wurde von Arthur de Gobineau mit dem Paradigma der Rassenvermischung als fortschreitender Degenerationsprozess ergänzt, sodass das im Rassebegriff ruhende kriegerisch-selektive Potential verstärkt wurde, was schließlich auch bevölkerungspolitische Gegenmaßnahmen immer notwendiger erschienen ließ.³³⁸

³³⁵ Der fehlende Bezug auf rassische Konzeptionen und Interpretationen von Volk und Bevölkerung steht in Zusammenhang mit seiner liberalen Positionierung, die Aufklärung und Beratung favorisiert und Zwangsmaßnahmen ablehnt.

³³⁶ Vgl. Geulen: Wahlverwandtschaft, S. 154–195.

³³⁷ Conze, Werner: Rasse. In: Brunner, Otto/Conze, Werner/Koselleck, Reinhart (Hrsg.): Geschichtliche Grundbegriffe, Bd. 5, Stuttgart 1984, S. 169.

³³⁸ Rasse und Volk als Abstammungs- und Herkunftsdiskurs, als nationales wie individuelles biologisches Fundament, als sinnstiftende Identifikationsfigur sowie als Instrument zur Leistungsdiagnostik mit nach innen und außen gerichteter Ausgrenzungsfunktion verlieh dem biopolitischen Diskurs um Volk und Nation als populationsgenetischen Einheiten eine aggressivere sowie exkludierende Stoßrichtung und Zielvorgabe. Als Inbegriff von Ursprünglichkeit und Zukunft erschien das deutsche Volk als Rasse im zivilisatorischen Prozess unter den Bedingungen der Ausschaltung von evolutionsbiologischen Regeln als gefährdet. Und je stärker die Gefährdung beschworen und wahrgenommen wurde und damit die Vergangenheit und Zukunft auf dem Spiel stünde, desto dringlicher wurden die Mahnrufe an die Gegenwart und umso massiver und notwendiger erschienen zielgerichtete bevölkerungspolitische Maßnahmen. Siehe hierzu Kap. 2.2.

Für die Ausbreitung des eugenischen Diskurses spielte Rasse zunächst nur eine untergeordnete Rolle.³³⁹ Innerhalb der Rassenhygiene als Spielart oder „Sonderfall“ der Eugenik war Rasse eine umstrittene Kategorie, was etwa die Diskussionen über die disziplinäre Bezeichnung sowie die Entstehung eines rechten und linken Flügels als innere Widersprüche zwischen völkischer Rassenhygiene und Weimarer Eugenik widerspiegelt.³⁴⁰ Jedoch haben „die engen Beziehungen, die die Rassenhygiene zu den Rassentheorien des ausgehenden 19. Jahrhunderts hatte, zu ihren wissenschaftlichen Vertretern vor allem in der Rassenanthropologie sowie zu politischen Gruppen und Strömungen, [...] die politischen und sozialen Wertungen der eugenischen Wissenschaft nachhaltig geprägt und ihren politischen Standort bestimmt“.³⁴¹ Mit der Rassenhygiene, welche durch das rassische Paradigma weltanschaulich aufgeladen war, entstand neben einem anthropologischen Rassismus, der Bevölkerungen nach Herkunft, Hautfarbe und Charaktereigenschaften taxierte und entsprechende Werturteile formulierte, ein hygienischer bzw. eugenischer Rassismus, der die Rasse oder das Volk selbst in Höher- und Minderwertige unterschied, diese als „fremde Rasse“ begriff und selektive Regulative forderte. Die rassentheoretischen Positionen sowie personellen und diskursiven Verbindungen eröffneten Koalitionen und Verknüpfungen mit völkischen und sozialdarwinistischen Positionen. Zugleich boten rassenhygienische Positionen und Regulierungsanforderungen wichtige politische Anknüpfungspunkte für völkisch-sozialdarwinistische Parteien wie die NSDAP. Dabei überformte mit der nationalsozialistischen Machtübernahme nicht der „nordisch-völkische Rassengedanke“ die Rassenhygiene, sondern das von den Nationalsozialisten propagierte und keineswegs schlüssige rassische Paradigma passte sich vielmehr rassenhygienischen Positionen an.³⁴² „Die körperlichen, psychischen, geistigen, moralischen Wertkriterien der Rassenhygiene wurden zum gemeinsamen Nenner für den ‚nordischen Gedanken‘ und für eine Sterilisationspolitik, in der blonde Haare und blaue Augen keine Rolle spielen sollten.“³⁴³

In den Ausführungen von Arthur Breifeld blieb das rassische Paradigma unausgesprochen, gleichwohl kreisen seine Ausführungen um den Kern von eugenisch-

³³⁹ Vgl. Schwartz: Sozialistische Eugenik, S. 15.

³⁴⁰ Vgl. Weingart/Kroll/Bayertz: Rasse, Blut und Gene, S. 91–103; Schwartz: Sozialistische Eugenik, S. 14.

³⁴¹ Weingart/Kroll/Bayertz: Rasse, Blut und Gene, S. 92.

³⁴² So auch Schmuhl: Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie, S. 14.

³⁴³ Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 71.

rassenhygienischen Diskursen. „War der Begriff ‚Rasse‘ aus guten Gründen umstritten, so waren es weder der Begriff ‚Wert‘ noch seine sozialpolitischen Implikationen. Konnte die wissenschaftliche oder umgangssprachliche Verwendung von ‚Rasse‘ noch offenlassen, ob Diskriminierung geübt werde, so nicht die rassistische Kategorie des ‚Werts‘. Sie war keine belanglose Formel, sondern Angelpunkt und Grundkonsens des anthropologischen und des hygienischen Rassismus.“³⁴⁴ Der essentielle Kern von Rasse und Rassenhygiene war der Wert und die Wertbemessung – aus diesem Grund verstand sich die Rassenhygiene auch als „Wertwissenschaft“.³⁴⁵

Mit dem Ende des Ersten Weltkrieges gewann die Rassenhygiene nicht nur an gesellschaftspolitischem Zuspruch, sondern sie verfestigte sich als ein wissenschaftlich begründeter und sozialpolitisch notwendiger biopolitischer Diskurs mit vielfältigen gesellschaftlichen, politischen und sozialen Anschlussstellen. Der ungemeine Auftrieb gründete auf der gemeinsamen Überzeugung der Effektivität und Notwendigkeit von selektiven Maßnahmen zur Erhaltung des deutschen Volkes. Das Potential der Rassenhygiene bestand nicht im rassistischen Paradigma, sondern in der überparteilichen Vorstellung von der Notwendigkeit regulierender Bevölkerungspolitik.³⁴⁶ In den Worten von Arthur Breitfeld versprach sie: „Mehr Gesundheit, weniger Sorge, mehr Volkskraft, weniger Volkslasten, mehr zielbewusstes Menschentum, mehr Glück!“³⁴⁷

3.2.2 Politische Diskussionen über Eheberatung und Sterilisation als Zuspitzung des biopolitischen Exklusionsdiskurses von männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“ in der Weimarer Republik

Die Weimarer Republik kann als unmittelbare Inkubationszeit von rassenhygienischen Exklusionsmaßnahmen charakterisiert werden, die im Zuge der nationalsozialistischen Machtergreifung etabliert wurden. Zudem weisen die Weimarer Jahre bereits konkrete Symptome der Etablierung der männlichen und weiblichen Fortpflanzungsregulierung auf. Hierzu gehörten neben der fortwährenden Diskussion über Form und Ziele dieses biopolitischen Regimes bereits die Einrichtung der erbbiologisch intendierten freiwill-

³⁴⁴ Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 63.

³⁴⁵ Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 64.

³⁴⁶ Vgl. Schwartz: Sozialistische Eugenik, S. 22–23, 340.

³⁴⁷ StA Erfurt, Nr. 1–2/510–9666: Tätigkeit und Aufgabenkreis der Eheberatungsstelle beim Stadtgesundheitsamt und ihre Beziehung zu anderen Organisationen, enthält u. a. Aufklärungsschriften und Aufsätze über die Rassenhygiene und Zeitungsausschnitte, Briefbogen der SPD (1922–1935), fol. 43.

ligen Eheberatung sowie die partielle Unfruchtbarmachung von zumeist psychiatrischen Patienten und Patientinnen trotz strafrechtlichen Verbots. Vor dem Hintergrund der Verwissenschaftlichung, Ausdifferenzierung und Bürokratisierung von Medizin und Gesundheitswesen im ausgehenden 19. Jahrhundert wurde auch die bevölkerungspolitische Kameralistik intensiviert und die medizinisch-fürsorgliche Registratur von kranken, auffälligen und bedürftigen Frauen und Männern ausgedehnt. Es handelt sich hierbei um konkrete, mittelbare oder auch flüchtige Wegmarken eines biopolitischen Diskurses, in dessen Zentrum die Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Bevölkerung stand. Im Sinne eines „social engineering“ wurde keineswegs ausschließlich, so aber doch wesentlich die als immer notwendiger erachtete Regulierung von erb- und soziobiologischer „Minderwertigkeit“ verhandelt. Das diskursive Eindringen eines exkludierenden Denkens sowie die sukzessive Etablierung von behördlichen Strukturen und Maßnahmen nahmen das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ im Sinne einer historischen Teleologie jedoch nicht zwingend vorweg, sondern kennzeichnen die nationalsozialistische Bevölkerungspolitik gegen die deutsche Bevölkerung sowohl als einen fluiden und dynamischen Prozess als auch als eine rigide Spielart der Wertermittlung und Exklusion von männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“.

Die biopolitischen Konzepte von Eugenik, Rassenhygiene sowie körperlichen und geistigen Erbkrankheiten als die Bevölkerung zersetzende Seuchen können als eine diskursive Endemie verstanden werden, die sich seit dem Ausgang des 19. Jahrhunderts in Europa und Nordamerika ausbreitete und eine als notwendig erachtete staatliche und individuelle Fortpflanzungsregulative beschwor.³⁴⁸ In der Weimarer Republik als Latenzzeit breiteten sich die Rassenhygiene und damit einhergehend Forderungen nach der Regulierung männlichen und weiblichen Fortpflanzungsverhaltens aus und verdichteten sich zu einer bevölkerungspolitischen Notwendigkeit. Das rassenhygienisch-eugenische Denken und der damit verbundene exkludierende Wille vergiftete jedoch nicht nur einzelne Personen, Behörden oder Parteien, sondern infizierte und kontaminierte diskursive und habituelle Vorstellungen über den Wert und die Bewertung von Menschen. Es handelte sich um keinen exklusiven Diskurs, sondern um ein

³⁴⁸ Vergleichbar mit dem Begriff Gift charakterisieren die medizinischen Begriffe Inkubation und Symptom die Eugenik und Rassenhygiene bzw. die biopolitische Exklusion von männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“ als eine diskursive Pandemie. Die mit dem rassenhygienisch-eugenischen Paradigma einhergehende Etablierung der biopolitischen Diskursivität von „Minderwertigkeit“, Krankheit, Schwäche und schließlich „unwert“ als Endemie im Sinne Michel Foucaults korrelierte unmittelbar mit der diskursiven Notwendigkeit der biopolitischen Prävention und Gestaltung von Individuen und Bevölkerung. Eugenik/Rassenhygiene sowie das medizinisch-biologische Konstrukt „Krankheit“ bedingten sich gegenseitig. Vgl. Kap. 2.2.

gesellschaftliches Phänomen, in dessen Konsequenz der individuelle wie gesellschaftliche Wert von Frauen und Männern, männliche und weibliche Rollenvorstellungen sowie gesellschaftliche Aufgaben und Funktionen der Geschlechter biologisiert wurden und das in Anbetracht von Volk und Bevölkerung als Bewertungsmaßstab enthumanisierende Potenzen entfaltete. Spätestens im Zuge der Weltwirtschaftskrise zu Beginn der 1930er-Jahre stand nicht länger die Frage im Mittelpunkt, ob Regulierungsmaßnahmen durchgeführt werden sollten, sondern welche Prozeduren den größten ökonomischen und bevölkerungspolitischen Erfolg versprachen.

Die gesellschaftliche, politische und wissenschaftliche Komplexität des Aufstiegs und der Etablierung der Rassenhygiene in der Weimarer Republik, die widerstreitenden und konkurrierenden eugenischen, sozial- und rassenhygienischen Positionen und die damit einhergehenden Verteilungskämpfe, Institutionalisierungsprozesse und internationalen Vernetzungen wurden in der historischen Forschung minutiös und multiperspektivisch analysiert.³⁴⁹ Diese vielfältigen Forschungsergebnisse sollen hier nicht referiert werden, stattdessen steht in Rekurs auf die nationalsozialistische Zwangssterilisation als praktiziertes Exklusionsverfahren insbesondere die Frage im Vordergrund, wie sich der Gedanke und der Willen zum Ausschluss von als krank und „minderwertig“ geltenden Frauen und Männern bis zum Vorabend der nationalsozialistischen Machtübernahme sukzessive ausbreiteten, erste Regulierungsmaßnahmen etabliert wurden und sich die Unfruchtbarmachung von als „erbkrank“ geltenden Frauen und Männern als biopolitischer Maßnahmenkomplex sukzessive konturierte. Hierzu werden einerseits ausgewählte diskursive Entwicklungen und Wegmarken als Triebkräfte skizziert. Andererseits wird am Beispiel der Diskussion über die Unfruchtbarmachung als bevölkerungspolitische Maßnahme sowie der Einrichtung von Eheberatungsstellen in der preußischen Provinz Sachsen die Etablierung von Exklusionsmaßnahmen beschrieben. Insbesondere die Aufforderung zur Errichtung von Eheberatungsstellen dokumentiert den staatlichen und auch lokalen Willen, bevölkerungspolitische Maßnahmen einzuführen und durchzusetzen. Gleichwohl zeichnen sich hier nicht ausschließlich herrschaftliche Aspekte der biopolitischen Durchdringung ab,

³⁴⁹ Vgl. etwa Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 23–78; Weingart/Kroll/Bayertz: Rasse, Blut und Gene; Schwartz: Sozialistische Eugenik; Kühl: Internationale der Rassisten; Peter: Der Einbruch der Rassenhygiene in die Medizin; Schmuhl: Grenzüberschreitungen; Manz: Bürgerliche Frauenbewegung und Eugenik. Zu den langfristigen Kontinuitäten über 1945 hinaus siehe Schütz, Horst: Gesundheitsfürsorge zwischen humanitärem Anspruch und eugenischer Verpflichtung. Entwicklung und Kontinuität sozialhygienischer Anschauungen zwischen 1920 und 1950 am Beispiel von Prof. Dr. Carl Coerper, Husum 2004; Kröner, Hans-Peter: Von der Rassenhygiene zur Humangenetik. Das Kaiser-Wilhelm-Institut für Anthropologie, menschliche Erblehre und Eugenik nach dem Kriege, Stuttgart 1998.

sondern ebenso ärztliche Skepsis, organisatorische Schwierigkeiten sowie eine geringe Wahrnehmung durch Heiratswillige. Insofern lassen sich an der Eheberatung in der Weimarer Republik paradigmatisch Problemhorizonte erörtern, die die spätere Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ konturierten.

Bis zum Ende des Ersten Weltkriegs figurierten im Deutschen Kaiserreich eugenische, rassen- oder sozialhygienische Vorstellungen und Forderungen nach Regulierung des männlichen und weiblichen Fortpflanzungsverhaltens lediglich am gesellschaftspolitischen Rand. Gleichwohl kursierten eine Vielzahl von rassistischen, völkischen, nationalistischen, antisemitischen sowie esoterisch und mystifizierend anmutenden Gesellschaftsauffassungen sowie Körper- und Geschlechtervorstellungen, die in je unterschiedlicher Weise die Frage nach der soziobiologischen Rolle von Frauen und Männern sowie nach dem jeweiligen menschlichen bzw. männlichen und weiblichen Wert beantworteten.³⁵⁰ Die Niederlage des Deutschen Kaiserreichs im Ersten Weltkrieg bereitete insbesondere völkischen und nationalistischen ebenso wie eugenischen und rassen- und sozialhygienischen Vorstellungen einen fruchtbaren diskursiven Nährboden.³⁵¹ Die deutsche Kriegsniederlage übernahm die Funktion eines wirkungsvollen Katalysators sowohl exkludierender als auch inkludierender Auffassungen über den menschlichen (Erb)- Wert. Die katalytische Intensivierung von biopolitischen Forderungen betraf die Rückgewinnung nationaler Identität, die Wiederherstellung bevölkerungspolitischer Stärke und die Verhinderung einer weiteren degenerativen Entartung der deutschen Erbsubstanz. Diese vergangenheitsbezogenen wie auch zukunftssträchtigen Diskurskomplexe standen in unmittelbaren Wechselbeziehungen und stimulierten sich gegenseitig.

Die Kriegsniederlage im europäisch-globalen Mächteringen um nationale Vorherrschaft, der Versailler Friedensvertrag als nationale „Schmach“ und als immense ökonomische Bedrückung und Herausforderung, der politische Zusammenbruch des Deutschen Kaiserreichs sowie die Begründung der ungeliebten ersten deutschen Republik als Fürsorgestaat beförderten den Glauben an die Notwendigkeit zur Rückgewinnung nationaler Stärke. Hierdurch sowie in Anbetracht einer Vielzahl von „Kriegsbeschädigten“ gewannen bevölkerungspolitische Überlegungen und Bestrebungen in

³⁵⁰ Die vielfältigen und ambivalenten Diskursströme sowie sozialen und ökonomischen Bedrückungen am Vorabend des Ersten Weltkrieges beschreibt etwa Ian Kershaw anschaulich am Beispiel Hitlers und Wiens. Vgl. Kershaw: Hitler, Bd. 1, S. 59–106.

³⁵¹ Vgl. etwa Schmuhl: Grenzüberschreitungen, S. 21–23; Henke, Klaus Dietmar: Wissenschaftliche Entmenschlichung und politische Massentötung. In: ders. (Hrsg.): Tödliche Medizin im Nationalsozialismus. Von der Rassenhygiene zum Massenmord, Köln 2008, S. 17.

Kombination mit nationalistischen Vorstellungen eine herausgehobene Stellung, indem eine zielgerichtete Bevölkerungs- und Fortpflanzungspolitik zum Vehikel der Wiederherstellung nationaler Identität gerann. Eine weitere katalytische Funktion ist in den Folgen des Ersten Weltkriegs mit zwei Millionen deutschen Kriegstoten und des damit entstandenen bevölkerungspolitischen Verlusts an „wertvollem“ Erbgut zu sehen. Der Tod sowie die physische und psychische Verstümmelung von Millionen gesunder und leistungsfähiger Männer erforderte einen biologisch-maskulinen Ersatz, um die zukünftige nationale Leistungsfähigkeit zu gewährleisten. Dergestalt erforderte der Verlust von Männern im Ersten Weltkrieg eine zielstrebige Regulierung des Fortpflanzungsverhaltens, um die entstandene bevölkerungspolitische Lücke mit gesunden und potenten Männern zu füllen. Zugleich rief der Krieg mit seinen militärisch-gesellschaftlichen Anstrengungen und verheerenden Opferzahlen einen Mentalitätsbruch oder einen Wandel des „Humanitätsbegriffs“ hervor, indem sich nunmehr medizinisch-gesellschaftliche Fürsorge, Versorgung und Unterstützung am individuellen Wert des Einzelnen für die Gemeinschaft auszurichten habe.³⁵² Durch die Kriegsniederlage erhielten diese überkommenen Vorstellungen von Bevölkerung sowie die wahrgenommenen bevölkerungspolitischen Notwendigkeiten und Erfordernisse und damit einhergehenden Regulierungsbestrebungen eine neue Qualität und wurden sowohl angetrieben als auch flankiert von labilen wirtschaftlichen Bedingungen, ökonomischen Krisen sowie dem medizinischen Unvermögen zur Heilung auch kriegsbedingter psychiatrischer Erkrankungen.

Die besondere Schlagkraft des biopolitischen Diskurses beruhte auf seiner Überparteilichkeit, die sich in Form von eugenischen, sozial- oder rassenhygienischen Vorstellungen über alle parteipolitischen Spektren erstreckte.³⁵³ Hinsichtlich der von Karl Binding und Alfred Hoche angestoßenen euthanatischen Diskussion über „Die

³⁵² Vgl. Schmuhl: Grenzüberschreitungen, S. 21–24. Ein wichtiges Indiz für diesen Wandel stellt das „Hungersterben“ von rund 70 000 männlichen und weiblichen Patienten in psychiatrischen Einrichtungen während des Ersten Weltkrieges dar. Vgl. insbesondere Faulstich, Heinz: Hungersterben in der Psychiatrie 1914–1949. Mit einer Topographie der NS-Psychiatrie, Freiburg 1998.

³⁵³ Zusammenfassend Schwartz, Michael: Eugenik und „Euthanasie“. Die internationale Debatte und Praxis bis 1933/45. In: Henke, Klaus Dietmar (Hrsg.): Tödliche Medizin im Nationalsozialismus. Von der Rassenhygiene zum Massenmord, Köln 2008, S. 65–84. Michael Schwartz hat den Standort der Eugenik in der Weimarer Republik treffend charakterisiert: Sie war diskussionswürdig, aber kaum politikfähig. Demgegenüber gab es nur wenige Kritiker, die vor den Konsequenzen und Effekten von bevölkerungspolitischen Regulativen wie Eheverboten oder Sterilisationen warnten. Hierzu gehörte etwa Oscar Hertwig, Direktor des anatomisch-biologischen Instituts in Berlin, oder der Physiologe Georg Friedrich Nicolai. Vgl. Schmuhl: Grenzüberschreitungen, S. 22–23; Henke: Wissenschaftliche Entmenschlichung, S. 16–17.

Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“ aus dem Jahr 1920 boten eugenisch-rassenhygienische Maßnahmen wie Eheverbote, Asylisierung oder chirurgische Unfruchtbarmachungen eine gesellschaftlich und politisch konsensfähige Option.³⁵⁴ Zudem waren zu Beginn der 1920er-Jahre bereits eine Vielzahl von Sterilisationsgesetzen in US-amerikanischen Bundesstaaten erlassen worden, denen sich seit Ende der 1920er-Jahre die skandinavischen und baltischen Staaten, wenn auch unter anderen Implikationen als die rassenhygienische Ausrichtung im Dritten Reich, anschlossen.³⁵⁵ Vor dem Hintergrund der zeitgenössischen Entwicklungen in den 1920er-Jahren und des damit verbundenen bevölkerungspolitischen Nachholbedarfs auf deutschem Boden entstand gewissermaßen eine politische und wissenschaftliche Drucksituation, ebenfalls gesetzlich legitimierte Regulierungsmaßnahmen zu erlassen.

Der diskursive Auftrieb von Eugenik und Rassenhygiene korrelierte neben der disziplinären Verwissenschaftlichung³⁵⁶ mit der Ausgestaltung der Weimarer Republik als Fürsorgestaat, in dem Gesundheit einen Verfassungsrang innehatte.³⁵⁷ Durch die nahezu fortwährenden wirtschaftlichen und ökonomischen Krisen wurden die Ziele und Kapazitäten der gesundheitlichen Versorgung an den Finanzhaushalt geknüpft, was die Frage von menschlichem Wert und gesellschaftlichem Nutzen ins Zentrum rückte.³⁵⁸ In Anbetracht der sich zuspitzenden ökonomisch-gesellschaftlichen Krise am Ende der 1920er-Jahre setzte, Hans-Walter Schmuhl folgend, „sowohl in der öffentlichen wie in der freigemeinnützigen Wohlfahrtspflege ein breiter Diskussionsprozess um eine differenzierte Fürsorge ein, bei dem es im Kern um die Einschränkung der unter eugenischen und bevölkerungspolitischen Gesichtspunkten fragwürdigen, zudem überaus kostspieligen geschlossenen Fürsorge für Geisteskranke,

³⁵⁴ Vgl. Binding, Karl/Hoche, Alfred: Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form, Leipzig 1920; Riha, Ortrun (Hrsg.): Die Freigabe der „Vernichtung lebensunwerten Lebens.“ Beiträge des Symposiums über Karl Binding und Alfred Hoche am 2. Dezember 2004 in Leipzig, Aachen 2005; Schwartz: Eugenik und „Euthanasie“, S. 78–79; Schmuhl: Grenzüberschreitungen, S. 24; Henke: Wissenschaftliche Entmenschlichung, S. 18.

³⁵⁵ Vgl. etwa Schwartz: Eugenik und „Euthanasie“. Eine zeitgenössische Publikation siehe Schwalbe, Julius: Gesundheitliche Beratung vor der Eheschließung, Leipzig 1927.

³⁵⁶ Zum prägenden Standardwerk der Rassenhygiene avancierte Baur, Erwin/Fischer, Eugen/Lenz, Fritz: Grundriß der menschlichen Erblehre und Rassenhygiene, München 1921. Hierzu insbesondere Fangerau: Etablierung eines rassenhygienischen Standardwerkes.

³⁵⁷ Vgl. Woelk, Wolfgang/Vögele, Jörg: Einleitung. In: Woelk, Wolfgang/Vögele, Jörg (Hrsg.): Geschichte der Gesundheitspolitik in Deutschland. Von der Weimarer Republik bis in die Frühgeschichte der doppelten Staatsgründung, Berlin 2002, S. 19.

³⁵⁸ Vgl. etwa Peukert: Die Weimarer Republik, S. 132–148. Zu den lokalen Auswirkungen siehe etwa Paulus, Julia: Kommunale Wohlfahrtspolitik in Leipzig 1930 bis 1945. Autoritäres Krisenmanagement zwischen Selbstbehauptung und Vereinnahmung, Köln 1998.

Geistesschwache, Epileptiker, Krüppel, Trinker, Nichtseßhafte, Neurotiker und Psychopathen ging“.³⁵⁹

Die gesellschaftspolitische Etablierung einer Nutzen- und Kostenrechnung wurde von Entwicklungen in der Psychiatrie zumindest mittelbar verschärft.³⁶⁰ Neben der psychiatrischen Koalition mit der Rassenhygiene führte die Etablierung von reformpsychiatrischen Konzepten, wie vor allem Arbeitstherapie oder offene Fürsorge, zu einer medizinisch-therapeutischen und ökonomisch-utilitaristischen Differenzierung von männlichen und weiblichen Patientengruppen in heilbar und unheilbar, arbeitsfähig und nicht arbeitsfähig.³⁶¹ Somit wurden durch reformpsychiatrische Konzepte im Zusammenspiel mit der Überforderung des Wohlfahrtsstaates bevölkerungspolitische Regulierungsmechanismen des Fortpflanzungsverhaltens präjudiziert. „Da durch die offene Fürsorge der Idee nach immer mehr Patienten in die Gesellschaft zurückkehren sollten, diese aber als ‚fortpflanzungsgefährliche‘ Träger minderen Erbguts galten, traten die Praktiker zunehmend für prophylaktische Zwangssterilisierung ein.“³⁶²

Der Bedeutungszuwachs der Rassenhygiene in der Weimarer Republik konvergierte insgesamt mit politischen und wissenschaftlichen Interessen, sodass ihr nach Hans-Walter Schmuhl die Funktion eines „Relais“ zukam, „das zwischen wissenschaftlicher Erkenntnis und biopolitischem Interesse vermittelte“.³⁶³ Die rasante Aufwertung zeigte sich etwa darin, dass rassenhygienische Konzepte bereits zu Beginn der 1920er-Jahre verstärkt in universitäre Lehrpläne aufgenommen wurden. Im Jahr 1923 wurde der erste Lehrstuhl für Rassenhygiene in München unter Leitung von Fritz Lenz eingerichtet und schließlich 1927 das „Kaiser-Wilhelm-Institut für Anthropologie, menschliche Erblehre und Eugenik“ gegründet und der erfahrenen Leitung von

³⁵⁹ Schmuhl: Grenzüberschreitungen, S. 128.

³⁶⁰ Vgl. Siemen: Menschen blieben auf der Strecke.

³⁶¹ Die Verbindung zwischen Rassenhygiene, Psychiatrie und Genetik kann an dieser Stelle nicht näher betrachtet werden. Dazu insgesamt Raphael, Lutz: Verwissenschaftlichung des Sozialen als methodische und konzeptionelle Herausforderung für eine Sozialgeschichte des 20. Jahrhunderts. In: Geschichte und Gesellschaft, Jg. 22 (1996), S. 165–193; weiterführend Peter: Der Einbruch der Rassenhygiene in die Medizin; Roelcke, Volker: Die Etablierung der psychiatrischen Genetik in Deutschland, Großbritannien und den USA, ca. 1910–1960. Zur untrennbaren Geschichte von Eugenik und Humangenetik. In: Vorträge und Abhandlungen zur Wissenschaftsgeschichte 2002/2003 & 2003/2004, S. 173–190; ders.: Rivalisierende „Verwissenschaftlichung des Sozialen“. Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie im 20. Jahrhundert. In: Reulecke, Jürgen/Roelcke, Volker (Hrsg.): Wissenschaften im 20. Jahrhundert. Universitäten in der modernen Wissenschaftsgesellschaft, Stuttgart 2008, S. 131–148.

³⁶² Henke: Wissenschaftliche Entmenschlichung, S. 21.

³⁶³ Schmuhl: Grenzüberschreitungen, S. 19.

Eugen Fischer unterstellt.³⁶⁴ Daneben „löste sich die Rassenhygiene aus der völkischen Ecke, sie wurde salonfähig, erfuhr wachsende Akzeptanz auch und gerade im katholischen Zentrum, in der evangelischen Diakonie, in der Frauenbewegung, in der Sozialdemokratie“.³⁶⁵

Die politische Etablierung rief innerhalb der Rassenhygiene verborgene Konflikte und Spannungen hervor, die zu einer zwischenzeitlichen Spaltung führten. Im Zentrum der Auseinandersetzungen stand die Rassenfrage und der deterministische völkische Gedanke, welcher seitens des Münchener Zirkels um Alfred Ploetz und Fritz Lenz vertreten wurde. Demgegenüber etablierte sich eine „Berliner Richtung“, deren Vertreter sich von Konzepten wie Volk und Rasse stärker abgrenzten und bevölkerungspolitischen Forderungen von SPD und Zentrum näherstanden. In der Konsequenz wurde 1925 der „Bund für Volksaufartung und Erbkunde“ als gemäßigt eugenisches Pendant zur „Deutschen Gesellschaft für Rassenhygiene“ gegründet.³⁶⁶ Der „Deutsche Bund für Volksaufartung und Erbkunde“ wurde seitens des Reichsinnenministeriums sowie auch durch das Preußische Wohlfahrtsministerium, welches politisch vom Zentrum bestimmt wurde, erheblich unterstützt, sodass die preußischen Ober- und Regierungspräsidenten im Februar 1925 darauf hingewiesen wurden, die „Aufklärungsarbeit“ des neu gegründeten Bundes in „geeigneter Weise“ zu berücksichtigen.³⁶⁷ Die zeitweilige Aufsplitterung der Rassenhygiene nahm dabei keinen

³⁶⁴ Umfassend Schmuhl: Grenzüberschreitungen.

³⁶⁵ Schmuhl: Grenzüberschreitungen, S. 28; Zankl, Heinrich: Von der Vererbungslehre zur Rassenhygiene. In: Henke, Klaus Dietmar (Hrsg.): Tödliche Medizin im Nationalsozialismus. Von der Rassenhygiene zum Massenmord, Köln 2008, S. 62–63.

³⁶⁶ Der Oberpräsident der preußischen Provinz Sachsen war spätestens seit April 1928 Mitglied des „Bunds für Volksaufartung und Erbkunde“ – zu dieser Zeit hatte Heinrich Waentig (1870–1943), SPD-Mitglied und seit 1930 preußischer Minister des Innern, die Funktion des Oberpräsidenten inne. Der „Bund für Volksaufartung und Erbkunde“ gab die „Zeitschrift für Volksaufartung und Erbkunde“ heraus, die im Oktober 1926 erstmals erschien und von Dr. Arthur Ostermann (1864–1941) herausgegeben wurde, der als Obermedizinalrat im Preußischen Ministerium für Volkswohlfahrt tätig war. Die Zeitschrift wurde 1930 umbenannt in „Eugenik, Erblehre, Erbpflanze“. Trotz der politischen Übereinkünfte wurde die Bestellung der Zeitschrift seitens des Oberpräsidenten der preußischen Provinz Sachsen zum Jahr 1932, vermutlich aus ökonomischen Gründen, abgesagt. Vgl. LASA, C 20 I, Ib Nr. 1559: Rassenhygiene, Eheberatungsstellen (1926–1944), fol. 1, 50.

³⁶⁷ Der Bund habe zum Ziel, vor dem Hintergrund einer fortschreitenden „menschliche Entartung“ über die notwendigen Gegenmaßnahmen „zur Erhaltung und Mehrung des deutschen Volkes vorhandenen wertvollen körperlichen und geistigen Erbgutes“ aufzuklären. „Der Bund dient der Gesamtheit des Deutschen Volkes ohne parteipolitische und konfessionelle Unterschiede und ohne sonderrassistische Bestrebungen.“ Aus diesem Grund sollten „die Kreise, die durch Amt oder Beruf an der geistigen und körperlichen Entwicklung des Volkes arbeiten, insbesondere die beamteten Ärzte, die in der Gesundheits-, Wohlfahrts- und Jugendpflege tätigen Personen, die Standesbeamten, die Lehrer der höheren, mittleren und Volksschulen“ über die erbbiologischen Gefahren und ihre Abwehr gezielt unterrichtet werden. Ein „Flugblatt“ des Bundes, das im Rahmen der Gründung 1926 erschien, rekurriert auf konkrete bevölkerungspolitische Notwendigkeiten. Es wurde nicht nur der einzelne Bürger aufgerufen, Sorge zu tragen, „daß krankhafte Abweichungen sich nicht vererben“, sondern diese Sorge wurde in direkten Bezug zum Volk gestellt: „Nicht mehr und nicht weniger hängt von der Befolgung dieser mahnenden Worte ab, als das Schicksal der

nachteiligen Einfluss, stattdessen bot sie hinsichtlich der fortwährenden Diskussionen über Eheverbote und Sterilisationen vielmehr verschiedene Möglichkeiten eines konsensfähigen politisch-gesellschaftlichen Anschlusses.

Die bereits zu Beginn der Weimarer Republik bestehende politische Aufgeschlossenheit gegenüber bevölkerungspolitischen Regulierungsmaßnahmen sickerte im Verlauf der 1920er-Jahre stärker in politisch-gesellschaftlich einflussreiche Bereiche ein.³⁶⁸ Trotz der unterschiedlichen eugenischen sowie sozial- und rassenhygienischen Positionen und Forderungen besteht für Michael Schwartz die „frappierende Gemeinsamkeit“ darin, dass sie sich insbesondere an gesellschaftlichen Unterschichten und sozialen Bewertungskategorien ausrichteten. Im Fokus von eugenisch-rassenhygienischen Forderungen stand dabei der männliche und weibliche „Schwachsinn“.³⁶⁹

Als paradigmatisch für die Virulenz und Zuspitzung von bevölkerungspolitischen Diskussionen können die Leitsätze des Reichsgesundheitsrats vom 26. Februar 1920 herangezogen werden, die bereits auf eine zielgerichtete Fortpflanzungsregulierung durch eine gesundheitliche Überprüfung der Ehebewerber abzielten.³⁷⁰ Der „Wiederaufbau des deutschen Volkes“ erfordere nicht nur einen quantitativen „Ersatz [...], sondern noch mehr die Erzeugung einer gesundheitlich gut beschaffenen Nachkommenschaft“.³⁷¹ Hierbei wäre die „Fernhaltung der körperlich oder geistig für die Ehe und die Zeugung gesunder Kinder Untauglichen von der Eheschließung [...] ein wesentliches Mittel zur Verhütung einer Rassenverschlechterung“.³⁷² Auch wenn die wissenschaftlich gesicherten Kenntnisse zur Vererbung von „Erbkrankheiten“ weiterhin begrenzt seien, so könne aber in vielen Fällen „durch ärztliche Feststellungen eine Eheschließung als unzulässig im Interesse der Nachkommenschaft oder des anderen

künftigen Generationen unseres Volkes, als das Schicksal des Volkes selbst.“ Die Leitsätze des Reichsgesundheitsrates aus dem Jahr 1920 erscheinen im Vergleich zu dieser Initiative nahezu schüchtern. Vgl. LASA, C 20 I, Ib Nr. 1559: Rassenhygiene, Eheberatungsstellen (1926–1944), fol. 1, 20; Vgl. Schmuhl: Grenzüberschreitungen, S. 30.

³⁶⁸ Beispielsweise wurde in das preußische Ministerium für Volkswohlfahrt, das im Zeitraum von 1921 bis 1933 vom Zentrums-Mitglied Heinrich Hirtsiefer (1876–1941) geleitet wurde, 1919 die Medizinalabteilung eingegliedert. Die Tätigkeit wurde von Sozialhygienikern, wie etwa Adolf Gottstein (1857–1941), zwischen 1919 und 1924 Leiter der Medizinalabteilung, maßgeblich geprägt, die gegenüber bevölkerungspolitischen Regulierungsbestrebungen aufgeschlossen waren. Weiterführend Schwartz: Sozialistische Eugenik, S. 176–192; Richter: Katholizismus und Eugenik, S. 31–139.

³⁶⁹ Vgl. Schwartz: Eugenik und „Euthanasie“, S. 83.

³⁷⁰ Der Reichsgesundheitsrat beriet das Reichsgesundheitsamt. Vgl. Saretzki, Thomas: Reichsgesundheitsrat und Preußischer Landesgesundheitsrat in der Weimarer Republik, Berlin 2000.

³⁷¹ LASA, C 20 I, Ib Nr. 1559: Rassenhygiene, Eheberatungsstellen (1926–1944), fol. 4.

³⁷² LASA, C 20 I, Ib Nr. 1559: Rassenhygiene, Eheberatungsstellen (1926–1944), fol. 4.

Ehegatten bezeichnet, in anderen durch Erteilung und Befolgung geeigneter Ratschläge Schädigung des anderen Ehegatten und der Nachkommen verhütet werden“.³⁷³ Der Reichsgesundheitsrat begrüßte zielgerichtete gesellschaftliche Aufklärungskampagnen, jedoch würde eine ausschließlich freiwillige Beratung vor dem Hintergrund der gängigen „Einschätzung der Ehe als reine Privatangelegenheit“ keine Wirkung erzielen. Stattdessen müsse ein „Zwang zur ärztlichen Untersuchung“ auf beide Ehegatten ausgeübt werden. Diese Untersuchungen müssten von speziellen Ärzten, die als medizinische „Eheberater“ fungieren würden, durchgeführt werden, wobei die Ärzte aufgrund des Gesundheitszustands der Ehegatten eine medizinische Empfehlung der Heiratsbefähigung geben sollten, obgleich diese Empfehlung keine verbindliche Bedeutung besäße. Insofern der Gesetzgeber die vorgebrachten Leitsätze des Reichsgesundheitsrates aufgrund gesetzlicher oder politischer Hindernisse nicht beschließen könne, so solle geprüft werden, ob Einrichtungen zu gründen seien, „die den Beteiligten die Erlangung und den Austausch von amtlichen Zeugnissen über ihren Gesundheitszustand vor der Eheschließung an der Hand eines amtlichen Formulars ermöglichen. [...] Jedoch soll die Untersuchung sich nicht nur auf Geschlechtskrankheiten, sondern auch auf andere Krankheiten sowie auf beide Ehebewerber erstrecken. Es würde ein solches Vorgehen immerhin einen ersten Schritt zur zwangsweisen Einführung der Gesundheitszeugnisse bedeuten.“³⁷⁴

Die Leitsätze mit ihren Forderungen nach medizinischer Überprüfung der gesundheitlichen Ehetauglichkeit und der Einführung von Gesundheitszeugnissen wurden zunächst nicht umgesetzt. Neben der Zurückdrängung von ansteckenden Krankheiten, wie etwa Tuberkulose oder Syphilis, stehen sie jedoch beispielhaft für virulente Vorstellungen und Interessen hinsichtlich für notwendig erachteter bevölkerungspolitischer Maßnahmen zur „Erzeugung“ einer leistungsfähigen rassischen „Nachkommenschaft“, indem körperlich oder geistig „untaugliche“ Frauen und Männer über den Umweg eines Eheverbots an der Fortpflanzung gehindert werden sollten. Die in den Leitsätzen aufgeführten Forderungen bis hin zu sprachlichen Formulierungen verweisen auf Axiome des nationalsozialistischen Sterilisationsgesetzes sowie auf weitere bevölkerungspolitische Maßnahmen.³⁷⁵ So könnten lediglich durch staatlichen Zwang

³⁷³ LASA, C 20 I, Ib Nr. 1559: Rassenhygiene, Eheberatungsstellen (1926–1944), fol. 4.

³⁷⁴ LASA, C 20 I, Ib Nr. 1559: Rassenhygiene, Eheberatungsstellen (1926–1944), fol. 4.

³⁷⁵ So rekurrieren diese Forderungen des Reichsgesundheitsrates auf ein Maßnahmenbündel, das nach der nationalsozialistischen Machtübernahme mit dem „Ehegesundheitsgesetz“ und der „erbbiologischen Bestandsaufnahme“ umgesetzt wurde.

eine zielgerichtete Fortpflanzungsregulierung gewährleistet und schadhafte Nachkommen „verhütet“ werden.

Die anvisierte medizinische Kontrolle und Regulierung von Eheschließungen mündete schließlich im Februar 1926 in der Empfehlung des preußischen Ministers für Volkswohlfahrt, Eheberatungsstellen einzurichten.³⁷⁶ Diese bildeten die einzige eugenisch-rassenhygienische Maßnahme in der Weimarer Republik.³⁷⁷ Die Empfehlung rekurriert einfürend auf eine fortwährende Diskussion, in dessen Zentrum die Frage stand, „inwieweit es erforderlich und möglich sei, durch staatliche oder sonstige Maßnahmen unter dem Gesichtspunkte der Grundsätze der Vererbungslehre die Erzielung eines gesunden und hochwertigen Nachwuchses zu fördern“.³⁷⁸ Vergleichbare Maßnahmen seien bereits in anderen „Kulturstaaten“ eingeführt worden und wurden etwa von der „Deutschen Gesellschaft für Rassenhygiene“, weiteren Organisationen, der Preußischen Volksvertretung sowie Privatpersonen gefordert. Eine grundsätzliche Klärung auf Reichsebene in Form eines Reichsgesetzes sei aufgrund „mancherlei Schwierigkeiten“ bislang nicht möglich gewesen. „Unter diesen Umständen halte ich (Heinrich Hirtsiefer, Minister für Volkswohlfahrt) es in Hinblick auf die aussergewöhnliche Bedeutung der Angelegenheit für die Erzielung eines gesunden widerstandsfähigen Nachwuchses in Übereinstimmung mit der Mehrheit des Preussischen Landtages [...] für geboten, zunächst im Wege einer allgemein zu gebenden Empfehlung schon jetzt auf die Einrichtung ärztlich geleiteter Eheberatungsstellen – wie sie bereits in einigen grösseren Städten bestehen – und die freiwillige Inanspruchnahme solcher Stellen durch Ehebewerber hinzuwirken.“³⁷⁹ Das Ziel der Eheberatung bestehe in der Prüfung der „gesundheitlichen Eignung“ und in der Feststellung, ob „etwa vom Standpunkte der Vererbungslehre gewisse Gefahren drohen“.³⁸⁰ Dementsprechend

³⁷⁶ Die Grundlage der Initiative bildeten die Beschlüsse des preußischen Landesgesundheitsrates, Ausschuss für Rassenhygiene und Bevölkerungswesen, vom 19. Juli 1925, der es für „zweckmäßig“ erachtete, „dass der Wohlfahrtsminister alsbald in einem Runderlass an die nachgeordneten Behörden eine Anregung betreffend Einrichtung von Beratungsstellen für Eheschließende“ gäbe. Nach Ansicht des Ausschusses sollte lediglich die ärztliche Prüfung der Ehetauglichkeit erfolgen. Die zentrale Aufgabe bestünde darin, „über gesundheitliche und erbgenehmliche Vorteile und Gefahren Rat zu erteilen, die für die Eheleute und ihre Nachkommenschaft von entscheidender Bedeutung sind.“ LASA, C 20 I, Ib Nr. 1559: Rassenhygiene, Eheberatungsstellen (1926–1944), fol. 5. Vgl. etwa Schwartz: Sozialistische Eugenik, S. 215–244; Czarnowski: Das kontrollierte Paar, S. 62–100; Weingart/Kroll/Bayertz: Rasse, Blut und Gene, S. 274–280; Manz: Bürgerliche Frauenbewegung und Eugenik, S. 42–59.

³⁷⁷ Vgl. Schwartz: Sozialistische Eugenik, S. 337.

³⁷⁸ LASA, C 20 I, Ib Nr. 1559: Rassenhygiene, Eheberatungsstellen (1926–1944), fol. 3.

³⁷⁹ LASA, C 20 I, Ib Nr. 1559: Rassenhygiene, Eheberatungsstellen (1926–1944), fol. 3.

³⁸⁰ LASA, C 20 I, Ib Nr. 1559: Rassenhygiene, Eheberatungsstellen (1926–1944), fol. 3.

hätten die zu gründenden Eheberatungsstellen ausdrücklich nicht die Funktion der Sexualberatung.³⁸¹ Mit der ministeriellen Empfehlung verband der Minister für Volkswohlfahrt die Hoffnung, „dass es gelingen wird, den bedeutsamen Gedanken der allgemeinen Einführung ärztlicher Eheberatung [...] dem Bewusstsein der breiten Volksmassen näher zu bringen und damit auch das Verantwortlichkeitsgefühl des einzelnen Staatsbürgers gegenüber der eigenen Familie und gegenüber den künftigen Generationen zu stärken“.³⁸² Der Rekurs auf unterschiedliche Initiativen und Forderungen nach einer medizinischen Kontrolle von Ehebewerbern und der bevölkerungspolitischen Regulierung von Ehe und Nachwuchs unterstreicht die bis dato erlangte Bedeutung von biopolitischen Exklusionsverfahren in der Mitte der 1920er-Jahre. Zugleich führten die Diskussionen zu keinen zwingenden gesetzlichen Regelungen. Darüber hinaus wurde die Freiwilligkeit der medizinischen Überprüfung der männlichen und weiblichen Ehetauglichkeit gewahrt.

Im Zuge der Empfehlungen des Ministeriums für Volkswohlfahrt wurden reichsweit verstärkt Eheberatungsstellen eingerichtet. In vielen größeren Städten waren bereits in der ersten Hälfte der 1920er-Jahre entsprechende Beratungsstellen gegründet worden. Im regionalen Vergleich wurden in der preußischen Provinz Sachsen frühzeitig Eheberatungsstellen eingerichtet. So wurde die Eheberatung in Erfurt bereits 1923, in Halle/Saale 1924 und in Magdeburg 1926 durch den jeweiligen städtischen Magistrat begründet.³⁸³ Im Anschluss an die Empfehlungen des Ministers für Volkswohlfahrt wurden in der zweiten Hälfte der 1920er-Jahre auch in kleineren Städten und Gemeinden der preußischen Provinz Sachsen Eheberatungsstellen eingerichtet. Die organisatorische Etablierung und Tätigkeit von Eheberatungsstellen stieß jedoch auf unterschiedliche Hemmnisse. Hierzu gehörte die unzureichende materielle und finanzielle Ausstattung, das Fehlen von qualifizierten Ärzten, der notwendige Arbeitsumfang, die geringe Inanspruchnahme von männlichen und weiblichen Ehebewerbern sowie die Instrumentalisierung der Eheberatung zur Lösung von persönlichen und familiären Problemen. Darüber hinaus waren die Bereitschaft und das Engagement von Kreisärzten und Landräten zuweilen stark begrenzt.

³⁸¹ Zur Diskussion um Sexualberatung siehe Schwartz: Sozialistische Eugenik, S. 225–244; von Soden, Kristine: Die Sexualberatungsstellen der Weimarer Republik 1919–1933, Berlin 1988.

³⁸² LASA, C 20 I, Ib Nr. 1559: Rassenhygiene, Eheberatungsstellen (1926–1944), fol. 3.

³⁸³ Vgl. StA Halle/Saale, A 2.17 Gesundheitsamt Kap. III, Abt. E, Nr. 5, Bd. 1a: Einrichtung einer Eheberatungsstelle (1924–1932), unfol. Laut einer tabellarischen Aufstellung, die 45 Städte im gesamten Reichsgebiet umfasst, war die Eheberatungsstelle in Erfurt die früheste vergleichbare Einrichtung. Ein Großteil der Eheberatungsstellen wurde in der zweiten Hälfte der 1920er-Jahre gegründet. Zu Beginn der 1930er-Jahre wurden Ehe- und Sexualberatungsstellen teilweise wieder geschlossen. Im Jahr 1931 bestanden in Deutschland über 100 vergleichbare Beratungsstellen.

So übermittelte der Landrat des Kreises Eckartsberga dem Regierungspräsidenten in Merseburg am 30. Dezember 1926 seine starken Bedenken gegenüber der Einrichtung einer Eheberatungsstelle. „Ein Landkreis mit fast ausschließlich landwirtschaftlichen Verhältnissen wie der Kreis Eckartsberga ist m.[eines] E.[erachtens] kaum geeignet, mit derartigen Einrichtungen Versuche zu machen. Ich glaube kaum, dass solche Stellen von der Landbevölkerung in Anspruch genommen werden würden.“³⁸⁴ Diese Ansicht vertrat auch der Kreisausschuss des Kreises Liebenwerda im November 1926. Es „fehlen der Bevölkerung des hiesigen Kreises noch die einfachsten Begriffe über die Gesundheitslehre, sodaß noch Jahre vergehen werden, bevor hier ein Wandel geschaffen ist. Noch viel weniger ist bei der hiesigen Bevölkerung ein Verständnis für solche schwierigen Fragen, wie sie die Eheberatungsstellen lösen sollen, zu finden. [...] Erst nach längerer derartiger Vorarbeit kann an die Einrichtung einer solchen Beratungsstelle gedacht werden, für die bis jetzt auch kein genügend mit der Erblchkeitslehre vertrauter Arzt vorhanden ist.“³⁸⁵ Das Fehlen eines hinreichend qualifizierten Arztes wurde auch vom Landrat von Querfurt angeführt, sodass Weiterbildungen durchgeführt werden müssten. Jedoch beständen für praktische Ärzte erhebliche Dilemmata: „Widerrät ein solcher Arzt dem Abschluß einer Ehe, so kann dies unter Umständen seiner Praxis schaden. Andererseits kann er durch seine Tätigkeit als Eheberater leicht neue Patienten gewinnen und sich dadurch Missgunst und Neid gewisser Berufskollegen zusichern.“³⁸⁶ Daneben wurden die medizinischen Ziele und die Zweckmäßigkeit von Eheberatungsstellen bezweifelt. So teilte der Magistrat von Naumburg mit, dass er Kontakt zum Ärzteverein aufgenommen habe. „Der Verein verspricht sich von der amtlichen Einmischung in die innersten Familienangelegenheiten wenig Nutzen, wird aber im Falle der Einrichtung einer Eheberatungsstelle seine Mitwirkung nicht versagen.“³⁸⁷ Dergestalt äußerte sich auch der Kreisarzt von Naumburg am 18. Dezember 1926. „Ob Eheberatungsstellen überhaupt zweckmässige

³⁸⁴ LASA, C 48 Ii, Nr. 922, Bd. 1: Einrichtung von Eheberatungsstellen. Ehegesundheitsgesetz. Blutschutzgesetz (1926–1947), fol. 18.

³⁸⁵ LASA, C 48 Ii, Nr. 922, Bd. 1: Einrichtung von Eheberatungsstellen. Ehegesundheitsgesetz. Blutschutzgesetz (1926–1947), fol. 19. Eine vergleichbare Position vertrat der Landrat von Herzberg. Vgl. LASA, C 48 Ii, Nr. 922, Bd. 1: Einrichtung von Eheberatungsstellen. Ehegesundheitsgesetz. Blutschutzgesetz (1926–1947), fol. 29.

³⁸⁶ LASA, C 48 Ii, Nr. 922, Bd. 1: Einrichtung von Eheberatungsstellen. Ehegesundheitsgesetz. Blutschutzgesetz (1926–1947), fol. 24. Im Weißenfels und Eilenburg fehlte ein entsprechender Arzt, sodass zunächst keine Eheberatungsstelle aufgebaut wurde. LASA, C 48 Ii, Nr. 922, Bd. 1: Einrichtung von Eheberatungsstellen. Ehegesundheitsgesetz. Blutschutzgesetz (1926–1947), fol. 29, 37.

³⁸⁷ LASA, C 48 Ii, Nr. 922, Bd. 1: Einrichtung von Eheberatungsstellen. Ehegesundheitsgesetz. Blutschutzgesetz (1926–1947), fol. 36.

Einrichtungen sind, ist noch keineswegs einwandfrei erwiesen. Die Ansichten der Sachverständigen gehen in dieser Hinsicht weit auseinander.³⁸⁸ Vor diesem Hintergrund betonte der Magistrat von Zeitz, dass der Gedanke an Eheberatung zunächst unter der zweifelnden Ärzteschaft „Wurzeln“ schlagen muss.³⁸⁹ Demgegenüber war der für Zeitz zuständige Medizinalrat eine der wenigen Amtspersonen, die die Schaffung einer Eheberatungsstelle für dringend notwendig erachteten und begrüßten. „Die Einrichtung einer Eheberatungsstelle ist als unbedingt notwendig zu erachten. Der Leiter derselben ist imstande, wenn er die nötigen Vorkenntnisse, eine gute Autorität, guten Willen und den erforderlichen Takt besitzt, segensreich zu wirken und zum Nutzen der Ehebewerber, deren Angehörigen, und der Allgemeinheit viel Unheil zu verhüten.“³⁹⁰ Damit verbunden gab er bereits einen Ausblick auf die Ausrichtung der Eheberatung. „Von der Ehe fernzuhalten sind diejenigen Geisteskranken, Geistesschwachen oder Trunksüchtige, deren Nachkommenschaft nach wissenschaftlicher Erfahrung mit höchster Wahrscheinlichkeit eine geistige Entartung zeigen würde.“³⁹¹

Wie die einzelnen Beurteilungen bereits andeuten, wurden die eingerichteten Eheberatungsstellen größtenteils kaum frequentiert, sodass von einem weiteren strukturellen Ausbau abgesehen wurde.³⁹² Die Besucherzahlen erhöhten sich auch in den folgenden Jahren kaum. So gingen im Berichtszeitraum 1930/31 in Erfurt 25, in Halle/Saale 75 und in Magdeburg 66 Frauen und Männer zur Eheberatung.³⁹³ Zudem war der Arbeitsaufwand unverhältnismäßig hoch. So teilte der Leiter der Städtischen Eheberatungsstelle Halle/Saale in einem Halbjahresbericht aus der zweiten Hälfte der 1920er-Jahre mit: „Im Ganzen waren es 10 Fälle, in denen eine Beratung vollkommen durchgeführt werden konnte. Dazu erwiesen sich neben den Schreibere in an andere

³⁸⁸ LASA, C 48 Ii, Nr. 922, Bd. 1: Einrichtung von Eheberatungsstellen. Ehegesundheitsgesetz. Blutschutzgesetz (1926–1947), fol. 18.

³⁸⁹ Vgl. LASA, C 48 Ii, Nr. 922, Bd. 1: Einrichtung von Eheberatungsstellen. Ehegesundheitsgesetz. Blutschutzgesetz (1926–1947), fol. 40.

³⁹⁰ LASA, C 48 Ii, Nr. 922, Bd. 1: Einrichtung von Eheberatungsstellen. Ehegesundheitsgesetz. Blutschutzgesetz (1926–1947), fol. 32.

³⁹¹ LASA, C 48 Ii, Nr. 922/I: Einrichtung von Eheberatungsstellen. Ehegesundheitsgesetz. Blutschutzgesetz (1926–1947), fol. 32.

³⁹² Vgl. LASA, C 48 Ii, Nr. 922, Bd. 1: Einrichtung von Eheberatungsstellen. Ehegesundheitsgesetz. Blutschutzgesetz (1926–1947), fol. 36. Der Magistrat der Stadt Zeitz beschrieb die Reaktion der Bevölkerung auf die Einrichtung der Eheberatungsstelle folgendermaßen: „Die Einrichtung der Eheberatungsstelle in Zeitz ist nicht ohne Wirkung auf das Publikum geblieben. Anfragen aus allen Kreisen der Bevölkerung sind an den Leiter gerichtet worden. Bei den Anfragenden sind Neugier, unklare Auffassungen, wohlwollende und abfällige Beurteilung gemischt mit Wissensdurst, Erkenntnis und erstem Eindringen in das Problem.“ LASA, C 48 Ii, Nr. 922, Bd. 1: Einrichtung von Eheberatungsstellen. Ehegesundheitsgesetz. Blutschutzgesetz (1926–1947), fol. 40.

³⁹³ Vgl. StA Halle/Saale, A 2.17 Gesundheitsamt Kap. III, Abt. E, Nr. 5, Bd. 1a: Einrichtung einer Eheberatungsstelle (1924–1932), fol. 25–26.

Ärzte und den an anderer Stelle vorgenommenen fachärztlichen Untersuchungen (stets durch den Arzt der Wahl!) 19 Stunden erforderlich.“³⁹⁴ Zudem würde die Eheberatungsstelle von Männern und Frauen gemieden werden, da es sich in Anbetracht von Ehe und Sexualität um eine private Sphäre handele.³⁹⁵ Demgegenüber würde die Eheberatungsstelle von Ehebewerbern, aber auch Verlobten, Verheirateten sowie Familienangehörigen genutzt, um persönliche Interessen durchzusetzen. „Ebenso sorgsam hat unsere Stelle zu verhüten, dass sie nicht als Werkzeug benutzt wird, um unter dem Schein der Vernunft den Bruch eines unbequem gewordenen Eheversprechens herbeizuführen. [...] Es kommt auch vor, dass hinter dem Rücken der Verlobten Angehörige, die mit der sozialen Stellung oder der Vermögenslage des einen Heiratskandidaten nicht einverstanden sind, ein Veto der Beratungsstelle zu erlangen suchen.“³⁹⁶

Hinsichtlich der vielfältigen Schwierigkeiten forderten Kreisärzte und Landräte eine Forcierung von Werbekampagnen, um insbesondere die ländliche Bevölkerung über die Ziele von Eheberatungsstellen zu informieren und zu sensibilisieren. Erst durch eine zielgerichtete Aufklärung könne eine umfangreiche Umsetzung der mit den Eheberatungsstellen verfolgten bevölkerungspolitischen Interessen erreicht werden. So sprach ein Plakat der Stadt Merseburg den Leser folgendermaßen an: „Ihr wollt den Bund fürs Leben schliessen! Wisst ihr, dass Ihr dazu gesund sein müsst?“³⁹⁷ Und auf

³⁹⁴ Der Halbjahresbericht ist undatiert. Vgl. StA Halle/Saale, A 2.17 Gesundheitsamt Kap. III, Abt. E, Nr. 5, Bd. 1a: Einrichtung einer Eheberatungsstelle (1924–1932), fol. 25. Als Beispiel für die medizinische Tätigkeit der Eheberatungsstelle in Erfurt kann stellvertretend auf die Beurteilung eines Mannes aus dem Jahr 1927 hingewiesen werden: Ein Mann „wurde heute von mir zwecks Eheberatung untersucht. Er ist 42 Jahre alt, hat eine hochgradige Rückgratverkrümmung und dadurch ausgesprochene Atemnot und starke Beengung der Brustorgane. Er ist deshalb körperlich wenig leistungsfähig und kann nur leichte Arbeit verrichten und bedarf auch jetzt schon einer gewissen Wartung. Ob er gesundheitlich für lange Sicht hin bei einem leichten Beruf, wie er ihn jetzt ausübt, durchhalten wird, ist fraglich.“ Stadtarchiv Erfurt 1–2/510–9666: Tätigkeit und Aufgabenkreis der Eheberatungsstelle beim Stadtgesundheitsamt und ihre Beziehung zu anderen Organisationen, enthält u. a. Aufklärungsschriften und Aufsätze über die Rassenhygiene und Zeitungsausschnitte, Briefbogen der SPD (1922–1935), fol. 46.

³⁹⁵ Daneben entstanden Missverständnisse über die Ziele von Eheberatungsstellen als Sexualberatungsstellen. Die Empfehlungen des Ministeriums von Volkswohlfahrt aus dem Jahr schlossen eine derartige inhaltliche Ausrichtung aus. Eine entsprechende Initiative des SPD-Ortsvereins in Erfurt im Jahr 1932, die Eheberatungsstelle zu einer Sexualberatungsstelle auszubauen, wurde aufgrund der begrenzten finanziellen Mittel zurückgewiesen. Vgl. Stadtarchiv Erfurt 1–2/510–9666: Tätigkeit und Aufgabenkreis der Eheberatungsstelle beim Stadtgesundheitsamt und ihre Beziehung zu anderen Organisationen, enthält u. a. Aufklärungsschriften und Aufsätze über die Rassenhygiene und Zeitungsausschnitte, Briefbogen der SPD (1922–1935), unfol.

³⁹⁶ StA Halle/Saale, A 2.17 Gesundheitsamt Kap. III, Abt. E, Nr. 5, Bd. 1a: Einrichtung einer Eheberatungsstelle (1924–1932), fol. 25.

³⁹⁷ LASA, C 48 Ii, Nr. 922, Bd. 1: Einrichtung von Eheberatungsstellen. Ehegesundheitsgesetz. Blutschutzgesetz (1926–1947), fol. 50. Und unter der Rubrik „vererbare Krankheiten“ wurden „Spalt- und andere Hemmungs- und Missbildungen, verschiedene Formen des schlechten Sehens und der Blindheit, der Schwerhörigkeit, der Taubheit und Taubstummheit, viele Nerven- und Geisteskrankheiten, wie Epilepsie, jugendliches Irresein, Schwachsinn mancher Art, manche Lähmungen, Zwangsbewegungen und Muskelschwäche, Zuckerkrankheit und Ähnliches“ aufgelistet.

einem Plakat aus Halle/Saale mit dem Titel „Ein Rat für Eheschließende“ war zu lesen: „Wer eine Ehe eingeht, ohne sich zu vergewissern, ob er gesund ist, übernimmt eine schwere Verantwortung seinem Ehegossen und seinen Nachkommen gegenüber. Jedermann hat deshalb die Pflicht, bevor er sich zu einer Ehe entschließt, das Urteil eines sachverständigen Arztes über seinen Gesundheitszustand einzuholen.“³⁹⁸ Die lokalen Kampagnen wurden durch Wanderausstellungen des Deutschen Hygiene-Museums Dresden wie etwa „Gesunde Frau – Gesundes Volk“ aus dem Jahr 1932 unterstützt, die einen großen Zuspruch erlebten.³⁹⁹

Der bevölkerungspolitische Erfolg der in der Weimarer Republik eingerichteten Eheberatungsstellen war begrenzt. Zudem wurden in einigen Regionen keine entsprechenden Stellen aufgebaut.⁴⁰⁰ Neben finanziellen, materiellen und personellen Schwierigkeiten bestand ein wesentlicher Grund in der marginalen Inanspruchnahme durch die hiesige Bevölkerung. Nach Auskunft der jeweiligen Amtspersonen war die Bevölkerung, insbesondere in ländlichen Gebieten, überaus skeptisch gegenüber den Zielen und Auswirkungen einer ärztlichen Überprüfung der männlichen und weiblichen Ehetauglichkeit. Diese Vorbehalte waren tief verankert, und im Januar 1934 teilte der Kreisarzt der Grafschaft Hohenstein dem Regierungspräsidenten in Erfurt mit: „Die Eheberatungsstelle wurde sehr wenig in Anspruch genommen. Seit ihrer Gründung vor nahezu 7 Jahren sind aus Stadt und Land zusammen etwa ein Dutzend Leute bei mir gewesen. Die Bevölkerung hat sich bisher gegenüber eugenischen Maßnahmen

³⁹⁸ StA Halle/Saale, A 2.17 Gesundheitsamt Kap. III, Abt. E, Nr. 5, Bd. 1a: Einrichtung einer Eheberatungsstelle (1924–1932), fol. 33. Die politischen Interessen an derartigen Aufklärungskampagnen dokumentiert eine Mitteilung des Oberbürgermeisters von Erfurt an den verantwortlichen Kreisarzt vom Februar 1932: „Die Gesundheit des Einzelnen und des gesamten Volkes ist in Zeiten der wirtschaftlichen Not in erhöhter Gefahr. Die Bevölkerung vor gesundheitlichem Schaden möglichst zu behüten, ist eine Hauptaufgabe aller verantwortungsbewussten Kreise. Auf Grund dieser Tatsachen und pflichtgemäßen Erwägungen wird in den Turnhallen der Humboldtschule [...] vom 27. März bis einschließlich 3. April 1932 die Doppelausstellung ‚Wege zur Gesundheit‘ zur Durchführung kommen. Sie umfasst die Hygiene-Wanderausstellung des Herrn Landeshauptmanns der Provinz Sachsen und die Ausstellung ‚Gartenbau und Volksgesundheit‘, die von Erfurter gemeinnützigen Vereinen und Formen im Verein mit der Landwirtschaftskammer vorbereitet ist.“ StA Erfurt, Nr. 1–2/510–9695: Arbeit der Gesundheitskommission, Allgemeines über Fürsorge, Hygiene und Volkswohlfahrt, Ehestandsdarlehen und Rassenhygiene, enthält Zeitungsausschnitte über Sterilisation und medizinische Zeitungen (1926–1935), unfol.

³⁹⁹ Weiterführend etwa Steller, Thomas: Volksbildungsinstitut und Museumskonzern.

⁴⁰⁰ Die fragmentarische Einrichtung von Eheberatungsstellen in der Weimarer Republik veranlasste nach der nationalsozialistischen Machtergreifung den Regierungspräsidenten von Erfurt, umgehend Eheberatungsstellen einzurichten, um die nun eingeleitete Rassenpflege hinreichend zu unterstützen. LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, 2 Bde. (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 42–43; ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 23046 Ehestandsdarlehen (1933–1944), unfol.

trotz aller Aufklärung sehr gleichgültig verhalten.“⁴⁰¹ Diese Skepsis wurde in nicht geringem Maße von den verantwortlichen Kreisärzten in der Weimarer Republik geteilt.

Das hier zum Ausdruck kommende geringe Interesse an einer medizinischen Einflussnahme auf die Eheschließung, die sowohl die männliche und weibliche Privatsphäre als auch die persönliche Zukunft betraf, stand den politischen Forderungen nach zielgerichteten bevölkerungspolitischen Regulierungsmaßnahmen zur Schaffung einer leistungsfähigen Nachkommenschaft entgegen. Gleichwohl bildet das geringe Interesse insbesondere der Bevölkerung an einer erbbiologischen Eheberatung keinen Widerspruch zur Rassenhygiene als diskursive Endemie, die sich im Verlauf der 1920er-Jahre sukzessive ausbreitete. Hierfür spricht auch der Erfolg von Wanderausstellungen des Hygiene-Museums. Der Versuch der Etablierung von freiwilligen Eheberatungsstellen, die damit einhergehende Werbung sowie auch begleitende Ausstellungen schufen einen Nährboden, der den staatlichen Einfluss auf Ehe und Fortpflanzung als opportun und notwendig erscheinen ließ. Zudem kann die fehlende Frequenzierung nicht zwingend mit mangelndem Interesse oder einer unzureichenden Internalisierung von bevölkerungspolitischen und erbbiologischen Vorstellungen gleichgesetzt werden. Neben der sozialen und erbbiologischen Zielgruppe von bevölkerungspolitischen Fortpflanzungsregulativen bildet die Bemessung des menschlichen Wertes den Kern des biopolitischen Diskurses, und es besteht ein fundamentaler Unterschied in der Bemessung des persönlichen Wertes oder der Einschätzung und Beurteilung des männlichen und weiblichen Anderen.

Forderungen nach einer chirurgischen Unfruchtbarmachung von Frauen und Männern sowie deren Kindern, die an „Erbkrankheiten“ oder an „schweren“ Erkrankungen litten oder leiden würden, wurden in der Weimarer Republik parallel zur Einrichtung von Eheberatungsstellen bereits zu Beginn der 1920er-Jahre formuliert. So trat etwa die „Deutsche Gesellschaft für Rassenhygiene“ in ihren Statuten aus dem Jahr 1922 für die freiwillige Unfruchtbarmachung von männlich und weiblich „krankhaft Veranlagten“ ein.⁴⁰² Trotz der gesetzlichen Etablierung von Sterilisationsgesetzen etwa in den USA in der ersten Dekade des 20. Jahrhunderts war die Sterilisation in der

⁴⁰¹ Und weiter: „Eugenische Erwägungen scheinen mir bisher recht wenig bei den Eheschließungen hervortreten. Es wird noch langer Erziehungsarbeit bedürfen, bis hier sichtbare Fortschritte erzielt werden. Ich würde es für das beste halten, wenn die Beibringung von Gesundheitszeugnissen für alle Ehe Kandidaten gesetzlich vorgeschrieben würde. Nur auf diese Weise wird ein voller Erfolg nach meiner Auffassung erzielt werden.“ ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 23046 Ehestandsdarlehen (1933–1944), unfol.

⁴⁰² Weingart/Kroll/Bayertz: Rasse, Blut und Gene, S.290.

Weimarer Republik aufgrund von gesellschaftspolitischen, juristischen sowie kirchlichen Vorbehalten und Schwierigkeiten zunächst keine konsensfähige regulatorische Option. Gleichwohl war die Sterilisation als bevölkerungspolitisches Mittel bereits ein Diskursbestandteil und die Debatte über ihre rechtliche Legitimierung in Gang gesetzt.⁴⁰³

Die gesellschaftspolitischen Diskussionen wurden durch wiederholte Eingaben und Forderungen vitalisiert. Im Zuge von Strafrechtsreformen trat Alfred Grotjahn im Preußischen Landesgesundheitsrat für die Zwangssterilisation von „schwachsinnigen“ und „epileptischen“ Frauen und Männern ein.⁴⁰⁴ Die Initiative gewann jedoch keine Mehrheit. Daneben bombardierte Gerhard Boeters, Bezirksarzt von Zwickau, seit 1923 die sächsische Staatsregierung mit Sterilisationsforderungen und verließ der Diskussion politischen und öffentlichen Auftrieb. Boeters forderte die gesetzlich legitimierte „Zwangssterilisation“.⁴⁰⁵ Der unfruchtbar zu machende Personenkreis müsste laut Boeters blinde, taube, taubstumme sowie „blödsinnige“ Kinder umfassen, die „unfähig“ seien, mit Erfolg die Volksschule zu absolvieren. Zudem müssten Personen in psychiatrischen Einrichtungen sterilisiert werden, die an denselben Krankheitsformen litten sowie Epileptiker und Geisteskranke. Weiterhin zählte Boeters „Sittlichkeitsverbrecher“ sowie Frauen und Männer mit zwei oder mehr unehelichen Kindern auf. Diese Eingabe sowie der von Gerhard Boeters 1925 dem Deutschen Reichstag zugesandte „Entwurf zu einem Gesetz über die Verhütung unwerten Lebens durch operative Maßnahmen“ (kurz: „Lex Zwickau“) führte zu einer intensiveren öffentlichen und politischen Debatte, in der einzelne Länder wie etwa Thüringen, Sachsen und Preußen die Möglichkeiten einer gesetzlichen Regelung sondierten. Die entsprechenden föderalen Auseinandersetzungen und Initiativen lassen erkennen, dass die jeweiligen Landesregierungen zwar den weitgehenden Forderungen Boeters etwa in der Auswahl der

⁴⁰³ Maßgebliche Hemmnisse auf dem Weg zu einem Sterilisationsgesetz betrafen den medizinisch-biologischen Kenntnisstand über die Vererbung von „Erbkrankheiten“, die juristische Lösung zugunsten eines Sondergesetzes oder die Erweiterung des Strafgesetzbuches, die mangelnde politische Einigung sowie die kritische Position der katholischen Kirche. Zudem hatte die Einführung einer freiwilligen Eheberatung ein geringes Interesse und Verständnis der potentiell betroffenen männlichen und weiblichen Bevölkerung offenbart. Zu den gesetzlichen Diskussionen in der Weimarer Republik siehe etwa Müller: Sterilisation und Gesetzgebung, S. 47–67.

⁴⁰⁴ Weiterführend etwa Schwartz: Sozialistische Eugenik, S. 70–89; Schmuhl: Grenzüberschreitungen, S. 134; Alfred Grotjahn veröffentlichte 1926 die Schrift „Die Hygiene der menschlichen Fortpflanzung. Versuch einer praktischen Eugenik“, in der er ebenfalls die umfangreiche Sterilisation von „minderwertigen“ Personen forderte. Vgl. Grotjahn, Alfred: Die Hygiene der menschlichen Fortpflanzung. Versuch einer praktischen Eugenik, Berlin 1926.

⁴⁰⁵ Vgl. Schwartz: Sozialistische Eugenik, S. 274–277; Weingart/Kroll/Bayertz: Rasse, Blut und Gene, S. 291–292.

zu sterilisierenden Personengruppen nicht oder nur eingeschränkt folgten, aber einer gesetzlich geregelten Sterilisation insgesamt durchaus positiv gegenüberstanden.

Das Jahr 1929 gilt als Wendepunkt der Sterilisationsdebatte, in dessen Gefolge die Unfruchtbarmachung als selektierender Königsweg und politisch konsensfähig erschien.⁴⁰⁶ Flankiert von der weiterhin schwelenden Strafrechtsreform einerseits und der sich verschärfenden sozialen und ökonomischen Krise andererseits stellte schließlich die „Deutsche Gesellschaft für Rassenhygiene“ eine Eingabe an den Strafrechtsausschuss zur Freigabe der freiwilligen Sterilisation. Die maßgebliche Begründung beruht auf der schweren Krise der Weimarer Republik.⁴⁰⁷ Die Bedeutung der diversen Eingaben und Publikationen ist als Antrieb für eine breitere politische und auch öffentliche Diskussion über die gesetzlich legitimierte Unfruchtbarmachung nicht zu unterschätzen. Daneben bilden sie ein Spiegelbild von gesellschaftlich, medizinisch und auch politisch geteilten Ideen sowie Triebkräfte einer tendenziell radikaleren Exklusionspolitik von kranken, „nutzlosen“, „minderwertigen“ und fürsorgebedürftigen Frauen und Männern.⁴⁰⁸

Für die Ausbildung eines intensiveren Sterilisationsdiskurses spielten auch die reichsweit durchgeführten, gesetzlich nicht legitimierten, Unfruchtbarmachungen eine nicht unerhebliche Rolle.⁴⁰⁹ Unter strafrechtlichen Gesichtspunkten erfüllte die Vornahme einer Sterilisation aus eugenischen oder sozialen Gründen und gegen den Willen oder ohne Kenntnis und Einverständnis der Betroffenen den Tatbestand der schweren Körperverletzung. Trotz der Strafandrohung wurden bis 1933 reichsweit derartige Sterilisationen vorgenommen. So bekannte sich etwa Heinrich Braun, ärztlicher Direktor und Chefarzt der Chirurgischen Abteilung des Staatlichen Krankenhauses

⁴⁰⁶ Vgl. Schwartz: Sozialistische Eugenik, S. 16, 340.

⁴⁰⁷ Vgl. Schmuhl: Grenzüberschreitungen, S. 136.

⁴⁰⁸ Die politischen Diskussionen eines reichsweiten Sterilisationsgesetzes seit der Mitte der 1920er-Jahre rekurren auf Standpunkte, die bis zur Machtübernahme der Nationalsozialisten eine gesetzliche Regelung verhinderten. Hierzu gehörte insbesondere die rechtliche Gestalt eines Sterilisationsgesetzes, etwa in Form der Erweiterung des Strafgesetzbuches oder im Erlass eines Sonderrechts. Hiermit verbunden war die Frage nach einer freiwilligen oder zwangsweisen Durchführung verbunden. Weiterhin bestand erheblicher Diskussionsbedarf bezüglich der Auswahl des zu sterilisierenden männlichen und weiblichen Personenkreises sowie der gesicherten medizinisch-erbibologischen Beweisführung. Daneben wurde die ablehnende Haltung von Teilen der Bevölkerung gegenüber eugenisch begründeten Unfruchtbarmachungen angeführt. Neben der teilweise kritischen Position der evangelischen und vor allem katholischen Kirche erbrachte auch die Einrichtung von Eheberatungsstellen ein geringes gesellschaftliches Interesse und Verständnis. Insofern wurde innerhalb der Länder sowie auf Reichsebene die Unfruchtbarmachung als ein bevölkerungspolitisches Regulierungsinstrument nicht per se abgelehnt, stattdessen wurden die Aussichten auf eine gesetzliche Regelung als gering eingeschätzt.

⁴⁰⁹ Auf der Grundlage zeitgenössischer Literatur resümiert Gisela Bock, dass rassenhygienische und zwanghafte Unfruchtbarmachungen in beschränktem Maße vor 1933 durchgeführt wurden. Vgl. Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 50.

Zwickau, unter Anleitung von Gerhard Boeters vier Kinder aus eugenischen Gründen sterilisiert zu haben.⁴¹⁰ Der tatsächliche Umfang kann aufgrund der nichtamtlichen Durchführung sowie der geringen strafrechtlichen Verfolgung nicht bestimmt werden, es muss jedoch von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen werden.

Der Freispruch und die Rehabilitierung des Grazer Chirurgen Prof. Hermann Schmerz (1881-1941) im Jahr 1930, der in der Schweiz freiwillige Sterilisationen vorgenommen hatte, wurde in Magdeburg zum Ausgangspunkt von Diskussionen über die Unfruchtbarmachung.⁴¹¹ Hermann Schmerz, Chirurg und außerordentlicher Universitätsprofessor, nahm Ende der 1920er-Jahre in Graz konspirativ und gegen Bezahlung Sterilisationen von Männern vor, die sich freiwillig bei ihm gemeldet hatten.⁴¹² Hermann Schmerz wurde 1929 verurteilt, später jedoch wieder freigesprochen.⁴¹³ Der leitende Stadtarzt Paul Konitzer (1894-1947) informierte umgehend die Tagespresse vom Prozess und Freispruch, da „diese Entscheidung von größter sozialer Bedeutung ist“.⁴¹⁴ In der Folgezeit wurden die Möglichkeiten von Sterilisationen in Magdeburg aus sozialen Gründen sondiert. So teilte der Stadtarzt Bregemann dem Landgerichtsrat Segall in Magdeburg im Juli 1931 mit, dass derzeit große Schwierigkeiten bestünden, „einen Frauenarzt zu finden, der solche Sterilisationen vornehmen würde“.⁴¹⁵ Im November 1931 äußerte sich der Leiter des Strahleninstituts und konstatierte in Bezug auf den Prozess gegen Hermann Schmerz: „Man könnte den gleichen Weg theoretisch auch in Magdeburg gehen bei entsprechender Indikationsstellung von Seiten städt[ischer] Klinikdirektoren. Es wäre dann aber mit einer Strafuntersuchung gegen die Be-

⁴¹⁰ Vgl. Heidel: Schauplatz Sachsen, S. 131.

⁴¹¹ Vgl. StA Magdeburg, Rep. 38 J V. Nr. 1: Erb- und Rassenpflege (1926–1943), Bd. 5, fol. 388. Auszug eines Artikels in der „Zeitschrift für Gesundheitsverwaltung und Gesundheitsfürsorge“, Nr. 9/31, S. 255. Im Zeitraum von 1930 bis 1933 wurde die „Zeitschrift für Gesundheitsverwaltung und Gesundheitsfürsorge“ vom Leiter des Stadtgesundheitsamtes Halle/Saale, Walter Schnell (1891–1960), herausgegeben.

⁴¹² Vgl. Hödl, Klaus: Die Konturen der „Grazer Rassenhygiene“. In: Freidl, Wolfgang/Sauer, Werner (Hrsg.): NS-Wissenschaft als Vernichtungsinstrument. Rassenhygiene, Zwangssterilisation, Menschenversuche und NS-Euthanasie in der Steiermark, Wien 2004, S. 164–167. Zu Zürich weiterführend Dubach, Roswitha: Verhütungspolitik. Sterilisationen im Spannungsfeld von Psychiatrie, Gesellschaft und individuellen Interessen in Zürich (1890–1970), Zürich 2013, S. 141–230.

⁴¹³ Laut der „Zeitschrift für Gesundheitsverwaltung und Gesundheitsfürsorge“, Nr. 9/31, S. 255: „Der Grazer Chirurg, Prof. Schmerz, wurde im Oktober 1930 angeklagt, weil er in vielen Hunderten von Fällen Ehemänner auf ihren Wunsch unter Zugrundelegung einer sozialen Indikation sterilisiert hatte. Nachdem Schmerz in zwei Instanzen verurteilt worden war, hat nunmehr die Staatsanwaltschaft das Verfahren wegen Verbrechens der schweren körperlichen Beschädigung eingestellt und Schmerz damit rehabilitiert.“ Vgl. StA Magdeburg, Rep. 38 J V. Nr. 1: Erb- und Rassenpflege (1926–1943), Bd. 5, fol. 388.

⁴¹⁴ StA Magdeburg, Rep. 38 J V. Nr. 1: Erb- und Rassenpflege (1926–1943), Bd. 5, fol. 388.

⁴¹⁵ StA Magdeburg, Rep. 38 J V. Nr. 1: Erb- und Rassenpflege (1926–1943), Bd. 5, fol. 399.

teiligten zu rechnen, die, auch wenn sie vom Magistrat geschützt würden, möglicherweise [beziehungsweise] sogar wahrscheinlich heute noch zur Bestrafung gelangten, zumindest sicherlich ein Gerichtsverfahren angehängt bekämen.“⁴¹⁶ Daneben wurden trotz strafrechtlichen Verbots in psychiatrischen Einrichtungen der preußischen Provinz Sachsen Unfruchtbarmachungen vorgenommen, was scheinbar durch den Landeshauptmann geduldet bzw. gestattet wurde.⁴¹⁷

Die exemplarische Diskussion über freiwillige Sterilisation aus sozialen Gründen in Magdeburg zu Beginn der 1930er-Jahre darf nicht mit der zwangsweisen Unfruchtbarmachung aus rassenhygienischen Gründen zum Zweck der Volksaufartung gleichgesetzt werden. Vielmehr bestand zwischen beiden Formen ein erheblicher Unterschied, da in den Augen der Rassenhygieniker durch die freiwillige Sterilisation im Interesse des Betroffenen wertvolles Erbgut verloren gehen könnte. Gleichwohl standen beide Sterilisationsformen in einem diskursiven Zusammenhang, indem Ärzte, die einer Unfruchtbarmachung aus eugenischen Gründen kritisch gegenüberstanden, eine medizinisch indizierte Sterilisation befürworten konnten. „Damit wurde die Opposition der Ärzte gegen eine Verletzung der körperlichen Integrität durch einen operativen Eingriff in den Sexualbereich bei Personen mit bestimmten Leiden aufgehoben und ein ‚intermediäres Feld‘ geschaffen, das zwischen einer strikten Ablehnung der und einer affirmativen Haltung zur rassenhygienischen Sterilisation lag.“⁴¹⁸

Die Diskussionen über die chirurgische Unfruchtbarmachung im Konkreten sowie die zielgerichtete Verhinderung der Fortpflanzung von Frauen und Männern im Allgemeinen am Anfang der 1930er-Jahre kann zusammenfassend als Ingredienz eines biopolitischen Diskurses charakterisiert werden, welcher sukzessive an politischer, medizinisch-psychiatrischer sowie auch gesellschaftlicher Akzeptanz und Überzeugung gewann.⁴¹⁹ Der Zuspruch bedeutete jedoch weder eine dogmatische Internalisierung der diskursiven Implikationen rassenhygienischer Paradigmen noch ein wissenschaftlich fundiertes Verständnis für medizinisch-biologische Erkenntnisse. Der Wille zur Sterilisation speiste sich aus dem Glauben an Gesundheit, der Furcht vor Krankheit

⁴¹⁶ Und weiter: „Ich halte den anderen Weg für besser, nämlich dass auf Grund der laufenden Gerichtsverfahren eine Entscheidung erzwungen werden sollte, bezw. dass gesetzgeberische Maßnahmen verfassungsgemäß getroffen werden sollten, bevor in Magdeburg derartige Eingriffe von behördlicher Seite befürwortet, bezw. geschützt werden.“ StA Magdeburg, Rep. 38 J V. Nr. 1: Erb- und Rassenpflege (1926–1943), Bd. 5, fol. 405–407.

⁴¹⁷ Vgl. Schmuhl: Kontinuität und Diskontinuität, S. 127.

⁴¹⁸ Hödl: Die Konturen der „Grazer Rassenhygiene“, S. 166–167.

⁴¹⁹ Mit Blick auf Wissenschaft und Staat konzidiert Hans-Walter Schmuhl: „Wissenschaft und Staat stimmten in der Zielutopie einer umfassenden Biopolitik überein, die nichts weniger beabsichtigte als die Steuerung der menschlichen Evolution.“ Schmuhl: Grenzüberschreitungen, S. 13.

und der damit einhergehenden wahrgenommenen Notwendigkeit von sozial- und bevölkerungspolitischen Maßnahmen – den Kern des Sterilisationsgedankens im biopolitischen Diskursgefüge bildete aber eine auf männliche und weibliche Andere abzielende bewertende Zuweisung als fremd, krank, anormal, unnütz, asozial, unproduktiv oder fürsorgebedürftig. Mit der nationalsozialistischen Machtübernahme trat eine folgeschwere sinnstiftende Verschiebung ein, indem die betroffenen Frauen und Männer als degenerative Volksschädlinge gekennzeichnet wurden, die zum Ziel des Überlebens und der Stärkung des Volkes selektiert werden mussten.

3.3 Zur Genese des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“

3.3.1 Zur Entstehung des nationalsozialistischen Sterilisationsgesetzes 1932/33

Der preußische Entwurf eines Sterilisationsgesetzes aus dem Jahr 1932 lässt sich vor dem Hintergrund der fortwährenden Diskussionen über bevölkerungspolitische Regulierungsmaßnahmen sowie der Einführung von Eheberatungsstellen als eine logische Fortsetzung eines biopolitischen Diskurses über die generative Bewahrung des deutschen Volkes charakterisieren. Spätestens zu diesem Zeitpunkt galt die Sterilisation als politisch konsensfähige und für erforderlich erachtete bevölkerungspolitische Gestaltungsalternative von selektiver Geburtenregulierung.

Die konkrete Initiative zur Ausarbeitung eines Sterilisationsgesetzes ging vom zentrumsnahen preußischen Landesgesundheitsrat aus, der bereits längere Zeit eine Sitzung zur Durchsetzung eugenischer Maßnahmen plante.⁴²⁰ An der Besprechung des preußischen Landesgesundheitsrats am 2. Juli 1932 zum Thema „Die Eugenik im Dienste der Volkswohlfahrt“ unter Vorsitz von Heinrich Schopohl⁴²¹ (Zentrum) nahmen neben dessen regulären Mitgliedern auch Sachverständige sowie Vertreter von Interessensverbänden und der Zentralbehörden teil.⁴²² Die Sterilisation galt zu diesem Zeitpunkt als adäquates bevölkerungspolitisches Mittel, und nach Ansicht der versammelten Experten würde die Eugenik die entsprechenden Kenntnisse zur Verfügung stellen, die insbesondere in der Zeit höchster wirtschaftlicher Not umgesetzt werden müssten.⁴²³ In der nachfolgenden Diskussion wurde insofern nicht mehr über die Sterilisation als bevölkerungspolitisches Instrument diskutiert, sondern nur noch über die Frage nach „freiwilliger“ oder „zwangsweiser“ Unfruchtbarmachung. In einer anschließend gegründeten Kommission, die aus gemäßigten eugenischen Vertretern bestand und Ende Juli 1932 in Berlin tagte, wurden juristische und medizinisch-wissenschaftliche Gesichtspunkte zur konkreten Abfassung eines Gesetzentwurfs diskutiert.⁴²⁴ Dieser Gesetzentwurf wurde spätestens im Oktober 1932 dem preußischen

⁴²⁰ Zum preußischen Landesgesundheitsrat und zum Reichsgesundheitsrat siehe Saretzki: Reichsgesundheitsrat und Preußischer Landesgesundheitsrat, S. 336–343.

⁴²¹ Heinz Schopohl (1877–1963), Arzt, seit 1929 Leiter des Gesundheitswesens in Preußen. Im Februar 1933 entlassen und bis 1945 ohne Tätigkeit. Ab August 1945 kommissarischer Leiter des „Reichsgesundheitsamts“. Vgl. Tennstedt/Labisch: „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“, Bd. 2, S. 493.

⁴²² Vgl. Die Eugenik im Dienste der Volkswohlfahrt. Bericht über die Verhandlungen eines zusammengesetzten Ausschusses des Preußischen Landesgesundheitsrats vom 2. Juli 1932, Berlin 1932.

⁴²³ Vgl. Die Eugenik im Dienste der Volkswohlfahrt, S. 6–7.

⁴²⁴ Die zuvor an der Besprechung beteiligten rassenhygienischen Vertreter wie Hans Holfelder, Karl Haedenkamp, Kurt Pohlisch oder Ottmar von Verschuer, die nach der Machtübernahme Mitglied

Wohlfahrtministerium übermittelt.⁴²⁵ Zu diesem Zeitpunkt waren die Erfolgsaussichten für einen Gesetzeserlass sowohl in Preußen als auch reichsweit durchaus günstig.

Der preußische Gesetzentwurf stellte die Unfruchtbarmachung unter Voraussetzung der „freiwilligen“ Zustimmung in Aussicht. Auf der Grundlage eines ärztlichen Berichts sollte ein „Ausschuss“, bestehend aus einem Vormundschaftsrichter und zwei approbierten Ärzten, über die Sterilisation entscheiden.⁴²⁶ Die Operation sollte von einem approbierten Arzt vorgenommen werden. Die der Unfruchtbarmachung zugrundeliegenden „Erbkrankheiten“ waren nur vage formuliert. „Eine Person, die an erblicher Geisteskrankheit, erblicher Geistesschwäche, erblicher Epilepsie oder an einer sonstigen Erbkrankheit leidet oder Träger krankhafter Erbanlagen ist, kann operativ sterilisiert werden, wenn sie einwilligt und nach den Lehren der ärztlichen Wissenschaft bei ihrer Nachkommenschaft mit großer Wahrscheinlichkeit schwere körperliche und geistige Erbschäden vorauszusehen sind.“⁴²⁷ Laut der gesetzlichen Konzeption boten die zur Sterilisation ausgewählten Erkrankungen einen erheblichen Ermessensspielraum, der den mit dem Gesetz verfolgten Umfang von potentiell zu sterilisierenden Frauen und Männern deutlich anzeigt. Das weitere Gesetzgebungsverfahren wurde schließlich infolge des sogenannten „Preußenschlags“ und der Einsetzung Hermann Görings als preußischer Innenminister verhindert.⁴²⁸ Die finale Gestaltung eines Sterilisationsgesetzes behielten sich die nationalsozialistischen Machthaber vor.

Die konkrete Ausarbeitung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ fand nach der nationalsozialistischen Machtergreifung und unter Geheimhaltung im Reichsministerium des Innern statt. Federführend war Arthur Gütt beteiligt, der heute als „Vater“ des nationalsozialistischen Sterilisationsgesetzes gilt.⁴²⁹ Eine

der NSDAP wurden und sich an der nationalsozialistischen Sterilisationsgesetzgebung sowie weiteren rassenhygienischen Maßnahmen bis hin zu Menschenversuchen und -tötungen beteiligten, sowie auch Leonardo Conti als Vertreter der NSDAP, später unter anderem Reichsgesundheitsführer, waren an der Ausarbeitung des preußischen Gesetzentwurfs nicht aktiv beteiligt. Vgl. Tennstedt/Labisch: „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“, Bd. 2, S. 393–395.

⁴²⁵ Michael Schwartz beschreibt den Entstehungsverlauf als „entschlossen ‚durchgepackte[n]‘ Vorstoß der im professionellen Komplex Preußens dominierenden Zentrumspolitik und ihr genehmer eugenischer Experten“. Schwartz: Sozialistische Eugenik, S. 322.

⁴²⁶ Vgl. Die Eugenik im Dienste der Volkswohlfahrt, S. 108.

⁴²⁷ Die Eugenik im Dienste der Volkswohlfahrt, S. 107.

⁴²⁸ Vgl. etwa Benzenhöfer: Genese, S. 43–48.

⁴²⁹ Arthur Gütt (1891–1949), Arzt, seit 1932 NSDAP-Mitglied, 1933 Leiter der Abteilung für Volksgesundheit im Reichsinnenministerium, Vorsitzender des „Sachverständigenbeirat[s] für Bevölkerungs- und Rassenpolitik“, neben Ernst Rüdin und Falk Ruttke Kommentator des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ (1934), 1935 Leiter des Amts für Bevölkerungspolitik und Erbgesundheitspflege im Stab des Reichsführers SS (Heinrich Himmler), Mitherausgeber der Zeitschriften „Volk und Rasse“ und „Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie“. Vgl.

wichtige Beratungsfunktion nahm der neu eingerichtete „Sachverständigenbeirat für Bevölkerungs- und Rassenpolitik“ ein, dem in der Arbeitsgruppe II die führenden deutschen Rassenhygieniker wie Hans F. K. Günther,⁴³⁰ Fritz Lenz,⁴³¹ Alfred Plötz⁴³² und Ernst Rüdin⁴³³ angehörten.⁴³⁴ Der einzige Jurist in diesem Beirat war Falk Ruttker,⁴³⁵ der jedoch nicht als Vertreter des Justizministeriums fungierte. Von besonderer Bedeutung war die zentrale Ausarbeitung im Reichsministerium des Innern, wodurch sowohl die Länder als auch andere Ministerien, wie vor allem das Justiz- oder das Finanzministerium, von den Verhandlungen ausgeschlossen waren. Diese ministeriale Kompetenzzuweisung sowie die Bildung eines rassenhygienisch geprägten Sachverständigenbeirats verfolgten nicht nur das Ziel einer strikten Geheimhaltung und sollten auch nicht ausschließlich das Gesetzgebungsverfahren beschleunigen, indem etwaige juristisch-bürokratische Diskussionen im Vorhinein ausgeschlossen wurden. Vielmehr verfolgte diese Zuweisung den Zweck einer Stärkung bevölkerungspolitisch-rassenhygienischer Interessen in der Ausarbeitung des Sterilisationsgesetzes im

Tennstedt/Labisch: „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“, Bd. 2, S. 423–424; Klee: Personenlexikon, S. 210.

⁴³⁰ Hans Friedrich Karl Günther (1891–1968), ab 1930 Lehrstuhl für Rassenkunde an der Universität Jena, seit 1932 NSDAP-Mitglied, 1935 Lehrstuhl in Berlin, Direktor der Anstalt für Rassenkunde, Völkerbiologie und ländliche Soziologie, 1939 Professor in Freiburg. Vgl. Tennstedt/Labisch: „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“, Bd. 2, S. 420–423; Klee: Personenlexikon, S. 208–209; Schwandt, Peter: Hans F. K. Günther. Porträt, Entwicklung und Wirken des rassistisch-nordischen Denkens, Saarbrücken 2008.

⁴³¹ Fritz Lenz (1887–1976), Eugeniker, 1913–1933 Herausgeber der Zeitschrift „Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie“, 1923 erhielt er den ersten Lehrstuhl für Rassenhygiene in München. 1933 Leiter der Abt. Eugenik des KWI für Anthropologie in Berlin. Vgl. Weiß, Hermann: Lenz, Fritz. In: Weiß (Hrsg.): Biographisches Lexikon, S. 296–297; Rissom, Renate: Fritz Lenz und die Rassenhygiene, Husum 1983.

⁴³² Alfred Plötz (1860–1940), Arzt, gilt als Begründer der deutschen Rassenhygiene. Veröffentlichte 1895 „Die Tüchtigkeit der Rasse und der Schutz der Schwachen“, seit 1904 Herausgeber des „Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie“ und 1905 Mitbegründer der „Deutschen Gesellschaft für Rassenhygiene“. Vgl. Tennstedt/Labisch: „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“, Bd. 2, S. 467–470; Klee: Personenlexikon, S. 466; Doebele, Werner: Alfred Plötz (1860–1940). Sozialdarwinist und Gesellschaftsbiologe, Frankfurt/Main 1975.

⁴³³ Ernst Rüdin (1874–1952), Psychiater und 1905 Mitbegründer der „Deutschen Gesellschaft für Rassenhygiene“, Schriftleiter des „Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie“. 1933 „Kommissar des Reichsinnenministeriums für die deutsche Gesellschaft für Rassenhygiene und Obmann der Arbeitsgemeinschaft II für Rassenhygiene und Rassenpolitik des Sachverständigenbeirats für Bevölkerungs- und Rassenpolitik beim Reichsinnenministerium.“ Neben Arthur Gütt und Falk Ruttker Kommentator des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ (1934), seit 1937 NSDAP-Mitglied. Vgl. Tennstedt/Labisch: „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“, Bd. 2, S. 481–483; Klee: Personenlexikon, S. 513; Weber, Matthias M.: Ernst Rüdin. Eine kritische Biographie, Berlin 1993.

⁴³⁴ Vgl. Benzenhöfer: Genese, S. 72–77; Ganssmüller: Erbgesundheitspolitik, S. 34–43.

⁴³⁵ Falk Ruttker (1894–1955), Jurist, seit 1932 NSDAP-Mitglied. Neben Arthur Gütt und Ernst Rüdin Kommentator des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ (1934), seit 1937 Geschäftsführer des Reichsausschusses für Volksgesundheit, 1942 Lehrstuhl für Rasse und Recht an der Universität Jena. Vgl. Tennstedt/Labisch: „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“, Bd. 2, S. 484–485; Klee: Personenlexikon, S. 516.

Sinne der neuen Machthaber.⁴³⁶ Bezug nehmend auf den preußischen Gesetzentwurf wurden seit Mai 1933 unterschiedliche Varianten eines Sterilisationsgesetzes entworfen. Die Unterschiede bestanden in der Definition und Zugrundelegung von „Erbkrankheiten“ sowie in der Zulassung ergänzender medizinischer Eingriffe, etwa in Form von Schwangerschaftsabbrüchen. Rund ein halbes Jahr nach der nationalsozialistischen Machtübernahme wurde das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ am 14. Juli 1933 vom Reichstag beschlossen. Mit Rücksicht auf die Konkordatsverhandlungen mit der katholischen Kirche wurde es jedoch erst am 26. Juli 1933 offiziell verkündet.⁴³⁷

Die im „Deutsche[n] Reichsanzeiger und Preußischen Staatsanzeiger“ im Jahr 1933 veröffentlichte Begründung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ beschrieb nüchtern und formalisiert die Zielrichtung des Sterilisationsgesetzes.⁴³⁸ Das Gesetz wurde nicht explizit als Errungenschaft der neuen nationalsozialistischen Machthaber propagiert, sondern der Gesetzeserlass auf Diskussionen der gesellschaftlichen „Öffentlichkeit“ im Zuge der „nationalen Erhebung“ zurückgeführt. In Anbetracht der beabsichtigten Suggestion eines (volks-) gemeinschaftlichen Sterilisationswillens traten Adolf Hitler oder die NSDAP nicht als Entscheidungsinstanz auf. Vielmehr wurde das Bedürfnis nach einem Sterilisationsgesetz der deutschen Bevölkerung zugewiesen. Zur wissenschaftlichen Untermauerung wurde auf die beteiligten Expertengremien verwiesen, zudem trete der „Sachverständigenbeirat für Bevölkerungs- und Rassenpolitik ebenfalls eindringlich für [die] baldige Einführung der notwendigen Maßnahmen“⁴³⁹ ein. Somit wurde der Eindruck vermittelt, dass die neuen Machthaber lediglich die bestehenden gesellschaftlichen Interessen und wissenschaftlichen Forderungen nach Regulierung des männlichen und weiblichen Fortpflanzungsverhaltens realisierten.

Als konkrete Begründung wurde ein allgemeiner Geburtenrückgang, vor allem von qualitativ hochwertigen Bevölkerungsschichten, beschworen und demgegenüber die hohe Kinderzahl von als „minderwertig“ geltenden Frauen und Männern beklagt. Dieser Prozess führe zu einer maßgeblichen biologischen Schwächung des deutschen Volkes. Gleichzeitig erfordere die Versorgung von „Geistesschwache[n], Hilfsschüler[n], Geistesranke[n] und Asoziale[n]“ erhebliche finanzielle Aufwendungen. Auf

⁴³⁶ Diesbezüglich kann das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ auch als vordergründig sozialpolitisch-medizinisches und weniger als juristisches Phänomen charakterisiert werden.

⁴³⁷ Vgl. Benzenhöfer: *Genese*, S. 87–89; Bock: *Zwangsterilisation im Nationalsozialismus*, S. 88–89.

⁴³⁸ Hier zitiert nach Gütt/Rüdin/Ruttke: *Gesetz und Erläuterungen*, S. 59–62.

⁴³⁹ Gütt/Rüdin/Ruttke: *Gesetz und Erläuterungen*, S. 60.

der Grundlage der wissenschaftlich begründeten Methoden der „Vererbungswissenschaft“ sowie in Anwendung der chirurgischen Unfruchtbarmachung als sicherstes Mittel zur Geburtenverhinderung könne diese degenerative Entwicklung aufgehalten und sogar rückgängig gemacht werden. Das nationalsozialistische Sterilisationsgesetz müsse „demnach als eine Tat der Nächstenliebe und Vorsorge für die kommende Generation angesehen werden“. ⁴⁴⁰ Unter den gesellschaftlichen Bedingungen des Jahres 1933 offenbart diese Argumentationsstrategie einen propagandistischen Politikstil hitlerischer Prägung. ⁴⁴¹ Das massiv in die Persönlichkeitsrechte eingreifendes Gesetz wurde zunächst nicht in unmittelbarem Bezug auf Adolf Hitler oder die NSDAP gestellt. Stattdessen präsentierten sich die neuen Machthaber als Garanten und Vollstrecker gesellschaftlich geteilter Vorstellungen sowie wissenschaftlich begründeter Überzeugungen. Deshalb werden keine spezifischen nationalsozialistischen Vorstellungen propagiert, sondern völkische und nationalistische Auffassungen angesprochen, indem an die latente Angst appelliert wird, dass „in etwa drei Geschlechterfolgen die wertvolle Schicht von der minderwertigen völlig überwuchert ist.“ Diese Entwicklung bedeutet „das Aussterben der hochwertigen Familien, so daß demnach höchste Werte auf dem Spiel stehen; es geht um die Zukunft unseres Volkes.“ ⁴⁴²

Erst die 1934 erschienenen Erläuterungen von Arthur Gütt, Ernst Rüdin und Falk Ruttke, die zudem für den Dienstgebrauch in Gesundheitsämtern und Erbgesundheitsgerichten vorgesehen waren, rückten die maßgebliche Bedeutung Hitlers und des Nationalsozialismus für das Sterilisationsgesetz ins rechte Licht. ⁴⁴³ Hinsichtlich einer zielgerichteten Bevölkerungspolitik zum Erhalt und zur Erstarkung des deutschen Volkes habe sich der schwache „deutsche Parlamentarismus [...] als unfähig erwiesen, [...] dem Übel auf den Grund zu gehen. Dies blieb dem Nationalsozialismus vorbehalten, der sich die Denkweise des Führers zu eigen gemacht hat, in die Tiefe und das Wurzelhafte des Wesens der Dinge und des völkischen Geschehens einzudringen.“ ⁴⁴⁴ In Rekurs auf Hitlers „Mein Kampf“ ⁴⁴⁵ betonen die Verfasser den „Willen unserer

⁴⁴⁰ Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 60.

⁴⁴¹ Vgl. Kershaw: Hitler, 2 Bde.

⁴⁴² Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 60.

⁴⁴³ Die Erläuterungen gewannen den Charakter eines offiziellen Gesetzeskommentars mit Richtlinienkompetenz, deren Bedeutung für die spätere praktische Durchführung nicht unterschätzt werden kann. Vgl. Ley: Zwangssterilisation und Ärzteschaft, S. 46.

⁴⁴⁴ Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, Vorwort.

⁴⁴⁵ Die Autoren zitieren hier folgende Stelle: „Wer körperlich und geistig nicht gesund und würdig ist, darf sein Leib nicht im Körper seines Kindes verewigen! Der Staat muss Sorge tragen, daß nur, wer gesund ist, Kinder zeugen darf. Umgekehrt aber muss es als verwerflich gelten, gesunde Kinder dem Staat vorzuenthalten! Die Forderung, daß defekten Menschen die Zeugung anderer, ebenso defekter Nachkommen unmöglich gemacht wird, ist eine Forderung klarster Vernunft und

Regierung, den Volkskörper zu reinigen und die krankhaften Erbanlagen allmählich auszumerzen! Das Gesetz ist demnach als eine Bresche in das Geröll und die Kleinmütigkeit einer überholten Weltanschauung und einer übertriebenen selbstmörderischen Nächstenliebe der vergangenen Jahrhunderte aufzufassen. Es ist aber noch etwas anderes, was als Grundgehalt des Gesetzes Bedeutung erlangt, das ist das Primat und die Autorität des Staates, die er sich auf dem Gebiet des Lebens, der Ehe und Familie endgültig gesichert hat.“⁴⁴⁶ Die Verfasser, die maßgeblich an der Ausarbeitung des Sterilisationsgesetzes beteiligt waren, betonen nun die Bedeutung des Nationalsozialismus und insbesondere Hitlers. Die Herausstellung der nationalsozialistischen Initiative sowie der hitlerischen Prophezeiung erfüllte im engen dienstlichen Rahmen insbesondere die Funktion, die Bedeutung der neuen nationalsozialistischen Machthaber gebührend zu würdigen, aber auch die amtliche Durchführung durch Ärzte und Richter anzuleiten, anzuspornen und staatlich-persönliche Bindekräfte herzustellen.⁴⁴⁷

Die zeitliche Entstehung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ kann im Vergleich zu den „trägen“ demokratischen Entscheidungsstrukturen in der Weimarer Republik als rasant beschrieben werden. Der für ein Gesetzgebungsverfahren ungemein kurze Zeitraum von knapp einem halben Jahr wird in der historischen Forschung als bedeutsamer Beleg für die zielgerichteten rassen- und bevölkerungspolitischen Interessen der Nationalsozialisten infolge der Erringung der politischen Macht angesehen. Natürlich verfolgten die neuen Machthaber eine zielgerichtete Bevölkerungspolitik, die sich in einem ersten Schritt gegen die deutsche Bevölkerung richtete. Jedoch dürfen die zeitlichen und diskursiven Rahmenbedingungen des Gesetzeserlasses nicht vernachlässigt werden. Einerseits beruhte das nationalsozialistische Sterilisationsgesetz auf medizinisch-biologischen Vorstellungen des ausgehenden 19. Jahrhunderts, welche sich in der Weimarer Republik verschärften. Andererseits konnten die Nationalsozialisten auf eine Gesetzesvorlage zurückgreifen, die parteiübergreifende Zustimmung erfahren hatte. Zudem spielte die gesellschaftlich-politische Situation der Jahre 1933 und 1934 eine außerordentliche Rolle.

bedeutet in ihrer planmäßigen Durchführung die humanste Tat der Menschlichkeit. Sie wird Millionen von Unglücklichen unverdiente Leiden ersparen, in der Folge aber zu einer steigenden Gesundheit überhaupt führen.“ Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, Vorwort.

⁴⁴⁶ Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, Vorwort.

⁴⁴⁷ Die nationalsozialistische Propaganda für das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ kann im Rahmen der vorliegenden Untersuchungen nicht gebührend analysiert werden. Weiterführend etwa Makowski, Christine Charlott: Eugenik, Sterilisationspolitik, ‚Euthanasie‘ und Bevölkerungspolitik in der nationalsozialistischen Parteipresse, Husum 1996.

Die nationalsozialistischen Machthaber initiierten eine „Revolution“ und gaben ihrer „Machtergreifung“, den diktatorischen Veränderungen sowie der massiven Verfolgung politischer Gegner ein revolutionäres gemeinschaftliches Gepräge.⁴⁴⁸ Die propagandistisch inszenierte sowie mit Gewalt begleitete Atmosphäre des Wandels und der Veränderung machten sich die Nationalsozialisten auch in Hinblick auf die ungewisse politische Tragfähigkeit ihrer Machtposition zunutze.⁴⁴⁹ In diesem Zusammenhang muss auch auf die Vielzahl von Gesetzen und Verordnungen des Jahres 1933 hingewiesen werden, die maßgeblich zur diktatorischen Umgestaltung beitrugen.⁴⁵⁰ Im Wirkungsumfeld der massiven herrschaftlichen Eingriffe konnte ein Sterilisationsgesetz, das für sich genommen keineswegs als eine politisch-diskursive Neuheit gelten kann, für unbeteiligte Bevölkerungsgruppen als „Randnotiz“ erscheinen. Kritische Bevölkerungskreise, wie etwa die katholische Kirche, verhielten sich in Anbetracht der gesellschaftlichen Veränderungen abwartend und ruhig. Demgegenüber galt politischen, medizinischen oder auch gesellschaftlichen Befürwortern eugenisch-rassenhygienischer Maßnahmen das Sterilisationsgesetz als eine Offerte. Für nationalsozialistische Parteigänger verwirklichte sich mit dem Gesetz gar ein Teil der von ihnen angestrebten volksgemeinschaftlichen Visionen. Arthur Gütt als „Gesetzesvater“ resümierte diese gesellschaftliche Situation im Jahr 1937 folgendermaßen: „Es war klar, daß man zunächst auf dem Gebiete der reinen Rassenhygiene etwas schneller vorwärts kommen konnte, weil da nicht so viele wirtschaftliche und finanzielle Schwierigkeiten zu überwinden waren, sondern es sich nur darum handelte, Grundsätze aufzustellen und in die Tat umzusetzen, die man als richtig erkannt hatte.“ Und weiter: „Ein Gesetz, das so stark in das Recht der Persönlichkeit auf Fortpflanzung eingreift, war überhaupt nur nach einem solchen Umschwung wie im Jahre 1933 möglich, und es wäre heute wahrscheinlich sehr viel schwieriger, ein solches Gesetz herauszubringen.“⁴⁵¹ Diese Einschätzung verdeutlicht das Bündnis sowie die Interessenübereinkunft zum Zwecke der zielgerichteten „Selektion“ von männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“

⁴⁴⁸ Zur nationalsozialistischen Machtübernahme die Beiträge in Wirsching, Andreas (Hrsg.): Das Jahr 1933. Die nationalsozialistische Machteroberung und die deutsche Gesellschaft, Göttingen 2009.

⁴⁴⁹ Die politische Instabilität nach der Machtübernahme der Nationalsozialisten im Januar 1933 darf nicht mit der diktatorischen Machtfülle ab etwa 1936/37 verwechselt werden. Vgl. Kershaw, Ian: Hitler. Bd. 1: 1889–1936, S. 471–626; Broszat, Martin: Der Staat Hitlers, 15. Aufl., München 2000, S. 82–129, 326–362.

⁴⁵⁰ Hier sei stellvertretend hingewiesen auf die Notverordnung „Zum Schutz des deutschen Volkes“ vom 4. Februar 1933, die Verordnung „Zum Schutz von Volk und Staat“ vom 28. Februar 1933, das „Gesetz zur Behebung der Not von Volk und Staat“ (Ermächtigungsgesetz) vom 23. März 1933, das „Gesetz zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums“ vom 7. April 1933 sowie etwa das „Gesetz gegen die Neubildung von Parteien“ vom 14. Juli 1933.

⁴⁵¹ Zitiert nach Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 89, 91.

zwischen Nationalsozialismus und Rassenhygiene. Gleichzeitig rekurriert diese Allianz auf die ungemaine Tragweite des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“, die den neuen Machthabern und behördlichen wie medizinischen Gesetzesinitiatoren bewusst war und zur Mitte der 1930er-Jahre zu erheblichen politischen Diskussionen und persönlichen Widerständen führte.

Die Betrachtung der Entstehungsgeschichte des Sterilisationsgesetzes, die nicht nur Arthur Güttts Einschätzung folgt oder in der moralisch-politischen Verantwortung nationalsozialistischer Verbrechen verharrt, verdeutlicht, dass es sich keineswegs um eine einseitige und diktatorische Initialisierung der zwangsweisen Geburtenverhinderung handelte. Das Gesetz entstand und wirkte als Interessenkorrelat zwischen den neuen Machthabern und Teilen der Beherrschten, die in der vermeintlichen Notwendigkeit eines gouvernementalen biopolitischen Regulierungsmechanismus übereinstimmten. Das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ war keine diktatorische Usurpation über den männlichen und weiblichen Volkskörper, sondern es schuf einen sinnhaften und sinnstiftenden Handlungsrahmen im Gefolge eines bestehenden biopolitischen Diskurses. Es handelte sich dementsprechend um ein gesetzliches Novum, das den Nationalsozialismus zur Durchsetzung benötigte, dessen Praktizierung jedoch keiner Nationalsozialisten bedurfte.⁴⁵²

3.3.2 Der normative Handlungsrahmen des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ (1933–1945)

Die Ausführungen des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ und der ergänzenden Durchführungsverordnungen bilden einen normativen Handlungsrahmen der nationalsozialistischen Zwangssterilisation ab. Zugleich verweisen die begleitenden Reglementierungen bereits auf bürokratische, medizinische und juristische Anpassungsleistungen, um die Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ bevölkerungspolitisch zu steuern, administrative Probleme zu lösen sowie an zeitgenössischen Umständen auszurichten. Dergestalt spiegelt die Untersuchung der normativen Reglementierungen die zeitlichen Phasen der nationalsozialistischen Zwangssterilisation grob wider.⁴⁵³ Insgesamt handelt sich um ein starres wie

⁴⁵² In Bezug auf die gängige Sterilisationspraxis vor 1933 betont Gisela Bock: „So häufig Zeitgenossen auch den ‚revolutionären‘ Charakter der nationalsozialistischen Sterilisationspolitik betonten, war doch nicht die rassenhygienische Sterilisation an sich revolutionär, sondern ihre durch das nationalsozialistische Regime ermöglichte Legalisierung, Verstaatlichung und konsequente Anwendung in einem bis dahin unbekanntem Ausmaß.“ Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 50.

⁴⁵³ Mit Inkrafttreten des nationalsozialistischen Sterilisationsgesetzes am 1. Januar 1934 bis etwa zur Jahresmitte 1936 kann eine erste Phase ausgemacht werden, die durch eine intensive Durchsetzung

bewegliches administratives Normen- und Anweisungsgefüge, welches der Durchführung eine Struktur verlieh und von den beteiligten medizinischen und gerichtlichen Behörden und Berufsgruppen umgesetzt und sinnhaft ausgefüllt werden musste. Dementsprechend bietet die Betrachtung von maßgeblichen Regelungen zuzüglich zeitlicher Veränderungen einen basalen Handlungsrahmen für die Untersuchung der mikropraktischen Durchführung des Sterilisationsgesetzes in der preußischen Provinz Sachsen.⁴⁵⁴ Dieses normative Muster darf jedoch nicht mit der praktischen Umsetzung verwechselt werden, da es sich sowohl um dehbare Reglementierungen handelte als auch die normativen Grundsätze auf lokale Hindernisse stießen, die eine entsprechende Durchführung unterliefen.

Das nationalsozialistische Sterilisationsgesetz wurde seitens des Reichs- und Preußischen Ministeriums des Innern sowie des Reichsjustizministeriums mithilfe von Durchführungsverordnungen und gesetzlichen Veränderungen geregelt und gesteuert. Die jeweiligen Verordnungen und Änderungen wurden für die preußischen Länder den zuständigen Regierungspräsidenten übermittelt, die ihrerseits die verantwortlichen Amtsärzte oder Landräte informierten – von dieser staatlichen Lenkung durch die obersten Reichsbehörden müssen die regional ausgerichteten Dienstanweisungen der Regierungspräsidenten als mittlere Verwaltungsbehörde unterschieden werden.

Die Kompetenzhoheit der medizinisch-bürokratischen Lenkung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ oblag im Anschluss an die gesetzliche Ausarbeitung dem Reichsinnenministerium. Demgegenüber war das Reichsjustizministerium für die juristische Durchführung vor den Erbgesundheitsgerichten verantwortlich. Infolge dieser Ressortaufteilung mussten einerseits innenpolitische und juristische Zuständigkeiten geregelt und andererseits auch Vereinbarungen mit anderen Geschäftsbereichen, wie etwa dem Finanzministerium, über die Durchführung des Sterilisationsgesetzes getroffen werden.⁴⁵⁵

gekennzeichnet war. Zwischen 1936 und 1939 kann eine zweite Phase konstatiert werden, die infolge innenpolitischer Auseinandersetzungen, gesetzlicher Anpassungen sowie eines Rückgangs der Unfruchtbarmachungen als „Krise der nationalsozialistischen Zwangssterilisation“ bezeichnet werden kann. Eine dritte Phase schließt den Zeitraum von 1939 bis 1945 ein, der durch einen weiteren Rückgang sowie erheblichen Bedeutungsverlust gekennzeichnet ist. Vgl. etwa Walter, Bernd: Psychiatrie und Gesellschaft in der Moderne. Geisteskrankenfürsorge in der Provinz Westfalen zwischen Kaiserreich und NS-Regime, Paderborn 1996, S. 597–602.

⁴⁵⁴ Aufgrund des regionalen Bezugs der vorliegenden Untersuchung bleiben die Durchführungsverordnungen für die annektierten und besetzten Gebiete unberücksichtigt. Ebenso wird die Zwangssterilisation von männlichen und weiblichen Zwangsarbeitern vernachlässigt, da sie auch aufgrund der Überlieferungslage zur preußischen Provinz eine untergeordnete Rolle spielte. Hierzu immer noch Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 429–450.

⁴⁵⁵ Daneben versuchten seit 1933 der „Reichsärzteführer“ Gerhard Wagner (1888–1939) sowie das neu gegründete „Hauptamt für Volksgesundheit“ vergeblich, die parteipolitischen Ziele der

Bis 1944 erschienen eine gesetzliche Änderung und sieben zentrale Durchführungsverordnungen.⁴⁵⁶ Eine eingehende Darlegung der Verordnungen und Durchführungshinweise wird durch die Charakteristik von veröffentlichten und nicht-veröffentlichten Bestimmungen sowie auch der Vielzahl von erlassenen Reglementierungen konterkariert. So zählt die von Hans Reiter (1881-1969), Präsident des Reichsgesundheitsamtes, und Bernhard Möllers (1878-1945), Oberregierungsrat im Reichsgesundheitsamt, herausgegebene Gesetzessammlung zur Erb- und Rassenpflege aus dem Jahr 1940 für das nationalsozialistische Sterilisationsgesetz 80 „gültige Gesetze, Verordnungen, Durchführungsbestimmungen, Rundschreiben, Merkblätter usw.“ auf.⁴⁵⁷

Die von Hans Reiter und Bernhard Möllers bis zum Jahresende 1939 erfassten 80 gültigen Bestimmungen und Gesetzesänderungen können als Hinweis für einen erhöhten Lenkungsbedarf des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ betrachtet werden. Die hohe staatliche Einflussnahme kann insbesondere für den Zeitraum von 1934 bis 1936 konstatiert werden, indem 53 ergänzende Erlasse angeordnet wurden.⁴⁵⁸ Ein wesentlicher Grund dieses Reglementierungsbedarfs lag etwa darin, dass es sich beim nationalsozialistischen Sterilisationsgesetz um ein rechtlich-büro-

NSDAP auf dem Gesundheitssektor durchzusetzen. Diese Konfrontationen wurden 1939 zugunsten parteipolitischer Interessen entschieden, indem Leonardo Conti als „Reichsärztführer“ und Leiter des „Hauptamtes für Volksgesundheit“ die Nachfolge von Arthur Gütt als verantwortlicher Staatssekretär in der Abteilung für Volksgesundheit im Reichsinnenministerium besetzte. Im Jahr 1942 wurde Karl Brandt (1904–1948), Leibarzt Adolf Hitlers, zunächst zum General- und später zum Reichskommissar für das Sanitäts- und Gesundheitswesen zur Koordinierung des zivilen und militärischen Gesundheitswesens. Hierdurch wurde eine weitere Kompetenzhoheit auf dem Gesundheitssektor installiert, was zu persönlichen Spannungen sowie ungeklärten und umkämpften Verantwortungsbereichen führte. Vgl. Schmidt, Ulf: Hitlers Arzt Karl Brandt, S. 268–323, 466–507; Vgl. Eckart: Medizin in der NS-Diktatur, S. 89–100. Siehe auch Kap. 3.4.1.

⁴⁵⁶ Der rechtlich-administrative Korpus umfasst das ursprüngliche Gesetz und eine gesetzliche Änderung vom Februar 1936, weiterhin sieben, zeitlich fortlaufend benannte, Durchführungsverordnungen zwischen 1933 und 1944 sowie eine, nummerisch nicht genauer bezeichnete, Verordnung vom August 1939.

⁴⁵⁷ Vgl. Möllers, Bernhard/Reiter, Hans (Hrsg.): Erb- und Rassenpflege. Sammlung Deutscher Gesundheitsgesetze, Bd. 1, Leipzig 1940, S. 1, Kap. F, S. 7–12. Diese Zusammenstellung beruhte unter anderem auf dem Reichsgesetzblatt, Reichsministerialblatt, dem Ministerialblatt des Reichs- und Preußischen Ministeriums des Innern sowie unterschiedlichen Amtsblättern wie etwa dem Reichsgesundheitsblatt. Vgl. Möllers/Reiter (Hrsg.): Erb- und Rassenpflege, S. 1. Die jährlichen Gesamtveröffentlichungen des Ministerialblatt des Reichs- und Preußischen Ministeriums des Innern sowie des Reichsjustizministeriums beinhalten die veröffentlichten Anordnungen. Sie dokumentieren die monatlichen Steuerungsversuche und verweisen dementsprechend auf zeitgenössische Problemlagen. Vgl. Ministerialblatt für die Preußische innere Verwaltung, hrsg. vom Reichs- und Preußischen Ministerium des Innern [MBliV], Jg. 95 (1934) bis Jg. 96 (1935); folgend Ministerialblatt des Reichs- und Preußischen Ministeriums des Innern [MBliV], Jg. 97 (1936) bis Jg. 105 (1944/45). Hierbei handelt es sich um veröffentlichte Anweisungen. Nicht-veröffentlichte Durchführungsbestimmungen, etwa zur Nachweisführung von Todesfällen oder zu kriegsbedingten Einschränkungen vom 31. August 1939, wurden nicht abgedruckt.

⁴⁵⁸ Möllers/Reiter: Erb- und Rassenpflege, Kap. F, S. 7–12.

kratisches Novum handelte, welches finanzielle, innenpolitische, juristische und medizinische Reglementierungen einschloss. In den folgenden Jahren ließ die staatliche Steuerungspolitik durch ergänzende Anordnungen nach, was als Indiz dafür gelten könnte, dass ein im Sinne der bevölkerungspolitischen Interessen des Nationalsozialismus hinreichender normativer Organisationsrahmen geschaffen worden war. Zugleich könnte der Rückgang auch die „Krise der Zwangssterilisation“ sowie einen beginnenden Bedeutungsverlust der operativen Unfruchtbarmachung widerspiegeln. Mit Kriegsbeginn 1939 sowie im Fortgang der Kriegshandlungen wurde die Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation sukzessive eingeschränkt.

Das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ umfasste 18 Paragraphen und fungierte als juristisches und administratives Gerüst.⁴⁵⁹ Es erläutert das Ziel und zählt die als „Erbkrankheit“ definierten Krankheitsformen auf, skizziert den Verfahrensablauf und listet die am Verfahren beteiligten medizinischen und juristischen Behörden auf. Weiterhin werden Kostenfragen, aber auch die Schweigepflicht der beteiligten Personen kurz dargelegt. Im sprachlichen Duktus ist der Gesetzestext nüchtern und vermeidet propagandistisch-politische Schärfe oder Terminologie. Die bürokratischen Anordnungen zur Durchführung des Sterilisationsgesetzes lagen zum Zeitpunkt der Veröffentlichung am 26. Juli 1933 noch nicht vor und sollten bis zum Inkrafttreten des Gesetzes am 1. Januar 1934 erlassen werden.⁴⁶⁰ Die erste Vorschrift wurde am 5. Dezember 1933 mit der „Verordnung zur Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ veröffentlicht.⁴⁶¹ Im Jahr 1934 erschien zudem die erste Ausgabe des sogenannten „Gesetzeskommentars“, der als Handreichung für Gesundheitsämter und Erbgesundheitsgerichte einen Überblick über die rassenhygienischen Ziele und medizinisch-gerichtlich-bürokratischen Bedingungen gab und einen wesentlichen Einfluss auf die Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation nehmen sollte.⁴⁶²

Der Sterilisation von als „erbkrank“ geltenden Frauen und Männern als zentrales Axiom des Sterilisationsgesetzes (§ 1, Abs. 1) wohnt dabei eine besondere sprach-

⁴⁵⁹ RGBL. I, Jg. 1933, Nr. 86, S. 529–531.

⁴⁶⁰ § 17 erläutert dazu: „Der Reichsminister des Innern erläßt im Einvernehmen mit dem Reichsminister der Justiz die zur Durchführung dieses Gesetzes erforderlichen Rechts- und Verwaltungsvorschriften.“

⁴⁶¹ RGBL. I, Jg. 1933, Nr. 138, S. 1021–1036.

⁴⁶² Vgl. Ley: Zwangssterilisation und Ärzteschaft; eine zweite Ausgabe erschien im Jahr 1936. Deshalb dient der Gesetzeskommentar von Gütt, Rüdin, Ruttke als wichtiger Nachweis von gesetzlichen und administrativen Reglementierungen sowie medizinisch-erbbiologischen Erläuterungen.

liche Charakteristik inne, die in Verbindung mit der Aufzählung der gesetzlich definierten Erbkrankheiten eine definatorische Ein- und Entgrenzung vornimmt und sowohl auf beabsichtigte als auch auf gebändigte bevölkerungspolitische Zielrichtungen hindeutet: „Wer erbkrank ist, kann durch chirurgischen Eingriff unfruchtbar gemacht werden, wenn nach den Erfahrungen der ärztlichen Wissenschaft mit großer Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist, daß seine Nachkommen an schweren körperlichen oder geistigen Schäden leiden werden.“⁴⁶³ Absatz 2 listet anschließend die im Sinne des Gesetzes als „Erbkrankheiten“ definierten Erkrankungen auf: angeborener Schwachsinn, Schizophrenie, zirkuläres (manisch-depressives) Irresein, erbliche Fallsucht, erblicher Veitstanz, erbliche Blindheit, erbliche Taubheit, schwere körperliche Missbildung.⁴⁶⁴ Hierbei handelt es sich nach heutigen medizinischen Einordnungen um fünf psychiatrisch-neurologische Krankheitsbilder sowie drei körperliche Behinderungen. Diese Auflistung von „Erbkrankheiten“ wurde durch einen Passus ergänzt, der festlegte: „Ferner kann unfruchtbar gemacht werden, wer an schwerem Alkoholismus leidet.“⁴⁶⁵ Die gesetzliche Separierung von Alkoholismus als Suchterkrankung war dem Umstand geschuldet, dass medizinisch-biologische Ergebnisse zur Vererbung fehlten. Alkoholismus galt in diesem Sinne nicht als „Erbkrankheit“ an sich, sondern als Symptom einer erblichen Erkrankung.

Die nunmehr im nationalsozialistischen Sterilisationsgesetz definierten „Erbkrankheiten“ bildeten im Vergleich zum preußischen Gesetzesentwurf eine bedeutende Erweiterung. In Hinblick auf die seit Beginn des 20. Jahrhunderts wiederholt formulierten Forderungen einer Regulierung des männlichen und weiblichen Fortpflanzungsverhaltens überrascht die Auswahl von medizinisch-biologischen und soziobiologischen „Erbkrankheiten“ jedoch nicht.⁴⁶⁶ Eine explizite Begründung der Auswahl findet sich wiederum nicht, stattdessen betont etwa die gesetzliche Begründung

⁴⁶³ RGBI. I, Jg. 1933, Nr. 86, S. 529; Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 57.

⁴⁶⁴ Vgl. RGBI. I, Jg. 1933, Nr. 86, S. 529; Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 57.

⁴⁶⁵ RGBI. I, Jg. 1933, Nr. 86, S. 529; Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 57.

⁴⁶⁶ Siehe Kap. 3.2.2. So hatte etwa Gustav Boeters in seiner sogenannten „Lex Zwickau“ aus dem Jahr 1925 die Sterilisation von Frauen und Männern gefordert, die an „angeborener Blindheit“, „angeborener Taubheit“, „Schwachsinn“ oder an Fallsucht litten sowie „geisteskrank“ oder „geisteschwach“ seien, was am ausbleibenden Erfolg in der Volksschule, der Verübung von Straftaten oder bei Frauen und Mädchen an der Geburt von Kindern, deren Vater nicht ermittelt werden könne, nachweisbar wäre. Vgl. Boeters, Gustav: Lex Zwickau. Entwurf zu einem Gesetz für den Deutschen Reichstag über „Die Verhütung unwerten Lebens durch operative Maßnahmen“ in der Fassung vom 18. Oktober 1925. In: Zeitschrift für Sexualwissenschaft, Jg. 13 (1926/1927), H. 4, S. 139–149; siehe auch Schwartz: Sozialistische Eugenik, S. 274–277; Benzenhöfer: Genese, S. 22–27; Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 44–60.

summarisch die wissenschaftlich nachgewiesene Erblichkeit der genannten Diagnosen.⁴⁶⁷ Daneben sei sich der Gesetzgeber bewusst, dass das Gesetz „nicht alle Erbkranken, vor allen Dingen nicht alle leichteren Fälle von Geistesstörungen und auch nicht die gesunden Träger von Erbkrankheiten erfassen kann“.⁴⁶⁸ Aus diesem Grund „ist zu betonen, daß das Gesetz nur ein beachtlicher Anfang auf dem Wege der Vorsorge für das kommende Geschlecht ist und daß beim Fortschreiten der wissenschaftlichen Erkenntnisse über die Vererbung anderer Krankheiten stets die Möglichkeiten der Ergänzung besteht“.⁴⁶⁹ Eine Erweiterung der gesetzlichen Grundlage war in den Augen der nationalsozialistischen Machthaber nicht umsetzbar, „da die Mehrzahl des deutschen Volkes dies noch nicht verstanden hätte. Eine solche Maßnahme würde voraussetzen, daß die breite Masse des Volkes erbmäßig zu denken versteht, was zur Zeit noch nicht der Fall ist.“⁴⁷⁰ Die Begrenzung auf die gesetzlich definierten „Erbkrankheiten“ beruhte neben medizinisch-biologischen vor allem auf politischen Erwägungen im Zuge der nationalsozialistischen Machtergreifung, um etwa gesellschaftlicher Unruhe und Misstrauen im Rahmen der herrschaftlichen Konsolidierung vorzubeugen. Zugleich dienten aber nicht nur das Gesetz, sondern ebenso die definierten „Erbkrankheiten“ als Ausgangspunkt von umfassenden, ja visionären bevölkerungspolitischen Maßnahmen im Dritten Reich.

Im Hinblick auf die Praktizierung des nationalsozialistischen Sterilisationsgesetzes sind insbesondere die Regelungen zur Erfassung von „erbkrankverdächtigen“ Frauen und Männern, zur Antragsstellung, zum Gerichtsprozess sowie zum chirurgischen Eingriff von außerordentlicher Bedeutung. Paragraf 1, Absatz 1 definiert die vom Sterilisationsverfahren betroffenen Personen oder deren gesetzlichen Vertreter bzw. Pfleger als antragsberechtigt.⁴⁷¹ Dem Antrag sei ein Merkblatt „beizufügen, daß der Unfruchtbarzumachende über das Wesen und die Folgen der Unfruchtbarmachung aufgeklärt worden ist“.⁴⁷² In der gesetzlichen Begründung wurde ein nicht unwesentlicher Anteil von Selbstanzeigen der betroffenen Frauen und Männer prognostiziert,

⁴⁶⁷ Zu den ausgewählten Krankheitsformen „ist zu sagen, daß das Gesetz sich absichtlich auf diejenigen Krankheiten beschränkt, bei denen der Erbgang wissenschaftlich hinreichend erforscht ist. Ein Verlust wertvollen Erbgutes ist bei den in Frage kommenden Erbkranken nicht zu befürchten.“ Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 61.

⁴⁶⁸ Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 60.

⁴⁶⁹ Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 60.

⁴⁷⁰ Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 173.

⁴⁷¹ Vgl. RGBl. I, Jg. 1933, Nr. 86, S. 529; Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 56.

⁴⁷² RGBl. I, Jg. 1933, Nr. 86, S. 529; Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 56. Dieses in der ersten Durchführungsverordnung vom 5. Dezember 1933 veröffentlichte Merkblatt beschrieb kurz den Zweck und die Form der Operation und versicherte, dass weder „gesundheitliche Störungen“ noch das „Geschlechtsempfinden“ sowie die „Fähigkeit zum Geschlechtsverkehr“ beeinflusst

da „derjenige, dessen Unfruchtbarmachung zum Nutzen der Volksgesundheit notwendig ist, in vielen Fällen selbst die nötige Einsicht aufbringen wird, um die Sterilisierung zu beantragen“.⁴⁷³ Diese Prognose einer hohen Freiwilligkeit kann als Täuschung oder zumindest als strategisches Kalkül zur Relativierung des gesetzlichen Zwangscharakters angesehen werden. Hierfür sprechen auch die in der „Begründung“ und im Gesetzeskommentar wiederholten Einschätzungen, dass die deutsche Bevölkerung die anvisierte Erbbiologie und ihre Konsequenzen in Gänze noch nicht internalisiert und verstanden hätte.

Die vage Hoffnung auf eine breite freiwillige Antragsstellung erfüllte sich bekanntlich nicht.⁴⁷⁴ Aus diesem Grund besaß nach Paragraph 3 das Antragsrecht des „örtlich zuständige[n] Amtsarzt[es]“ und seines Stellvertreters maßgebliche Bedeutung und stellte die Grundlage dafür dar, dass die Amtsärzte nachhaltigen Einfluss auf die Durchführung des Sterilisationsgesetzes nehmen konnten.⁴⁷⁵ Zum antragsberechtigten Personenkreis zählte „für die Insassen einer Kranken-, Heil- oder Pflegeanstalt oder eine Strafanstalt der Anstaltsleiter“.⁴⁷⁶ Zu den Pflegeanstalten wurden ebenso Fürsorgeerziehungsanstalten gerechnet. Demzufolge waren neben den Amtsärzten auch alle leitenden Ärzte von medizinisch-fürsorglichen Einrichtungen zur Antragsstellung verpflichtet. Die Antragsstellung war nicht persönlichen Interessen oder Vorstellungen der antragsstellenden Person freigestellt, sondern beruhte auf seiner Amtsstellung, durch die er gesetzlich verpflichtet war, das Sterilisationsgesetz durchzuführen: „Es ist also nicht in das Belieben des Amtsarztes gestellt, ob er den Antrag stellt, sondern die Antragsstellung gehört zu seinen Amtspflichten, wenn die Voraussetzungen im Sinne dieses Gesetzes gegeben sind.“⁴⁷⁷

Die Regelungen zur Antragsstellung wurden durch die Vorschriften zur Anzeige- und Meldepflicht ergänzt. Jeder approbierte Arzt sowie „sonstige Personen, die sich mit der Heilbehandlung, Untersuchung oder Beratung von Kranken befassen“,⁴⁷⁸ wurden zur Anzeige von „erbkrank“ erscheinenden Frauen und Männern gesetzlich

werden würden. Vgl. RGBl. I, Jg. 1933, Nr. 138, S. 1023; Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 67. Weiterführend siehe Kap. 8.3.2.

⁴⁷³ Gütt, Rüdin, Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 61.

⁴⁷⁴ Zur Erfassung von als „erbkrank“ geltenden Frauen und Männern siehe Kap. 4.

⁴⁷⁵ Das „Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ war zu diesem Zeitpunkt noch keineswegs beschlossen, jedoch bereits absehbar. Zum staatlichen Gesundheitswesen und den leitenden Amtsärzten siehe Kap. 3.4.1 und 3.4.2 dieser Untersuchung. Daneben waren auch Gerichtsärzte und ihre jeweiligen Stellvertreter berechtigt, einen Sterilisationsantrag zu stellen.

⁴⁷⁶ RGBl. I, Jg. 1933, Nr. 86, S. 529; Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 56.

⁴⁷⁷ Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 140.

⁴⁷⁸ Vgl. RGBl. I, Jg. 1933, Nr. 138, S. 1021; Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 137.

verpflichtet. Die Meldepflicht war allerdings nur vage formuliert, und es fehlten konkrete Hinweise zur meldepflichtigen Personen- oder Berufsgruppe. Sie bildete jedoch eine nicht zu vernachlässigende Grundlage für die Erfassung von „erbkrankverdächtigen“ Frauen und Männern und kann durchaus als eine gesellschaftliche Denunziationserlaubnis verstanden werden. „Eine Person, die an einer Erbkrankheit oder an schwerem Alkoholismus leidet, ist ohne Rücksicht darauf dem zuständigen Amtsarzt zu melden, ob es sich um ein Kind unter 10 Jahren oder um eine Person in hohem Alter handelt, oder ob der Antrag noch nicht gestellt werden kann oder der Eingriff sonst unterbleiben muss, oder ob dauernde Anstaltsbedürftigkeit vorliegt. Es bestehe dadurch die Möglichkeit, alle erbkranken Personen zu erfassen und listenmäßig zu führen.“⁴⁷⁹

Die Ausführungen zur Anzeigepflicht, die bei Versäumnis unter Geldstrafe gestellt wurde, sowie insbesondere zur Meldepflicht von „erbkrankverdächtigen“ Frauen und Männern zielten auf eine umfassende Erfassung und Verhinderung von erbbiologischer „Minderwertigkeit“ im Dritten Reich.⁴⁸⁰ Diese biopolitische Utopie sollte seit 1936 durch die „erbbiologische Bestandsaufnahme“ der gesamten deutschen Bevölkerung forciert werden.⁴⁸¹ Zugleich sind die Hinweise zur Anzeige- und Meldepflicht als Auftrag und Handlungsoption zu charakterisieren, indem beamtete Ärzte Hinweise auf „erbkrank“ Personen sowohl ernst nehmen und überprüfen als auch nicht-medizinische Berufsgruppen in die Erfassung einbeziehen sollten. Dementsprechend zeichnet sich hier nicht nur das Kalkül ab, die gesellschaftliche Dynamik ab 1933 sowie Vorurteile gegenüber „fremden“, anormalen, leistungsschwachen oder asozialen Bevölkerungsteilen miteinzubeziehen, sondern das staatliche Denunziationsangebot ermöglichte die Meldung durch männliche und weibliche Personenkreise, die keine medizinische, psychiatrische oder rassenhgienische Bildung besaßen.

Die auf der Grundlage von Meldungen oder Anzeigen erfassten Frauen und Männer produzierten insbesondere in den Amtsstuben des öffentlichen Gesundheitswesens eine Kameralistik potentieller erbbiologischer „Minderwertigkeit“. „Erbkrankverdächtige“ Frauen und Männer sollten vom zuständigen Amtsarzt begutachtet

⁴⁷⁹ Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 138.

⁴⁸⁰ RGBl. I, Jg. 1933, Nr. 138, S. 1022; Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 138–139.

⁴⁸¹ Vgl. Roth, Karl Heinz: „Erbbiologische Bestandsaufnahme“ – ein Aspekt „ausmerzender“ Erfassung vor der Entfesselung des Zweiten Weltkrieges. In: Roth, Karl-Heinz (Hrsg.): Erfassung zur Vernichtung. Von der Sozialhygiene zum „Gesetz über Sterbehilfe“, Berlin 1984, S. 57–100. Weiterführend Kap. 4.2.3.

werden. Anschließend stellten sie Sterilisationsanträge beim zuständigen Erbgesundheitsgericht.⁴⁸² Der Antrag umfasste sieben Anlagen, die die gesamte medizinische Begutachtung formalisierten und auf die „erbkrank“ Anamnese abzielten.⁴⁸³ Die entscheidungsbefugten Erbgesundheitsgerichte wurden an Amtsgerichten mit Sitz an einem Landgericht angegliedert.⁴⁸⁴ Die Zuständigkeit eines Erbgesundheitsgerichts umfasste den zugrunde liegenden Landgerichtsbezirks und orientierte sich am Gerichtsstand bzw. Wohnsitz der betroffenen Person. Personell bestanden diese Gerichte „aus einem Amtsrichter, einem beamteten Arzt und einem weiteren für das Deutsche Reich approbierten Arzt, der mit der Gesundheitslehre besonders vertraut ist“.⁴⁸⁵ Ein beamteter Arzt durfte dabei nicht an Verfahren teilnehmen, in denen er den Antrag persönlich gestellt hatte.

Für die gerichtliche Entscheidungsfindung auf Grundlage des amtsärztlichen Gutachtens war das Erbgesundheitsgericht laut Paragraf 7 formal dazu aufgefordert, „die notwendigen Ermittlungen anzustellen“.⁴⁸⁶ In Hinblick auf „die notwendige Wahrung schutzwürdiger Privatgeheimnisse“⁴⁸⁷ wurden die Erbgesundheitsgerichtsverfahren unter Ausschluss der Öffentlichkeit durchgeführt. Zudem wurde zur „vollkommenen Klarstellung aller für die Entscheidung maßgebenden Umstände“⁴⁸⁸ das ärztliche Berufsgeheimnis im Sterilisationsverfahren aufgehoben.

Die Entscheidung des Erbgesundheitsgerichts sollte „nach freier Überzeugung“ und „auf Grund mündlicher Beratung mit Stimmenmehrheit“ erfolgen.⁴⁸⁹ Gegen die von Erbgesundheitsgerichten beschlossenen Urteile konnte nach Paragraf 9 des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ innerhalb von vier Wochen Beschwerde eingelegt werden.⁴⁹⁰ Die Beschwerdefrist wurde mit der gesetzlichen Änderung vom 26. Juni 1935 auf zwei Wochen reduziert. Beschwerden, die sich sowohl

⁴⁸² Zur Antragsstellung im nationalsozialistischen Sterilisationsverfahren siehe Kap. 5.

⁴⁸³ Ein maßgebliches Charakteristikum bildet die weitgehend negative Konnotation von vorgegebenen deskriptiven Eigenschaften einzelner Krankheitszustände, die zielgerichtet die Feststellung einer „Erbkrankheit“ verfolgten. Vgl. RGBl. I, Jg. 1933, Nr. 138, S. 1023–1036.

⁴⁸⁴ Zum Erbgesundheitswesen siehe Kap. 6.

⁴⁸⁵ RGBl. I, Jg. 1933, Nr. 86, S. 529; Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 57. Die erste Durchführungsverordnung hielt diesbezüglich fest, dass „die obersten Landesbehörden [...] die Befugnis zur Bestellung der Mitglieder der Erbgesundheitsgerichte und der Erbgesundheitsgerichte anderen Stellen übertragen können“. RGBl. I, Jg. 1933, Nr. 138, S. 1021; Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 64.

⁴⁸⁶ Dazu könne es Zeugen und Sachverständige vernehmen „sowie das persönliche Erscheinen und die ärztliche Untersuchung des Unfruchtbarzumachenden anordnen“. RGBl. I, Jg. 1933, Nr. 86, S. 529; Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 57.

⁴⁸⁷ Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 61.

⁴⁸⁸ Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 154.

⁴⁸⁹ RGBl. I, Jg. 1933, Nr. 86, S. 529; Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 57.

⁴⁹⁰ Vgl. Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 157.

gegen den Sterilisationsbeschluss als auch die Ablehnung richten konnten, wurden vor Erbgesundheitsobergerichten verhandelt, die den jeweiligen Oberlandesgerichten zugeordnet wurden. Die Entscheidung des Erbgesundheitsobergerichts war endgültig. Die Durchführung der Operation auf der Grundlage eines rechtskräftigen Beschlusses sollte in medizinischen Einrichtungen und durch Ärzte vorgenommen werden, die durch die Landesverwaltung zuvor geprüft und zugelassen waren.⁴⁹¹

Die skizzierten normativen Regelungen zur Durchführung des nationalsozialistischen Sterilisationsgesetzes erhielten eine ungemeine Schlagkraft durch Paragraph 12, der die zwangsweise Durchführung der Unfruchtbarmachung ermöglichte: „Hat das Gericht die Unfruchtbarmachung endgültig beschlossen, so ist sie auch gegen den Willen des Unfruchtbarzumachenden auszuführen [...]. Der beamtete Arzt hat bei der Polizeibehörde die erforderlichen Maßnahmen zu beantragen. Soweit andere Maßnahmen nicht ausreichen, ist die Anwendung unmittelbaren Zwanges zulässig.“⁴⁹² Durch die Festlegung einer zwangsweisen Durchsetzung ging das nationalsozialistische Sterilisationsgesetz über gemäßigte eugenische und rassenhygienische Forderungen weit hinaus.⁴⁹³ Zudem wurde die reichsweite Praktizierung maßgeblich konturiert, indem sowohl den Länderverwaltungen als auch den gesetzlich verpflichteten Staatsbediensteten, wie vor allem Amtsärzten oder Erbgesundheitsrichtern, die zentrale Durchführungsverantwortung zugeteilt wurde. Der Gesetzeskommentar verdeutlicht diese Handlungskompetenz: „Damit ist also dem Amtsarzte von vornherein das wirksamste Mittel zur Erreichung des anzustrebenden Erfolges an die Hand gegeben. Dies erscheint nach Lage der Dinge gerechtfertigt.“⁴⁹⁴ Die zwangsweise Durchsetzung erforderte und eröffnete somit die aktive Mitarbeit zuzüglich der Kontrolle ihrer Erfassungs-, Begutachtungs-, Beschluss- und Operationsaktivitäten.

⁴⁹¹ Vgl. RGBI. I, Jg. 1933, Nr. 138, S. 1022. Hierdurch sollte die „zuverlässige und sachgemäße Ausübung“ gewährleistet und der Verdacht eines „unparteiischen Verhaltens“ seitens eines am Verfahren beteiligten Arztes ausgeschlossen werden. „Als chirurgisch geschult wird ein Arzt anzusehen sein, wenn er als Facharzt für Chirurgie oder Frauenkrankheiten und Geburtshilfe oder für beide Spezialfächer anerkannt ist.“ Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 159–160. Weiterführend siehe Kap. 7 dieser Untersuchung.

⁴⁹² RGBI. I, Jg. 1933, Nr. 86, S. 530; Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 58.

⁴⁹³ Vgl. Kap. 3.2.1 sowie 3.2.2.

⁴⁹⁴ Und weiter: „Unmittelbarer Zwang kann angewendet werden, wenn entweder andere Zwangsmittel überhaupt nicht gegeben sind oder aber wenn nach den Umständen des einzelnen Falles angenommen werden darf, das andere Zwangsmittel erfolglos bleiben würden. Die Polizei würde die Zwangsstellung vornehmen und dazu in die Wohnung eindringen [...], auch würde die Polizeibehörde gegebenenfalls verpflichtet sein, auf Erfordern des zuständigen Amtsarztes der Krankenanstalt die unbedingt notwendige Hilfe bei Anwendung des Zwangs zur Vornahme und Durchführung des Eingriffs angedeihen zu lassen.“ Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 164.

Die juristische Nüchternheit der gesetzlichen Ausführungen und vor allem des Paragraphen 1 verklausuliert und verbirgt den biopolitischen Charakter und Horizont des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“. Neben der Auflistung von „Erbkrankheiten“ besitzt vor allem die sprachliche Trias von „kann“, „erbkrank“ und „leiden“ eine erhebliche biopolitische Funktion. Die Verwendung von „kann“ symbolisiert auf der einen Seite die Überwindung des „unhaltbar geworden[e] allgemeine[n], man kann wohl fast sagen traditionelle[n] Verbot[s] der Unfruchtbarmachung [...] aus rassenhygienischen Gründen überhaupt“.⁴⁹⁵ Hierin kommt somit die Rolle des Nationalsozialismus als „Überwinder“ und „Erneuerer“ zum Ausdruck. Auf der anderen Seite fungierte „kann“ als ein sprachliches Mittel, um eine Rechtssicherheit zu suggerieren, indem das Verfahren formalen Prinzipien folge und die Entscheidung über eine Sterilisation letztendlich juristisch getroffen werden würde.⁴⁹⁶ Die Bedeutung von „kann“ besteht somit in der Suggestion von Vertrauen in das Recht und den Staat, um Befürchtungen vor ärztlichen, politischen oder medizinisch-rassenhygienischen Missbräuchen entgegenzuwirken. Die vermeintlich fortschrittliche Charakteristik wird zudem durch die väterlichen Attribute „Schutzherr“ oder „Wächter“ ergänzt.

Die Bezeichnung „erbkrank“ wurde im Gesetzestext lediglich in Bezug auf die Wahrscheinlichkeit etwaiger schwerer Erkrankungen der Nachkommen und ihrer damit verbundenen „Leiden“ definiert.⁴⁹⁷ Als „erbkrank“ wurden nur Personen akzentuiert, für die ein Symptom der als „Erbkrankheit“ definierten Krankheitsformen nachgewiesen werden könne. Sogenannte „Anlageträger“, die keine Symptome aufweisen würden, dürften nicht unfruchtbar gemacht werden.⁴⁹⁸ In den Augen der Gesetzeskommentatoren bildete der Ausschluss von „Anlageträgern“ einen Kompromiss, verbunden mit einer massiven Eingrenzung der anvisierten Sterilisationspraxis. Denn durch die Beschränkung auf Frauen und Männer, die an einer „Erbkrankheit“ leiden, sei es

⁴⁹⁵ Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 84.

⁴⁹⁶ „Ein Muß liegt erst vor, wenn die Unfruchtbarmachung vom Erbgesundheitsgericht bzw. Erbgesundheitsobergericht ausdrücklich durch Beschluss verfügt worden ist. Da das Gericht stets auf Grund freier Beweisführung beschließt, bezieht sich das Wörtchen ‚kann‘ auch auf solche Fälle, bei denen einem Außenseiter in einem gegebenen Falle vielleicht eine Unfruchtbarmachung als absolut zwingend (muss) erscheinen mag, während sie in den Augen des Gerichts, auf Grund der Berücksichtigung aller dem Gericht selbst bekannt gewordenen Tatsachen und deren Beurteilung (freie Beweisführung), abzulehnen ist.“ Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 84.

⁴⁹⁷ Dadurch wurde ein erheblicher Interpretationsspielraum geboten, auf den der „Gesetzeskommentar“ ausdrücklich hinweist.

⁴⁹⁸ „Nichtkranke können nach dem vorliegenden Gesetz also nicht unfruchtbar gemacht werden, auch wenn in deren Verwandtschaft zahlreiche Erbkrankheiten vorgekommen sein mögen.“ Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 83.

nicht möglich, „die überdeckten Erbanlagen bereits in einer Generation aus dem Erbstrom zu entfernen“.⁴⁹⁹ Diese Einschätzung korreliert mit radikaleren rassenhygienischen Visionen einer erbbiologischen „Reinigung“ des Volkskörpers, die an dieser Stelle zumindest perspektivisch anvisiert wurde. Darüber hinaus kann sie als Anregung für die beteiligten Ärzte und Juristen verstanden werden, die nun gegebenen gesetzlichen Rahmenbedingungen auszuschöpfen.

Die Bezeichnung oder vielmehr die gesetzliche Zuweisung als „erbkrank“ korrespondiert mit „leiden“. Im Gesetzestext bezeichnet „leiden“ nicht den Zustand oder die individuelle Wahrnehmung einer Erkrankung durch die betroffenen Frauen und Männer. Stattdessen wurde „leiden“ im Sinne von „Leiden“ als Krankheitsform definiert, wodurch eine „Erbkrankheit“ als eine den Körper betreffende „Gesamtheit“ bestimmt wurde und ein zeitweises, auch nur einmaliges, Auftreten eines auf eine „Erbkrankheit“ schließenden Zustands das erbbiologische Vorhandensein angeblich medizinisch bewies.⁵⁰⁰ Die Begründung der „schweren Erbschäden“ folgte dabei einer inneren Dialektik. Vergleichbar der Definition von „leiden“ werden alle im Gesetz definierten Erbkrankheiten als „schwer und verhängnisvoll“ definiert. Aber die Stoßrichtung des Sterilisationsgesetzes zielte nicht ausschließlich auf die Personen ab, die an „schweren“ Formen, etwa der Schizophrenie, erkrankt waren, sondern auch auf die sogenannten „leichten“ Fällen: „Man muß sogar entgegen vielen laienhaften Anschauungen über Erbgeschehen die Erbfahr, welche von Trägern ‚leichter‘ Gradausprägungen [...] ausgeht, als unendlich viel größer bezeichnen als diejenige, welche von den schweren Graden ausgeht.“⁵⁰¹ Demgemäß wurde zwar eine Unterscheidung in „schwere“ und „leichte“ Erscheinungsformen von „Erbleiden“ vorgenommen, die Gefahr für den deutschen Volkskörper wurde jedoch vor allem weniger erkrankten Frauen und Männern aufgrund ihrer Fortpflanzungsfähigkeit zugeschrieben. Somit fand auf gesetzlich-normativer Ebene eine zielgerichtete Fokussierung der Sterilisationsmaßnahmen statt, indem sich die Unfruchtbarmachung an „erbkrank“ geltenden Frauen und Männern als „gefährlichen“ gebär- und zeugungsfähigen Bevölkerungsteilen auszurichten hatte.

Im Hinblick auf die bevölkerungspolitischen Gefahren durch die Fortpflanzung von weiblicher und männlicher „Minderwertigkeit“ nahm die erste Durchführungsverordnung eine konkrete Altersbemessung vor: „Die Unfruchtbarmachung soll nicht vor

⁴⁹⁹ Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 173.

⁵⁰⁰ Vgl. Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 82–83, 85–87.

⁵⁰¹ Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 89.

Vollendung des zehnten Lebensjahres vorgenommen werden.“⁵⁰² Diese Altersgrenze gelte bei freiwilliger Antragsstellung durch den gesetzlichen Vertreter. „Im Falle der Weigerung des gesetzlichen Vertreters, den Antrag zu stellen, wird der Amtsarzt in der Regel von seinem Recht der Antragsstellung im Laufe des 13. oder 14. Lebensjahres Gebrauch zu machen verpflichtet sein, da nach der Schulentlassung eine erhöhte Gefahr für die Möglichkeit der Schwängerung oder Zeugung erbkranken Nachwuchses besteht. Die Ausführung der Unfruchtbarmachung unter Anwendung unmittelbaren Zwanges ist dann allerdings erst nach Vollendung des 14. Altersjahres zulässig.“⁵⁰³ Eine Altersobergrenze wurde hingegen nicht festgelegt, sondern flexibel an die Fortpflanzungsfähigkeit geknüpft.

Beruhend auf diesem normativen Gerüst wurde das nationalsozialistische Sterilisationsgesetz bis 1945 mit Durchführungsverordnungen und gesetzlichen Änderungen reguliert. Die zweite Durchführungsverordnung vom 29. Mai 1934 unterstellte die psychiatrischen Einrichtungen den lokal zuständigen Gesundheitsämtern und Erbgesundheitsgerichten.⁵⁰⁴ Für die Begutachtung von „erbkrankverdächtigen“ Frauen und Männern wurden die amtsärztlichen Kompetenzen formal ergänzt, sodass „zur Vorbereitung des Antrages auf Unfruchtbarmachung [...] der Amtsarzt den Unfruchtbarzumachenden zur Ärztlichen Untersuchung vorladen und nötigenfalls polizeiliche Hilfe in Anspruch nehmen“ konnte.⁵⁰⁵ Die dritte Durchführungsverordnung vom 25. Februar 1935 nahm erhebliche Korrekturen der bestehenden rechtlichen Reglementierungen vor. So wurde Pflegern eingeräumt, Sterilisationsanträge ohne Genehmigung der Vormundschaftsgerichte zu stellen. Weiterhin wurde Bevollmächtigten und Beiständen der betroffenen Personen untersagt, an der Gerichtsverhandlung teilzunehmen.⁵⁰⁶ Darüber hinaus wurde angewiesen, dass die Zustellung des Sterilisationsbeschlusses auch ohne inhaltliche Begründung erfolgen könne. „Auf Verlangen ist dem Unfruchtbarzumachenden eine Ausfertigung des vollständigen Beschlusses kostenlos zu erteilen.“⁵⁰⁷ Diese Veränderungen zielten auf den Abbau von administrativen Barrieren

⁵⁰² RGL. I, Jg. 1933, Nr. 138, S. 1021; Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 63.

⁵⁰³ Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 94–95.

⁵⁰⁴ Vgl. RGL. I, Jg. 1934, Nr. 62, S. 62–63. Damit verbunden wurde die mit Inkrafttreten des Sterilisationsgesetzes verhängte Entlassungssperre von psychiatrischen Einrichtungen zum Zweck der Unfruchtbarmachung gelockert, indem Betroffene nach Prüfung durch den zuständigen Amtsarzt entlassen werden konnten. Daneben wurden Kostenfragen der gerichtlichen Beisitzer geregelt. Vgl. Kap. 4.2.1.

⁵⁰⁵ RGL. I, Jg. 1934, Nr. 62, S. 62.

⁵⁰⁶ Vgl. RGL. I, Jg. 1935, Nr. 22, S. 289–292.

⁵⁰⁷ RGL. I, Jg. 1935, Nr. 22, S. 290.

zuungunsten der betroffenen Frauen und Männer, um eine höhere administrative Effektivität des Sterilisationsgesetzes zu gewährleisten.⁵⁰⁸

In Abänderung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ am 26. Juni 1935 wurde auch die Unterbrechung von Schwangerschaften im Zuge der zwanghaften Unfruchtbarmachung ermöglicht – die entsprechende Durchführungsbestimmung erfolgte mit der „Vierten Verordnung zur Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 18. Juli 1935.⁵⁰⁹ Demzufolge wurde eine Schwangerschaftsunterbrechung von Frauen ermöglicht, gegen die ein rechtskräftiger Beschluss eines Erbgesundheitsgerichts vorläge. Die Schwangerschaftsunterbrechung wurde jedoch durch die notwendige Zustimmung von schwangeren Frauen, an das Alter des ungeborenen Kindes (sechs Monate) sowie an etwaige Risiken des operativen Eingriffs eingeschränkt. Somit bestand keine gesetzliche Grundlage für eine zwangsweise Abtreibung infolge des rechtskräftigen Beschlusses eines Erbgesundheitsgerichts. Gleichwohl ermöglichte die vierte Verordnung gesetzliche Hintertüren.⁵¹⁰ Sollte der schwangeren Frau „nach Ansicht des Amtsarztes die Bedeutung der Maßnahme nicht verständlich gemacht werden, so ist die Einwilligung des gesetzlichen Vertreters oder des Pflegers erforderlich“.⁵¹¹ Demzufolge konnte die persönliche Einwilligung umgangen werden, indem den betroffenen Frauen etwa die Geschäftsfähigkeit abgesprochen und ein Pfleger berufen wurde, der im Sinne der medizinischen Antragsstellung einer Schwangerschaftsunterbrechung zustimmte.⁵¹²

Der zwangsweise Schwangerschaftsabbruch im Zuge der Sterilisationspolitik war bereits im Rahmen der gesetzlichen Ausarbeitung diskutiert, jedoch als zu starker Eingriff in die Persönlichkeitsrechte beurteilt worden. Zudem bestanden erhebliche gesellschaftliche und vor allem katholische Widerstandspotentiale.⁵¹³ Im Zuge der Auseinandersetzungen um die gesundheitspolitische Vorherrschaft erhöhte die

⁵⁰⁸ Weiterhin wurden die Einrichtung und Besetzung der Gerichte neu geregelt. Vgl. RGL. I, Jg. 1935, Nr. 22, S. 291–292.

⁵⁰⁹ RGL. I, Jg. 1935, Nr. 82, S. 1035.

⁵¹⁰ RGL. I, Jg. 1935, Nr. 82, S. 1036. Daneben sollte ein Schwangerschaftsabbruch durch Beschluss einer einzurichtenden Gutachterstelle erfolgen. Diese Gutachterstellen sollten am 1. Oktober 1935 in Kraft treten. Die Tätigkeit einer entsprechenden Gutachterstelle konnte für die preußische Provinz nicht nachgewiesen werden. Auch in der Forschung wird die Funktion und Tätigkeit von entsprechenden Gutachterstellen zur Durchsetzung von Schwangerschaftsabbrüchen nicht betrachtet.

⁵¹¹ RGL. I, Jg. 1935, Nr. 82, S. 1035.

⁵¹² In der preußischen Provinz Sachsen fanden nach Ausweis der überlieferten Archivalien verhältnismäßig wenige Schwangerschaftsunterbrechungen statt. Hierzu Kap. 7.2.3.

⁵¹³ Radikale Befürworter sahen in der zwangsweisen Abtreibung die logisch notwendige Ausdehnung des nationalsozialistischen Sterilisationsgesetzes, wobei Kritiker eine missbräuchliche Anwendung und gesellschaftlichen Widerstand betonten.

NSDAP im Namen des Reichsärztesführers Gerhard Wagner bereits seit 1934 den politischen Druck auf das Reichsinnenministerium und forderte eine gesetzliche Ergänzung. Daneben wurden in einzelnen Regionen, wie etwa in Hamburg, Schwangerschaftsunterbrechungen ohne gesetzliche Grundlage durchgeführt. Durch die hierdurch hervorgerufene Zangenbewegung in der nationalsozialistischen Sterilisationspraxis wurde eine zeitnahe gesetzliche Regelung notwendig. Zunächst wurde den beteiligten Ärzten im Jahr 1934 aufgrund einer parteipolitischen Intervention und ohne gesetzliche Grundlage Straffreiheit zugestanden. Die schließlich erfolgte gesetzliche Ergänzung, die an die Einwilligung der betroffenen Frauen gebunden war, kann insofern als ein politischer Kompromiss zwischen den parteipolitischen Interessen und den befürchteten Widerständen gesellschaftlicher und vor allem katholischer Kreise charakterisiert werden.⁵¹⁴

Am 4. Februar 1936 wurde das „Zweite Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ erlassen, das die Formulierung „chirurgischer“ durch „ärztlicher“ Eingriff ersetzte.⁵¹⁵ An diese Änderungen schloss sich die fünfte Verordnung vom 25. Februar 1936 an, die die Unfruchtbarmachung von Frauen durch eine Strahlenbehandlung zuließ. Die Erweiterung der operativen Durchführung war ausschließlich für Frauen vorgesehen, die über 38 Jahre alt waren und bei denen „die Vornahme eines chirurgischen Eingriffs wegen besonderer Umstände mit Gefahr für Leben oder Gesundheit“⁵¹⁶ verbunden gewesen wäre.⁵¹⁷ Vergleichbar der Zulassung von Krankenanstalten zur Durchführung der Sterilisationen wurden ebenso medizinische Einrichtungen nach Prüfung der entsprechenden Qualifikationen zur Strahlenbehandlung benannt.⁵¹⁸

⁵¹⁴ Die Befürchtungen gewannen an Bedeutung, da das Bekanntwerden von Schwangerschaftsabbrüchen größere gesellschaftliche Unruhe hervorgerufen hatte und zu polizeilichen Kontrollen der Stimmungslage führte. Vgl. Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 98–103; Heitzer: Zwangssterilisation in Passau, S. 270–280.

⁵¹⁵ Vgl. RGBl. I, Jg. 1936, Nr. 16, S. 119.

⁵¹⁶ Vgl. RGBl. I, Jg. 1936, Nr. 16, S. 122.

⁵¹⁷ Die Strahlenbehandlung – Röntgen- oder Radiumbestrahlung – war von der persönlichen Einwilligung abhängig. Darüber hinaus mussten sich die betroffenen Frauen „drei Nachuntersuchungen“ oder sogar einer „Nachbehandlung“ unterziehen. Vgl. RGBl. I, Jg. 1936, Nr. 16, S. 122.

⁵¹⁸ In der preußischen Provinz Sachsen waren Anfang Juli 1936 zehn und im April 1937 zwölf Krankenhäuser und Praxen zugelassen. Die geringe Anzahl sowie die Überlieferungslage deuten darauf hin, dass die Strahlenbehandlung für die Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation eine randständige Rolle besaß. Sie ist insofern als ein zusätzliches Instrument für diejenigen Frauen zu charakterisieren, die nicht durch einen chirurgischen Eingriff unfruchtbar gemacht werden konnten. Vgl. LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, Bd. 1: 1933–1937, fol. 289–291; LASA, C 28 Ig, Nr. 375: Sterilisationen durch Strahlenbehandlung (1936–1937).

Die gesetzlichen Regelungen zur Schwangerschaftsunterbrechung sowie zur Strahlenbehandlung, die einen erweiterten exkludierenden Zugriff auf den weiblichen Körper eröffneten, spiegeln eine Ausweitung und Zuspitzung der nationalsozialistischen Sterilisationspraxis wider und bilden einen Bestandteil der bevölkerungspolitischen Radikalisierungstendenzen im Dritten Reich. Diese Entwicklungen korrespondieren mit Maßnahmen wie dem Ehegesundheitsgesetz des Jahres 1935, dem Blutschutzgesetz von 1936 oder der erbbiologischen Bestandsaufnahme als Wegmarken einer gesundheits- und rassenpolitischen Radikalisierung gegen die deutsche Bevölkerung in der Mitte der 1930er-Jahre.

Die sechste Durchführungsverordnung vom 23. Dezember 1936 behandelte weitgehend Kostenfragen. Rund drei Jahre nach Inkrafttreten des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ wurde den zu sterilisierenden Frauen und Männern ein Verdienstausschlag infolge des „ärztlichen Eingriffs“ zugestanden: „Wer infolge seines zur Ausführung des ärztlichen Eingriffs [...] angeordneten Anstaltsaufenthalts einen Verdienstausschlag erleidet, erhält von dem zuständigen Stadt- oder Landkreis eine angemessene Unterstützung.“⁵¹⁹ Darüber hinaus wurden die zuständigen Stadt- und Landkreise aufgefordert, Familien zu unterstützen, in denen die Frau als Ehefrau, Hausfrau oder Mutter sterilisiert werden sollte. „Ist eine Frau infolge ihres Anstaltsaufenthalts [...] an der Pflege von Angehörigen, insbesondere von Kindern, oder der Führung eines Haushalts verhindert, so hat der zuständige Stadt- oder Landkreis für die erforderliche Hilfe zu sorgen.“⁵²⁰ Die erste Reglementierung der Durchführungsverordnung vom 30. Dezember 1936 hielt fest, dass die beabsichtigte finanzielle Unterstützung jedoch nicht dazu führen dürfe, „dass dem Unterstützten für seinen und seiner Familie Lebensbedarf mehr Mittel gegenüber der Zeit vor der Aufnahme in die Anstalt zur Verfügung stehen“.⁵²¹ In der zweiten Ausführung zur sechsten Durchführungsverordnung ebenfalls vom 30. Dezember wurde weiterhin festgelegt, dass die Unterstützung von Frauen, die „infolge ihres Anstaltsaufenthalts an der Pflege von Angehörigen, insbesondere von Kindern, oder der Führung des Haushalts verhindert“ sind, „dem Bedürfnis des Einzelfalles anzupassen“ sei. „Bei Bemessung der Hilfe sind die Grundsätze sparsamer Bewirtschaftung öffentlicher Mittel anzuwenden. Sie kann

⁵¹⁹ Vgl. RGL. I, Jg. 1936, Nr. 125, S. 1149–1150.

⁵²⁰ RGL. I, Jg. 1936, Nr. 125, S. 1149. Weiterhin wurden das persönliche Erscheinen sowie das von notwendigen Begleitern vor Gericht finanziell entschädigt, hierfür galten die Regelungen für Zeugen.

⁵²¹ Ministerialblatt des Reichs- und Preußischen Ministeriums des Innern [künftig: MBliV], Jg. 98 (1937), Sp. 17.

entweder durch die Stellung einer Hilfskraft oder durch anderweitige Unterbringung der Kinder, z. B. in Anstalten, gewährt werden.“⁵²²

Die Hintergründe der finanziellen Regelungen beruhen auf den Kostenregelungen der Sterilisationspraxis seit 1934, die zu chaotischen Zuständen führten und einen erheblichen Regulierungsbedarf erforderten.⁵²³ Hierzu zählten etwa die Übernahme der anfallenden Sterilisationskosten durch die Staatskasse oder Bezirksfürsorgeverbände, die Vergütung der gerichtlichen Beisitzer, Entschädigungszahlungen an die sterilisierten Frauen und Männer sowie die Kostenübernahme im Zuge von Vorladungen von männlichen und weiblichen Betroffenen zu medizinischen Untersuchungen oder zu Sitzungen von Erbgesundheitsgerichten.⁵²⁴

Die Organisation der Finanzierung von Unfruchtbarmachungen führte vor allem auf den unteren Verwaltungsebenen zu erheblichen Problemen, da es laut dem Reichsinnenministerium wiederholt zu falschen Auslegungen der Bestimmungen von „Hilfsbedürftigkeit“ käme. Aus diesem Grund wurde bis 1935 wiederholt auf die zugrunde liegenden Finanzregelungen hingewiesen. Die ergänzenden finanziellen Regelungen am Jahresende 1936 sollten nunmehr eine einheitliche Kostenabdeckung gewährleisten, darüber hinaus erscheinen sie als staatliches Entgegenkommen in Form materieller Unterstützung, ausgelöst durch gesellschaftliche Unruhe sowie das staatliche Interesse am Produktivitätserhalt der zu sterilisierenden Bevölkerungsgruppe.⁵²⁵ Insofern besitzen sie auch einen utilitaristischen Charakter.⁵²⁶

⁵²² MBliV, Jg. 98 (1937), Sp. 21–22.

⁵²³ Die Reisekosten wurden von den jeweiligen Gesundheitsämtern und Erbgesundheitsgerichten erstattet. Insofern jedoch die betroffenen Frauen und Männer nicht in der Lage waren, die Anreisekosten im Voraus zu bezahlen, konnten sie bei der Ortspolizeibehörde einen Antrag auf Vorschuss stellen. Die Auslage der Ortspolizeibehörden wurde über die Landräte den regional verantwortlichen Regierungspräsidenten in Rechnung gestellt. Vgl. Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 165–167. Die massiven Schwierigkeiten der Finanzregelungen spiegeln sich in einer Vielzahl von Nachfragen wider, vgl. etwa LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 6, 7, 8.

⁵²⁴ Grundsätzlich wurde zwischen drei Finanzierungsgruppen unterschieden. Die Kosten der Unfruchtbarmachung wurden bei Personen, die krankenversichert waren, durch die jeweilige Krankenkasse getragen. Für Frauen und Männer, die keiner Krankenkasse angehörten, jedoch über ausreichende finanzielle Mittel verfügten, wurden die entstehenden Kosten durch die Staatskasse übernommen. Die übrigen Personen, die weder einer Krankenkasse angehörten noch hinreichende Finanzmittel besaßen, galten als „hilfsbedürftig“. Für diese Personengruppe traten die zuständigen Fürsorgeverbände ein. Durch diese Regelungen sollten die von der Sterilisation betroffenen Frauen und Männer zumindest von den Kosten der Unfruchtbarmachung befreit werden, zudem wurde hierdurch die staatliche Hoheit über den operativen Sterilisationsprozess gewahrt.

⁵²⁵ Vgl. MBliV, Jg. 98 (1937), Sp. 17–26, 148–149. Vor allem der Produktivitätserhalt spielte eine erhebliche Rolle, da sich die Ziele der nationalsozialistischen Zwangssterilisation seit 1935 von psychiatrischen Patienten weg auf Frauen und Männer richteten, die im öffentlichen Raum lebten und in Arbeitsverhältnissen standen.

⁵²⁶ Zugleich müssen die finanziellen Maßnahmen im Kontext der fortwährenden ökonomischen Probleme des „Dritten Reiches“ betrachtet werden, die größeren Einfluss auf die Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation nahmen. Die Ökonomie bildete einen Ordnungsrahmen

Die Verordnung vom 31. August 1939 nahm in Anbetracht der folgenden Kriegshandlungen erhebliche gesetzliche Veränderungen vor, die eine zielgerichtete Reduzierung der Sterilisationspraxis verfolgten.⁵²⁷ Ein Sterilisationsverfahren sei nur bei „besonders großer Fortpflanzungsgefahr“ durchzuführen. Schwebende Verfahren oder Verfahren, die noch nicht rechtskräftig abgeschlossen seien, sollten eingestellt werden. Alle eingehenden Anzeigen sollten im zuständigen Gesundheitsamt gesammelt werden. Darüber hinaus könnten rechtskräftige Urteile aufgrund des Fehlens zugelassener Ärzte ausgesetzt werden. Demgegenüber dürften in dringenden Fällen „auch Ärzte herangezogen werden, die nicht ausdrücklich zur Ausführung von Unfruchtbarmachungen zugelassen sind, sofern sie die Gewähr für eine ordnungsgemäße Durchführung des Eingriffs bieten“.⁵²⁸ Im Rahmen dieser Einschränkungen oblag es dem Reichsjustizminister, die Anzahl von Erbgesundheitsgerichten zu reduzieren. Die bürokratische, gerichtliche und medizinische Begrenzung trug den Kriegshandlungen und den damit verbundenen benötigten personellen Ressourcen Rechnung, da insbesondere medizinisches Personal und Ärzte sowohl für die Wehrmacht als auch die Verwaltung der besetzten Gebiete benötigt wurden. Insofern markiert die Durchführungsverordnung vom 31. August 1939 einen erheblichen Bedeutungsverlust des Sterilisationsgesetzes, da den für die Durchführung benötigten Berufsgruppen andere Aufgabenfelder zugewiesen wurden.

Infolge dieser normativ angewiesenen Einschränkungen wurde auch der beträchtliche bürokratische Aufwand reduziert. In diesem Zusammenhang wurden etwa die bis dahin angeforderten Monatsstatistiken zunächst auf vierteljährliche Berichte und ab 1942 auf Jahresstatistiken begrenzt.⁵²⁹ Im April 1943 wurde nach der Niederlage in Stalingrad 1942/43 und der Ausrufung des „Totalen Krieges“ im Februar 1943 auf eine „sorgfältige“ Prüfung der medizinischen Antragsstellung hingewiesen. Künftig müsse eine „große Fortpflanzungsgefahr“ vorliegen, um die Einleitung eines Sterilisationsverfahrens zu begründen. Zudem käme der „sozialen Anpassungsfähigkeit“

des Sterilisationsgesetzes, da die biopolitischen Visionen des Nationalsozialismus auf das Problem der Finanzierbarkeit, gekennzeichnet durch die finanziell angeschlagenen Bezirksfürsorgeverbände und begrenzten Staatsmittel, trafen.

⁵²⁷ Vgl. RGBl. I, Jg. 1939, zweites Halbjahr, Nr. 157, S. 1560–1561.

⁵²⁸ RGBl. I, Jg. 1939, zweites Halbjahr, Nr. 157, S. 1561.

⁵²⁹ Vgl. LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, (1933–1944), Bd. 2: 1937–1944, fol. 69. Im März 1942 wurde angewiesen, dass für Frauen und Männer jüdischen Glaubens zukünftig keine Sterilisationsanträge zu stellen seien, weiterhin wurden Juden sowie so genannte „Mischlinge ersten Grades“ von den Vorschriften des Ehegesundheitsgesetzes befreit. Der Zeitpunkt steht in direkter Beziehung zur Wannseekonferenz im Januar 1942, auf der die Koordinierung des Völkermordes an den europäischen Juden beschlossen wurde. Vgl. MBliV, Jg. 7 (103) Jahrgang (1942), S. 605–606.

der betroffenen Frauen und Männer nun eine (noch) höhere Bedeutung zu. Darüber hinaus solle der Sterilisationsantrag hinreichend begründet sein, sodass keine zusätzlichen psychiatrischen Gutachten oder klinischen Beobachtungen notwendig seien.⁵³⁰ Somit wurden neben der formalen Reduzierung der Verfahren auch die diagnostischen Beurteilungsgrundsätze verschärft bzw. aufgeweicht, sodass weniger rassenhygienische Gesichtspunkte, sondern stattdessen soziobiologische Kriterien wie die „Fortpflanzungsgefahr“ oder sozial-ökonomische Merkmale wie Produktivität und soziale Bewährung als Leitfaden dienen sollten. Die siebente und letzte Durchführungsverordnung zum „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ erfolgte am 14. November 1944 und verfügte die Schließung der Erbgesundheitsobergerichte zum 1. Dezember.⁵³¹ Trotz der militärischen Lage wurde das Sterilisationsgesetz bis zur endgültigen Besetzung durch alliierte Truppen im Frühjahr 1945 durchgeführt.⁵³²

Im Vergleich zu den politischen Diskussionen in der Weimarer Republik und dem preußischen Gesetzentwurf aus dem Jahr 1932, die auf eine freiwillige Sterilisationspraxis abzielten, eröffnete das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ mit der Möglichkeit einer zwangsweisen Durchführung einen erheblichen bevölkerungspolitischen Zugriff mit dem Ziel der „Aufartung“ durch „Ausmerzungen“ von als „erbkrank“ bewertetem männlichen und weiblichen Erbgut. Mit dem 1933 beschlossenen Sterilisationsgesetz setzten die neuen nationalsozialistischen Machthaber eine erste Etappe ihrer rassenhygienischen Visionen und forcierten eine zielgerichtete Regulierung des männlichen und weiblichen Fortpflanzungsverhaltens mit dem Ziel der rassischen Leistungssteigerung der Volksgemeinschaft. In Bezug auf die von der historischen Forschung konstatierte „kumulative Radikalisierung“ des „Dritten Reiches“ ergeben die normativen Entwicklungslinien der sterilisationsgesetzlichen Reglementierung auf deutschem Territorium eine Ergänzung.⁵³³ Am Beispiel der begleitenden

⁵³⁰ Vgl. MBliV, Jg. 8 (104) Jahrgang (1943), Sp. 605–610.

⁵³¹ Die laufenden Verfahren sollten eingestellt werden, wobei „mit der Beendigung [...] die angefochtene Entscheidung rechtskräftig“ würde. Von diesem Zeitpunkt an waren einzelne Erbgesundheitsgerichte für Sterilisationsverfahren des Oberlandesgerichtsbezirks zuständig und aufgefordert, eine etwaige Wiederaufnahme von Verfahren zu prüfen. Vgl. RGBl. I, Jg. 1944/45, S. 330.

⁵³² Im Vergleich zu den westlichen und östlichen Landesteilen, die bereits Ende 1944 bzw. Anfang 1945 durch alliierte Streitkräfte erobert wurden, erfolgte die militärische Besetzung Mitteldeutschlands etwa ab März 1945. Hierdurch bedingt wurden insbesondere im mitteldeutschen Raum Unfruchtbarmachungen noch bis zum endgültigen Kriegsende im Mai 1945 durchgeführt.

⁵³³ Vgl. Kap. 2.2. Weiterführend insbesondere Mommsen, Hans: Der Nationalsozialismus. Kumulative Radikalisierung und Selbsterstörung des Regimes. In: Meyers Enzyklopädisches Lexikon, Bd. 16, München 1976, S. 785–790. Weiterführend Niethammer, Lutz/Weisbrod, Bernd (Hrsg.): Hans. Mommsen. Der Nationalsozialismus und die deutsche Gesellschaft. Ausgewählte Aufsätze, Reineck bei Hamburg 1991; Baberowski, Jörg/Doering-Manteuffel, Anselm: Ordnung durch Terror. Gewaltexzesse und Vernichtung im nationalsozialistischen und im stalinistischen Imperium, 2. Aufl., Bonn 2007, S. 44–70.

Verordnungen des Sterilisationsgesetzes kann keine stetige Verschärfung konstatiert, sondern ein gegenläufiger Prozess nachgezeichnet werden kann. Mit dem Inkrafttreten des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ und den anschließenden Erweiterungen bis zur Mitte der 1930er-Jahre trat eine bevölkerungspolitische Zuspitzung ein, die seit der zweiten Hälfte der 1930er-Jahre in eine Konsolidierungsphase mündete. Mit Kriegsbeginn verlor die nationalsozialistische Zwangssterilisation ihre bis dahin prägende bevölkerungspolitische Bedeutung. Dergestalt fungierte das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ als Ausgangspunkt und Auftakt einer umfassenden bevölkerungspolitischen Regulierung im Dritten Reich, die im Verlauf der 1930er-Jahre ergänzt, aber mit Beginn des Zweiten Weltkrieges von einer divergenten „euthanatischen“ Vernichtungspolitik abgelöst und überlagert wurde.

Die Initialisierung des Sterilisationsgesetzes als erstes konkretes rassenhygienisches Programm bedurfte eines erheblichen Steuerungsbedarfs und erfuhr unterschiedliche Ergänzungen und Veränderungen. Daneben eröffnete es einen normativ-gesetzlichen Rahmen der Erfassung, Begutachtung, Verurteilung und des operativen Eingriffs. Von maßgeblicher Bedeutung für die Durchführung waren die Amtsärzte, welche die zentrale Handlungskompetenz besaßen und als medizinisch-bürokratisch-gerichtliches Bindeglied fungierten. Die einzelnen Verfahrensstufen von der Erfassung bis zum chirurgischen Eingriff boten vielfältige Handlungsspielräume, sie korrelierten miteinander, bezogen angrenzende Berufsgruppen mit ein und mussten von männlichen und weiblichen Mitarbeitern des Gesundheits- und Gerichtswesens sinnhaft umgesetzt werden. Dieses Wechsel- und Zusammenspiel innerhalb des nationalsozialistischen Sterilisationsgesetzes als administratives Gerüst sowie die in diesem gigantischen Bewertungsprozess von männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“ entstehenden Dynamiken, unbeabsichtigten Effekte und beförderten Synergien prägten die Durchführung des nationalsozialistischen Sterilisationsgesetzes nachhaltig – denn die hieraus resultierenden mittelbaren und unmittelbaren Beurteilungspraktiken und bürokratischen Triebkräfte beförderten die zwangsweise Unfruchtbarmachung von mindestens 300 000 Frauen und Männern.

3.4 Das staatliche Gesundheitswesen der preußischen Provinz Sachsen als biopolitisches Scharnier der nationalsozialistischen Erb- und Rassenpflege

3.4.1 Gesundheitsämter als biopolitische Schaltzentralen

Die zielgerichtete und umfassende Durchführung von erb- und rassenbiologischen Maßnahmen erforderte ein leistungsfähiges Gesundheitswesen. Die Schlüsselfunktion kam den am 1. April 1935 gegründeten staatlichen Gesundheitsämtern zu, indem sie als Scharnier oder „Transmissionsriemen“⁵³⁴ zwischen gesetzlichem Auftrag und praktischer Durchführung fungierten. „Das Erbgesundheitsgesetz implizierte unbedingbar ein staatliches öffentliches Gesundheitswesen – ohne dieses wäre es nicht durchzuführen gewesen.“⁵³⁵ Daneben bildeten die Zentralisierungsbestrebungen auch den Versuch einer organisatorischen Vereinheitlichung des seit dem 19. Jahrhundert bestehenden Dualismus von staatlicher und kommunaler Gesundheitsversorgung.⁵³⁶ Dementsprechend stellt das „Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ sowohl den Abschluss eines längeren und konfliktreichen Diskussionsprozesses zugunsten der staatlichen Organisation des Gesundheitswesens als auch einen maßgeblichen organisatorischen Eckpfeiler für die Durchführung der nationalsozialistischen Erb- und Rassenpolitik dar. „Mit dem GVG [Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens] wurde in der Geschichte des deutschen Gesundheitswesens ‚etwas völlig Neues geschaffen‘: das Gesundheitsamt als eigenständiges Amt der unteren Verwaltungsbehörde mit eigener Ausstattung an Räumen, Personal und Gerät, der Medizinalbeamte als Laufbahnbeamter im öffentlichen Gesundheitswesen und die verbindliche Aufgabenzuweisung in den Durchführungsverordnungen – folglich der öffentliche Gesundheitsdienst in der uns bekannten Form.“⁵³⁷

⁵³⁴ Labisch, Alfons/Tennstedt, Florian: Gesundheitsamt oder Amt für Volksgesundheit? Zur Entwicklung des öffentlichen Gesundheitsdienstes seit 1933. In: Frei, Norbert (Hrsg.): Medizin und Gesundheitspolitik in der NS-Zeit, München 1991, S. 35.

⁵³⁵ Labisch/Tennstedt: Gesundheitsamt oder Amt für Volksgesundheit?, S. 45.

⁵³⁶ Im ausgehenden deutschen Kaiserreich und vor allem in der Weimarer Republik hatte sich der Gegensatz zwischen staatlicher Gesundheitsaufsicht und kommunaler Gesundheitsfürsorge verschärft. Unter dem Eindruck erheblicher ökonomischer und sozialer Probleme infolge der Weltwirtschaftskrise verstärkten sich bereits zu Beginn der 1930er Jahre die Bestrebungen und Forderungen zur Vereinheitlichung des staatlichen und kommunalen Gesundheitswesens. Die Diskussionen waren insbesondere von der Frage und ihren jeweiligen Interessengruppen beherrscht, ob das Gesundheitswesen zukünftig staatlich oder kommunal verwaltet werden sollte. Vgl. Vossen: Gesundheitsämter im Nationalsozialismus, S. 80–99; Labisch/Tennstedt: Der Weg zum „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“, Bd. 1, S. 6–116, 197–214.

⁵³⁷ Labisch/Tennstedt: Der Weg zum „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“, Bd. 2, S. 316.

Die Aufgabengebiete der staatlichen Gesundheitsämter umfassten drei Säulen – die Aufgaben der staatlichen Medizinalpolizei wie etwa die Gewerbeaufsicht über Ärzte und Apotheker, die Wohnungs- und Ortshygiene oder die Seuchenbekämpfung, die zuvor von den Kreisärzten wahrgenommen worden war. Als neues Tätigkeitsfeld kam die bisher der kommunalen Trägerschaft obliegende Gesundheitspflege bzw. Gesundheitsfürsorge wie die Beratung von Schwangeren, geschlechts- oder tuberkulosekranken Frauen und Männern sowie die Aufsicht über „Geisteskranke, Psychopathen, Epileptiker oder Idioten“ hinzu.⁵³⁸ Das dritte Aufgabengebiet betraf die „Erb- und Rassenpflege“, die die Durchführung von bevölkerungspolitischen Maßnahmen wie das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ seit 1933/34, das „Ehegesundheitsgesetz“ seit 1935, die systematische erbbiologische Bestandsaufnahme seit 1936, aber auch Untersuchungen von Siedlern sowie die Gewährung von Ehestandsdarlehen oder Verleihungen des Mutterkreuzes einschloss. Das „Gesetz zur Vereinheitlichung über das Gesundheitswesen“ mit seinen Gesundheitsämtern als lokale Scharniere „bündelte also die klassischen staatlichen Gesundheitsleistungen, die neu entwickelten kommunalen Gesundheitsleistungen und die nationalsozialistische Erb- und Rassenpflege zu einer Aufgabentrias“.⁵³⁹

Mit der Gründung der Gesundheitsämter wurde reichsweit ein netzförmiges herrschaftliches Instrument geschaffen, das die Durchführung von biopolitischen Maßnahmen sowohl der gesundheitlichen Überwachung und Kontrolle als auch der exekutiven Durchsetzung der nationalsozialistischen Erb- und Rassenpolitik eröffnete.⁵⁴⁰ Perspektivisch sollten sie die kameralistische Funktion von biopolitischen Informationsspeichern übernehmen, um die effektive Durchführung von bevölkerungspolitischen Maßnahmen zu gewährleisten. Diese Biodatenbanken sollten über jeden Bewohner personenbezogene medizinisch-biographische Dossiers bis hin zu Abstammungslinien und familiären Beziehungen archivieren, um eine reibungslose, effiziente und schließlich vollautomatisierte Bevölkerungspolitik zu begründen. Dabei verschmolzen bisherige gesundheitliche Organisations- und Registraturformen von Krankheit und Bedürftigkeit mit der Etablierung der Erb- und Rassenpflege, eröffneten eine intensive Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation und lösten zugleich willkürliche Effekte und Triebkräfte aus.

⁵³⁸ Vgl. RGBl. I, Jg. 1934, Nr. 71, S. 531–532; Labisch/Tennstedt: Der Weg zum „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“, Bd. 2, S. 314–317.

⁵³⁹ Labisch/Tennstedt: Gesundheitsamt oder Amt für Volksgesundheit?, S. 50.

⁵⁴⁰ Vgl. Hüntelmann: Eine biopolitische Geschichte der Gesundheitsämter.

Die hartnäckigen Auseinandersetzungen zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens gewann das Reichsministerium des Innern mit Arthur Gütt als „Vater des Sterilisationsgesetzes“ und sicherte sich damit den maßgeblichen Einfluss auf dem öffentlichen Gesundheitssektor.⁵⁴¹ Die staatliche Autorität auf dem Gesundheitssektor war jedoch keineswegs ungefährdet, da die NSDAP zur Durchsetzung ihrer erb- und rassenbiologischen Ziele weiterhin eine zentrale Stellung im Gesundheitswesen einforderte und eine Rivalität zwischen Partei und Staat begründete, die bis 1945 schwelte. In Konkurrenz zur staatlichen Organisation versuchte die NSDAP, „partei-amtliche Alternativstrukturen aufzubauen“, die schließlich in der Gründung des „Hauptamtes für Volksgesundheit“ sowie von regionalen „Gau- und Kreisämter[] für Volksgesundheit“ mündete. „Damit war eine parteieigene Parallelstruktur geschaffen worden, die – zumindest perspektivisch – die Aktivitäten des Reichsministeriums des Innern beobachten, kontrollieren und gegebenenfalls auch konterkarieren konnte.“⁵⁴² Im Mai 1934 wurde zudem das „Rassenpolitische Amt“ der NSDAP gegründet, welches als Zentralinstanz der rassen- und erbbiologischen Propaganda fungieren sollte. Diese eher unbedeutende parteipolitische Behörde darf in ihren „lokalen Aktivitäten“ jedoch nicht unterschätzt werden, da sie etwa für die Schulung, aber auch die Zulassung von Rednern zu erb- und rassenbiologischen Themen verantwortlich war. Durch diese Einflussnahme „gelangte die Rassenpropaganda über ehrenamtliche Gaubeauftragte – Medizinalbeamte, Hochschullehrer, Ärzte, Lehrer – an örtlichen Rassenpolitischen Ämtern in die Peripherie“.⁵⁴³

Die parteipolitischen Organisationen auf dem Gesundheitssektor konnten bis 1945 die Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ nur begrenzt direkt beeinflussen.⁵⁴⁴ Jedoch nahmen sie gewichtigen Einfluss auf die lokale

⁵⁴¹ Vgl. Labisch/Tennstedt: Der Weg zum „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“, Bd. 1, S. 236–278; Bd. 2, S. 281–313; Vossen: Gesundheitsämter im Nationalsozialismus, S. 204–222. Der Prozess der Verstaatlichung des Gesundheitssektors wurde durch die administrative Stärkung der Oberpräsidenten der preußischen Provinzen begleitet, indem ihnen die Leitung der Provinzialverbände übertragen wurde und sie etwa für die landeseigenen psychiatrischen Einrichtungen zuständig waren. Vgl. Kap. 2.3.

⁵⁴² Eckart: Medizin in der NS-Diktatur, S. 91. Ein Ziel des Hauptamtes für Volksgesundheit bestand in einer ideologisch intendierten Bestandsaufnahme der deutschen Bevölkerung, welche jedoch Mitte der 1930er-Jahre aufgrund fehlender personeller und materieller Ressourcen kläglich scheiterte. Vgl. Eckart: Medizin in der NS-Diktatur, S. 91–94; Labisch/Tennstedt: Gesundheitsamt oder Amt für Volksgesundheit?, S. 55–66.

⁵⁴³ Eckart: Medizin in der NS-Diktatur, S. 99.

⁵⁴⁴ Der parteipolitische Einfluss stieg erst mit Leonardo Conti, der seit 1939 zum einen als Reichsgesundheitsführer dem „Hauptamt für Volksgesundheit“ vorstand und zum anderen als Nachfolger von Arthur Gütt die Leitung der Abteilung Volksbildung im Reichsministerium des Innern übernahm. Leonardo Conti (1900–1945), Arzt, Teilnahme am „Kapp-Putsch“ und seit 1927 Mitglied der NSDAP, seit 1933 im Reichsministerium des Innern und zwischen 1939–1944 Reichsgesund-

und regionale Propaganda und auf Stellenbesetzungen. Weiterhin kontrollierten sie die lokale Durchführung von erb- und rassenbiologischen Maßnahmen und schalteten sich in Sterilisationsverfahren gegen Parteimitglieder ein. Zudem fanden Ämterkumulatio-
nen statt, sodass Amtsärzte als Leiter von lokalen Kreisämtern für Volksgesundheit oder des Rassenpolitischen Amtes fungierten. Hierdurch konnte der parteipolitische Einfluss auf die lokale Durchführung erbbiologischer Maßnahmen erhöht werden. So betonte ein Bericht des Stadtgesundheitsamts Halle/Saale die auf der Grundlage von staatlich-partecipolitischer Ämterkumulation adäquate Ergänzung der erb- und rassenbiologischen Dienstfähigkeit. „Die beiden Partei-Dienststellen (NSV und Hilfswerk für Mutter und Kind) unterstehen in gesundheitlicher Hinsicht dem Amt für Volksgesundheit, dessen Leiter dem Gesundheitsamt als Stellvertretender Amtsarzt angehört. Hierdurch ist die wechselseitige Verwertung der getroffenen Erhebungen sichergestellt, insbesondere die Verwertung der Zentralkartei des Gesundheitsamtes.“⁵⁴⁵ Demgegenüber standen die staatlichen Gesundheitsämter in Konkurrenz und Rivalität zu verschiedenen parteipolitischen Behörden. Demnach muss ein polykratisches Herrschaftsgefüge in Rechnung gestellt werden, das sowohl dynamisierenden und radikalierenden als auch hemmenden Einfluss auf die regionale Durchführung von erb- und rassenbiologischen Maßnahmen nehmen konnte.

In der Konsequenz der schwierigen Verhandlungen über das „Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ wurden drei unterschiedliche Organisationsformen von Gesundheitsämtern zugelassen, die keine unerheblichen Auswirkungen auf die administrative Einbettung und auch zuständigen Aufsichtsbehörden hatten. Auf der Grundlage der ursprünglichen Kreisarztorganisation wurden größtenteils staatliche Gesundheitsämter gebildet, die von einem staatlich beamteten Amtsarzt geleitet wurden. Diese Ämter waren Bestandteile der unteren Verwaltungsebene, unterstanden aber nicht dem Landrat oder Bürgermeister, sondern den Regierungspräsidenten als „Aufsichtsbehörde der Stadt- und Landkreise“.⁵⁴⁶ Die Zusammenarbeit mit der jeweiligen Kommune wurde mit Soll-Vorschriften geregelt, sodass der Amtsarzt etwa zu allen Sitzungen, die gesundheitspolitische Themen zum Gegenstand hatten, hinzu-

heitsführer, maßgeblich an Berufsbeschränkungen jüdischer Ärzte beteiligt. Vgl. Labisch/Tennstedt: Der Weg zum „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“, Bd. 2, S. 393–395.

⁵⁴⁵ StA Halle/Saale, A 2.17 Gesundheitsamt 191: Jahresgesundheitsbericht (1938), unfol.

⁵⁴⁶ Labisch/Tennstedt: Der Weg zum „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“, Bd. 2, S. 318.

gezogen werden sollte. „Damit war zwischen die Kommunen und die staatlichen Gesundheitsämter faktisch ein Trennungsstrich gezogen, bei der die genuinen Verflechtungen der kommunalen Gesundheitspolitik zugunsten unverbindlicher Soll-Vorschriften aufgegeben wurden.“⁵⁴⁷ Somit war etwa die Zusammenarbeit zwischen den Amtsärzten und Kommunalverwaltungen kaum administrativ geregelt. Jedoch besaßen die Amtsärzte nicht nur die Möglichkeit, Auskünfte über die jeweiligen Wohlfahrts- oder Jugendämter einzuziehen, sondern auch gegenüber den Kreisverwaltungen und Polizeibehörden Ermittlungen und Überprüfungen anzuordnen. Insofern waren die Amtsärzte ebenso wie die vorherigen Kreisärzte für eine effektive Sterilisationspraxis aufgefordert, sowohl personelle Netzwerke als auch eine einvernehmliche Zusammenarbeit mit den kommunalen Behörden zu etablieren.

In einzelnen Städten oder Gemeinden wurden kommunale Gesundheitsämter mit einem staatlichen Amtsarzt eingerichtet. Diese alternative Organisationsform hatte zur Folge, dass der Amtsarzt „dienstlich dem aufgabengebundenen Weisungsrecht des Leiters des Kreises [unterstand], dem das betreffende Gesundheitsamt verwaltungsmäßig und finanziell unterstellt war, beamten- und dienststrafrechtlich jedoch der vorgesetzten staatlichen Aufsichtsbehörde [...], der auch die staatlichen Gesundheitsämter unterstellt waren“.⁵⁴⁸ Die problematische Stellung zwischen Kommune und Staat wurde als Übergangslösung betrachtet und bot den Kommunen keine unwesentlichen Einflussmöglichkeiten auf die Diensttätigkeit des Gesundheitsamtes. Die dritte Organisationsform, die für das Stadtgesundheitsamt Halle/Saale zutraf, stellte das kommunale Gesundheitsamt mit einem kommunalen Amtsarzt dar.⁵⁴⁹ „Dieser blieb Beamter der Gemeinde mit allen Rechten und Pflichten des leitenden Kommunalbeamten gemäß der Deutschen Gemeindeordnung.“⁵⁵⁰ Gleichwohl wahrte das Reichsinnenministerium den staatlichen Einfluss, indem die kommunalen Gesundheitsämter „die gesetzlichen Aufgaben als Auftragsangelegenheiten“ durchführten. „Auf diese Weise sicherte sich das Reich nicht nur eine allgemeine Anordnungsbefugnis, sondern das Weisungsrecht im Einzelfall.“⁵⁵¹

⁵⁴⁷ Labisch/Tennstedt: Der Weg zum „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“, Bd. 2, S. 318.

⁵⁴⁸ Labisch/Tennstedt: Der Weg zum „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“, Bd. 2, S. 320.

⁵⁴⁹ Diese alternative Organisationsstruktur trat reichsweit sehr selten auf, jedoch mit einem Schwerpunkt in Preußen.

⁵⁵⁰ Labisch/Tennstedt: Der Weg zum „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“, Bd. 2, S. 320.

⁵⁵¹ Labisch/Tennstedt: Der Weg zum „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“, Bd. 2, S. 318.

Auf dem Gebiet der preußischen Provinz Sachsen wurden im Zuge der Vereinheitlichung des Gesundheitswesens insgesamt 40 Gesundheitsämter gegründet.⁵⁵² Im Regierungsbezirk Erfurt bestanden neun, im Bezirk Magdeburg 15 sowie im Bezirk Merseburg 16 Gesundheitsämter.⁵⁵³ Dabei wurden im Regierungsbezirk Magdeburg beispielsweise „die bestehenden kommunalen Gesundheitsämter [...] – zum Teil gegen den Willen der jeweiligen Verwaltungsleiter – komplett verstaatlicht, die jeweiligen Kreisärzte übernahmen ihre Leitung“.⁵⁵⁴ Die alternativen Organisationsstrukturen von Gesundheitsämtern konnten sich in den folgenden Jahren jedoch ändern, sodass etwa im Jahr 1942 für den Regierungsbezirk Merseburg 15 staatliche Gesundheitsämter mit staatlichem Amtsarzt sowie ein kommunales Gesundheitsamt mit kommunalem Amtsarzt weiterhin in Halle/Saale bestanden.⁵⁵⁵ Der Großteil der Gesundheitsämter in der preußischen Provinz Sachsen umfasste ländlich geprägte Gebiete mit kleineren Kreisstädten. Die bevölkerungsreichsten Kreise mit über 100 000 Einwohnern waren neben den Städten Erfurt, Halle/Saale, Magdeburg und Merseburg vor allem der Saalkreis in der Nähe von Halle/Saale, Weißenfels, Wittenberg sowie Calbe/Saale.

Der Prozess der Etablierung des staatlichen Gesundheitswesens auf dem Gebiet der preußischen Provinz Sachsen kann an dieser Stelle nicht detailliert verfolgt

⁵⁵² Im Sommer 1935 bestanden in den preußischen Provinzen in 89 Prozent der Städte und Landkreise Gesundheitsämter – hierbei handelte es sich um insgesamt 424 Gesundheitsämter. Vgl. Labisch/Tennstedt: Der Weg zum „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“, Bd. 2, S. 321.

⁵⁵³ Im Regierungsbezirk Erfurt bestanden in Erfurt (148 393) und Nordhausen (106 039) zwei kommunale Gesundheitsämter mit staatlichem Amtsarzt, in den übrigen Gebieten wie der Grafschaft Hohenstein mit Sitz in Nordhausen (67 600), Heiligenstadt (48 553), Langensalza (40 340), Mühlhausen (81 885), Schleusingen mit Sitz in Suhl (59 369), Worbis (48 355) und Ziegenrück (20 786) wurden staatliche Gesundheitsämter mit staatlichem Amtsarzt gebildet. Im Regierungsbezirk Magdeburg wurden ausschließlich staatliche Gesundheitsämter gegründet, die die Kreise Calbe/Saale (111 978 Frauen und Männer), Gardelegen (63 511), Halberstadt (50 208), Jerichow I mit Sitz in Burg (82 900), Jerichow II mit Sitz in Genthin (69 009), Magdeburg (306 446) Neuhaldensleben (67 179), Oschersleben (61 063), Osterburg (45 884), Quedlinburg mit Aschersleben (103 218), Salzwedel (60 295), Stendal (85 782), Wanzleben (66 957), Wernigerode (75 052) und Wolmirstedt (52 903) umfassten. Im Regierungsbezirk Merseburg bestanden 13 staatliche Gesundheitsämter mit staatlichem Amtsarzt für die Kreise Bitterfeld (118 169), Delitzsch (90 000), Eisleben mit Mansfelder Seekreis (89 086), Liebenwerda (90 968), Merseburg (147 276), Mansfelder Gebirgskreis (62 315), Naumburg und Eckartsberga (79 083), Saalkreis (101 300), Sangerhausen (75 120), Torgau (72 497), Weißenfels (144 956), Wittenberg (109 595) und Zeitz (74 178). In Schweinitz (40 418) und Querfurt (72 497) wurden kommunale Gesundheitsämter mit einem staatlichen Amtsarzt und in Halle/Saale (211 000) ein kommunales Gesundheitsamt mit einem kommunalen Amtsarzt eingerichtet. Vgl. Reichs-Medizinal-Kalender für Deutschland, begründet von Paul Börner. Teil 2: Ärztliches Handbuch und Ärzteverzeichnis, hg. v. J. Hadrich und H. Dorneden, Jg. 56 (1935).

⁵⁵⁴ Vossen: Gesundheitsämter im Nationalsozialismus, S. 425.

⁵⁵⁵ Vgl. LASA, C 48 Ii, Nr. 45, Bd. 2: Gesundheitsberichte (1923/1947), fol. 392.

werden.⁵⁵⁶ Aufgrund der Überlieferungslage ist es kaum möglich, die Einrichtung sowie die materielle und personelle Ausstattung von Beratungsstellen für „Erb- und Rassenpflege“ als „Ort[e] der genuinen Selektion“ zu betrachten.⁵⁵⁷ Demgegenüber können regionale und lokale Entwicklungen untersucht werden, die die Durchführung erb- und rassenbiologischer Maßnahmen prägten, denn „trotz des staatlichen Zwangs zur Vereinheitlichung gesundheitsbezogenen Handelns im Bezugsrahmen der ‚Erb- und Rassenpflege‘ entwickelte die gesundheitspolitische Praxis im Deutschen Reich eigene regionale Entwicklungen“.⁵⁵⁸ Der Einbezug der organisatorischen und personellen Mechanik eröffnet wertvolle Hinweise, wie und ob die Gesundheitsämter den gesetzlichen Vorgaben entsprechen konnten und wie „sich die spezifische regionale administrative Realität auf die soziale Praxis rassehygienischer Verfolgung auswirkte“.⁵⁵⁹ Die unterschiedlichen regionalen Entwicklungen wurden jedoch nicht ausschließlich durch Personalbesetzungen oder die Etablierung von Strukturen und Netzwerken seit 1933 verursacht, sondern beruhten ebenso auf personellen Kontinuitäten und organisatorischen Initiativen der 1920er-Jahren.

Aus diesem Grund werden zunächst exemplarisch die Entwicklungen der Etablierung von erb- und rassenbiologischen Organisationsstrukturen anhand der Gesundheitsämter in Halle/Saale und Magdeburg betrachtet, die die praktische Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation seit 1933 beeinflussten.⁵⁶⁰ Im Anschluss wird die materielle und personelle Situation der Gesundheitsämter als Basis der bevölkerungspolitischen Leistungsfähigkeit skizziert. Abschließend wird auf Konfliktfelder hingewiesen, die die Durchführung von erb- und rassenbiologischen Maßnahmen wie vor allem dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ prägten.

Das Stadtgesundheitsamt Halle/Saale nahm eine Sonderrolle in der preußischen Provinz Sachsen ein, indem es als einziges Gesundheitsamt eine kommunale Behörde mit einem kommunalen Amtsarzt an der Spitze bildete. Das Zugeständnis

⁵⁵⁶ Gemäß den gesetzlichen Vorgaben wurden innerhalb der Gesundheitsämter unterschiedliche Abteilungen gegründet bzw. aus der vorherigen kommunalen Gesundheitsfürsorge übernommen, die neben der „Erb- und Rassenpflege“ und Medizinalpolizei auch die Gesundheitsfürsorge wie Schwangerenberatung, Säuglingsfürsorge sowie etwa auch die Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten oder der Tuberkulose umfassten.

⁵⁵⁷ Vgl. Czarnowski: Das kontrollierte Paar, S. 153–154.

⁵⁵⁸ Christians: Amtsgewalt und Volksgesundheit, S. 329.

⁵⁵⁹ Christians: Amtsgewalt und Volksgesundheit, S. 329.

⁵⁶⁰ Insbesondere in größeren städtischen Ballungsgebieten entstanden in der Weimarer Republik lokale Initiativen, die neben gezielten Aufklärungskampagnen auch konkrete Regulierungsbestrebungen sowie karteimäßige Erfassungen von fürsorgebedürftigen Frauen und Männern umfassen konnten. Ein besonderes Beispiel ist die Einrichtung von Eheberatungsstellen. Vgl. Vossen: Gesundheitsämter im Nationalsozialismus, S. 137–172; Czarnowski: Das kontrollierte Paar, S. 62–100.

beruhte im Vergleich zu anderen Gesundheitsämtern der Provinz auf einer starken städtischen Position sowie nationalsozialistischen Orientierung.⁵⁶¹ Bereits mit der Machtergreifung versuchte das Stadtgesundheitsamt eine regionale Vorreiterrolle in der Durchführung von erb- und rassenbiologischen Maßnahmen zu übernehmen.⁵⁶² Im Juli 1933 beschloss der Magistrat der Stadt Halle/Saale, das „Stadtgesundheitsamt mit den Aufgaben der Rassengesundheit [...] zu beauftragen“.⁵⁶³ Hierzu wurde eine Sachverständigenkommission eingerichtet, der etwa der Leiter Walter Schnell (1891–1960), Stadtrat Erhardt Hamann sowie Dr. E. Gengnagel, Leiter der Landesheilanstalt Altscherbitz, angehörten und die auf eine enge Zusammenarbeit mit den Landesämtern drängten, um eine umfassende Erfassung von „erbkrankverdächtigen“ Frauen und Männern zu ermöglichen.⁵⁶⁴

Dabei konnte das Stadtgesundheitsamt auf Organisationsstrukturen aus den 1920er-Jahren zurückgreifen, die die unterschiedlichen medizinalpolizeilichen und gesundheitsfürsorglichen Bereiche im städtischen Gesundheitsamt mit dem Ziel der erbbiologischen Registratur bündelten.⁵⁶⁵ Die Errichtung einer Eheberatungsstelle im Jahr 1922 nahm reichsweit eine Vorreiterrolle ein.⁵⁶⁶ Im Januar 1925 teilte der leitende Stadtarzt, Wilhelm von Drigalski (1871–1950),⁵⁶⁷ dem Stadtrat von Leipzig die Ziele der Eheberatungsstelle mit: „Sie hat sich zunächst die Aufgabe gestellt, bei den Verlobten rechtzeitig auf die Folgen etwa bestehender Gonorrhoe, Syphilis, Tuberkulose,

⁵⁶¹ Als Ausdruck der politischen Nähe kann etwa auf eine Denkschrift zum „Stadtgesundheitsamt in Halle“ aus dem Jahr 1935 hingewiesen werden, die vom Leiter Dr. Walter Schnell herausgegeben wurde und den „belebenden und gestaltenden Geist der nationalsozialistischen Weltanschauung“ betonte. Daneben bestanden enge politische und persönliche Verbindungen zum ehemaligen Stadtrat und zum Gauamtsleiter des NS-Ärztbundes, Dr. Erhardt Hamann, als Schwager des stellvertretenden Amtsarztes Horst Schumann. Schnell, Walter (Hrsg.): Das Stadtgesundheitsamt in Halle, Halle/Saale 1935, S. 6; vgl. LASA, K 70, NS-Archiv des MfS, Nr. ZA I 12256 A.01/Kopie der Personalakte (Dr. Horst Schumann, 1.5.1906 in Halle/Saale), fol. 9–10, 84–85.

⁵⁶² Vgl. Hirschinger: „Zur Ausmerzung freigegeben“, S. 42–65; Hirschinger, Frank: Rassenhygiene als ideologische Prämisse der Vernichtung „lebensunwerten Lebens“, dargestellt am Beispiel des Stadtgesundheitsamtes Halle/Saale zwischen 1918 und 1945. In: Hüntelmann/Vossen/Czech (Hrsg.): Gesundheit und Staat, S. 169–181.

⁵⁶³ StA Halle/Saale, A. 2.9 Centralbüro Kap. II, Abt. E, Nr. 110: Stadtgesundheitsamt, Bd. 4 (1931–1936), unfol.

⁵⁶⁴ Vgl. StA Halle/Saale, A. 2.9 Centralbüro Kap. II, Abt. E, Nr. 110: Stadtgesundheitsamt, Bd. 4 (1931–1936), unfol. Vgl. auch Süß: Volkskörper im Krieg, S. 467.

⁵⁶⁵ Vgl. Schnell (Hrsg.): Das Stadtgesundheitsamt in Halle, S. 5–6.

⁵⁶⁶ So kontaktierten etwa die Stadtverwaltungen von Cottbus, Kassel oder Köln das Stadtgesundheitsamt Halle und erkundigten sich nach Organisation und Zielsetzungen der Eheberatungsstelle. Vgl. StA Halle/Saale, A 2.17 Gesundheitsamt Kap. III, Abt. E, Nr. 5, Bd. 1a: Einrichtung einer Eheberatungsstelle (1924–1932), fol. 1, 40–42.

⁵⁶⁷ Wilhelm von Drigalski, (1871–1950), 1895 Promotion in Berlin, seit 1907 Stadtarzt in Halle/Saale. Hier auch statistische Erfassung von „schwachsinnigen“ Kindern. Seit 1925 Leiter des öffentlichen Gesundheitswesens in Berlin. Nach 1945 Ministerialrat im hessischen Innenministerium. Vgl. Labisch/Tennstedt: Der Weg zum „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“, Bd. 2, S. 399–400.

deutliche Veranlagung zu Epilepsie oder Geisteskrankheiten oder Verdacht auf solche Zustände rechtzeitig aufmerksam zu machen und in erster Linie das Zustandekommen ‚wurmstichiger‘ Ehen zu verhüten.“⁵⁶⁸ Die Beratungs- und Erfassungsprozeduren erfolgten auf der Grundlage von Fragebögen, die in Zusammenarbeit mit der „Deutschen Gesellschaft für Rassenhygiene“ erstellt wurden.⁵⁶⁹ Dementsprechend konnte Walter Schnell als Leiter des Stadtgesundheitsamtes 1935 konstatieren, dass die Eheberatung „schon früher nach eugenischen Gesichtspunkten erfolgte“ und im Kanon von pro- und antinatalistischen Maßnahmen bemüht sei, „mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln die Ehe auch tatsächlich zu verhindern, entweder bis zur Heilung vorhandener vorübergehender Krankheitsbefunde oder, wo dies notwendig erschien, bis zur durchgeführten Sterilisierung oder endgültig“.⁵⁷⁰

Bereits seit 1921 wurde die kameralistische Erfassung von als „geisteskrank“ geltenden Frauen und Männern betrieben. Im Rahmen der gesundheitlichen Fürsorge wurde 1929 zudem die Einrichtung einer offenen psychiatrischen Fürsorgeabteilung diskutiert, um die öffentliche Sicherheit und Sittlichkeit zu erhöhen, da die „Geisteskranken“ nach Ansicht des Stadtgesundheitsamtes eine erhebliche gesundheitliche Gefahr darstellen würden:⁵⁷¹ „Wir wissen, dass die Zahl der außerhalb der Anstalten sich befindenden Geisteskranken, die unbeaufsichtigt sind, erstaunlich groß ist, wir sehen ja täglich, wie viel geistig Minderwertige ohne Aufsicht herumlaufen. Auf eine Gefahr muss unbedingt aufmerksam gemacht werden: Die Züchtung eines geistig minderwertigen Nachwuchses wird ebenso begünstigt, wie bisher bei den erwähnten geistig Minderwertigen und den Trinkern, der ja bisher in keiner Weise entgegengearbeitet werden kann. In wie weit da der Gedanke der freiwilligen Sterilisierung zu erwägen und durchzuführen ist, muss die Entwicklung lehren, vielleicht kann man so weit gehen, manche Kranke nur unter der Bedingung [der Unfruchtbarmachung, d. Vf.] aus der Anstalt zu nehmen. Die Gefahr wird meines Erachtens seitens der Psychiater zu gering

⁵⁶⁸ StA Halle/Saale, A 2.17 Gesundheitsamt Kap. III, Abt. E, Nr. 5, Bd. 1a: Einrichtung einer Eheberatungsstelle (1924–1932), fol. 19.

⁵⁶⁹ Vgl. StA Halle/Saale, A 2.17 Gesundheitsamt Kap. III, Abt. E, Nr. 5, Bd. 1a: Einrichtung einer Eheberatungsstelle (1924–1932), fol. 21.

⁵⁷⁰ Schnell (Hrsg.): Das Stadtgesundheitsamt in Halle, S. 26.

⁵⁷¹ Zudem wurde seit Mitte der 1920er-Jahre versucht, „mit Hilfe einer fotografisch-anthropometrischen Erfassung der hallischen Bevölkerung deren rassische Zusammensetzung zu dokumentieren.“ Vgl. Hirschinger, Frank: Die Beteiligung von Ärzten des Stadtgesundheitsamtes Halle an NS-Medizinverbrechen. In: Stukenbrock, Karin/Helm, Jürgen (Hrsg.): Stadt und Gesundheit. Soziale Fürsorge in Halle vom 18. bis zum 20. Jahrhundert, Halle/Saale 2006, S. 117; Schubert-Lehnhardt: Beteiligung von Frauen, S. 306–308.

eingeschätzt.“⁵⁷² Daneben hielten Ärzte des Stadtgesundheitsamtes Halle/Saale ab 1923 zahlreiche Vorträge über Rassenhygiene an der hiesigen Universität.⁵⁷³ Die Förderung der Sterilisation von als „minderwertig geltenden“ Frauen und Männern gehörte zum Kanon notwendiger rassenhygienischer Maßnahmen.⁵⁷⁴

Die organisatorischen Initiativen des Stadtgesundheitsamtes korrelierten mit den städtischen Interessen an einem effizienten Gesundheitswesen und schufen kommunale Strukturen, die seit 1933 die Durchführung der nationalsozialistischen prägten.⁵⁷⁵ So konnte im März 1934 das Stadtgesundheitsamt in einem Schreiben an den Dezernenten des Jugend- und Fürsorgeamtes auf die gemeinsamen Interessen und Ziele hinweisen: „Sie haben damals mit besonderem Nachdruck darauf hingewiesen, dass die erheblichen Lasten der Stadtverwaltung auf dem Gebiete der Irrenfürsorge nur abgebaut werden können, als Ergebnis einer künftigen Wirkung des Sterilisationsgesetzes. Für dieses Gesetz bedeutet die jetzt eingeleitete ersprießliche Zusammenarbeit von Jugend- und Fürsorgeamt und Stadtgesundheitsamt die Grundlage.“⁵⁷⁶ Hinsichtlich der personellen und organisatorischen Kontinuitäten bedeutete die nationalsozialistische Machtergreifung keinen Bruch, sondern eine Fortführung und Intensivierung von bestehenden biopolitischen Zielen.⁵⁷⁷ So konnte der Oberbürgermeister

⁵⁷² StA Halle/Saale, A 2.17 Gesundheitsamt Kap. III, Abt. E, Nr. 7, Bd. 1a: Einrichtung einer psychiatrischen Fürsorge im Stadtgesundheitsamt (1928–1935), fol. 7–8.

⁵⁷³ Vgl. Hirschinger: „Zur Ausmerzung freigegeben“, S. 46–48.

⁵⁷⁴ Vgl. StA Halle/Saale, A 2.17 Gesundheitsamt Nr. 32: Ärztliche Zeugnisse und Einschätzungen vom Gesundheitszustand von Personen Wi-Z (1920–1943), unfol.

⁵⁷⁵ Vgl. Schnell (Hrsg.): Stadtgesundheitsamt Halle, S. 5–6, 24–26, 35–36.

⁵⁷⁶ StA Halle/Saale, A 2.17 Gesundheitsamt Nr. 254: Maßnahmen des Stadtgesundheitsamtes zur Sicherung und Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bürger (1929–1938), unfol. So beteiligte sich das Stadtgesundheitsamt seit 1933 in hohem Maße an erbbiologischen Maßnahmen wie etwa auch Sonderuntersuchungen zu Landhelfern und Bewerbern von Stadtrandsiedlungen. Hiervon sollten Frauen und Männer ausgeschlossen werden, „bei denen der Kinderreichtum in Zusammenhang mit der Hemmungslosigkeit ererbten Schwachsinnus steht“, die eine erbliche „Minderwertigkeit“ besäßen oder „Erwerbsprostituierte“ seien. Schnell (Hrsg.): Das Stadtgesundheitsamt in Halle, S. 27.

⁵⁷⁷ Eine vergleichbare, jedoch weniger konsequente Entwicklung kann in Erfurt beobachtet werden. Dort bestand seit spätestens Mitte der 1920er-Jahre ebenfalls eine Eheberatungsstelle, und in einer Mitteilung zur Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation vom August 1934 wurde vom leitenden Medizinalrat darauf hingewiesen, dass „verschiedene Abteilungen des Stadtgesundheitsamtes bereits seit 1932 auf erbgenehmliche Ermittlungen und Registrierungen eingestellt“ gewesen wären. In einer Stellungnahme, die vermutlich in der Mitte der 1920er-Jahre verfasst wurde, betonte der 1931 verstorbene leitende Arzt Dr. Oschmann die Bedeutung rassenhygienischer Maßnahmen sowie die Einflussnahme auf die Ehe als wesentliche Instrumente zur Verhinderung der weiteren Degeneration der deutschen Bevölkerung. Die Sterilisation müsse durch den Gesetzgeber zeitnah geregelt werden, denn „so viel ist aber sicher, daß wir angesichts der enormen Schäden, welche durch die Fortpflanzung von Blödsinnigen, Geisteskranken, Verbrechern usw. entstehen, vor dem letzten Mittel nicht zurückschrecken dürfen“. StA Erfurt, Nr. 2/511–23036: Magistrat der Stadt Erfurt. Stadtgesundheitsamt, Erb- und Rassenpflege. Vorbereitung der erbbiologischen Erfassung der Erfurter Bevölkerung (1935–1943), unfol.; StA Erfurt, Nr. 1–2/510–9666: Tätigkeit und Aufgabenkreis der Eheberatungsstelle beim Stadtgesundheitsamt und

von Halle/Saale, Johannes Weidemann (1897-1954), im April 1935 gegenüber dem Regierungspräsidenten von Merseburg betonen: „Das Gesundheitsamt hat schon jahrelang vor der Machtübernahme planmäßig erbbiologisch gearbeitet und seine ärztlichen Fachkräfte auf diesem Gebiet geschult. Es war daher bei der Machtübernahme in der Lage, sofort in vollem Umfang die sich aus der nationalsozialistischen Gesetzgebung ergebenden Möglichkeiten wahrzunehmen.“⁵⁷⁸ Damit hob er die besondere biopolitische Ausrichtung des Stadtgesundheitsamtes hervor und unterstrich dessen berechtigte organisatorische Sonderrolle.

In Magdeburg wurde 1933 ein personeller Bruch vorgenommen, indem etwa der sozialdemokratische Leiter, Paul Konitzer, der wesentlich zum Aufbau des Magdeburger Gesundheitsamtes beigetragen hatte, entlassen wurde.⁵⁷⁹ Im Unterschied zu Halle/Saale umfasste das Gesundheitsamt Magdeburg, „das 1921 aus einer rein Dezernats- und büromäßigen Zusammenfassung der hygienischen Aufgabengebiete der Stadtverwaltung“⁵⁸⁰ heraus entstanden war, erst im Jahr 1926 „alle einschlägigen Arbeitsgebiete“ eines kommunalen Gesundheitswesens.⁵⁸¹

Eine Eheberatungsstelle wurde im Oktober 1926 gegründet. Die Ziele wurden vom verantwortlichen Stadtarzt Dr. Bregmann 1928 skizziert und rekurrten auf eine differenziertere Einschätzung der fürsorglichen Pflichten, der Verhinderung „lebensunwerten Lebens“ aufgrund finanzieller Motive sowie des fehlenden wissenschaftlichen Nachweises von „Erbkrankheiten“.⁵⁸² Bregmann argumentiert innerhalb eines biopolitischen Diskurses, der degenerative Tendenzen der Bevölkerung aufgrund von

ihre Beziehung zu anderen Organisationen, enthält u. a. Aufklärungsschriften und Aufsätze über die Rassenhygiene und Zeitungsausschnitte, Briefbogen der SPD (1922–1935), unfol.

⁵⁷⁸ LASA, C 48 Ii, Nr. 110: Gerichtarzt im Stadtkreis Halle, Gesundheits-Amt (1901–1946), unfol.

⁵⁷⁹ Nach politischer Einschätzung war „die Organisation des städtischen Gesundheitswesens in Magdeburg [...] vor der nationalsozialistischen Revolution, abgesehen von einer gewissen Aufblähung von der wesentlich durch jüdisch-marxistische Tendenzen beherrschten Personalpolitik, eine vorzügliche“. LASA, Rep. 28 Ig, Nr. 159: Städtisches Gesundheitsamt Magdeburg (1934–1945), fol. 3–4.

⁵⁸⁰ StA Magdeburg 150/35:4^o: Verwaltungsbericht der Stadt Magdeburg 1935, S. 151.

⁵⁸¹ Konitzer, Paul: Aufgaben und Aufbau des städtischen Gesundheitsamtes. In: Das Gesundheitswesen der Stadt Magdeburg nebst Sonderbeiträgen, hg. vom Städtischen Gesundheitsamt, Düsseldorf 1928, S. 21. Weiterführend Wolff, Horst-Peter: Zur Magdeburger Medizinalchronik und ihren Akteuren. Von den Anfängen bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts, 3., überb. und erw. Aufl., Fürstenberg/Havel 2012, S. 189–212; begrenzt auch Ludwig, Karin: Das Gesundheitswesen der Stadt Magdeburg in der Weimarer Republik von 1918–1933, Magdeburg 1964.

⁵⁸² Nach Bregmann würde der Gesundheitsfürsorge der Vorwurf gemacht, „daß sie Menschen, die aufgrund der natürlichen Auslese im Kampf ums Dasein unterlegen wären und auch nicht zur Fortpflanzung gelangen würden, künstlich erhalte und auf diese Weise die Zahl der lebensuntauglichen Individuen dauernd vergrößere“. Und es müsse eingestanden werden, dass nach wirtschaftlichen Interessen Frauen und Männer unterstützt würden, „die nicht als lebenswert zu betrachten sind“, wie etwa „Idioten, Geisteskranke, Degenerierte“. Aber: „Man hat mit Hinweis auf das historische Beispiel der Spartaner die Vernichtung solchen lebensunwerten Lebens propagiert und diese Ideen könnten sachlich schwer widerlegt werden, wenn sich nicht Religion und Humanität dagegen

gesundheitsfürsorglichen Maßnahmen erkennt, gleichzeitig wendet er sich gegen radikale Maßnahmen wie die Sterilisation, da sie nicht durch finanzielle Motive begründet werden dürften. Darüber hinaus verböten die Humanität und die ungenügenden wissenschaftlichen Erkenntnisse umfassende bevölkerungspolitische Eingriffe.⁵⁸³ So habe nach eigenen Angaben die Eheberatungsstelle in Magdeburg bis 1928 nur in seltenen Fällen von einer Eheschließung abgeraten. Spätestens zu Beginn der 1930er-Jahre wurde aber auch in Magdeburg die Sterilisation aus eugenischen und sozialen Gründen konkret diskutiert und praktiziert. Der Freispruch und die Rehabilitierung des Grazer Chirurgen Prof. Hermann Schmerz im Jahr 1930, der Sterilisationen vorgenommen hatte, wurde in Magdeburg zum Ausgangspunkt von Diskussionen über die Durchführung von ungesetzlichen Unfruchtbarmachungen.⁵⁸⁴

Die intensiven Diskussionen über die Durchführung von Sterilisationen vor 1933 verweisen auch für Magdeburg auf erhebliche Interessen an der Erweiterung von erb- und rassenbiologischen Maßnahmen. Im Unterschied zu Halle/Saale fand jedoch keine Etablierung von spezifischen Organisations- und Erfassungsstrukturen statt, die die spätere Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ nachhaltig beschleunigten.⁵⁸⁵ Die lokalspezifischen Ausprägungen unterscheiden sich somit nicht unerheblich und ermöglichten in Halle/Saale einen bruchlosen Anschluss an die nationalsozialistische Gesundheitspolitik. Auch bedingt durch den personellen Bruch entwickelte die Magdeburger Stadtverwaltung nach dem Beschluss des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ nur begrenzte organisatorische Initiativen.⁵⁸⁶ Zwar wurden ebenfalls vorbereitende Maßnahmen diskutiert, sie mündeten je-

wehrten, menschliches Leben, das einmal entstanden ist, an Geldmaßstäben zu messen. Um so mehr müßte aber versucht werden, die Entstehung solchen lebensunwerten Lebens zu vermeiden.“ Die Verhinderung stöße jedoch auf erhebliche Probleme, da die wissenschaftlichen Erkenntnisse sowohl zur Züchtung von „Übermenschen“ ebenso fehlen würden wie zur Vermeidung „minderwertigen“ Nachwuchs – „da hilft nur der Appell an das Gewissen der Zeugenden“. Bregmann: Die Eheberatung. In: Das Gesundheitswesen der Stadt Magdeburg nebst Sonderbeiträgen, hg. vom Städtischen Gesundheitsamt, Düsseldorf 1928, S. 35.

⁵⁸³ Das Diktum „Rasse“ und die damit einhergehende rigide Unterordnung der Interessen des Einzelnen unter die des Volkes spielten für Bregmann keine Rolle.

⁵⁸⁴ Vgl. Kap. 3.2.2.

⁵⁸⁵ Zudem scheinen in beiden Städten 1933 unterschiedliche Betrachtungsweisen und damit verbundene Zielrichtungen von erb- und rassenbiologischen Maßnahmen vorherrschend gewesen zu sein. So strebte man in Halle/Saale bereits stärker zu umfassenden rassistisch intendierten Maßnahmen, demgegenüber wurde in Magdeburg eher eine gemäßigte eugenische Bevölkerungspolitik anvisiert. Vgl. Kap. 3.2.1; 3.2.2.

⁵⁸⁶ Die mit Paul Konitzer verankerte „sozialistische Eugenik“ wurde nach einem kurzen Intermezzo schließlich von Dr. Erich Jeske fortgesetzt. Vgl. Kap. 3.4.2.

doch nicht in der Übertragung der Aufgaben der Rassengesundheit an das Gesundheitsamt oder in der Gründung einer Sachverständigenkommission, sondern wurden zugunsten späterer verbindlicher Verwaltungsschriften zurückgestellt.⁵⁸⁷

Im Gegensatz zu den hier skizzierten erb- und rassenbiologischen Interessen und kameralistischen Kontinuitäten umfasste der Großteil der Gesundheitsämter der preußischen Provinz Sachsen vor allem ländlich geprägte Gebiete und konnte, gestützt auf einen geringen Personalbestand, nur in begrenztem Umfang auf bestehende Organisationsstrukturen und Register zurückgreifen. Dementsprechend ist davon auszugehen, dass, abhängig von lokalspezifischen Entwicklungen und Netzwerken, nur ein kleinerer Teil der Gesundheitsämter auf profunde Strukturen und Register zurückgreifen konnte, die zu einer zeitnahen intensiven Durchführung erb- und rassenbiologischer Maßnahmen beitragen konnten.

Die Bündelung von Arbeitsgebieten und insbesondere die Übertragung der Erb- und Rassenpflege erforderte eine hinreichende materielle und personelle Ausstattung der Gesundheitsämter.⁵⁸⁸ Die personelle Ausstattung mit Ärzten oder stellvertretenden Amtsärzten fluktuierte zwischen 1935 und 1945 mitunter erheblich und rief durch Versetzungen oder Abkommandierungen zur Wehrmacht wiederholt Personalprobleme hervor.⁵⁸⁹ Im Jahr 1939 waren im Regierungsbezirk Magdeburg 15 Amtsärzte, elf sonstige beamtete Ärzte, hierunter zwei Frauen, 20 vollbeschäftigte Hilfsärzte, davon sechs Frauen und 109 nicht-vollbeschäftigte Hilfsärzte, hiervon wiederum sechs Frauen, weiterhin 73 Gesundheitspflegerinnen und 13 Gesundheitsaufseher tätig.⁵⁹⁰ Über eine vergleichbare personelle Ausstattung verfügte der Regierungsbezirk

⁵⁸⁷ Vgl. StA Magdeburg, Rep. 38 J V. Nr. 1: Erb- und Rassenpflege (1926–1943), Bd. 5, fol. 438.

⁵⁸⁸ Die materielle Lage muss aufgrund der Überlieferungslage weitgehend unberücksichtigt bleiben. Die materielle Ausstattung spielte jedoch keine unerhebliche Rolle, indem etwa eine ungenügende räumliche Ausstattung, fehlende Ablage- und Archivierungssysteme bis hin zu fehlenden Schränken die Registratur von als „erbkrank“ geltenden Frauen und Männern beeinträchtigen konnten. In großen und ländlich geprägten Kreisen wie vor allem Gardelegen, Salzwedel, Jerichow II, Torgau oder Querfurt erschwerte der Mangel an Fahrzeugen, Motorrädern sowie Benzin die Tätigkeit der Amtsärzte. Diese begrenzte Mobilität erhöhte sich im Verlauf des Krieges, da der Bahnverkehr aufgrund der fortschreitenden Kriegslage erheblich beeinträchtigt war.

⁵⁸⁹ Vgl. LASA, Rep. 28 Ig, Nr. 159: Städtisches Gesundheitsamt Magdeburg (1934–1945), fol. 42; LASA, Rep. 28 Ig, Nr. 15: Amtsärzte (1938–1946), fol. 22.

⁵⁹⁰ Vgl. LASA, Rep. C 20 I, Ib Nr. 1540: Öffentliche Gesundheitspflege. Jahresgesundheitsberichte (1930–1943), Bd. 2: 1930–1941, fol. 379, 391–392. Die Anzahl des medizinischen Personals nahm nach Kriegsbeginn ab, indem fünf vollbeschäftigte Hilfsärzte und 27 nicht-vollbeschäftigte Hilfsärzte abgezogen wurden. Diese Reduzierung hatte eine Erhöhung des weiblichen Personals zur Folge. Dagegen wurde die Anzahl von Gesundheitspflegerinnen auf 75 und von Gesundheitsaufsehern auf 17 minimal erhöht. Dementsprechend waren im Jahr 1939 maximal 247 Ärzte und medizinisches Personal der staatlichen Gesundheitsämter für die medizinisch-polizeilichen Angelegenheiten, gesundheitsfürsorgliche Betreuung und erbbiologische Erfassung von über 1,3 Millionen Menschen zuständig.

Merseburg im Jahr 1941 – hier waren 16 Amtsärzte, sechs stellvertretende Amtsärzte, 14 sonstige beamtete Ärzte, acht vollbeschäftigte und 97 nicht-vollbeschäftigte Hilfsärzte, weiterhin 95 Gesundheitspflegerinnen und 18 Gesundheitsaufseher in den staatlichen Gesundheitsämtern beschäftigt.⁵⁹¹

Der formale Personalbestand des Jahres 1939 blieb bis 1942 in etwa konstant.⁵⁹² Diese Zahlen für das Ende der 1930er- und den Beginn der 1940er-Jahre beschreiben eine Phase, in der es bereits zum Abzug von medizinischem Personal zugunsten der Wehrmacht oder des Einsatzes in den besetzten Ostgebieten kam. Dementsprechend kann für die Mitte der 1930er-Jahre von einem höheren Personalbestand ausgegangen werden. Unter lokalen Gesichtspunkten bestand eine höhere Personaldichte in den größeren städtischen Gesundheitsämtern Erfurt, Halle/Saale oder Magdeburg. So wurden für das Gesundheitsamt Erfurt im Jahr 1938 acht beamtete Ärzte, elf nichtbeamtete Ärzte, ein Anstaltsarzt und vier sonstige Personen verzeichnet.⁵⁹³

Unter einem geschlechtsspezifischen Blickwinkel besetzten Frauen hauptsächlich die unteren Tätigkeitsfelder wie vor allem als Volks- oder Gesundheitspflegerinnen. Punktuell wurden sie als Hilfsärztinnen in den Gesundheitsämtern insbesondere nach Kriegsbeginn 1939 eingesetzt. Hingegen waren die leitenden Positionen der Amtsärzte sowie der stellvertretenden Amtsärzte ausschließlich mit Männern besetzt. Die Täterschaft in Form von Begutachtung und Antragstellung war somit eindeutig männlich geprägt. Diese Zuordnung darf jedoch keineswegs die Bedeutung von Frauen als Zuträgerinnen und Verwalterinnen unterschlagen. So standen Frauen als Volkspflegerinnen in engem Kontakt zur hiesigen Bevölkerung, vor allem in ländlichen Kreisen, und trugen den männlichen Amtsärzten wichtige Informationen zum persönlichen Umfeld, zum Lebensstil und Verhalten zu. Darüber hinaus verfügten sie aufgrund ihrer langjährigen Tätigkeit etwa als Fürsorgerinnen über detaillierte Kenntnisse von familiären Beziehungen und Verwandtschaften.

Daneben waren zumeist Frauen als Schreibkräfte oder Stenotypistinnen für die Verwaltung der erbbiologischen Kartotheken zuständig. Dieser Aufgabenbereich war für die Durchführung der Zwangssterilisation und des Ehegesundheitsgesetzes, aber

⁵⁹¹ Vgl. LASA, C 48 Ii, Nr. 45, Bd. 2: Gesundheitsberichte (1923–1947), fol. 392.

⁵⁹² Vgl. LASA, C 48 Ii, Nr. 45, Bd. 2: Gesundheitsberichte (1923–1947), fol. 415.

⁵⁹³ Vgl. StA Erfurt, Nr. 2/511–23042: Magistrat der Stadt Erfurt. Stadtgesundheitsamt, Erb- und Rassenpflege. Monats- und Jahresberichte des Gesundheitsamts zur Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, des Ehegesundheitsgesetz und dem § 6 der ersten Verordnung zum Blutschutzgesetz, enthält u. a. Monats- und Jahresberichte über die Erfurter Kliniken durchgeführten Sterilisationen (1934–1945), unfol.

auch für die Zuwendung von fördernden Maßnahmen wie Ehedarlehen oder Mutterkreuz von maßgeblicher Bedeutung und bedurfte aufgrund der hohen Anzahl von verzeichneten Personen und Familien einer großen Genauigkeit. Der Amtsarzt von Magdeburg teilte etwa im Dezember 1939 dem Personalamt die Schwierigkeiten einer entsprechenden Stellenbesetzung mit: „Ich bin ursprünglich in der Tat davon ausgegangen, daß für diese Stelle zweckmäßigerweise eine Stenotypistin in Frage käme, zumal bei einer Stenotypistin auch eine bessere Austauschmöglichkeit gewährleistet ist [...]. Auf der anderen Seite hat sich ergeben, daß in der Tätigkeit der erbbiologischen Kartei ein weit überdurchschnittliches Maß an bürotechnischer Sorgfalt und ein guter Überblick über den Verwaltungsaufbau der deutschen Verwaltungsbehörden sowie gute geografische Kenntnisse erforderlich sind.“ Aus diesem Grund sei es wichtig, „daß das Personal der erbbiologischen Kartei vor allem besonders sorgfältig und zuverlässig arbeitet“, da „schon das falsche Einstellen einer einzigen Karte in der großen Kartei [...] zu falschen Auskünften und damit zu unberechtigter Gewährung besonderer Vorteile [...] und zu unerwünschten Eheschließungen usw. führen kann“.⁵⁹⁴

Für die Gesundheitsämter in der preußischen Provinz Sachsen muss bis 1945 ein latenter Personalmangel konstatiert werden.⁵⁹⁵ Dieser Mangel entstand aufgrund der Übertragung der Erb- und Rassenpflege. Für das Stadtgesundheitsamt Halle/Saale wurde im April 1935 etwa festgestellt: „Das erbbiologische Arbeitsgebiet [ist] auch quantitativ so angewachsen, dass selbst ein hauptamtlich beamteter Arzt unmöglich alle hierhergehörigen Arbeiten bewältigen kann. Zur Zeit liegen im Gesundheitsamt beispielsweise 760 Sterilisationsanträge vor, deren gutachterliche Bearbeitung durchschnittlich je 2½ Stunden erfordert. Die Zahl der bearbeiteten Ehestandsdarlehensanträge betrug vom 1. Juli bis 31. Dezember 1934 rund 1200.“⁵⁹⁶ Vor allem das Fehlen von Schreibkräften, Hilfsärzten und medizinischem Personal erschwerte zu Beginn der

⁵⁹⁴ StA Magdeburg, PA Nr. 1907, fol. 32. In Magdeburg wurde die erbbiologische Verkartung scheinbar weitgehend von Frauen vorgenommen. In diesem Zusammenhang wurde aus geschlechtsspezifischer Perspektive eine „bemerkenswerte“ Einschätzung zur weiteren Personalausstattung vorgenommen: „Eine männliche Person kann sich hier als Karteiführer nicht halten, da sie sich nicht von Frauen kommandieren lassen wird.“ StA Magdeburg, PA Nr. 1907, fol. 33.

⁵⁹⁵ Aus diesem Grund wurden etwa bereits pensionierte Medizinalbeamte reaktiviert. Vgl. StA Magdeburg, PA Nr. 3895. Von Seiten der Regierungsbehörde in Merseburg kam in der Mitte der 1930er-Jahre sogar der verzweifelt anmutende Vorschlag, vorbestrafte Ärzte und Ärztinnen für erb- und rassenbiologische Maßnahmen einzusetzen. Vgl. LASA, C 48 Ii, Nr. 79a/2: Die Bestrafung von Ärzten (1936–1945), unfol.

⁵⁹⁶ LASA, C 48 Ii, Nr. 110: Gerichtarzt im Stadtkreis Halle, Gesundheits-Amt (1901–1946), unfol.

nationalsozialistischen Zwangssterilisation die Erfassung der Bevölkerung sowie die entsprechende Begutachtung und Antragsstellung für die Erbgesundheitsgerichte.⁵⁹⁷

Nach Ausweis der Überlieferung scheinen die personellen und materiellen Probleme in der preußischen Provinz ab Mitte der 1930er-Jahre teilweise nachgelassen zu haben, was auf einen Personalzuwachs, den Rückgang der Sterilisationszahlen sowie die Etablierung einer erbbiologischen Organisation zurückgeführt werden kann.⁵⁹⁸ Demgegenüber betonten die Gesundheitsämter des Regierungsbezirke Erfurt auch im Frühjahr 1936 einen weiterhin bestehenden erheblichen personellen Mangel.⁵⁹⁹ So teilte das Gesundheitsamt Erfurt mit, dass die karteimäßige Erfassung von Frauen und Männern weiterhin auf erhebliche Probleme stoße, da die personenbezogene Datenerhebung nicht ordnungsgemäß und umfassend durchgeführt werden könne. „Wie viel von den karteimäßig nicht erfassten Einzelpersonen in den Sippen doppelt und mehrfach enthalten sind, kann nicht überblickt werden. Für eine exakt arbeitende Beratungsstelle ist die laufende vollständige Ergänzung der Kartei eine Grundbedingung. Als Mindestmaß an Personal für den Aufbau einer Abteilung ist nach diesseitiger Erfahrung für je 20 000 Einwohner eine Kraft erforderlich. [...] Eine Gesundheitspflegerin steht der Abteilung Erb- und Rassenpflege nicht zur Verfügung.“⁶⁰⁰ Die Tätigkeit der „Beratungsstelle für Erb- und Rassenpflege“ beruhe in hohem Maße auf „ge-

⁵⁹⁷ Im Mai 1934 signalisierte etwa das Stadtgesundheitsamt Halle/Saale, dass die Bearbeitung des „gesamten Materials über erbminderwertige Personen zum Zwecke der Anwendung des Sterilisationsgesetzes während der nächsten Monate einen großen, überplanmäßigen Arbeitsaufwand“ erfordere und dringend zwei „Schwesternstellen“ einzurichten seien, um „untragbare“ Zustände zu vermeiden. StA Halle/Saale, A. 2.9 Centralbüro Kap. II, Abt. E, Nr. 110: Stadtgesundheitsamt, Bd. 4 (1931–1936), unfol.

⁵⁹⁸ So teilte etwa der Oberbürgermeister von Magdeburg dem Oberpräsidenten der preußischen Provinz als Leiter der Provinzialverwaltung im Januar 1937 mit, dass die erbbiologische Verkartung der Magdeburger Bevölkerung ohne Unterstützung der Landesheilanstalt Haldensleben kaum weitergeführt werden könne. „Bei der Beanspruchung der Ärzte und des ärztlichen Hilfspersonals des hiesigen Gesundheitsamtes wird es in absehbarer Zeit kaum möglich sein, dass hier Untersuchungen von Sippenangehörigen durchgeführt werden bzw. die Sippentafeln vervollständigt oder zusammengelegt werden können.“ Daraufhin wurde neues medizinisches Personal eingestellt. „Die Abteilung Erb- und Rassenpflege wurde im Berichtsjahr entsprechend der überragenden Bedeutung ihres Arbeitsgebietes weiter ausgebaut und das ständige Personal auf 3 Ärzte, 2 ärztliche Helferinnen und 1 Stenotypistin erhöht. Daneben mussten des Öfteren Aushilfskräfte beschäftigt werden. Zwar ist die Zahl der Unfruchtbarmachungsanträge jetzt, nachdem die erste Prüfung der leicht erkennbaren Fälle der Erbkrankheiten durchgeführt ist, etwas zurückgegangen, jedoch erforderten die nunmehr zur Beurteilung stehenden Grenz- und schwierigen Fälle äußerst umfangreiche Vorarbeiten.“ StA Magdeburg 150/35:4: Verwaltungsbericht der Stadt Magdeburg 1937, S. 183.

⁵⁹⁹ Vgl. ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 23077: Erb- und Rassenpflege (1935–1944), fol. 4–6.

⁶⁰⁰ StA Erfurt, Nr. 2/511–23042: Magistrat der Stadt Erfurt. Stadtgesundheitsamt, Erb- und Rassenpflege. Monats- und Jahresberichte des Gesundheitsamts zur Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, des Ehegesundheitsgesetz und dem § 6 der ersten Verordnung zum Blutschutzgesetz, enthält u. a. Monats- und Jahresberichte über die Erfurter Kliniken durchgeführten Sterilisationen (1934–1945), unfol.

setzliche[n], behördliche[n] oder parteiamtliche[n] Maßnahmen“, für deren Erledigung „ausreichendes Personal und eine ausreichende Zahl von geeigneten Ärzten (notwendig) ist“. ⁶⁰¹

Die personellen Schwierigkeiten erhöhten sich am Ende der 1930er-Jahre, da medizinisches Personal häufiger zu militärischen Übungen eingezogen wurde. ⁶⁰² So wurden etwa die Gesundheitsämter in Calbe/Saale, Oschersleben und Stendal „verwarnt“, da sie die Verkartung der Kreisbevölkerung im Rahmen der Erbbestandsaufnahme nur unzureichend durchführten. ⁶⁰³ Die Hinweise auf die dünne Personaldecke wurden vom Regierungspräsidenten zwar anerkannt, jedoch nicht als hinreichende Begründung der unzureichenden Durchführung erbbiologischer Maßnahmen und der damit verbundenen bürokratischen Nachweisführungen akzeptiert. „Den bei dem Staatlichen Gesundheitsamt Stendal herrschenden Personalmangel vermag ich als stichhaltige Begründung für die verspätete Vorlage des Berichtes über die Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses [...] nicht anzuerkennen.“ ⁶⁰⁴ Die Personalnot verschärfte sich seit Kriegsbeginn weiter, sodass neben der Erb- und Rassenpflege auch medizinalpolizeiliche Maßnahmen, etwa zur Verhinderung von Seuchen, oder Aufgaben in gesundheitsfürsorglichen Bereichen kaum noch erfüllt werden konnten. ⁶⁰⁵ Spätestens für das Jahr 1942 konstatierte das Stadtgesundheitsamt in Halle/Saale eine Einschränkung erbbiologischer Maßnahmen aufgrund eines massiven Ärztemangels. ⁶⁰⁶ Und selbst in Magdeburg als Hauptstadt der preußischen Provinz Sachsen stand das staatliche Gesundheitswesen bereits 1941 vor dem Kollaps, und der leitende Amtsarzt hatte Sorgen, die Einschätzung des Gesundheitswesens zu veröf-

⁶⁰¹ StA Erfurt, Nr. 2/511–23042: Magistrat der Stadt Erfurt. Stadtgesundheitsamt, Erb- und Rassenpflege. Monats- und Jahresberichte des Gesundheitsamts zur Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, des Ehegesundheitsgesetz und dem § 6 der ersten Verordnung zum Blutschutzgesetz, enthält u. a. Monats- und Jahresberichte über die Erfurter Kliniken durchgeführten Sterilisationen (1934–1945), unfol.

⁶⁰² Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 460: Rassenhygiene, Volksbelehrung, Eheberatung (1935–1940), Bd. 1: 1935–1940, fol. 72–102.

⁶⁰³ Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 369: Erbbestandsaufnahme (1938–1939), fol. 55–57. Die bestehenden Personalmängel konnten im Verlauf der 1930er-Jahre nur unzureichend behoben werden, da etwa das Gesundheitsamt in Stendal im März 1939 von erheblichen Problemen infolge der geringen Anzahl von männlichen und weiblichen Mitarbeitern berichtete. Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 369: Erbbestandsaufnahme (1938–1939), fol. 59, 61, 63.

⁶⁰⁴ LASA, C 28 Ig, Nr. 102: Kreisarzt Dr. Puppel, Stendal (1912–1944), unfol.

⁶⁰⁵ Vgl. LASA, C 53 Gesundheitsamt Eisleben, Nr. 8: Hebammenangelegenheiten (1939–1950); LASA, Rep. 28 Ig, Nr. 160: Gesundheitsamt Oschersleben (1930–1947); LASA, C 28 Ig, Nr. 102: Kreisarzt Dr. Puppel, Stendal (1912–1944).

⁶⁰⁶ Vgl. StA Halle/Saale, Cs 80233–80243 Ls: Verwaltungsbericht der Stadt Halle/Saale 1942, S. 127.

fentlichen: „Ich habe allerdings Bedenken, die notwendigerweise in dem Bericht erwähnten Schwierigkeiten hinsichtlich der Versorgung im Einzelnen bekannt zu geben.“⁶⁰⁷

Infolge der Machtergreifung der Nationalsozialisten erfuhr das staatliche Gesundheitswesen eine erhebliche administrative Aufwertung, um als maßgebendes biopolitisches Instrument die erb- und rassenpflegerischen Ziele durchzusetzen.⁶⁰⁸ Wie paradigmatisch am Stadtgesundheitsamt Halle/Saale skizziert, konnten einzelne Gesundheitsämter auf organisatorische Initiativen und Bestrebungen der Erfassung von als „minderwertig“ geltenden Frauen und Männern aus den 1920er-Jahren zurückgreifen, die eine zeitnahe und zielgerichtete Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation eröffneten. Darüber hinaus wurden sämtliche Abteilungen der Gesundheitsämter in den Dienst der Erb- und Rassenpflege gestellt, um eine umfassende Durchführung zu gewährleisten.⁶⁰⁹ Demgegenüber bestanden bis 1945 fortwährende personelle und materielle Mängel, sodass die Handlungsfähigkeit der Gesundheitsämter teilweise erheblich eingeschränkt war. Hierdurch wurde die Durchführung von erb- und rassenbiologischen Maßnahmen insgesamt sowie vor allem die Erfassung und Begutachtung von als „erbkrank“ geltenden Frauen und Männern nachhaltig gekennzeichnet und beeinträchtigt. Darüber hinaus standen die Gesundheitsämter nicht nur im Einvernehmen, sondern häufig in organisatorischer und persönlicher Rivalität und Konkurrenz zu verschiedenen parteipolitischen Verbänden, die ihrerseits Einfluss auf die Durchführung erbbiologischer Maßnahmen zu nehmen suchten.

Eine gewichtige Rolle im regionalen Gefüge nahmen die leitenden Amtsärzte ein, die die Zusammenarbeit und Ausrichtung des Gesundheitsamtes maßgeblich prägten. Bereits in Vorausschau auf das folgende Kapitel werden abschließend unterschiedliche Konfliktzonen der Tätigkeit von Gesundheitsämtern und Amtsärzten beschrieben, die in ihren mittel- und unmittelbaren Effekten und Konsequenzen einen

⁶⁰⁷ StA Magdeburg, Rep. 38 J I. Nr. 4: Jahresgesundheitsberichte (1939/40, 1940/41), fol. 36.

⁶⁰⁸ Auf der Grundlage der vorliegenden Ergebnisse kann der Einschätzung von Florian Tennstedt und Alfons Labisch zugestimmt werden, dass „das staatliche Gesundheitswesen, wenngleich nationalsozialistisch unterwandert und umfunktioniert, [...] sich zumindest vom Ansatz her weiter in den Bahnen traditionellen Verwaltungshandelns“ vollzog. Labisch/Tennstedt: Gesundheitsamt oder Amt für Volksgesundheit?, S. 54–55.

⁶⁰⁹ Für das Stadtgesundheitsamt Halle/Saale heißt es im April 1935 exemplarisch: „Ferner sind alle anderen ärztlichen Abteilungen des Gesundheitsamtes im Rahmen ihrer Aufgabengebiete gleichzeitig erbbiologisch tätig. Die Zusammenfassung all dieser weitverzweigten Aufgaben unter Vermittlung der in der 3. Durchführungsverordnung des Reichsgesetzes vorgeschriebenen erbbiologischen Kartothek kann nur durch das Büro des Gesundheitsamtes unter unmittelbarer Leitung des Amtsarztes erfolgen.“ LASA, C 48 Ii, Nr. 110: Gerichtsarzt im Stadtkreis Halle, Gesundheits-Amt (1901–1946), unfol.

erheblichen Einfluss auf die Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation nehmen konnten.

Hinsichtlich der Leistungsfähigkeit der Gesundheitsämter und damit auch der effizienten Durchführung von erb- und rassenbiologischen Maßnahmen spielten die körperliche Konstitution sowie die private Lebenssituation der leitenden Amtsärzte keine unwesentliche Rolle.⁶¹⁰ So wurde der 63-jährige Kreisarzt von Salzwedel bereits vor der Einrichtung des Gesundheitsamtes am 1. Januar 1935 in den Ruhestand versetzt, da er sich „seinen Aufgaben manchmal nicht mehr ganz gewachsen“ zeige und zweifelhaft sei, ob er „noch bis zum 65. Lebensjahre“ arbeiten könne.⁶¹¹ Zugleich bildeten die Umgestaltung der Gesundheitsämter sowie insbesondere die Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation eine außerordentliche physische und psychische Belastung von Amtsärzten, die auch zu schweren Erkrankungen führen konnte. Aufgrund der wiederholten Nichtbeantwortung von dienstlichen Anweisungen wurde der leitende Amtsarzt des Kreises Jerichow I mit einer Ordnungsstrafe belegt und ein medizinisches Gutachten gefordert.⁶¹² Das Gutachten vom Januar 1936 konstatierte, dass der Amtsarzt vor allem durch die Anforderungen der „Erb- und Rassenpflege“, die zu diesem Zeitpunkt beispielsweise die Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ sowie des Ehegesundheitsgesetzes umfasste, massiv überlastet gewesen sei. Dazu gesellte sich eine Erkrankung der Ehefrau, durch die der Amtsarzt „erschüttert“ gewesen sei.⁶¹³

Weitere Probleme ergaben sich in der Zusammenarbeit von Amtsärzten mit Landräten oder Parteidienststellen. Diese Differenzen wurden jedoch nicht nur strukturell gespeist, sondern waren in nicht geringem Maße den jeweiligen Personen und

⁶¹⁰ Ein damit korrelierendes Konfliktfeld bestand etwa in der Übernahme von Nebentätigkeiten. Die Hinweise zielten einerseits auf die zielgerichtete Durchführung der dienstlichen Obliegenheiten, andererseits sollte vor allem seit Kriegsbeginn die Arbeitskraft des Amtsarztes auch im Hinblick auf die Personalnot erhalten werden. Trotz gegenteiliger Einschätzung des betreffenden Amtsarztes in Suhl wurden seitens des Medizinaldezernats in Erfurt eine Arbeitsüberlastung und gesundheitliche Probleme infolge der Übernahme öffentlicher und parteipolitischer Nebentätigkeiten attestiert. Dieser Anweisung stand jedoch die angespannte Personalsituation entgegen, da seit Kriegsbeginn kaum Ärzte vorhanden waren, die nebenamtliche Tätigkeiten etwa für Krankenkassen oder Arbeitsämter ausführen konnten. Insofern verlagerte sich das Arbeitsaufkommen der Gesundheitsämter und Amtsärzte von der „Erb- und Rassenpflege“ ab etwa 1939 auf die Erhaltung des öffentlich-staatlichen Gesundheitswesens. Vgl. ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 23035: Personalsachen des Medizinalrates Dr. Alfred Hahn in Suhl (1927–1944), unfol.

⁶¹¹ LASA, C 28 Ig, Nr. 86: Kreisarzt Dr. Grape, Salzwedel (1907–1935), fol. 185.

⁶¹² Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 81a: Medizinalrat Dr. Pieszczyk, Burg (1928–1940), fol. 381.

⁶¹³ Der untersuchende Arzt ordnete einen vierwöchigen Erholungsurlaub an und konstatierte abschließend: „Das Verhalten des Dr. P. wird durch seinen Gesundheitszustand nicht entschuldigt, der ärztliche Befund dürfte aber seine Unterlassungen in etwas milderem Licht erscheinen lassen.“ Drei Jahre später verstarb der Amtsarzt an den Folgen eines Schlaganfalls. LASA, C 28 Ig, Nr. 81a: Medizinalrat Dr. Pieszczyk, Burg (1928–1940), fol. 386–387.

damit einhergehenden persönlichen Vorurteilen und Animositäten geschuldet. Ende 1935 entwickelte sich etwa zwischen dem Landrat und Amtsarzt von Gardelegen ein erheblicher Konflikt aufgrund von unterschiedlichen Ansichten über die Entziehung der elterlichen Gewalt eines mit Windpocken infizierten Kindes.⁶¹⁴ In dieser Diskussion wurde dem Amtsarzt ein „ungehöriger Schriftverkehr“ vorgeworfen, der dazu geführt habe, dass der Landrat in höchstem Maße verärgert sei und die weitere Zusammenarbeit ablehne. Auch die vom Regierungspräsidenten gegenüber dem Amtsarzt ausgesprochene „ernsteste Missbilligung“ konnte die Situation nicht entschärfen.⁶¹⁵ Vielmehr sei dem Amtsarzt die Verärgerung des Landrats gleichgültig und er lehne eine Entschuldigung ab. Schließlich bat er um die Versetzung in den Ruhestand, die dem 59-jährigen Amtsarzt im Sommer 1936 gewährt wurde. Waren die Beziehungen vor allem zwischen Amtsarzt und Kommunalverwaltung gestört und konnte keine einvernehmliche Zusammenarbeit etabliert werden, so entstanden auf lokaler Ebene erhebliche Hindernisse, die auch die Durchführung von erb- und rassenbiologischen Maßnahmen beeinträchtigen konnten.⁶¹⁶

3.4.2 Amtsärzte als biopolitische Akteure

Kreisärzte und später Amtsärzte als Leiter der 1935 gegründeten Gesundheitsämter besetzten für die Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation eine entscheidende Position, indem sie maßgeblich an der Erfassung sowie Begutachtung von als „erbkrank“ geltenden Frauen und Männern beteiligt waren. Sie waren dienstlich verpflichtet und lenkten auf der Grundlage der ihnen zur Verfügung stehenden personellen und materiellen Ressourcen einerseits sowie ihrer medizinischen und habituellen Vorstellungen andererseits die Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“. Daneben fungierten sie als beamtete Beisitzer der Erbgesundheitsgerichte. Für die Umsetzung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation

⁶¹⁴ Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 106, Bd. 3: Dr. Reischauer, Gardelegen (1928–1942), fol. 69–102.

⁶¹⁵ In den Untersuchungen hielt der zuständige Medizinaldezernent in Magdeburg fest, dass das Verhalten des Amtsarztes der „krankhaften paranoisch-querulatorischen, feindseligen Einstellung gegen alles, mit dem er sich nicht einverstanden erklären zu können glaubt“, geschuldet sei. Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 106, Bd. 3: Dr. Reischauer, Gardelegen (1928–1942), fol. 103–108, 115–120.

⁶¹⁶ Diese Probleme entstanden jedoch nicht erst infolge der Vereinheitlichung des Gesundheitswesens, sondern beruhten teilweise auf längerfristigen Konflikten. So stand der Amtsarzt von Stendal in Auseinandersetzungen mit der Kreisleitung der NSDAP, mit dem Landrat über die Organisation der Tuberkulosenberatungsstelle sowie mit dem Oberbürgermeister über die Hintergründe und Konsequenzen einer Typhusepidemie. Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 102: Kreisarzt Dr. Puppel, Stendal (1912–1944), unfol.

sowie weiterer erb- und rassenbiologischer Maßnahmen wie des „Ehegesundheitsgesetzes“ oder der erbbiologischen Bestandsaufnahme besetzten die Amtsärzte im Dritten Reich eine Schlüsselposition.

Für eine gruppenbiographische Einordnung der leitenden Amtsärzte der preußischen Provinz Sachsen werden zunächst unterschiedliche Merkmale wie Alter, Herkunft, berufliche Qualifikation sowie Mitgliedschaften in der NSDAP oder weiteren Verbänden herangezogen.⁶¹⁷ Das Ziel besteht in einer Annäherung an die Amtsärzte als maßgebliche Akteure der nationalsozialistischen Erb- und Rassenpflege. Da kategoriale Zuordnungen den Blick auf die amtsärztliche Praxis eher verstellen, statt zu erhellen, wird auf eine Typenbildung der Medizinalbeamten verzichtet.⁶¹⁸ Darüber hinaus werden persönliche Einstellungen und Beziehungen zum Nationalsozialismus sowie Konflikte mit Parteidienststellen betrachtet, die sowohl zu einer differenzierteren Einschätzung der Gruppen der Medizinalbeamten beitragen als auch auf mittelbare und unmittelbare Effekte und Triebkräfte der Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ hinweisen.

⁶¹⁷ Für die Medizinalbeamten in der preußischen Provinz Sachsen werden gruppenbiographische Merkmale wie Geburtsjahr, Herkunft, Religion, der medizinische Werdegang, politische Einstellungsmuster in der Weimarer Republik sowie die Mitgliedschaft in der NSDAP und weiteren nationalsozialistischen Verbänden herangezogen. Zu etwa zwei Dritteln der ermittelten Amtsärzte konnten die überlieferten Personalakten eingesehen oder zumindest das Approbationsjahr und der Dissertationstitel mithilfe des Reichsmedizinalkalenders erschlossen werden.

⁶¹⁸ Für die leitenden Amtsärzte in Westfalen hat Johannes Vossen eine Typenbildung anhand von „biographischen und beruflichen Rahmenbedingungen“ vorgeschlagen, die sich an das Konzept der „politischen Generation“ von Detlef Peukert anlehnt. Auf der Grundlage der Geburtsjahrgänge konstatiert er drei Typen (Gründerzeitgeneration 1870–1885, Frontgeneration 1885–1900 und der nationalsozialistische Amtsarzt 1900–1908) und führt hierzu prägende soziale, qualifikatorische und politische Merkmale an. Diese Kategorienbildung erweist sich aufgrund der Geburtsjahrgänge als analytisches Prinzip als problematisch, da die Schnittmengen in Werdegang, NSDAP-Mitgliedschaft oder Kriegsteilnahme zwischen den jeweiligen Altersgruppen mitunter höher als die Unterschiede erscheinen. Aufgrund von analytischen und terminologischen Problemen birgt sowohl die Typenbildung als auch die nachträgliche Bedeutungszuweisung einzelner Analysekatoren die Gefahr eines Analogieschlusses, indem den jeweiligen Personengruppen spezifische Verhaltens- und Handlungsweisen direkt und indirekt unterstellt werden – der „nationalsozialistische Amtsarzt“ als Exponent nationalsozialistischer „Erb- und Rassenpflege“ ist in diesem Zusammenhang als eine nachträgliche analytische Konstruktion anzusehen. Aus diesen Gründen sollen die gruppenbiographischen Merkmale der leitenden Amtsärzte in der preußischen Provinz Sachsen nicht in einer starren Typologie münden, sondern als Annäherung an die sozialen, medizinischen und politischen biographischen Dimensionen dienen – hierzu bieten die Ergebnisse von Johannes Vossen eine wichtige Vergleichsfolie. Vgl. Vossen: Gesundheitsämter im Nationalsozialismus, S. 247–254. Auch Annemone Christians verweist mit Bezug auf das öffentliche Gesundheitswesen in München auf divergierende prosopographische Ergebnisse. Vgl. Christians: Amtsgewalt und Volksgesundheit, S. 72.

Die historische Forschung konstatiert für die ärztliche Berufsgruppe eine starke politische Affinität zum Nationalsozialismus und charakterisiert sie als tragende Funktionselite im „Dritten Reich“. ⁶¹⁹ Als Nachweise dienen etwa Mitgliedszahlen in der NSDAP, der Beitritt zu nationalsozialistischen Berufsverbänden, wie etwa dem „NS-Ärztebund“, die Übernahme von parteipolitischen Ämtern, wie beispielsweise im „Amt für Volksgesundheit“ oder im „Rassenpolitischen Amt“ sowie die aktive Beteiligung an der Zwangssterilisation, am Krankenmord oder an Menschenversuchen.

Die leitenden Amtsärzte der Gesundheitsämter, welche ausschließlich männlichen Geschlechts waren, bilden aufgrund ihres Status als Staatsbedienstete und der damit einhergehenden Staatsnähe eine spezifische ärztliche Berufsgruppe. Für Johannes Vossen handelte es sich um „meist konservative oder deutschnationale Medizinalbeamten“, die den Nationalsozialismus begrüßten und sich infolge der „Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ einen „geachteten Platz im öffentlichen Leben“ und eine „Verbesserung ihrer wirtschaftlichen Lage“ sicherten. ⁶²⁰ „Die weitgehende Übereinstimmung der gesundheitspolitischen Vorstellungen und die schnelle Umsetzung der staatsorientierten Medizinalreform waren wichtige Voraussetzungen dafür, dass auch die Medizinalbeamenschaft in das ‚Bündnis der Eliten‘ eintrat, das Hitler zur Macht verhalf und sie dauerhaft stabilisierte.“ ⁶²¹ Demgegenüber betonten Alfons Labisch und Florian Tennstedt als „standespolitische Ergebnisse“ infolge der Vereinheitlichung des Gesundheitswesens eine durchaus reservierte Haltung der Medizinalbeamten, da sie materielle Einbußen hinnehmen mussten, indem ihnen etwa finanziell lukrative Nebentätigkeiten untersagt wurden. Darüber hinaus waren sie infolge der Gründung der Gesundheitsämter im April 1935 mit einem vergrößerten Aufgabenfeld, wie etwa der „Erb- und Rassenpflege“, konfrontiert. Es wurde zwar „die Position des öffentlichen Gesundheitsdienstes als staatlicher Gesundheitsverwaltung“ gesichert, „ansonsten brachte das GVG [Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens, d. Vf.] lediglich eine ideologische Aufwertung der Amtsärzte und vor allen Dingen mehr Arbeit, und zwar im klassischen Sinne sanitäts- und medizinalpolizeilicher

⁶¹⁹ Vgl. etwa Lifton: *Ärzte im Dritten Reich*; Kater, Michael H: *Ärzte als Hitlers Helfer*, München 2000; Klee, Ernst: *Deutsche Medizin im Dritten Reich, Karrieren vor und nach 1945*, Frankfurt/Main 2001; Freimüller, Tobias: *Mediziner: Operation Volkskörper*. In: Frei, Norbert (Hrsg.): *Karrieren im Zweilicht. Hitlers Eliten nach 1945*, Frankfurt/Main 2003, S. 13–72.

⁶²⁰ Vossen: *Gesundheitsämter im Nationalsozialismus*, S. 236.

⁶²¹ Vossen: *Gesundheitsämter im Nationalsozialismus*, S. 236–237.

Ordnungsverwaltung, deren Interventionsformen auf die legalistische Erb- und Rassenpflege umgemünzt worden war“.⁶²² Vor allem die Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation sei aufgrund der gewaltigen Dienstanforderungen keineswegs auf geteilten „Enthusiasmus“, sondern sogar auf Ablehnung gestoßen.⁶²³ Diese unterschiedlichen Forschungsergebnisse deuten auf keine geschlossene oder einheitliche Haltung von Amtsärzten und Medizinalbeamten sowohl gegenüber dem Nationalsozialismus als auch der Durchführung von erb- und rassenbiologischen Tätigkeitsfeldern hin. Vielmehr ist von unterschiedlichen persönlichen, dienstlichen und medizinischen Dispositionen auszugehen, die die amtsärztliche Tätigkeit und Stellung kennzeichneten.

Die Machtübernahme der Nationalsozialisten im Januar 1933 und die folgenden politisch-rassistischen Überprüfungen der Staatsbediensteten auf der Grundlage des „Gesetzes über die Wiederherstellung des Berufsbeamtentums“ führten auch in der preußischen Provinz Sachsen zur Entlassung von politisch und „rassistisch“ missliebigen medizinischen Beamten.⁶²⁴ In Magdeburg wurde beispielsweise der Stadtmedizinalrat Paul Konitzer, von 1945 bis 1947 Präsident der Deutschen Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen in der SBZ, aufgrund seiner Mitgliedschaft in der SPD aus politischen Gründen entlassen.⁶²⁵

Im Kreis Neuhaldensleben wurde der Kreisarzt Dr. Walter Eliassow aus rassistischen und politischen Gründen 1933 in den Ruhestand versetzt.⁶²⁶ In einem Bericht des Regierungspräsidenten von Magdeburg an den Preußischen Minister des Innern

⁶²² Labisch/Tennstedt: Der Weg zum „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“, Bd. 2, S. 322–323.

⁶²³ Vgl. Labisch/Tennstedt: Der Weg zum „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“, Bd. 2, S. 323.

⁶²⁴ Die Anzahl an entlassenen leitenden Kreisärzten oder MitarbeiterInnen im Gesundheitswesen in der preußischen Provinz Sachsen kann an dieser Stelle nicht weiter betrachtet werden. Alfons Labisch und Florian Tennstedt zählen in ihrer Untersuchung insgesamt neun MitarbeiterInnen auf, die 1933 aufgrund des „Berufsbeamtengesetzes“ entlassen wurden. Hierbei handelt sich um eine vorläufige Aufzählung. Vgl. Labisch/Tennstedt: Der Weg zum „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“, Bd. 2, S. 549. Diese Aufzählung muss mindestens um die hier erwähnten Dr. Fritz Lebram, Stadtarzt in Erfurt, sowie Dr. Gustav Jorns, Kreisarzt in Nordhausen, ergänzt werden.

⁶²⁵ Vgl. Christopheit, Gerald: Konitzer, Paul Ignatz. In: Magdeburger Biographisches Lexikon, S. 375–376; Schneck, Peter: Paul Konitzer (1894–1947). Hygieniker, Amtsarzt, Sozialmediziner, Gesundheitspolitiker. In: Zeitschrift für Geschichte der Wissenschaften, Technik und Medizin, Jg. 12 (2004), H. 4, S. 213–232; StA Magdeburg Rep. 12 V 1. Sammlung Dr. Paul Konitzer, 1919–2000. Paul Konitzer war im Jahr 1928 maßgeblich an einer Publikation zum Gesundheitswesen der Stadt Magdeburg beteiligt. Vgl. Das Gesundheitswesen der Stadt Magdeburg.

⁶²⁶ Walter Eliassow, 1891 in Königsberg geboren, Kriegsteilnehmer und seit 1930 Kreisarzt in Neuhaldensleben, war Jude und Mitglied der SPD. 1957 in Haifa verstorben. Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 83: Medizinalrat Dr. Eliassow, Haldensleben (1922–1934).

vom 4. April 1933 wurde konstatiert, dass Walter Eliassow seine „Stellung als Staatsbeamter“ aufgrund der Teilnahme am Maifeierumzug der SPD im Jahr 1932 „erheblich erschüttert“ habe. „Als Folge hiervon ist es anzusehen, dass auch er am 1.d.Mts. [1. April 1933] in den allgemeinen Boykott gegen die Judenschaft einbezogen wurde. Mit Rücksicht auf diese Verhältnisse habe ich seine vorläufige Beurlaubung für dringend erforderlich gehalten. Hierdurch halte ich die Angelegenheit noch nicht für erledigt. Ich bin vielmehr der Ansicht, dass unter den gegebenen Umständen Dr. Eliassow als Staatsbeamter und Kreisarzt untragbar und daher seine möglichst baldige Versetzung in den Ruhestand notwendig ist.“⁶²⁷ Die im „Gesetz über die Wiederherstellung des Berufsbeamtentums“ verankerte Ausnahmeregelung eines sogenannten „Frontkämpferprivilegs“ für jüdische Beamte, die am Ersten Weltkrieg teilgenommen hatten, wurde Walter Eliassow nicht zugestanden.⁶²⁸

Im Gegensatz zur rigiden Entlassung von Walter Eliassow blieb der jüdische Kreisarzt des Stadtkreises Erfurt, Dr. Fritz Lebram, bis spätestens Juli 1935 im Amt.⁶²⁹ Im Juli 1933 erkundigte sich der Gauobmann des Nationalsozialistischen Ärztebundes für den Gau Thüringen beim Regierungspräsidenten in Erfurt, welche Position die Regierung zu einem jüdischen Stadtarzt einnehme. Nach Rücksprache teilte das preußische Innenministerium im August 1933 mit, dass der „Medizinalrat Dr. Lebram seit dem 1. Juli 1912 bereits planmäßig angestellt und Frontkämpfer ist und ein Anlass zu seiner Versetzung daher nicht vorliegt“.⁶³⁰ Im Jahr 1934 erhöhten insbesondere lokale Parteidienststellen sowie die Reichspostdirektion den politischen Druck sowohl auf den Stadtarzt Fritz Lebram als auch auf den Regierungspräsidenten in Erfurt. Die

⁶²⁷ LASA, C 28 Ig, Nr. 83: Medizinalrat Dr. Eliassow, Haldensleben (1922–1934), fol. 171.

⁶²⁸ Die Ermittlungen gegen Walter Eliassow wurden fortgeführt. Im Juli 1933 teilte der Landrat von Neu-Haldensleben dem Regierungspräsidenten mit, dass keine weiteren Anhaltspunkte für eine politische Betätigung gefunden werden konnten. Nach Ansicht des Landrats nähme jedoch „die national eingestellte Bevölkerung von vornherein Stellung gegen die Betätigung des jüdischen Kreisarztes, namentlich in seiner Eigenschaft als Kommunalarzt“. Dementsprechend hätten größere Bevölkerungsteile seine Praxis gemieden. Da der Kreis Neu-Haldensleben nun fast „judenfrei“ sei, „würde die Weiterbeschäftigung eines jüdischen Kreisarztes voraussichtlich auf sehr starken Widerspruch der gesamten Bevölkerung stoßen und eine ersprießliche Tätigkeit des staatlichen Medizinalbeamten zweifellos stark gefährden“. Es muss an dieser Stelle offenbleiben, ob die Feststellungen des Landrats auf einen ausgeprägten regionalen Antisemitismus hinweisen oder ob es sich bei der Beurteilung des Landrats um eine parteipolitisch motivierte Strategie handelte, mit dem Ziel, die Versetzung des Amtsarztes zu forcieren. LASA, C 28 Ig, Nr. 83: Medizinalrat Dr. Eliassow, Haldensleben (1922–1934), fol. 198.

⁶²⁹ Fritz Lebram, 1875 geboren und ebenfalls Kriegsteilnehmer, war bereits vor dem Ersten Weltkrieg beamteter Arzt in Erfurt. Vgl. ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 26916: Personalakte des Medizinalrates Dr. Lebram in Erfurt. Zur Verfolgung von jüdischen Ärzten und Ärztinnen in Thüringen weiterführend Grieser, Thomas: Jüdische Ärzte in Thüringen während des Nationalsozialismus 1933 – 1945, Jena 2003, hier S. 22–24.

⁶³⁰ ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 23150: Wiederherstellung des Berufsbeamtentums von Med. Rat. Dr. Lebram (1933–1941), fol. 65.

NSDAP des Stadtkreises Erfurt betonte im März 1934, dass sich „deutsche Volksgenossen weigern“ würden, einen jüdischen Arzt aufzusuchen.⁶³¹ Die Reichspostdirektion, die durch die Kreisleitung der NSDAP informiert worden war, schloss sich dieser Argumentation im Mai 1934 an.⁶³² Nach Rücksprache des Regierungspräsidenten mit Arthur Gütt, zu diesem Zeitpunkt Leiter des Amtes für Volksgesundheit, sollte Fritz Lebram im März 1935 schließlich angehalten werden, eine Versetzung in den Ruhestand aus Altersgründen einzureichen.⁶³³ Diese Entscheidung kam dem „Reichsbürgergesetz“ vom 15. September 1935 zuvor, das unter anderem das „Frontkämpferprivileg“ für jüdische Soldaten des Ersten Weltkrieges aufhob.⁶³⁴

Innerhalb des fortwährenden Ausgrenzungsprozesses war Fritz Lebram bis 1935 für die Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation zuständig.⁶³⁵ Im März 1934 teilte er als verantwortlicher Kreisarzt der Stadt Erfurt dem Regierungspräsidenten mit, dass die „Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ mit „Nachdruck betrieben“ werde.⁶³⁶ In einem Sachstandsbericht vom September 1934 schilderte er die bisher durchgeführten Maßnahmen und den Umfang von Zwangssterilisationen. In diesem Zusammenhang betonte er den hohen Arbeitsaufwand, der durch das Personal des Gesundheitsamtes kaum gedeckt werden könnte.⁶³⁷ Fritz Lebram stellt eine Ausnahme in der Frühphase des Dritten Reiches dar, die auf feine Bruchlinien hindeutet, indem die Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation von jüdischen Ärzten geteilt und betrieben wurde, die sich

⁶³¹ ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 23150: Wiederherstellung des Berufsbeamtentums von Med. Rat. Dr. Lebram (1933–1941), fol. 69.

⁶³² „Um aber dem Volksempfinden gerecht zu werden, bitten wir für die Fälle, in denen es unseren Bediensteten unerwünscht ist, durch den nicht-arischen Dr. Lebram untersucht zu werden, einen anderen – arischen – Medizinalbeamten in Erfurt zu ermächtigen, neben Dr. Lebram die Geschäfte des Kreisarztes in Erfurt Stadt wahrzunehmen.“ Vgl. ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 23150: Wiederherstellung des Berufsbeamtentums von Med. Rat. Dr. Lebram (1933–1941), fol. 72.

⁶³³ Die Versetzung in den Ruhestand wurde zum 1. Juli 1935 wirksam. ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 26916: Personalakte des Medizinalrates Dr. Lebram in Erfurt, fol. 255.

⁶³⁴ Zum „Reichsbürgergesetz“ etwa Essner, Cornelia: Die „Nürnberger Gesetze“ oder Die Verwaltung des Rassenwahns 1933–1945, Paderborn 2002.

⁶³⁵ Die Weiterbeschäftigung in der Frühphase des „Dritten Reiches“ hatte etwa zur Konsequenz, dass Fritz Lebram zu einem staatlicherseits vorgeschriebenen Fortbildungslehrgang für die Vererbungs-wissenschaft eingeladen wurde, dessen Teilnahme durch das preußische Ministerium jedoch abge-sagt wurde.

⁶³⁶ StA Erfurt, Nr. 2/511–23045: Magistrat der Stadt Erfurt. Stadtgesundheitsamt, Erb- und Rassen-pflege. Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, enthält u. a. Allge-meinen Schriftverkehr, Verordnungen und Richtlinien, Namenslisten der vom Erbgesundheitsge-richt im Jahre 1935 erfassten Personen (1935–1944), unfol.

⁶³⁷ Vgl. StA Erfurt, Nr. 2/511–23042: Magistrat der Stadt Erfurt. Stadtgesundheitsamt, Erb- und Ras-senpflege. Monats- und Jahresberichte des Gesundheitsamts zur Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, des Ehegesundheitsgesetz und dem § 6 der ersten Verord-nung zum Blutschutzgesetz, enthält u. a. Monats- und Jahresberichte über die Erfurter Kliniken durchgeführten Sterilisationen (1934–1945), unfol.

jedoch ihrerseits in einem rigiden Ausgrenzungsprozess befanden.⁶³⁸ Die Motive von Fritz Lebram können an dieser Stelle nicht erschlossen werden, jedoch erscheint die aktive Beteiligung von jüdischen Ärzten an erbbiologischen Maßnahmen in der Frühphase des Dritten Reiches als kein eklatanter Widerspruch, da sie als Staatsbeamtete zur Durchführung verpflichtet waren und als Ärzte der Zwangssterilisation von „erbkranken“ Frauen und Männern eine hohe Bedeutung zumaßen.⁶³⁹

Entgegen den personalpolitischen Entlassungen aus rassischen oder politischen Gründen verblieb der größte Teil der Kreisärzte 1933 im Amt.⁶⁴⁰ Soweit die überlieferten Personalakten Aufschluss geben, wurden die bis dato tätigen Kreisärzte als Amtsärzte der neuen Gesundheitsämter eingesetzt.⁶⁴¹ Die lokale Herkunft der Amtsärzte der preußischen Provinz bezeugt eine geringe heimatliche Verwurzelung, da lediglich ein Bruchteil in der Provinz sowie in den angrenzenden Regionen wie Braunschweig oder Kassel geboren wurde. Der Großteil der Amtsärzte entstammte den östlichen preußischen Provinzen wie Posen oder Schlesien. Die Religionszugehörigkeit war mit rund 80 Prozent mehrheitlich protestantisch. Beruhend auf ihrer Dienststellung als Beamte und auf der Grundlage langjähriger beruflicher Erfahrung wurden sie größtenteils vor 1933 als Kreisärzte in die preußische Provinz versetzt und arbeiteten dort teilweise bereits seit Jahren oder sogar Jahrzehnten.⁶⁴²

⁶³⁸ Der hier kurz skizzierte Exklusionsprozess jüdischer und sozialdemokratischer Ärzte auf der Grundlage des „Gesetzes über die Wiederherstellung des Berufsbeamtentums“ wurde sowohl von lokalen parteipolitischen Stellen der NSDAP als auch von Landräten als unterer Verwaltungsebene forciert. In welchem Maße die wiederholt betonten antisemitischen Vorbehalte unter der Bevölkerung kursierten, kann an dieser Stelle nicht weiterverfolgt werden. Es entsteht jedoch der Eindruck, dass die ausdrücklichen Hinweise auf die lokale „Judenfeindlichkeit“ eher als strategisches Kalkül mit dem Ziel fungierten, die Entlassung missliebiger Beamter durchzusetzen.

⁶³⁹ In diesem Zusammenhang kann ergänzend auf einen persönlichen Brief des ebenfalls entlassenen Kreisarztes von Nordhausen, Dr. Gustav Jorns, an den Medizinaldezernenten in Erfurt, Dr. Ludwig Clauss, hingewiesen werden, in welchem er seine tiefe „Verehrung“ und „deutsche Treue“ bekundete. Vgl. ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19593: Dienstversammlungen der Amtsärzte (1911–1938), unfol. Nach Ende des Krieges war Dr. Gustav Jorns wieder im Stadtgesundheitsamt tätig. Vgl. StA Nordhausen, S 0189: Gesundheitsamt, Bd. 1 (1945–1946), fol. 8.

⁶⁴⁰ Für die etwa 40 staatlichen Gesundheitsämter der preußischen Provinz Sachsen konnten über 100 zumeist leitende Amtsärzte ermittelt werden. Diese Anzahl verweist auf nicht wenige Neubesetzungen infolge von dienstlichen Versetzungen oder Ruhestand.

⁶⁴¹ Vgl. auch Vossen: Gesundheitsämter im Nationalsozialismus, S. 425–430. An dieser Stelle kann nicht geklärt werden, ob infolge der Vereinheitlichung des Gesundheitswesens 1935 größere Auseinandersetzungen über die Besetzung der leitenden Amtsarztstellen auftraten.

⁶⁴² Es besteht die Tendenz, dass in einzelnen Kreisen der Regierungsbezirke Erfurt und Merseburg wie etwa in Bad Liebenwerda, Wittenberg, Nordhausen oder Worbis eine größere personelle Fluktuation vorherrschte. Demgegenüber bestand in einer größeren Anzahl von Kreisen im Regierungsbezirk Merseburg und vor allem Magdeburg eine stärkere personelle Kontinuität, sodass die leitenden Kreis- und späteren Amtsärzte bis etwa 1945 tätig waren. Das Kriegsende und die russische Besetzung der preußischen Provinz Sachsen bedeuteten einen personellen Bruch im staatlichen Gesundheitswesen, indem die leitenden Amtsärzte weitgehend entlassen wurden oder die Region verließen.

Die leitenden Amtsärzte wurden zu über 90 Prozent im 19. Jahrhundert geboren. Knapp die Hälfte der Amtsärzte war zum Zeitpunkt der Machtergreifung rund 50 Jahre alt. Einen besonderen Schwerpunkt bilden die Geburtsjahrgänge bis 1875, denen etwa 25 Prozent der Amtsärzte angehörten. Demgegenüber konnten kaum Ärzte ermittelt werden, die nach 1900 geboren wurden und in Anlehnung an Johannes Vossen eine hohe Affinität und einen hohen Radikalisierungsgrad im Dritten Reich ausbildeten.⁶⁴³ Dementsprechend kann eine vergleichsweise hohe Altersstruktur der Amtsärzte in der preußischen Provinz Sachsen konstatiert werden, was auf die Rahmenbedingungen medizinisch-kreisärztlicher Ausbildung, die Besetzungspraxis in der preußischen Provinz Sachsen sowie auch einen latenten Mangel an Kreis- und Amtsärzten hinweist.

Unter Berücksichtigung des Alters, der örtlichen Herkunft sowie der akademisch-medizinischen Ausbildung können die Amtsärzte der preußischen Provinz Sachsen einem bildungsbürgerlichen Milieu mit kaiserzeitlich-preußischer Prägung zugeordnet werden. Für diese Personengruppe können gemeinhin konservative und deutschnationale Dispositionen angeführt werden. Ein Großteil nahm am Ersten Weltkrieg teil und erhielt militärische Auszeichnungen.⁶⁴⁴

Insgesamt absolvierten knapp 50 Prozent der Amtsärzte der Provinz ihre Approbation vor Ausbruch des Ersten Weltkrieges. Lediglich 20 Prozent approbierten nach 1920, dementsprechend absolvierte ein Großteil der Amtsärzte in der preußischen Provinz Sachsen ihr Medizinstudium vor der universitären Institutionalisierung der Rassenhygiene in München im Jahr 1923. Die Titel der angefertigten Dissertationen sind im Hinblick auf erb- und rassenbiologische Forschungsthemen demnach auch weitgehend unauffällig.⁶⁴⁵ Die einzige Dissertation, die sich konkret mit der Erbbiolo-

⁶⁴³ Vgl. Vossen: Gesundheitsämter im Nationalsozialismus, S. 251–254. Zum Zusammenhang von Alter und Radikalisierung siehe insbesondere Wildt, Michael: Generation des Unbedingten. Das Führungskorps des Reichssicherheitshauptamtes, Hamburg 2002.

⁶⁴⁴ Hierzu gehörten etwa das Eiserne Kreuz erster oder zweiter Klasse sowie das von Paul von Hindenburg 1934 gestiftete „Ehrenkreuz für Frontkämpfer“. Die militärischen Ränge waren uneinheitlich und umfassten sowohl Offiziers- als auch Mannschaftsdienstgrade. Ein kleiner Anteil galt nach dem Ersten Weltkrieg als „kriegsbeschädigt“.

⁶⁴⁵ Dissertationen, die sich im Umfeld von psychiatrischen oder erbbiologischen Fachthemen bewegten, trugen etwa die Titel: „Über die Wirkung des Dormiol bei Geisteskranken“ von Dr. Oscar Holz (1901); „Ein Beitrag zur gerichtsärztlichen Würdigung der Verschwendungssucht“ von Dr. Wilhelm Wasserfall (1904) oder „Die Bedeutung der exogenen Faktoren, spez. des Krieges, für die Paralyse“ von Dr. Otto Freidank (1919). Die übrigen Dissertationen konzentrierten sich auf die innere Medizin mit unterschiedlichen gynäkologischen, onkologischen oder infekteriologischen Schwerpunkten. Einzelne Beispiele waren etwa „Über Makroglossie“ von Dr. Gerhard Simon (1902); „Die Hernia epigastrica“ von Dr. Oscar Jancke (1906); „Die künstliche Unterbrechung der

gie von Hilfsschulkindern befasste, wurde 1916 vom jüdischen und sozialdemokratischen Arzt Walter Eliassow vorgelegt und trug den Titel „Erbliche Belastung und Entwicklung von Hilfsschulkindern. Nach Untersuchungen an Geschwistern unter den Hilfsschülern“. Unter den Amtsärzten in der preußischen Provinz befanden sich wenige Vertreter, die explizit über psychiatrische, erbbiologische oder rassenhygienische medizinische Qualifikationen verfügten. Hierzu gehörten der leitende Amtsarzt von Wernigerode, Dr. Georg Fehsenfeld, der als Facharzt für Psychiatrie ausgewiesen wurde, sowie die Amtsärzte von Halberstadt, Dr. Friedrich Meyer, und Naumburg, Dr. Gustav Weißgerber, die zuvor in einer psychiatrischen Einrichtung in der preußischen Provinz gearbeitet hatten. Der erbbiologische Kenntnisstand der Amtsärzte beruhte demnach weitgehend auf dem Medizinstudium, der praktischen Ausbildung etwa in psychiatrischen Einrichtungen sowie der dienstlichen Konfrontation als Kommunal- oder Kreisärzte mit unteren Bevölkerungsgruppen, geistig und körperlich behinderten Frauen und Männern oder „Geschlechts- und Suchtkranken“.

Über ausgeprägte erbbiologische Kenntnisse verfügte der Amtsarzt von Magdeburg, Dr. Erich Jeske.⁶⁴⁶ Unter seiner Bearbeitung erschien im Jahr 1934 ein „Wörterbuch zur Erblehre und Erbpflege (Rassenhygiene)“.⁶⁴⁷ Die fachliche Nähe zu erbbiologischen Themen wurde wohlmöglich durch die Ehe mit Ursula Ostermann, der Tochter von Dr. Arthur Ostermann, intensiviert.⁶⁴⁸ Es ist davon auszugehen, dass

Schwangerschaft an der Greifswalder Frauenklinik 1885–1903“ von Dr. Hans Doepner (1904) oder „Über das primäre Carzinom des Corpus uteri“ von Dr. Ernst Fast (1895).

⁶⁴⁶ Erich Jeske wurde 1888 in Jutroschin, einer kleinen Gemeinde in der preußischen Provinz Posen, geboren und studierte Medizin in Breslau und Greifswald. Nach der Promotion in Breslau 1911 zum Thema „Die Abnahme der Frequenz des Delirium tremens in Breslau im Gefolge der Branntweinbesteuerung“ arbeitete er zunächst als Schiffsarzt und meldete sich 1914 freiwillig zum Kriegseinsatz. Nach schwerer Verwundung 1918 legte er 1919 die Kreisarztprüfung ab und war seit 1922 Kreisarzt des Kreises Wolmirstedt im Regierungsbezirk Magdeburg. Im Jahr 1930 wechselte er nach Magdeburg und wurde 1935 leitender Amtsarzt des Gesundheitsamtes in Magdeburg. Vgl. Wolff: Magdeburger Medizinalchronik, S. 215–216; Wolff, Horst-Peter: Jeske, Erich Julius. In: Magdeburger Biographisches Lexikon, S. 331–332; LASA, C 28 Ig, Nr. 81: Kreisarzt Dr. Jeske, Magdeburg (1922–1944).

⁶⁴⁷ Vgl. Wörterbuch zur Erblehre und Erbpflege (Rassenhygiene), bearb. von Erich Jeske, Berlin 1934.

⁶⁴⁸ Arthur Ostermann (1876–1943), in der preußischen Provinz Schlesien geboren, studierte ebenfalls in Breslau und war zwischen 1910 und 1922 Kreisarzt in Oschersleben und von 1922 bis 1924 Regierungs- und Medizinalrat in Magdeburg. 1924 wurde er als Oberregierungs- und Medizinalrat in das preußische Ministerium für Volkswohlfahrt berufen und fungierte als Referent für Bevölkerungspolitik, Krankenhauswesen und Heilpersonal. Nach Alfons Labisch und Florian Tennstedt baute Arthur Ostermann die „Erbpflege und Erblehre systematisch aus“, war in rassehygienischen Vereinen aktiv und Herausgeber der Zeitschrift „Eugenik, Erblehre, Erbpflege“. Weitere Herausgeber dieser Zeitschrift, die 1926 unter dem Titel „Zeitschrift für Volksaufartung und Erbkunde“ begründet worden war, waren etwa Eugen Fischer oder Otmar Freiherr von Verschuer. Hierbei handelt es sich um den eugenischen Flügel der deutschen Rassenhygiene, der dem konkurrierenden rassentheoretischen Flügel um Alfred Ploetz oder Ernst Rüdin mit ihrem „Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie“ gegenüberstand. Vgl. Labisch/Tennstedt: Der Weg zum „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“, Bd. 2, S. 463–464.

Arthur Ostermann und Günther Just, Erbbiologe und Leiter des „Instituts für menschliche Erblehre und Eugenik“ in Greifswald, an der Reihe „Schriften zur Erbpflege und Rassenhygiene“ beteiligt waren, in der das von Erich Jeske bearbeitete Wörterbuch vermutlich erschien. Im Vorwort verweist Erich Jeske auf seine jahrelangen beruflichen Erfahrungen und konstatiert: „Solange Erblehre und Erbpflege nur von einem verhältnismäßig kleinen Kreise bearbeitet und gehegt wurden, war ein solches Nachschlagebüchlein entbehrlich; heute, wo diese unendlich wichtigen Wissenschaften endlich Allgemeingut werden [...], mag das Büchlein manchem, der es ernsthaft meint und über die erste Mendelsche Regel hinaus will, von Nutzen sein.“⁶⁴⁹ Jedoch vermeidet er direkte Hinweise auf die nationalsozialistische Machtübernahme und unterstreicht die „ernsthafte“ Anwendung erbbiologischer Kenntnisse. Auf der Grundlage seiner persönlichen Beziehung zu Arthur Ostermann als auch der einleitenden Bemerkungen seines Wörterbuches, in denen er Eugen Fischer, Günther Just und Freiherr von Verschuer für die Unterstützung dankt, kann Erich Jeske dem eugenischen Flügel der deutschen Rassenhygiene zugeordnet werden.

Um die Medizinalbeamten für erbbiologische Themen und gesetzliche Regelungen zu qualifizieren, wurden mit der Einführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ regelmäßige Schulungen durchgeführt. Ein vordringliches Ziel dieser Qualifizierungsmaßnahmen bestand darin, die Amtsärzte auf Linie mit den rassenbiologischen Zielen des Nationalsozialismus zu bringen und eine effektive Durchführung der gesetzlichen Grundlagen zu gewährleisten.⁶⁵⁰ Diese Schulungen wurden von einzelnen universitären Instituten in Berlin-Dahlem, München oder Königsberg durchgeführt.⁶⁵¹ Die Teilnahme war verpflichtend.⁶⁵² Mit Sicherheit wurden

⁶⁴⁹ Wörterbuch zur Erblehre und Erbpflege (Rassenhygiene), bearb. von Erich Jeske, Berlin 1934, Vorwort.

⁶⁵⁰ So wurde auf der Grundlage eines Runderlasses des Reichsinnenministeriums im Juni 1938 in Jena ein zentraler erbbiologischer Fortbildungskurs für die Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes durchgeführt, auf dem etwa Karl Astel als führender Rassenforscher im Dritten Reich einen Vortrag über die „Bedeutung einer umfassenden Erb- und Rassenpflege“ hielt. In Bezug auf das Programm sowie die maßgeblichen Protagonisten, etwa Karl Astel als Präsidenten sowie Lothar Stengel-von Rutkowski als Abteilungsleiter des „Thüringischen Landesamtes für Rassewesen in Weimar“, steht der Fortbildungskurs von 1938 paradigmatisch für die zielgerichtete Einflussnahme auf die Durchführung von erbbiologischen Maßnahmen im Dritten Reich. Vgl. ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19593: Dienstversammlungen der Amtsärzte (1911–1938), unfol. Weiterführend Jensen, Brigitte: Karl Astel. Ein „Kämpfer für Volksgesundheit“. In: Danckwortt, Barbara/Querg, Thorsten/Schöningh, Claudia (Hrsg.): Historische Rassismusforschung. Ideologen, Täter, Opfer, Hamburg 1995, S. 152–178; Weindling: „Mustergau“ Thüringen.

⁶⁵¹ Vgl. Schmuhl: Grenzüberschreitungen.

⁶⁵² Wie häufig diese Schulungen von Amtsärzten im Verlauf der 1930er-Jahre besucht wurden, kann nicht nachgewiesen werden. Der Amtsarzt von Salzwedel, Dr. Meyer-Estorff, besuchte nachweislich mehrere rassebiologische Kurse des Kaiser-Wilhelm-Instituts in Berlin-Dahlem. Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 98a: Dr. Meyer-Estorff (1923–1943).

innerhalb der einzelnen Regierungsbezirke der preußischen Provinz Sachsen auch regelmäßige Dienstversammlungen der Medizinalbeamten durchgeführt, in denen die Situation des öffentlichen Gesundheitswesens diskutiert wurde.⁶⁵³ Beispielsweise fanden im Regierungsbezirk Erfurt regelmäßige Dienstversammlungen der Amtsärzte unter Vorsitz des Medizinaldezernenten oder Regierungspräsidenten statt, auf denen auch die Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation besprochen wurde.⁶⁵⁴ Diese Dienstversammlungen waren mit dem Reichsministerium des Innern in Berlin abgestimmt. Es ist jedoch zu vermuten, dass die Abhaltung von Dienstversammlungen den jeweiligen Regierungen oblag, da das Reichsinnenministerium am 5. Februar 1937 einen Runderlass herausgab, indem die jährlich zweimalige Durchführung von Dienstversammlungen von Amtsärzten und vollbeschäftigten Amtsärzten angewiesen wurde.⁶⁵⁵ Das Ministerium sei über den Zeitpunkt zu informieren, damit es gegebenenfalls einen Regierungsvertreter entsenden könne.

Die regelmäßige Etablierung von Schulungsmaßnahmen sowie Dienstversammlungen rekuriert auf Bestrebungen, eine zielgerichtete und effektive Umsetzung von erbbiologischen Maßnahmen zu erzielen und Schwierigkeiten zwischen parteipolitischen und staatlichen Interessen vorzubeugen. In Anbetracht der dünnen Überlieferung sowie der spärlichen Hinweise besteht jedoch der Eindruck, dass den Dienstversammlungen von Medizinalbeamten als strategisches Mittel in der preußischen Provinz Sachsen bereits in den 1930er-Jahren nur ein geringerer Stellenwert beigemessen wurde.

Politische Einstellungen der in der preußischen Provinz Sachsen tätigen Amtsärzte lassen sich kaum erschließen. Einen Hinweis auf radikalere deutschnationale oder konservative Vorstellungen bieten etwa Mitgliedschaften entweder in Freikorps oder in paramilitärischen Verbänden in der Weimarer Republik. Die explizite Nennung der Mitgliedschaft in einem Freikorps findet sich lediglich bei einem Amtsarzt. Häufiger war die Mitgliedschaft im „Stahlhelm. Bund der Frontsoldaten“ als politisch konservativer und deutschnationaler Wehrverband. Der Anteil betrug jedoch lediglich zehn Prozent, darüber hinaus verließen einzelne Ärzte den größten Wehrverband der

⁶⁵³ Vgl. mit Einschränkungen LASA, Rep. 28 Ig, Nr. 12: Versammlung der Medizinalbeamten (1914–1945).

⁶⁵⁴ Vgl. ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19448: Dienstversammlung der Amtsärzte (1935–1944); ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19870: Dienstversammlungen der Regierungs- und Medizinalräte (1911–1940); ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19593: Dienstversammlungen der Amtsärzte (1911–1938).

⁶⁵⁵ Vgl. ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19448: Dienstversammlung der Amtsärzte (1935–1944), fol. 3.

Weimarer Republik bereits Mitte der 1920er-Jahre, was im Gegenzug auf die radikaleren politischen Interessen des „Stahlhelms“ zurückgeführt werden könnte.⁶⁵⁶

Die konkrete Parteibindung in der Weimarer Republik war insgesamt sehr gering. Insofern Mitgliedschaften nachweisbar sind, handelte es sich um die Deutsche Volkspartei (DVP), die Deutschnationale Volkspartei (DNVP) oder vereinzelt die SPD oder das katholische Zentrum. Diese Ergebnisse zur Parteibindung belegen keine aktivere politische Aktivität, was auch auf den Beamtenstatus und die damit verbundene formale politische Distanz zurückgeführt werden könnte.⁶⁵⁷ Auch unter Bezug auf die Forschungsergebnisse von Johannes Vossen kann von einer politisch und gesellschaftlich konservativen und deutschnationalen Personengruppe ausgegangen werden, die sich nur in geringem Maße politischen Parteien anschloss.

Der Beitritt in die NSDAP als Indiz für nationalsozialistische Einstellungen und Überzeugungen muss vor dem Hintergrund eines distanzierten Verhältnisses zu politischen Parteien untersucht werden und belegt, dass nur ein kleiner Teil der Amtsärzte vor 1933 Parteimitglied wurde. Lediglich zwei Amtsärzte traten schon 1932 der NSDAP bei. Über 40 Prozent traten der NSDAP am 1. Mai 1933 bei, weitere 30 Prozent nach Aufhebung der Aufnahmesperre im Mai 1937. Dementsprechend wurden rund 70 Prozent der Amtsärzte erst nach der Machtergreifung Mitglied der NSDAP. Demgegenüber traten rund 12 Prozent der NSDAP bis 1945 nicht bei.⁶⁵⁸ Diese Ergebnisse sprechen für eine abwartende und zögernde Einstellung gegenüber der NSDAP. Der Zeitpunkt der Parteieintritte im Mai 1933 und insbesondere im Mai 1937 sowie auch die geringe politische Betätigung in der Weimarer Republik legen die Vermutung nahe, dass einzelne NSDAP-Mitgliedschaften aufgrund von politischem Opportunis-

⁶⁵⁶ Weiterführend Berghahn, Volker: *Der Stahlhelm. Bund der Frontsoldaten 1918–1935*, Düsseldorf 1966; zur lokalen Geschichte in Magdeburg etwa Bastian, Marcel: „Soll Unsinn werden, was uns tiefster Sinn war?“ – Zur Gründung des Stahlhelmbundes in Magdeburg 1918/19. In: Ballerstedt, Maren/Köster, Gabriele/Hattenhorst, Maik (Hrsg.): *Magdeburg im Ersten Weltkrieg 1914 bis 1918. Eine Großstadt an der Heimatfront*, Halle/Saale 2014, S. 329–347.

⁶⁵⁷ Vgl. Vossen: *Gesundheitsämter im Nationalsozialismus*, S. 236.

⁶⁵⁸ Diese Ausnahmen wurden vor allem durch Ablehnungen seitens der NSDAP begründet, indem den jeweiligen Ärzten die politische Zuverlässigkeit aufgrund ihrer katholischen Konfession oder Logenmitgliedschaften abgesprochen wurde. Ein weiterer Amtsarzt wurde aufgrund persönlichen Verhaltens sowie Auseinandersetzungen mit lokalen Kreisparteistellen aus der NSDAP ausgeschlossen. Trotz dieses politischen Makels verblieben diese Amtsärzte im Amt. Ein wesentlicher Grund für den beruflichen Verbleib muss in der akuten Personalnot im staatlichen Gesundheitssektor sowie geringeren politischen Interessen eines Personalwechsels in ländlich unbedeutenden Regionen gesehen werden. Vgl. Labisch/Tennstedt: *Der Weg zum „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“*, Bd. 2, S. 324.

mus oder der Einflussnahme von parteipolitischen Berufsverbänden und Dienstvorgesetzten eingegangen wurden.⁶⁵⁹ Auch aus diesem Grund kann die Mitgliedschaft in der NSDAP nur eingeschränkt als Indiz für entsprechende nationalsozialistische Einstellungsmuster dienen.⁶⁶⁰

Unter diesen Gesichtspunkten muss auch die Tätigkeit in nationalsozialistischen Verbänden oder die Übernahme von parteipolitischen Ämtern differenziert betrachtet werden, da die leitenden Amtsärzte in der Mitte der 1930er-Jahre auch aufgefordert wurden, den jeweiligen Kreisämtern für Volksgesundheit beizutreten, um den politischen Einfluss auf das staatliche Gesundheitswesen zu erhöhen.⁶⁶¹ Hierdurch versuchte etwa die Gauamtsleitung Magdeburg-Anhalt direkten politischen Einfluss auf die Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation zu nehmen, indem sie nur zuvor überprüften Ärzten die Möglichkeit einräumte, öffentlich über die Ziele erbbiologischer Maßnahmen im Dritten Reich zu sprechen. Aufgrund der Genehmigungspflicht entstand zuweilen die Situation, dass Amtsärzte zwar dienstlich, aber nicht öffentlich, etwa im Rahmen von Veranstaltungen, über erbbiologische Themen sprechen durften.⁶⁶²

Die Übernahme von parteipolitischen Ämtern wurde seitens der vorgesetzten Regierungsbehörden überprüft und vor dem Hintergrund der Rivalität von Partei und Staat auch eingeschränkt.⁶⁶³ Beispielsweise fragte der Amtsarzt von Oschersleben, Dr.

⁶⁵⁹ Diejenigen, die nach der Machtübernahme in die NSDAP eintraten, wurden von langjährigen Parteimitgliedern spöttisch als „Märzgefallene“ oder „Märzveilchen“ bezeichnet. Die seit 1. Mai 1933 bestehende Aufnahmesperre wurde im Mai 1937 gelockert, sodass sich hierdurch die späteren Parteieintritte erklären. Vgl. Schmitz-Berning: Vokabular des Nationalsozialismus, S. 399; Falter, Jürgen W.: Die „Märzgefallenen“ von 1933. Neue Forschungsergebnisse zum sozialen Wandel innerhalb der NSDAP-Mitgliedschaft während der Machtergreifungsphase. In: Geschichte und Gesellschaft, Jg. 24 (1998), S. 595–616; Wetzel, Juliane: Die NSDAP zwischen Öffnung und Mitglieder-sperre. In: Benz, Wolfgang (Hrsg.): Wie wurde man Parteigenosse? Die NSDAP und ihre Mitglieder, Frankfurt/Main 2009, S. 74–90.

⁶⁶⁰ Ebenso beruhten Mitgliedschaft und auch Spendenbereitschaft keineswegs auf einer ausschließlich freiwilligen Entscheidung, sondern wurden politisch oder dienstlich erwartet.

⁶⁶¹ Vgl. LASA, C 20 I, Ib Nr. 1545: Öffentliche Gesundheitspflege. Zusammenarbeit der staatlichen Gesundheitsämter (mit den Ämtern für Volksgesundheit der NSDAP) (1934–1936), fol. 6.

⁶⁶² So informierte der Amtsarzt von Halberstadt, Dr. Karl Opitz, im Juni 1936 den Regierungspräsidenten in Magdeburg, dass er im „Naturwissenschaftlichen Verein“ einen Vortrag zum „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ gehalten habe. „Auf Grund einer entsprechenden Pres-senotiz fragte Herr Dr. Schmischke in Dessau bei mir an, wie ich dazu käme, einen solchen Vortrag zu halten, ohne Rednererlaubnis zu haben. Im weiteren Schriftwechsel fragte ich bei ihm an, wie ich mich dazu stellen soll, da ich dienstlich verpflichtet wäre, die Hebammen über Rassen- und Erbfragen zu unterrichten. Daraufhin traf er folgende Entscheidung: Wenn ich die Hebammen amtlich zu einer Versammlung einberiefe, dürfte ich vor ihnen über Erb- und Rassenfragen sprechen. Bei allen anderen Gelegenheiten aber, z. B. auch im Verein der Hebammen, dürfte ich über solche Themen nur sprechen, wenn ich die Rednererlaubnis dazu hätte.“ LASA, C 28 Ig, Nr. 460: Ras-senhygiene, Volksbelehrung, Eheberatung (1935–1940), Bd. 1: 1935–1940, fol. 64.

⁶⁶³ Im Zuge der Schaffung von Eheberatungsstellen und Beratungsstellen für Sippenforschung in den Ämtern für Volksgesundheit 1937/38 ließen sich etwa der Regierungspräsident in Magdeburg sowie Herbert Linden, Ministerialdirigent im Reichsinnenministerium, ausführlich Bericht von Erich

Oscar Jancke, im Januar 1938 beim Regierungspräsidenten in Magdeburg an, ob ihm die Reisekosten zu den monatlich stattfindenden Veranstaltungen des Gauamtsleiters, an denen er als Kreisleiter des Rassenpolitischen Amtes teilnehmen müsse, erstattet werden könnten. „Die enge Verbundenheit mit dem Rassenpolitischen Amt bedeutet eine außerordentliche Förderung meiner dienstlichen Arbeit, weil ich dadurch die Möglichkeit habe, auf rassen- und bevölkerungspolitischem Gebiet die mir zustehenden amtlichen Aufgaben mit Unterstützung der Parteiorganisationen durchzuführen. Ich erbitte Prüfung, ob nicht die Reisen zu diesen Zusammenkünften als Dienstreisen angesehen werden können, zumal doch die Belange des Staates von dieser meiner Tätigkeit den Hauptvorteil haben.“⁶⁶⁴ Trotz der vom Amtsarzt betonten dienstlichen Vorteile für die Durchführung von erbbiologischen Maßnahmen wurde der Antrag abgelehnt. Demgegenüber versuchten auch einzelne Kreisärzte, eine parteipolitische Tätigkeit mit Verweis auf die angespannte Situation im Gesundheitsamt zu verhindern und erfuhren seitens der vorgesetzten Dienststellen auch Unterstützung.⁶⁶⁵ Anhand dieser Ergebnisse ist davon auszugehen, dass nur ein kleinerer Teil der Amtsärzte der preubischen Provinz Sachsen leitende parteipolitische Positionen aktiv besetzte.

Die Hinweise zur Mitgliedschaft in der NSDAP oder in parteipolitischen Vereinigungen bieten keine nachhaltigen Aussagen zu nationalsozialistischen Einstellungsmustern. Zudem besteht die Gefahr, mithilfe der Parteibindung an die NSDAP eine besondere Nähe zum Nationalsozialismus zu konstruieren.⁶⁶⁶ So ist Johannes Vossen, der den Regierungsbezirk Magdeburg vergleichend betrachtet, in seiner These

Jeske, Amtsarzt in Magdeburg, erstatten. Bevor einer Tätigkeit von Erich Jeske als Leiter einer entsprechenden Stelle zugestimmt werden könne, wäre es „notwendig zu wissen, in welcher Weise die bei dem Amt für Volksgesundheit errichtete Eheberatungsstelle zu arbeiten gedenkt. Insbesondere wäre zu klären, ob diese Parteidienststelle in ihrer Tätigkeit sich nur mit Parteigenossen oder auch mit Volksgenossen ganz allein beschäftigen soll; ferner, wie die Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern, die auch das Ehetauglichkeitszeugnis auszustellen haben, gedacht ist.“ Im Januar 1938 erhielt Erich Jeske die Bewilligung der „Übernahme der Leitung der Eheberatungsstelle und Beratungsstelle für Sippenforschung beim Gauamt für Volksgesundheit in Magdeburg“. LASA, C 28 Ig, Nr. 81: Kreisarzt Dr. Jeske, Magdeburg (1922–1944), fol. 198–200.

⁶⁶⁴ LASA, C 28 Ig, Nr. 79: Kreisarzt Dr. Jancke, Oschersleben (1919–1945), fol. 90.

⁶⁶⁵ Im Zuge einer Aufforderung des „Amtes für Volkswohlfahrt“, eine Stelle als Blockwart zu übernehmen, erkundigte sich der Amtsarzt von Calbe/Saale, Dr. Clemens Kathke, beim Regierungspräsidenten in Magdeburg im Oktober 1936, ob er diese aufgrund seiner umfangreichen Diensttätigkeit ablehnen könne. „Mein Dienst im Gesundheitsamte dehnt sich in völlig unregelmäßiger Weise bis in die späten Abendstunden aus – besonders, wenn ich nach der Rückkehr von längeren Dienstreisen noch notwendige Arbeiten erledigen muß. Die Tätigkeit als Blockwarter würde meine Zeit durch Einkassieren von Beiträgen, Vornahme von Sammlungen, Werben für Zeitschriften, Teilnahme an Versammlungen und Besprechungen nicht unerheblich in Anspruch nehmen; ich würde dadurch vielfach anderen notwendigen Arbeiten verhindert sein – oder umgekehrt.“ LASA, C 28 Ig, Nr. 94a: Medizinalrat Dr. Kathke, Calbe/Saale (1932–1945), fol. 78.

⁶⁶⁶ Natürlich kann der frühe Beitritt in die NSDAP oder in parteipolitische Verbände als Indiz für nationalsozialistische Einstellungsmuster herangezogen werden. Ebenso bedeutet ein späterer Eintritt keineswegs eine Distanz zum nationalsozialistischen Staat.

zum Zusammenhang zwischen früher Parteimitgliedschaft, „Mitwirkung im Rassenpolitischen Amt“ und „Sterilisationsquote“ insofern zu widersprechen, als dass die Amtsärzte von Wernigerode, Quedlinburg, Oschersleben und Stendal keineswegs „früh“ der NSDAP beitraten.⁶⁶⁷ Abgesehen vom Amtsarzt in Wernigerode, der am 1. Februar 1932 der NSDAP beitrug, wurden die übrigen Amtsärzte erst am 1. Mai 1933 Parteimitglieder. Der Zusammenhang zwischen der Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation und der Person des Amtsarztes besteht somit nicht in der Mitgliedschaft in der NSDAP. Stattdessen bildet die Überzeugung von der Notwendigkeit erbbiologischer Maßnahmen den maßgeblichen biopolitischen Konnex, der auf der Grundlage der amtsärztlichen Dienststellung zu einem Bündnis mit den Interessen des Nationalsozialismus führte.

Die in der Parteimitgliedschaft und Tätigkeit für parteipolitische Verbände erscheinende Distanz oder Zurückhaltung kann mithilfe von politischen Einschätzungen ergänzt werden, die die Medizinalbeamten der preußischen Provinz Sachsen als eine Berufsgruppe charakterisieren, die keineswegs als herausgehobene nationalsozialistische Funktionseleite bezeichnet werden kann. Vielmehr bestanden erhebliche Konfliktlinien, die sowohl massive parteipolitische Vorbehalte gegenüber den medizinischen Beamten und ihrer Tätigkeit als auch einen Abstand und Dissens von Amtsärzten gegenüber dem Dritten Reich dokumentieren. Diese Einschätzung wird etwa durch eine Beurteilung der Gauleitung gegenüber dem Regierungspräsidenten bestätigt, dass lediglich die Hälfte der leitenden Amtsärzte des Regierungsbezirks Magdeburg eine Re deerlaubnis erhalten könne.⁶⁶⁸

Positive parteipolitische Einschätzungen wurden nur wenigen Amtsärzten attestiert.⁶⁶⁹ Für einen Großteil wurden stattdessen keine nachteiligen Erkenntnisse angeführt oder sie galten lediglich als bedingt „zuverlässig“. Die Gründe beruhen auf der katholischen Konfession, der Logenmitgliedschaft, persönlichen Auseinandersetzungen mit parteipolitischen Verbänden sowie parteipolitischen Einstellungen vor 1933. Die negative Beurteilung seitens lokaler Parteidienststellen konnte ebenso auf einem willkürlichen Sammelsurium von Vorurteilen sowie persönlichen, politischen oder

⁶⁶⁷ Vgl. Vossen: Gesundheitsämter im Nationalsozialismus, S. 429–430.

⁶⁶⁸ Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 460: Rassenhygiene, Volksbelehrung, Eheberatung (1935–1940), Bd. 1: 1935–1940, fol. 67.

⁶⁶⁹ Nur wenigen Amtsärzten wurde eine „volle Unterstützung“ attestiert. So urteilte die NSDAP-Gauleitung Magdeburg-Anhalt im Oktober 1935 über Dr. Friedrich Meyer, der seit 1932 Parteimitglied war und nun von Magdeburg zum leitenden Amtsarzt des Kreises Halberstadt berufen wurde, dass es sich um einen „wertvollen Mitarbeiter“ handele, „der schon lange vor der Machtergreifung als Untersturmführer der SS sich rückhaltlos für die Bewegung einsetzte“. LASA, C 28 Ig, Nr. 98: Amtsarzt Dr. Meyer (1933–1944), fol. 15.

rassistisch-antisemitischen Anfeindungen beruhen.⁶⁷⁰ Diese Konflikte dokumentieren jedoch nicht nur einen Dissens zwischen Partei und Medizinalbeamten, sondern bilden zugleich Versuche von lokalen Parteidienststellen ab, Einfluss auf Stellenbesetzungen sowie auch auf die Sterilisationspraxis zu nehmen. Die Interessen speisen sich aus einem Selbstverständnis der NSDAP sowohl als parteipolitisches Korrektiv und Schützerin des volksgemeinschaftlichen Friedens als auch aus staatlichen und politischen Rivalitäten über die Deutungshoheit auf rassenbiologischem Gebiet. Unter diesem Blickwinkel erfolgte die Beurteilung von Amtsträgern wie den Medizinalbeamten aus einer „elitären“, „fortschrittlichen“ und „progressiven“ politischen Perspektive und traf bei den leitenden Amtsärzten mehrheitlich auf eine ältere, konservative, deutsch-nationale und staatsverankerte Personengruppe, die den „revolutionären“ und volksgemeinschaftlichen Ansprüchen der Nationalsozialisten nur teilweise entsprach.

Eine maßgebliche Überprüfungskategorie bildete die politische Opportunität. Die Mitgliedschaft in der SPD war in den Augen der NSDAP ein erheblicher Makel, der jedoch durch die aktive Teilnahme an Veranstaltungen oder die Übernahme von Ämtern ausgeglichen werden konnte.⁶⁷¹ Konservative und deutsch-nationale Einstellungsmuster galten nicht per se als hinreichende Begründung einer rückhaltlosen Übereinkunft mit dem Nationalsozialismus. Vielmehr wurde eine öffentliche Hinwendung zur Partei als Beweis der politischen Zuverlässigkeit gefordert.⁶⁷² Zurückhaltung

⁶⁷⁰ So wurde dem Gerichtsarzt von Magdeburg Dr. Jacob André, der im Gesundheitsamt Magdeburg einen sehr guten Ruf genoss, von einem Amtsgerichtsrat Unpünktlichkeit und Unzuverlässigkeit vorgeworfen, was jedoch umgehend vom Medizinaldezernenten entkräftet wurde. Im Zuge von parteipolitischen Überprüfungen teilte die NSDAP-Gauleitung Magdeburg-Anhalt dem Oberbürgermeister von Magdeburg, Fritz-August Wilhelm Markmann, schließlich vielsagend mit: Jacob André sei Katholik und es bestehe das Gerücht, dass er nicht arisch sei. „Seine Vorfahren sollen Franzosen gewesen sein.“ Weiterhin sei er weder Mitglied der NSDAP noch der NSV, zahle aber freiwillig einen monatlichen Beitrag. „Nach der Machtübernahme ging er zum Stahlhelm. Die Versuche der Ortsgruppe, ihn zu irgendeiner ehrenamtlichen Tätigkeit für Partei und Staat zu bewegen, schlugen fehl. Ebenso wenig hat auch seine Frau, die ebenfalls Ärztin ist, den Weg zur Frauenschaft oder zum Frauenwerk noch nicht gefunden. Es kann nicht gesagt werden, dass A.[ndré] politisch unzuverlässig sei; ob er jedoch rückhaltlos hinter dem nationalsozialistischen Staat steht, muss ich bezweifeln.“ LASA, C 28 Ig, Nr. 71: Gerichtsarzt Dr. André, Magdeburg (1927–1935), fol. 36, 40.

⁶⁷¹ Beispielsweise wurde Dr. Alfred Hahn, Amtsarzt des Gesundheitsamtes Schleusingen mit Sitz in Suhl, im September 1935 von der NSDAP-Gauleitung in Thüringen aufgrund seiner sozialdemokratischen Nähe vor 1933 als bedingt zuverlässig beschrieben. „Der Medizinalrat Dr. Hahn, Suhl, brachte vor der Machtübernahme der Bewegung keine Sympathie entgegen. Sein Freundeskreis setzte sich aus Anhängern der SPD zusammen. Durch Vermittlung dieser ist er damals mit seinen noch verhältnismäßig jungen Jahren Kreisarzt geworden. Nach der Machtübernahme hat er sich umgestellt. Der SA gehört er seit dem 10.7.1933 an und steht heute im Range eines Oberscharführers. Der NSV ist er am 1.10.1934 beigetreten.“ Sein Beitritt in die NSDAP erfolgte am 1. Mai 1937. ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 23035: Personalsachen des Medizinalrates Dr. Alfred Hahn in Suhl (1927–1944), unfol.

⁶⁷² So wurde dem Amtsarzt des Gesundheitsamtes von Querfurt, Dr. Richard Mennicke, vor der nationalsozialistischen Machtübernahme eine nationale Einstellung attestiert. Jedoch honorierte die NSDAP in Halle/Saale im November 1936, dass er „alle öffentlichen Veranstaltungen der Partei

oder gar Kritik wurden als Affront wahrgenommen und führten zu zielgerichteten Angriffen, um eine Entlassung oder Versetzung zu erreichen. So wurde für den Amtsarzt vom Stadtkreis Eisfeld und Mansfelder Seekreis, Dr. Hanns Neubelt, 1936 festgehalten: „Die politische Einstellung des Neubelt wird dadurch gekennzeichnet, daß er bei Staatsfeiertagen und anderen besonderen Anlässen sein Haus mit Kinderfähnchen schmückt, während früher die schwarz-weiß-rote Fahne nicht groß genug sein konnte. Seine Spenden sind mit seinem Einkommen keineswegs in Einklang zu bringen.“⁶⁷³ Die seitens der NSDAP kritisierte ungenügende nationalsozialistische Ausschmückung seines Hauses, die geringe Spendenbereitschaft sowie seine deutschnationale Einstellung wurden in Verbindung zu Verhaltensweisen vor der Machtergreifung gestellt. So wurde Hanns Neubelt zum Vorwurf gemacht, dass er nach Auskunft eines Ortsgruppenleiters im Jahr 1931 mehrere nationalsozialistische Sympathisanten nach einer Schlägerei für haftfähig erklärte, obwohl nationalsozialistisch gesinnte Ärzte die Haftunfähigkeit attestiert hatten. Mit diesem Verhalten habe Hanns Neubelt „seine damalige Einstellung zur NSDAP“ bewiesen.⁶⁷⁴ Aufgrund dieser Einschätzungen sowie einer verschwiegenen Logenmitgliedschaft wurde er 1938 vom Regierungspräsidenten in Merseburg als „politisch unzuverlässig“ erklärt und in den Ruhestand versetzt.⁶⁷⁵ Bis dato war er maßgeblich an der Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation beteiligt.⁶⁷⁶

In den Augen der Nationalsozialisten bildete die Freimaurerei mit ihren unterschiedlichen Logen einen potentiell gefährlichen Herd von politischen Verschwörungen.⁶⁷⁷ Logenmitglieder wurden seit 1933 verfolgt und schließlich 1935 ein generelles Verbot verhängt. Aus diesem Grund umfassten die Personalüberprüfungen auch gezielt Fragen nach der Zugehörigkeit zu einer Loge sowie dem eingenommenen Grad. Sowohl die Angabe als auch das Verschweigen bei späterer Aufdeckung konnten un-

[...] bereits vor der Machtübernahme regelmäßig“ besucht habe und galt somit politisch als einwandfrei. Er trat am 1. Mai 1937 der NSDAP bei. Zum genannten Amtsarzt liegen unterschiedliche Schreibweisen vor. Die vorliegende Untersuchung bezeichnet ihn als Dr. Richard Mennicke. So auch Grimm: Zwangssterilisation von Mädchen und Frauen, S. 24. Das Findbuch des LASA verweist dagegen auf Dr. Richard Monnicke. Vgl. LASA, C 48 Ii, Nr. 148a: Medizinalrat Dr. Monnicke, Querfurt (1930–1941), fol. 27.

⁶⁷³ LASA, C 48 Ii, Nr. 149a: Medizinalrat Dr. Neubelt, Eisleben (1920–1940), fol. 55–56.

⁶⁷⁴ LASA, C 48 Ii, Nr. 149a: Medizinalrat Dr. Neubelt, Eisleben (1920–1940), fol. 56.

⁶⁷⁵ Trotz der negativen Einschätzung war Hanns Neubelt 1939 als Beamter für die preußische Regierung in Potsdam tätig.

⁶⁷⁶ Vgl. Neubelt, Hanns: Die ersten 100 Sterilisationsuntersuchungen. In: Zeitschrift für Medizinalbeamte, Jg. 47 (1934), S. 266–272.

⁶⁷⁷ Vgl. Melzer, Ralf: Konflikt und Anpassung. Freimaurerei in der Weimarer Republik und im Dritten Reich, Greven 1999.

terschiedliche dienstliche Konsequenzen bis hin zur Entlassung umfassen. Der Bemessungsgrad war divergent und korrelierte mit dem parteipolitischen Interesse an einer Entlassung sowie der personellen Lage vor Ort. So hatte beispielsweise Erich Möbius, seit 1934 enger Mitarbeiter von Arthur Gütt im Reichsministerium des Innern, seine Mitgliedschaft in einer Loge verschwiegen. Im Zuge der politischen Auseinandersetzungen innerhalb des Ministeriums wurde die Mitgliedschaft öffentlich und Erich Möbius als Konsequenz aus der NSDAP ausgeschlossen und an die Regierung in Magdeburg versetzt.⁶⁷⁸ Der zum Jahresende 1944 in das Gesundheitsamt Heiligenstadt versetzte Dr. Jüngling hatte ebenso seine Logenmitgliedschaft verheimlicht, erfuhr jedoch keine dienstlichen Herabsetzungen und wurde auch nicht aus der NSDAP ausgeschlossen.⁶⁷⁹ Der seit 1938 im Gesundheitsamt Salzwedel amtierende Amtsarzt Dr. Meyer-Estorff wurde aufgrund der Zugehörigkeit zu zwei Logen mit dem dritten und vierten Grad nicht in die NSDAP aufgenommen, weiterhin wurde ihm eine Beförderung nicht gewährt und er galt als politisch unzuverlässig, sodass er nicht als Beisitzer eines Erbgesundheitsgerichts fungieren durfte.⁶⁸⁰

Ein erhebliches Anfeindungspotential bot die katholische Konfessionszugehörigkeit, die insbesondere in der protestantisch geprägten Provinz Sachsen instrumentalisiert wurde, um einen Dissens zwischen Amtsarzt und Bevölkerung zu konstruieren. So wurden gegen mehrere Amtsärzte regelrechte Kampagnen geführt, um eine Versetzung zu erreichen. Dr. Clemens Kathke, seit 1934 Kreisarzt von Calbe/Saale, wurde aufgrund seiner Konfession nicht in die NSDAP aufgenommen und von den lokalen Parteidienststellen überwacht und diskreditiert. Die Angriffe nahmen im Jahr 1939 zu und richteten sich gegen seine Umgangsformen sowie politische und persönliche Einstellung.⁶⁸¹ Der NSDAP-Kreisleitung erschien es etwa „befremdlich“, dass Clemens Kathke seinen Kindern „stark römische Namen“ gegeben habe.⁶⁸² Die Be-

⁶⁷⁸ Vgl. Labisch/Tennstedt: Der Weg zum „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“, Bd. 2, S. 458.

⁶⁷⁹ Vgl. ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19763: Personalakte des Medizinalrates Dr. Jüngling in Heiligenstadt (1935–1945), unfol.

⁶⁸⁰ Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 98a: Dr. Meyer-Estorff (1923–1945), fol. 114–120, 225, 256; LASA, C 28 Ig, Nr. 364: Erbgesundheitsgericht, enthält Bestellung ärztlicher Mitglieder (1937–1945), fol. 133, 135, 144. Gegenüber dem leitenden Amtsarzt von Mühlhausen, Dr. Wilhelm Wasserfall, bestünden im November 1939 keine politischen Bedenken, jedoch habe er bis 1934 einen Meistergrad in einer Loge eingenommen und könne deshalb nicht befördert werden. Vgl. ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19716: Personalakten des Amtsarztes Dr. Wasserfall beim Staatlichen Gesundheitsamt in Mühlhausen (1919–1944), unfol.

⁶⁸¹ Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 94a: Medizinalrat Dr. Kathke, Calbe/Saale (1932–1945), fol. 178–182, 209–216, 232–233, 237, 244–245, 257–260, 276, 286.

⁶⁸² LASA, C 28 Ig, Nr. 94a: Medizinalrat Dr. Kathke, Calbe/Saale (1932–1945), fol. 153.

völkerung könne hierfür kein „Verständnis aufbringen“ und auch unter den „Parteigenossen“ genieße er keine „besondere Zuneigung“. ⁶⁸³ Gleichwohl lägen keine Beweise einer Gegnerschaft vor, jedoch sei es der Ansicht der Kreisleitung zufolge zweckmäßig, „den Medizinalrat Dr. Kathke in eine katholische Gegend zu versetzen“. ⁶⁸⁴ Der Regierungspräsident lehnte dieses Gesuch ab und Clemens Kathke verblieb bis Kriegsende im Dienst. ⁶⁸⁵

In einem Bericht des Amtes für Volksgesundheit vom Oktober 1938 wurde die „Katholifizierung“ des Gesundheitsamtes Wanzleben massiv kritisiert, da neben dem verantwortlichen Amtsarzt Dr. Josef Hünerbein nun ein weiterer katholischer Beamter angestellt worden war. ⁶⁸⁶ Aus diesem Grund müsse der leitende Amtsarzt versetzt werden. „Die Stimmung von Partei und Bevölkerung erfordert eine derartige Maßnahme.“ ⁶⁸⁷ Die Vorwürfe der lokalen Parteileitung wurden seitens der Magdeburger Verwaltung entkräftet, jedoch schwelte bereits seit 1933 ein Konflikt zwischen der NSDAP und dem amtierenden Amtsarzt Josef Hünerbein. Seine Versetzung nach Wanzleben im Oktober 1935 war aufgrund starker Auseinandersetzungen mit den lo-

⁶⁸³ LASA, C 28 Ig, Nr. 94a: Medizinalrat Dr. Kathke, Calbe/Saale (1932–1945), fol. 153.

⁶⁸⁴ LASA, C 28 Ig, Nr. 94a: Medizinalrat Dr. Kathke, Calbe/Saale (1932–1945), fol. 153.

⁶⁸⁵ Die Auseinandersetzungen wurden jedoch fortgeführt und erinnern einerseits an eine Retourkutsche. Andererseits verdeutlichen sie die Rivalität zwischen Partei und Staat. Beispielsweise wurde ein Gutachten zur Ehegenehmigung des Amtsarztes von Calbe/Saale, Klemens Kathke, von Gustav Schmischke, der auch als Leiter des Rassenpolitischen Amtes fungierte, im Februar 1940 heftig kritisiert, da er es versäumt habe, den „jüdischen Rasseanschlag“ hinreichend zu beschreiben. Aus diesem Grund forderte Gustav Schmischke, dass der Amtsarzt neben einer entsprechenden Stellungnahme auch an einem „Rassekurs“ teilnehmen solle, um sich hinlängliche Kenntnisse auf „erbiologischen Gebiete“ zu verschaffen. Dieser offenen Konfrontation zwischen Amtsarzt und Leiter des Rassenpolitischen Amtes als Vertreter von Staat und Partei begegnete der Regierungspräsident mit einer schlichtenden Diplomatie, indem er die Kompetenz der rassischen Beurteilung dem Rassenpolitischen Amt zusprach, jedoch gleichzeitig kein schwerwiegendes Vergehen des Amtsarztes konstatierte: „Bei der Beurteilung macht sich die grössere Erfahrung des Leiters des Rassenpolitischen Amtes bemerkbar. Für denjenigen, der, wie die Amtsärzte in Landkreisen, wenig Gelegenheiten hatte, zweifelhafte Rassefragen zu lösen, ist es, wie der vorliegende Fall zeigt, nicht ganz leicht ein kurzes Urteil abzugeben [...]. Weiteres ist z.Zt. [zur Zeit] nicht zu veranlassen, da Lehrgänge über Rassenpflege z.Zt. nicht stattfinden und Dr. K[athke] im Kreise Calbe nur noch wenig Gelegenheit haben wird Juden und jüdische Mischlinge zu beobachten. Ich werde aber mündlich noch auf die Sache zurückkommen.“ Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 460: Rassenhygiene, Volksbelehrung, Eheberatung (1935–1940), Bd. 1: 1935–1940, fol. 70–71, 105.

⁶⁸⁶ „Die Kreisleitung ist auf das äußerste empört, daß schon wieder ein katholischer Beamter in das im Übrigen rein evangelische Wanzleben gekommen ist.“ Aufgrund dieser Personalstruktur und persönlichen Differenzen wäre eine weitere Zusammenarbeit nicht weiter möglich. „Die Beziehungen zwischen Kreisleitung und Kreisamtsleitung der NSV einerseits und dem Staatlichen Gesundheitsamt andererseits bestehen nur noch aus Mißtrauen. Die Bevölkerung ist unabhängig von ihrer politischen Einstellung äußerst erbost über die immer mehr um sich greifende Heranziehung von katholischen Beamten.“ ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 27861: Personalakten des Med. Rats Dr. Josef Hünerbein in Wanzleben (1927–1939), unfol.

⁶⁸⁷ ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 27861: Personalakten des Med. Rats Dr. Josef Hünerbein in Wanzleben (1927–1939), unfol.

kalen Parteidienststellen in Bitburg erfolgt, die ihn beschuldigten, das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ zu behindern sowie die Boykottierung jüdischer Geschäfte nicht zu befolgen. Diese Vorwürfe wurden infolge von dienstlichen Überprüfungen entkräftet, die politischen Anfeindungen und Unterstellungen hielten jedoch an und führten zum Ausschluss aus der NSDAP. Im Zuge der fortwährenden Angriffe sah er sich schließlich gezwungen, ein Disziplinarverfahren gegen sich einzuleiten, um die Vorwürfe zu entkräften. Das Reichsinnenministerium hielt im September 1937 hierzu fest, dass sämtliche Vorwürfe widerlegt werden konnten. Gleichwohl fühlte sich Josef Hünerbein mit einem Makel belastet und war durch diese langwierigen Auseinandersetzungen psychisch gezeichnet.⁶⁸⁸

Die abermaligen Angriffe im Oktober 1938 führten zu wiederholten Überprüfungen, die nun zu dem Schluss kamen, dass Josef Hünerbein keine politische Gewähr biete und beabsichtigt sei, ein Untersuchungsverfahren einzuleiten. Im September teilte der „Stellvertreter des Führers“ dem Ministerium des Innern die Ermittlungsergebnisse mit, denen zufolge Josef Hünerbein vor 1933 „zentrumstah“ gewesen sei, häufiger den deutschen Gruß verweigere und schließlich auch einem Blockleiter gesagt haben soll, „daß doch alles Schwindel sei“.⁶⁸⁹

An den Beispielen von Clemens Kathke und Josef Hünerbein verdichten sich in der Position des Amtsarztes erhebliche persönliche, dienstliche und politische Konfliktzonen.⁶⁹⁰ Trotz der erheblichen politischen Attacken führten sie ihre amtsärztli-

⁶⁸⁸ So konstatierte der Medizinaldezernent der Regierung in Magdeburg, Erich Möbius: „Die gegen ihn in dieser Hinsicht erhobenen Vorwürfe haben ihn schwer getroffen und leider zeitweise derartig verbittert, dass er in seinem dienstlichen Verhalten eine Zeit lang die erforderliche Objektivität vermissen liess. Ich glaube aber, dass es mir gelungen ist, sein Vertrauen wieder herzustellen, denn er hat seitdem nicht nur sein Amt gewissenhaft und unbeanstandet geführt, sondern auch beim Erfüllen seiner Dienstobliegenheiten sich durch Pünktlichkeit und Eifer besonders hervorgetan. Ich habe keinen Anlass zu der Annahme, dass er sich in irgendwelcher Richtung außerhalb des nationalsozialistischen Gedankengutes bewegt.“ ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 27861: Personalakten des Med. Rats Dr. Josef Hünerbein in Wanzleben (1927–1939), unfol.

⁶⁸⁹ ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 27861: Personalakten des Med. Rats Dr. Josef Hünerbein in Wanzleben (1927–1939), unfol. Schlussendlich wurden diese Ermittlungen eingestellt, da er aufgrund eines dienstlichen Fehlverhaltens im Sommer 1939 zunächst als stellvertretender Amtsarzt nach Nordhausen versetzt und schließlich zur Wehrmacht eingezogen wurde.

⁶⁹⁰ Dem Amtsarzt des Gesundheitsamtes Jerichow II, Dr. Heinrich Overlack, wurde vor seinem Dienstantritt am 1. Juli 1935 zwar eine Nähe zum rechten Flügel des Zentrums bescheinigt, aber es könne gesagt werden, „dass er sich vor der Staatsumwälzung in einem für die nationalsozialistische Partei günstigen Sinne aussprach.“ Im Jahr 1938 konstatierte jedoch die NSDAP gegenüber dem Reichsminister des Innern, dass Heinrich Overlack zwar am 1. Mai 1933 der Partei beigetreten sei, „aber am Zeitgeschehen keinen Anteil“ nähme. „Er ist infolge noch andauernder konfessioneller Bindungen – er war vor der Machtübernahme Angehöriger des Zentrums – weltanschaulich stark gehemmt und zeigt wenig Interesse an der Partei.“ LASA, C 28 Ig, Nr. 115a: Dr. Overlack, Genthin (1923–1945), fol. 176, 298.

chen Pflichten aus und waren maßgeblich an der Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation beteiligt. Hierbei spielte jedoch nicht nur die dienstliche Verpflichtung eine maßgebende Rolle, sondern vor allem die persönliche und medizinische Überzeugung von der Unfruchtbarmachung als einer notwendigen bevölkerungspolitischen Maßnahme. So äußerte Josef Hünerbein gegenüber den Anschuldigungen einer ungenügenden Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ seine tiefe Bestürzung: „Die gegen mich erhobene schwere Beschuldigung der Sabotage des Erbgesundheitsgesetzes trifft mich umso verletzender als ich bereits in den Jahren 1923–1929 in öffentlichen Versammlungen für ein derartiges Gesetz eingetreten bin.“⁶⁹¹ Zudem habe er in rassenbiologischen Vorträgen auf die Gefahren hingewiesen, „welche die hemmungslose Fortpflanzung minderwertiger Personen für die Zukunft des deutschen Volkes in rassepolitischer und finanzieller Hinsicht bringen würde“.⁶⁹²

In Anbetracht der politischen Nähe zur NSDAP nahmen die leitenden Ärzte des Stadtgesundheitsamts Halle/Saale eine Sonderrolle ein, indem der seit Mitte der 1920er-Jahre leitende Medizinalrat Walter Schnell sowie der 1934 eingestellte stellvertretende Amtsarzt Horst Schumann eine große nationalsozialistische Nähe aufwiesen und die rassisch-erbbiologischen Ziele im Dritten Reich in hohem Maße unterstützten.⁶⁹³ Walter Schnell übernahm 1925 die Leitung des Stadtgesundheitsamtes in Halle/Saale und forcierte bereits in der Weimarer Republik erbbiologische Maßnahmen wie etwa rassenkundliche Untersuchungen.⁶⁹⁴ Walter Schnell, der zwischen 1925 und 1933 Mitglied der DVP und des Stahlhelms war, trat am 25. März 1933 der NSDAP bei und übernahm eine Vielzahl von parteipolitischen Funktionen. Seit Mitte der 1930er-Jahre hielt er Vorträge zu Rassenhygiene und Bevölkerungspolitik an der Universität Halle/Saale. Seit 1940 war er als Kommissar für das Gesundheitswesen in Litzmannstadt, dem heutigen Lodz, zuständig und auch an Deportationen der jüdischen Bevölkerung beteiligt. Seit 1934 fungierte Horst Schumann als stellvertretender

⁶⁹¹ ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 27861: Personalakten des Med. Rats Dr. Josef Hünerbein in Wanzleben (1927–1939), unfol.

⁶⁹² ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 27861: Personalakten des Med. Rats Dr. Josef Hünerbein in Wanzleben (1927–1939), unfol.

⁶⁹³ Vgl. Hirschinger: „Zur Ausmerzung freigegeben“, S. 53–65; Hirschinger: Die Beteiligung von Ärzten des Stadtgesundheitsamtes; Hirschinger: Rassenhygiene als ideologische Prämisse.

⁶⁹⁴ Walter Schnell, 1891 in Schmalkalden geboren, studierte Medizin in Marburg und nahm am Ersten Weltkrieg teil. Nach der Promotion 1918 wurde er zwei Jahre später als Stadtassistentenarzt in Halle/Saale eingestellt. Nach einem kurzen Intermezzo als leitender Stadtarzt von Frankfurt/Main wurde er Leiter des Stadtgesundheitsamtes Halle/Saale.

Amtsarzt des Stadtgesundheitsamtes Halle/Saale.⁶⁹⁵ 1906 in Halle/Saale als Sohn eines Arztes geboren, nahm er wie Reinhard Heydrich als Meldegänger am so genannten Kapp-Putsch in Halle/Saale teil und schloss sich dem „Kampfbund Oberland“ an.⁶⁹⁶ Nach dem Abitur begann er 1925 ein Medizinstudium in Leipzig, das er 1931 in Halle abschloss. Bereits ein Jahr zuvor trat Horst Schumann der NSDAP bei. Im Rahmen seiner Amtstätigkeit in Halle/Saale nahm er vielzählige Funktionen in parteipolitischen Verbänden wie dem NS-Ärztebund wahr und war Gauamtsleiter des Volksamtes für Volksgesundheit. Nach Kriegsbeginn war er in Grafeneck und Sonnenstein/Pirna maßgeblich an der Ermordung von psychiatrischen Patienten beteiligt, führte Selektionen im Zuge der Aktion 14f13 durch und nahm Sterilisierungsversuche an Häftlingen des Konzentrationslagers Auschwitz vor.

Die vorliegenden Ergebnisse charakterisieren die leitenden Amtsärzte der preußischen Provinz Sachsen als eine Berufsgruppe, die, von wenigen Ausnahmen abgesehen, keine stärkere Bindung zur NSDAP oder parteipolitischen Verbänden aufwies. Stattdessen bestanden in nicht unerheblichem Maße Konflikte zwischen Amtsärzten und lokalen Parteidienststellen, die nicht nur zu Versetzungen oder Entlassungen führten, sondern ebenso die amtsärztliche Tätigkeit und damit auch die Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation beeinflussten. Diese Konfliktzonen stellen keineswegs einen Widerspruch dar, sondern sind vielmehr als prägender Bestandteil amtsärztlicher Tätigkeit anzusehen, da die nationalsozialistische Einstellung oder parteipolitische Nähe keine basale Voraussetzung der Durchführung von erb- und rassenpflegerischen Maßnahmen darstellte. Der Konnex bestand neben der dienstlichen Verpflichtung insbesondere in der Übereinstimmung mit den biopolitischen Zielen des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“. Die Intensität der Durchführung vor Ort konnte somit mit einer nationalsozialistischen Prägung des leitenden Amtsarztes einhergehen, war jedoch keineswegs eine Voraussetzung für eine exzessive Durchführungspraxis.

Die Einflussnahmen seitens parteipolitischer Dienststellen verweisen auf die polykratischen Herrschaftsstrukturen im Dritten Reich, die auf dem Gebiet des Gesundheitswesens einen politischen und staatlichen Kontroll- und Überwachungsdruck

⁶⁹⁵ Vgl. Schilter, Thomas: Psychriatrieverbrechen im Dritten Reich. Die Karriere Horst Schumanns. In: Internationale Zeitschrift für Geschichte und Ethik der Naturwissenschaften, Technik und Medizin, Jg. 6 (1998), H. 1, S. 42–55.

⁶⁹⁶ Vgl. Gerwarth, Robert: Heydrich, Reinhard. Biographie, München 2011, S. 46–51.

auf die verantwortlichen Amtsärzte generierten. Diese Kontrollen fanden vor dem Hintergrund von parteipolitischen und staatlichen Auseinandersetzungen über Befugnisse, Ziele und Deutungshoheiten auf dem Gebiet der nationalsozialistischen Erb- und Rassenpflege statt. Die Regierungsbehörden der preußischen Provinz Sachsen versuchten ihren Einfluss zu wahren, indem sie die Amtsärzte vor politischen Angriffen schützten. Zudem reagierten sie zurückhaltend auf politische Aktivitäten und prüften Sachverhalte, in denen Amtsärzte parteipolitische Positionen auf dem Gebiet der Erb- und Rassenpflege vertraten.⁶⁹⁷

Die parteipolitischen Einflussnahmen konnten neben Redezulassungen oder fortwährenden Diskreditierungen auch die Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation direkt betreffen. Beispielsweise beschwerte sich die Gauleitung Magdeburg-Anhalt im April 1935 über den Kreisarzt von Osterburg, Dr. Arthur Sage, da er nicht in der Lage sei, „die ihm obliegende Mitwirkung im Rahmen des Sterilisierungsgesetzes so durchzuführen, wie es diese wichtige Aufgabe erfordert. So soll er in verschiedenen Fällen Anträge auf Unfruchtbarmachung gestellt und entsprechende Gutachten angefertigt haben, die jeglicher berechtigten Grundlage entbehren. Durch dieses Vorgehen ist die einheimische Bevölkerung erregt.“⁶⁹⁸ Dieses nach Ansicht des Gauleiters erhebliche Fehlverhalten des Amtsarztes sei geeignet, die nationalsozialistische Zwangssterilisation als wichtige erbbiologische Maßnahme „unter den Volksgenossen in Misskredit zu bringen, was sich natürlich außerordentlich nachteilig für die nationalsozialistische Bewegung selbst auswirkt“.⁶⁹⁹ Aus diesem Grund solle der Regierungspräsident dafür Sorge tragen, dass „Dr. Sage von der Mitwirkung bei Sterilisierungsmaßnahmen nach Möglichkeit ausgeschlossen wird bzw. daß die von ihm gestellten Sterilisierungsanträge bis zur Erledigung der obigen persönlichen

⁶⁹⁷ Unter lokalgeschichtlichen Gesichtspunkten kann auf einen brisanten Bericht der „Magdeburgischen Zeitung“ aus dem Jahr 1937 hingewiesen werden. Laut diesem Bericht habe der Amtsarzt von Magdeburg, Erich Jeske, auf einer Veranstaltung festgestellt, dass nur der politisch denkende Arzt an der nationalsozialistischen Zwangssterilisation mitarbeiten könne. Im Oktober 1937 forderte Herbert Linden, Oberregierungsrat im Reichsministerium des Innern, den Regierungspräsidenten in Magdeburg in einem vertraulichen Bericht dazu auf, den Sachverhalt zu prüfen. Hierzu stellte Erich Jeske in einer unverzüglichen Stellungnahme fest: Der Bericht sei irreführend, da die Äußerung, „nur der politisch denkende Arzt sei in der Lage und allein berechtigt, bei der Durchführung des Gesetzes mitzuwirken“ nicht von ihm, sondern „vom Gauamtsleiter Dr. Schmischke“ stamme. Er habe vielmehr in „seinen Ausführungen zum Ausdruck gebracht, dass nationalsozialistische Gesinnung allein nicht genügt, um an verantwortlicher Stelle bei der Durchführung des Gesetzes z.V.e.N. mitzuwirken, sondern dass dazu ein erhebliches Maß von Wissen und eine gründliche erbbiologische Vorbildung notwendig seien, die durch den guten Willen und politisches Denken nicht ersetzt werden könnten.“ LASA, C 28 Ig, Nr. 81: Kreisarzt Dr. Jeske, Magdeburg (1922–1944), fol. 191–193.

⁶⁹⁸ LASA, C 28 Ig, Nr. 109: Kreisarzt Dr. Sage (1913–1937), unfol.

⁶⁹⁹ LASA, C 28 Ig, Nr. 109: Kreisarzt Dr. Sage (1913–1937), unfol.

Angelegenheit zunächst zurückzustellen sind“.⁷⁰⁰ Neben der politischen Einflussnahme und der damit verbundenen Forderung nach Ausschluss des Amtsarztes von Osterburg rekurriert das Beispiel abschließend auf wesentliche Aspekte der praktischen Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation, deren Spuren in den folgenden Kapiteln verfolgt wird. Lediglich ein geringer Teil der Amtsärzte besaß umfangreichere psychiatrische Kenntnisse, darüber hinaus bestanden in den Gesundheitsämtern mitunter erhebliche personelle Schwierigkeiten, sodass die Erfassung und Begutachtung von als „erbkrank“ geltenden Frauen und Männern von unterschiedlichen mittel- wie unmittelbaren Einflussfaktoren wie medizinischer Qualifikation, rasenhygienischen Vorstellungen, Personalmangel und struktureller Überlastung geprägt wurde. Hierzu gehören ebenfalls Angriffe und Einflussnahmen von lokalen Parteidienststellen, die aufgrund des volksgemeinschaftlichen Gebarens die Autorität von leitenden Amtsärzten untergruben, Konflikte in der Bevölkerung schürten und somit die Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation beeinträchtigten.

⁷⁰⁰ LASA, C 28 Ig, Nr. 109: Kreisarzt Dr. Sage (1913–1937), unfol.

3.5 1933 – Zeitenwende?

Das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ war keine nationalsozialistische Erfindung. Die engere genetische Ideengeschichte und der sie umgebende rassehygienische und eugenische Nährboden wurzeln in biologischen, vererbungswissenschaftlichen, sozialpolitischen sowie völkisch-rassischen Diskursen des 19. Jahrhunderts. Die diskursive Potenz korrelierte mit der Vorstellung des gesellschaftlichen Niedergangs im Rahmen eines biopolitischen Diskurses, welcher Bevölkerung als gesundes Volk und gesunde Volksmitglieder zu wesentlichen, wenn nicht zu maßgeblichen Wissensbeständen erhob. Die Gemengelage dieser oftmals auch divergierenden Vorstellungsmuster über Gesundheit und Krankheit sowie damit einhergehende und als notwendig erachtete generative und sozialpolitische Regulierungs- und Selektionsbestrebungen hatte in der deterministischen Biologisierung von Volk und Individuum einen maßgeblichen Kohärenzpunkt. Der Wille zur Unfruchtbarmachung wurde durch ökonomische und gesellschaftliche Krisen sowohl bestätigt als auch gefestigt und verstärkt, sodass die Notwendigkeit einer eingreifenden bevölkerungs- und geburtenpolitischen Regulierung am Ende der Weimarer Republik außer Frage stand.

Sowohl Anzeiger als auch Ausdruck dieses durchdringenden Selektionsdiskurses sind in der Varianz, Disparatheit und Überparteilichkeit von Rassenhygiene und Eugenik zu sehen. Es handelte sich nicht um separierte oder gar abgeschlossene, sondern um fluktuierende Wissensbestände, die um den Kern von Leben und Gesundheit, Optimierung und Leistungsfähigkeit unterschiedliche wissenschaftliche, sozialpolitische, ökonomische und habituelle Anschlussstellen erzeugen und institutionelle Bündnisse eingehen konnten. Der Nationalsozialismus verhalf den eugenisch-rassenhygienischen Forderungen zum gesetzlichen Durchbruch und versah die Ausrichtung und Praktizierung mit einem rassischen Aufartungsinteresse und Selektionsmotiv. Die apodiktische Vorstellung eines ‚nationalsozialistischen‘ Sterilisationsgesetzes ist jedoch trügerisch, da neben einer fehlenden rassischen Überformung der Rassenhygiene eine Vielzahl von unterschiedlichen politischen Gruppierungen oder gesellschaftlichen Bevölkerungsteilen, von Personen- und Berufsgruppen oder Interessenvertretern, die (zunächst) keineswegs als Nationalsozialisten bezeichnet werden können, eine Sterilisationsgesetzgebung forderten, die Verabschiedung begrüßten und die anschließende Durchsetzung maßgeblich prägten. Gleichwohl hat es des Nationalsozialismus bedurft, um das Sterilisationsgesetz gegen die vorhandenen gesellschaftlich-politischen

Widerstände in der Weimarer Republik, die sowohl die begrenzten wissenschaftlich-medizinischen Kenntnisse als auch den gesetzlichen Rahmen betrafen, durchzusetzen. Zudem hat der Nationalsozialismus durch seine völkisch-rassistische Zuspitzung und die ihm innewohnende Radikalität, die im „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ in der Festlegung einer zwangsweisen Durchführung sowie in der Schaffung eines dehnbaren Definitionsrahmens zum Ausdruck kommt, einer handlungspraktischen Dynamik Vorschub geleistet, die in ihrem Ergebnis der massenhaften Sterilisationen jedoch nicht als genuin nationalsozialistisch bezeichnet werden kann.

Vielmehr bildeten unterschiedliche eugenisch-rassenhygienische, völkische, sozialpolitische oder nationalistische Vorstellungen und Ideen eine maßgebliche diskursive Grundlage der nationalsozialistischen Sterilisationspraxis in der Form, dass sie nicht nur eine (pseudo-) wissenschaftliche und politisch-ideologische Begründung lieferten, sondern als Kanalisierung gesellschaftlich geteilter politischer und professionspezifischer Auffassungen und damit einhergehender tradiertter und persönlicher Vorurteile gegenüber Frauen und Männern dienen konnten, denen in Hinblick auf die Gesellschaft, die seit 1933 als Volksgemeinschaft definiert wurde, körperliche oder geistige Beeinträchtigungen zugeschrieben wurden. Die analytische Subsumtion des Sterilisationsgesetzes unter die Eugenik allgemein sowie im Speziellen unter ein rassenhygienisches Paradigma, welches in Verbindung zu völkischen Auffassungen von Staat und Gesellschaft von tragender Bedeutung ist, verdeckt die bis 1933 alternativen und keineswegs deckungsgleichen biopolitischen Vorstellungen der medizinisch-biologischen Veränderung von Gesellschaft, die ihrerseits von der nationalsozialistischen Bevölkerungspolitik absorbiert und überlagert wurden. In diesem Zusammenhang bildet die Rassenhygiene eine diskursive Essenz, die nicht nur das nationalsozialistische Sterilisationsgesetz wissenschaftlich und ideologisch legitimierte, sondern ebenso die moralisch-politische Zuweisung von Schuld und Verantwortung an „den Nationalsozialismus“ ermöglicht. Insofern müssen die zeitlichen Grenzen – 1933 sowie 1945 – unter diskursiven Gesichtspunkten sowohl als fluide als auch als feste Wegmarken gedacht werden.

Die zeitliche Rasananz des Erlasses des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ spiegelt die Interessen der neuen nationalsozialistischen Machthaber an der chirurgischen Selektion von als „erbkrank“ geltenden Frauen und Männern wider, um somit sowohl eine weitere völkische Degeneration zu verhindern als auch um eine gezielte Aufartungspolitik, deren Ausgangspunkt die Unfruchtbarmachung darstellte, zu initialisieren. Ermöglicht wurde das schnelle Vorgehen einerseits durch den

bereits ausgearbeiteten Gesetzentwurf. Andererseits bestand zu Beginn der 1930er-Jahre ein politischer Konsens über die Notwendigkeit eines Sterilisationsgesetzes. Darüber hinaus machten sich die Nationalsozialisten den politischen Umschwung und die damit einhergehende sowie lancierte Aufbruchsstimmung und Euphorie zunutze, die die bevölkerungspolitische Tragweite überdeckten.

Die gesetzlichen Regelungen beruhten zum Teil auf dem preußischen Gesetzentwurf, schufen jedoch durch die konkrete Definition von „Erbkrankheiten“ sowie die zwangshafte Durchsetzung einen konkreten und durchsetzungsfähigen Handlungsrahmen. Die zunächst fehlenden bzw. spät ergangenen Durchführungsbestimmungen provozierten eine fehlerhafte Durchführung, eröffneten jedoch zugleich eine intensive Praktizierung. Im Verlauf der 1930er-Jahre wurden gesetzliche und administrative Anpassungen vorgenommen, was zum einen den Zugriff auf schwangere Frauen erweiterte und als gesetzliche Verschärfung angesehen werden kann. Zum anderen wurden Sozialmaßnahmen, wie die finanzielle Unterstützung von bedürftigen Familien, eingeführt, um Widerstände zu kanalisieren. Auf der Grundlage der gesetzlichen und administrativen Reglementierungen kann davon ausgegangen werden, dass die nationalsozialistische Zwangssterilisation als biopolitisches Selektionsverfahren in der zweiten Hälfte der 1930er-Jahre etabliert wurde. Die gesetzlichen Veränderungen können als Reaktion auf praktische Probleme und hierdurch hervorgerufene Prozesse gedeutet werden. Gleichzeitig weisen sie auf die nationalsozialistische Zwangssterilisation als erstes umfassendes bevölkerungs- und geburtenpolitisches Selektionsverfahren hin, welches aufgrund fehlender praktischer Erfahrungen sowie gesellschaftlicher Widerstände den zeitlichen Gegebenheiten entsprechend reguliert und angepasst werden musste.

Mit dem Sterilisationsgesetz als Ausgangspunkt der nationalsozialistischen Aufartungspolitik wurde als organisatorische Basis die Umgestaltung des öffentlichen Gesundheitswesens in die Wege geleitet. Mit der „Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ vom 3. Juli 1934 wurde die Erb- und Rassenpolitik strukturell in den Gesundheitsämtern unter zentraler Beteiligung der leitenden Amtsärzte angesiedelt. Durch Federführung von Gesundheitsamt und Amtsarzt gewann die Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation an Effizienz, zugleich eröffnet der Blick auf die teilweise schwierigen personellen, organisatorischen und auch finanziellen Bedingungen erhebliche Mängel, die die Sterilisationspraxis in nicht zu überschätzendem Maße konturierte, indem kaum Personal und Mittel zur Verfügung standen, um Ermittlungen oder Untersuchungen durchzuführen. Die Amtsärzte als maßgeblich beteiligte und

verantwortliche Berufsgruppe erweisen sich in der preußischen Provinz Sachsen als eine heterogene Berufsgruppe, die weniger Übereinstimmung als Differenzen mit den lokalen nationalsozialistischen Machthabern hatte. Die auf den ersten Blick widersprüchlichen Ergebnisse bestätigen jedoch die wesentliche Charakteristik von eugenischen und rassenhygienischen Vorstellungen im Zuge eines biopolitischen Selektions- und Regulierungsdiskurses von Bevölkerung. Die Klammer zwischen Amtsärzten oder medizinischem Personal und Nationalsozialismus bestand nicht in einer gemeinsamen ideologisch-völkischen Weltanschauung, sondern in der Wahrnehmung der Sterilisation als notwendige Selektionsmaßnahme zur Verhinderung von männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“.

4 Die Lokalisierung und Erfassung von „Minderwertigkeit“ im nationalsozialistischen Sterilisationsverfahren

4.1 „Zunächst empfindet man hier manchmal die gründliche Inangriffnahme eines erbkranken Probanden als Kampf gegen die Hydra.“⁷⁰¹ Vorbemerkungen zur Erfassung von „Minderwertigkeit“

Die im Reichsanzeiger 1933 veröffentlichte Begründung des nationalsozialistischen Sterilisationsgesetzes verkündete die Zuversicht, „daß derjenige, dessen Unfruchtbarmachung zum Nutzen der Volksgemeinschaft notwendig ist, in vielen Fällen selbst die nötige Einsicht aufbringen wird, um die Sterilisierung zu beantragen“.⁷⁰² Aber auch in der preußischen Provinz Sachsen zerschlugen sich die Hoffnungen auf eine freiwillige Antragsstellung von „erbkrankverdächtigen“ Frauen und Männern im Sterilisationsverfahren bereits im Frühjahr 1934. Die nationalsozialistische Propagandaoffensive sowie die Appelle an eine breite freiwillige Beteiligung können durchaus als zielgerichtete Täuschungsmanöver mit strategischen Motiven entlarvt werden, um den Zwangscharakter des Sterilisationsverfahrens zu verschleiern, medizinische Ermittlungen und Nachforschungen zu beschleunigen und eine gouvernementale Übereinkunft zwischen Individuum und Volksgemeinschaft zu suggerieren.⁷⁰³

Die geringe persönliche Beteiligung war jedoch keine Überraschung, denn bereits im Zuge der Einrichtung von Eheberatungsstellen im Verlauf der 1920er-Jahre hatte sich deutlich gezeigt, dass die deutsche Bevölkerung wenig Interesse und Verständnis für erbbiologische Beratungen und staatliche Einflussnahmen auf die Partnerwahl oder die Begrenzung des Kinderwunsches aufbrachte.⁷⁰⁴ Zudem griff die chirurgische Unfruchtbarmachung als unwiderrufliche Zerstörung der Fortpflanzungsfähigkeit weitaus stärker in die persönlich-körperliche Integrität ein als die auf Freiwilligkeit beruhende Beratung über den Gesundheitsstatus der zukünftigen Eheleute. Diesen Widerständen wurde von Beginn an durch den Zwangscharakter des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ Rechnung getragen.

⁷⁰¹ StA Erfurt, Nr. 2/511–23036: Magistrat der Stadt Erfurt. Stadtgesundheitsamt, Erb- und Rassenpflege. Vorbereitung der erbbiologischen Erfassung der Erfurter Bevölkerung (1935–1943), unfol.

⁷⁰² Reichsanzeiger 1933, Nr. 172, 25.7.1933. In: Gütt/Rüdin/Rutke: Gesetz und Erläuterungen, S. 59–62. Vgl. auch Ayaß, Wolfgang (Bearb.): Gemeinschaftsfremde. Quellen zur Verfolgung von Asozialen 1933–1945, Koblenz 1998, Nr. 9.

⁷⁰³ Weiterführend Eckart: Medizin in der NS-Diktatur, S. 215–248; Makowski: nationalsozialistische Parteipresse, S. 121–231; Harten/Neirich/Schwerendt: Rassenhygiene als Erziehungsideologie.

⁷⁰⁴ Vgl. Kap. 3.2.2.

In Voraussicht sowie zur herrschaftlichen Durchsetzung der nationalsozialistischen Sterilisationsziele, die keineswegs einheitlich definiert waren und zwischen 300 000 „Erbbelasteten“ und bis zu 20 Prozent von „erblich minderwertigen“ Frauen und Männern in der deutschen Bevölkerung schwankten, war die Etablierung von bevölkerungspolitischen Erfassungsstrukturen unerlässlich.⁷⁰⁵ Darüber hinaus fungierte das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ als Auftakt einer Reihe von bevölkerungspolitischen Regulativen. Deshalb besaß die Erfassung von als „minderwertig“ geltenden Frauen und Männern eine konstitutive Funktion, indem durch zielgerichtete erbbiologisch-rassenhygienische Überprüfungen ein „erbkrankverdächtiger“ Personenkreis erfasst, untersucht und begutachtet werden sollte. Insofern begründete die Anzeige einen biopolitischen Verdacht auf eine männliche oder weibliche „Minderwertigkeit“, die sowohl weitere Überprüfungen erforderte als auch die folgenden medizinisch-rassenhygienischen Beurteilungen maßgeblich anleitete und konturierte.

Die Bedeutung der Lokalisierung und Erfassung von „Minderwertigkeit“ zur Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation wird in der historischen Forschung unterschiedlich akzentuiert. Als charakteristisches Merkmal wird die Etablierung eines engmaschigen „Erfassungsnetzwerkes“ betont, in dessen Zentrum die 1935 gegründeten staatlichen Gesundheitsämter standen.⁷⁰⁶ Hier wurden alle eingehenden Meldungen und Anzeigen von „erbkranken“ Frauen und Männern registriert und überprüft. Daneben führten die Gesundheitsämter eigenständige Ermittlungen durch und waren ebenso wie die psychiatrischen Anstalten mit der bevölkerungspolitischen Katalogisierung der deutschen Bevölkerung im Zuge der „erbbiologischen Bestandsaufnahme“ beauftragt. Der auf den normativen Grundlagen und Organisationsstrukturen beruhende Blickwinkel unterschätzt jedoch die zeitlichen Entwicklungen und regionalen Unterschiede der Etablierung von organisatorischen „Erfassungsnetzwerken“, überzeichnet die Leistungsfähigkeit der Gesundheitsämter, verdeckt personelle und materielle Mängel und vernachlässigt die Zusammenarbeit und spezifische Beteiligung von Amtsträgern, Fürsorge- und Wohlfahrtsbehörden, von Schulen, praktizierenden Ärzten oder parteipolitischen Organisationen. Diese unterschiedlichen Einflüsse kollidierten und ergänzten die Registratur von männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“ und prägten die Durchführung der nationalsozialistischen

⁷⁰⁵ Vgl. Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 229–245; Heitzer: Zwangssterilisation in Passau, S. 77–78.

⁷⁰⁶ Vgl. zusammenfassend Vossen: Gesundheitsämter im Nationalsozialismus; Birk: Erbgesundheitswesen im bayerischen Schwaben, S. 47–100.

Zwangssterilisation nachhaltig.⁷⁰⁷ Aus diesem Grund müssen sowohl zeitliche Entwicklungen in der Etablierung von Erfassungsstrukturen und ihre Leistungsfähigkeit als auch die Beteiligung von behördlichen und medizinischen Informanten und ihre Vorstellungen von „erbkrankverdächtiger“ Männlichkeit und Weiblichkeit differenziert werden.

Die Erfassung von „erbkranken“ Frauen und Männern in der preußischen Provinz Sachsen kann in eine Anfangsphase und eine Konsolidierungs- und Systematisierungsphase unterschieden werden. Der Auftakt der Ermittlungen bildete eine Aufforderung des Regierungspräsidenten zur Durchführung von vorbereitenden Erfassungsmaßnahmen im August 1933 und endete infolge von Systematisierungsbestrebungen und der Gründung der staatlichen Gesundheitsämter zwischen Sommer 1934 und Frühjahr 1935. In der Anfangsphase wurden Kreisärzte und kommunale Behörden mit der organisatorischen und bürokratischen Durchführung des Sterilisationsgesetzes konfrontiert und waren aufgefordert, tragfähige Netzwerke zur Ermittlung und Registrierung von „erbkrankverdächtigen“ Frauen und Männern zu etablieren. Die geringen Ressourcen der Kreisärzte, die Dualität zwischen kommunalem und staatlichem Gesundheitswesen sowie die Einbindung von Kommunalbehörden beförderten unterschiedliche Organisationsformen und riefen organisatorische Probleme hervor, die die quantitative und qualitative Erfassungstätigkeit regional prägten. Die geringen administrativen Reglementierungen hatten weiterhin zur Folge, dass die Registratur von „erbkrankverdächtigen“ Personen entweder durch spezifische Anweisungen von Kreisärzten angeleitet oder ohne konkretere Erfassungsrichtlinien weitgehend unabhängig in den einzelnen Behörden stattfand. Diese Vorgehensweise unter dem Eindruck der nationalsozialistischen Machtergreifung führte zur Erfassung einer außerordentlich hohen Anzahl von „erbkrankverdächtigen“ Personen.

Seit Sommer 1934 wurde die Erfassungstätigkeit staatlicherseits überprüft, systematisiert und die „erbbiologische Bestandsaufnahme“ der deutschen Bevölkerung sondiert. Der zeitliche Übergang zwischen der Anfangsphase und der Konsolidierungs- und Systematisierungsphase ist aufgrund der jeweiligen lokalen Organisationsformen und Bedingungen fließend und kann spätestens mit der Errichtung der staatlichen Gesundheitsämter terminiert werden. Durch diese institutionelle Konzentration erfuhr die Erfassung im Sterilisationsverfahren einen Systematisierungsschub,

⁷⁰⁷ Vgl. Birk: Erbgesundheitswesen im bayerischen Schwaben, S. 97–100.

indem die Gesundheitsämter als erbbiologische Zentralen verankert, die Zusammenarbeit mit Verwaltungsbehörden konsolidiert und die Registratur von als „minderwertig“ oder „erbkrank“ geltenden Frauen und Männern formalisiert wurden. Damit einhergehend fand eine örtliche Verlagerung von Erfassungsmaßnahmen in die Gesundheitsämter statt, die jedoch durch die Übertragung weiterer bevölkerungspolitischer Maßnahmen, wie etwa dem „Ehegesundheitsgesetz“, auf massive Probleme stieß, so dass die Ermittlungen gehemmt wurden und der Umfang von Sterilisationsanzeigen seit 1935 stetig abnahm. Mit Kriegsbeginn wurde die Erfassungstätigkeit sukzessive eingeschränkt, jedoch sollten vor allem „erbkranke“ und „minderwertige“ Frauen und Männer weiterhin registriert werden, um die Sterilisationspraxis nach Kriegsende intensivieren zu können.

Bereits die Formen der Etablierung und Tragfähigkeit von Erfassungsnetzwerken deuten an, dass die Lokalisierung von „erbkrankverdächtigen“ Frauen und Männern nicht als einseitiges herrschaftliches Verfahren charakterisiert werden kann. Zudem waren die Ermittlungen vom Engagement von Amtsträgern, medizinischen Einrichtungen und Berufsgruppen sowie kommunalen Behörden abhängig, indem sie „erbkranke“ Frauen und Männer anzeigten und somit den rassenhygienischen Zielen des Dritten Reiches pflichtbewusst und initiativ zuarbeiteten.

Den personenbezogenen Überprüfungen durch die beteiligten Behörden und Berufsgruppen muss eine konstitutive Bedeutung beigemessen werden, da sie im Vorfeld der Antragsstellung eine Auswahl von „erbkrankverdächtigen“ Frauen und Männern trafen und medizinische, fürsorgliche oder soziale Ermittlungsergebnisse zur Verfügung stellten. Die institutionellen Erfassungsschwerpunkte korrespondierten mit zeitgenössischen Vorstellungen von erbbiologischer „Minderwertigkeit“ und zielten darauf ab, Frauen und Männer zu ermitteln, die an Krankheitsformen im Sinne des Sterilisationsgesetzes litten, eine medizinische und finanzielle Versorgung benötigten, einen geringen Intellekt besaßen oder denen auffällige Verhaltensweisen bescheinigt wurden. In dieser Funktion waren die beteiligten Behörden und Berufsgruppen im Rahmen eines organisatorischen Erfassungsnetzwerkes in hohem Maße an der Generierung eines Personenkreises beteiligt, der qua amtlicher Registratur als „erbkrank“ präjudiziert wurde. Die Ermittlungs- und Auskunftstätigkeit war jedoch kein objektives, anhand von medizinischen Kriterien ausgerichtetes Beurteilungsverfahren, sondern wurde von den gesetzlich definierten „Erbkrankheiten“, rassenhygienischen Diskursen sowie behördlichen, professionsspezifischen, persönlichen oder ideologischen Motiven, Interessen und Vorstellungen von „erbkrank“ und „minderwertig“ angeleitet.

Bei der selektiven Erfassungs- und Auskunftstätigkeit handelte es sich demnach nicht um einen normierten, uniformen oder diktatorisch gelenkten herrschaftlichen Erfassungsprozess, sondern um vielfältig beeinflusste Übersetzungsleistungen der beteiligten Amtsträger, Behörden sowie medizinischen Einrichtungen und Berufsgruppen. Dementsprechend können neben dem jeweiligen Beteiligungsgrad auch Motive und Interessen von beteiligten Amtsträgern, Behörden und Berufsgruppen an der Unfruchtbarmachung nachgezeichnet werden. Die jeweiligen Übersetzungsleistungen anhand des Umfangs an gemeldeten Personen, der angelegten Erfassungskriterien sowie auf der Grundlage von soziobiologischen Bewertungen rekurrieren in besonderem Maße auf die selektiven Konturen der nationalsozialistischen Zwangssterilisation. Insofern lenkt die mikrohistorische Fokussierung der Ermittlungstätigkeit den Blick auf eine volksgemeinschaftlich praktizierte Biopolitik.

Im Hinblick auf die organisatorischen Strukturen sowie die Beteiligung von Amtsträgern, Behörden und Berufsgruppen an Erfassungsmaßnahmen zur Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation wird zunächst die Etablierung von regionalen „Erfassungsnetzwerken“ anhand der zeitlichen Unterteilung in Anfangsphase (4.2.1) und Konsolidierungs- und Systematisierungsphase (4.2.2) betrachtet. Der analytische Schwerpunkt liegt hierbei auf der Errichtung von Organisationsstrukturen sowie auf Veränderungen und Schwierigkeiten in der Erfassungspraxis von „erbkranken“ Frauen und Männern. Anschließend werden das Anzeigeverhalten sowie die Beteiligung von Amtsträgern sowie unterschiedlichen Berufsgruppen, wie etwa Fürsorgerinnen, Lehrern oder Ärzten, paradigmatisch untersucht. Dabei werden insbesondere das Engagement, behördliche und professionsspezifische Interessen und Motive sowie die aktive Mitarbeit an Beispielen der selektiven Erfassungs- und Auskunftstätigkeit in den Blick genommen.

4.2 Erfassungsprozeduren der Lokalisierung und Registratur von „erbkrankverdächtigen“ Frauen und Männern

4.2.1 „Ich lege Wert auch auf Kenntnisse aller Personen, die zunächst nur den Anschein erwecken, daß sie unter das Gesetz fallen.“⁷⁰⁸ Der Auftakt 1933/34

Am 24. August 1933 wies der Regierungspräsident von Magdeburg an, „schon jetzt die erforderlichen Vorbereitungen dahin zu treffen, dass möglichst bald nach Inkrafttreten des Gesetzes die unter dieses fallenden Personen erfasst werden können“.⁷⁰⁹ Die „erbkrankverdächtigen“ Frauen und Männer sollten „soweit als irgend möglich“ ermittelt und in einer spezifischen Registratur verzeichnet werden. Zu diesem Zeitpunkt bestanden keine gesetzlichen Durchführungsbestimmungen, und die Anweisung des Regierungspräsidenten zielte initiativ auf eine organisatorisch-bürokratische Vorbereitung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation ab. Nach dessen Ansicht bildeten die psychiatrischen Kliniken einen maßgeblichen Erfassungsschwerpunkt, wobei männliche und weibliche Patienten, „die jetzt dauernd in Bewahrung in Anstalten gehalten und voraussichtlich aus diesen nicht entlassen werden“, zunächst unberücksichtigt bleiben sollten.⁷¹⁰ Stattdessen sollten entlassene oder beurlaubte Patienten sowie Frauen und Männer, die in der Familie, in der Familienpflege oder offenen Fürsorge betreut wurden, ermittelt werden.

Der Landeshauptmann teilte dem Regierungspräsidenten rund einen Monat später mit, dass er die Direktoren der Landesheilanstalten anweisen werde, „alle zu sterilisierenden Kranken zu melden, die jetzt entlassen und zwecks Entlassung beurlaubt werden“.⁷¹¹ Die kurzfristige Erfassung von entlassenen, beurlaubten oder außerhalb der Anstalt lebenden männlichen und weiblichen Patienten sei aufgrund des begrenzten Personalbestandes und kameralistischen Arbeitsvolumens jedoch „unmöglich, weil bei jedem einzelnen Kranken erst aus den vorhandenen Akten festgestellt werden muss, ob die Voraussetzungen für den Eingriff zutreffen, insbesondere, ob eine Erbkrankheit vorliegt“.⁷¹² So würde allein die Landesheilanstalt Neuhaldensleben 1000 Frauen und Männer in Magdeburg und 574 im Landkreis Neuhaldensleben betreuen. Zudem gäbe es eine bedeutende Anzahl von Personen, die lediglich über die

⁷⁰⁸ StA Oschersleben, P VI/43: Akten der Polizeiverwaltung betreffend erbkranken Nachwuchs (1933–1945), fol. 1.

⁷⁰⁹ LASA, C 28 Ig, Nr. 371: Erbkrankheiten (1934–1938), Bd. 1: 1934–1938, fol. 3.

⁷¹⁰ LASA, C 28 Ig, Nr. 371: Erbkrankheiten (1934–1938), Bd. 1: 1934–1938, fol. 3.

⁷¹¹ LASA, C 28 Ig, Nr. 371: Erbkrankheiten (1934–1938), Bd. 1: 1934–1938, fol. 7.

⁷¹² LASA, C 28 Ig, Nr. 371: Erbkrankheiten (1934–1938), Bd. 1: 1934–1938, fol. 7.

archivierten Krankenakten erfasst werden könnten. Für eine effiziente Inangriffnahme des Sterilisationsgesetzes schlug der Landeshauptmann vor, „erbkrank“ Frauen und Männer bereits vor Inkrafttreten des Sterilisationsgesetzes unfruchtbar zu machen. „Soweit diese sich freiwillig bereit erklären, sich der Sterilisation zu unterwerfen, sollen sie heute schon vor Ausscheiden aus der Anstalt sterilisiert werden.“⁷¹³ So bestand seit dem 12. Mai 1933 auch eine ministerielle Verfügung, die die Unfruchtbarmachung etwa bei persönlicher Einverständniserklärung legitimierte.⁷¹⁴

Am 4. Dezember 1933 forderte der Provinzialverband der preußischen Provinz Sachsen die ihm unterstellten Landesheilanstalten auf, entsprechend der eingeleiteten Erfassungsmaßnahmen Sterilisationsanträge vorzubereiten, „so dass sie Anfang nächsten Jahres hinausgehen könnten“.⁷¹⁵ Am folgenden Tag erging die erste ministerielle Durchführungsverordnung und stellte die notwendigen Richtlinien und Formulare zur Antragsstellung bereit. Daneben korrigierte die Verordnung vom 5. Dezember 1933 die in der Provinz eingeleiteten Maßnahmen dahin, dass psychiatrische Patienten ohne vorhergehende erbbiologische Untersuchung nicht entlassen werden dürften. Zur Gewährleistung einer hinreichenden medizinisch-psychiatrischen Begutachtung von männlichen und weiblichen Patienten der hiesigen Landesheilanstalten wurden die Bezirksfürsorgeverbände am 11. Dezember aufgefordert, „dass über die persönlichen Verhältnisse eines in eine Landesheilanstalt aufzunehmenden Kranken, mehr als das bisher geschehen ist, Auskünfte eingeholt werden“.⁷¹⁶ Eine Verbesserung der medizinischen, psychiatrischen sowie sozialen Informationslage konnte nach Ansicht der psychiatrischen Anstalten zunächst kaum erreicht werden, da vor allem freipraktizierende Ärzte nicht die notwendigen Befunde bereitstellten.⁷¹⁷

Im Zuge der vorbereitenden Erfassungsmaßnahmen kam den psychiatrischen Einrichtungen in der preußischen Provinz Sachsen eine wichtige Rolle zu. Einerseits

⁷¹³ LASA, C 28 Ig, Nr. 371: Erbkrankheiten (1934–1938), Bd. 1: 1934–1938, fol. 7. Ob und in welchem Umfang bereits zu diesem Zeitpunkt zwangsweise Unfruchtbarmachungen vorgenommen wurden, kann nicht abschließend geklärt werden. Johannes Vossen verweist unter Bezug auf einen Artikel in der Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift „Über die Rassenhygienischen Aufgaben des Anstaltspsychiaters“ Jg. 35 (1933) auf 16 Sterilisationen und vier Kastrationen, die in psychiatrischen Einrichtungen der preußischen Provinz Sachsen vorgenommen wurden. Hierbei handle es sich nach Johannes Vossen um „eine Praxis, die in der zweiten Jahreshälfte 1933, durch die vorgesetzten Behörden wohlwollend geduldet, weiter andauerte“. Vossen: Gesundheitsämter im Nationalsozialismus, S. 358. Zur Sterilisation vor 1933 siehe Kap. 3.2.2.

⁷¹⁴ Vgl. Schnell (Hrsg.): Stadtgesundheitsamt Halle, S. 24.

⁷¹⁵ Synder: Landesheilanstalt Uchtspringe, S. 75–76.

⁷¹⁶ StA Erfurt, 1–2/531–633: Verhütung erbkranken Nachwuchses, Verordnung und Gesetze, Beschlüsse des Erbgesundheitsgerichts (1933–1939), Bd. 1: 1933–1939, fol. 13.

⁷¹⁷ Vgl. StA Erfurt, 1–2/531–633: Verhütung erbkranken Nachwuchses, Verordnung und Gesetze, Beschlüsse des Erbgesundheitsgerichts (1933–1939), Bd. 1: 1933–1939, fol. 19.

wurde unter der psychiatrischen Klientel ein hoher Anteil von „erbkranken“ Frauen und Männern prognostiziert, die zeitnah begutachtet und sterilisiert werden müssten. Aufgrund der Betreuungsfunktionen außerhalb der Einrichtungen und damit verbundenen Verzeichnissen boten die psychiatrischen Kliniken andererseits ein ergiebiges Informationsreservoir, das im Zuge der Aufartungsprozeduren selektiv ausgeschöpft werden konnte. Den anfänglichen Erfassungsanforderungen vor allem von Frauen und Männern, die außerhalb von psychiatrischen Einrichtungen lebten, konnten die Landesheilanstalten aufgrund von geringen personellen und materiellen Ressourcen jedoch nicht nachkommen, und die erbbiologischen Ermittlungen beschränkten sich auf den aktuellen Patientenbestand. Diese Vorgehensweise wurde durch den angewiesenen Entlassungsstopp infolge der ersten Durchführungsverordnung indirekt bekräftigt.

Die kursorischen Erfassungshinweise der Regierungspräsidenten schufen in den Städten und Kreisen der preußischen Provinz Sachsen eine Situation, in der die verantwortlichen Kommunalbehörden in Zusammenarbeit mit den Kreisärzten aufgefordert waren, tragfähige Organisationsstrukturen zu begründen. So wurde etwa im Hinblick auf die dualistischen Strukturen des öffentlichen Gesundheitswesens und die damit verbundenen organisatorischen Barrieren die Übertragung der „Rassengesundheitspflege“ als Gesamtheit von bevölkerungspolitischen Maßnahmen an die kommunalen/städtischen Gesundheitsämter diskutiert. Beispielsweise betraute der Magistrat der Stadt Halle/Saale nach einer Besprechung mit Ministerialrat Leonardo Conti das Stadtgesundheitsamt am 11. Juli 1933 mit den „Aufgaben der Rassengesundheitspflege“, und es wurde ebenso wie in Köln gehofft, „daß diese Einrichtungen [...] richtunggebend für ganz Deutschland werden können, wenn sich ihre Bewährung herausstellt“.⁷¹⁸ Hierzu wurde eine Sachverständigenkommission mit Mitarbeitern des Stadtgesundheitsamtes, der Landesheilanstalt Altscherbitz sowie politischen Vertreter eingerichtet und beispielsweise Volksschulen und Standesämter zur Mitarbeit angehalten. „Ferner hat der Magistrat im Rahmen dieser Maßnahmen beschlossen, daß vor Bearbeitung von Anträgen auf Ehestandsdarlehen von den Antragsstellern auf Grund der Durchführungsverordnung ein Zeugnis der städtischen Eheberatungsstelle beizubringen ist, nach dem das Fehlen vererblicher geistiger oder körperlicher Gebrechen feststeht.“⁷¹⁹ Durch die direkte Einbindung der Eheberatungsstelle, die bereits in den

⁷¹⁸ StA Halle/Saale, A. 2.9 Centralbüro Kap. II, Abt. E, Nr. 110: Stadtgesundheitsamt, Bd. 4 (1931–1936), unfol.; weiterführend Schnell (Hrsg.): Stadtgesundheitsamt Halle, S. 24–27; auch Endres: Zwangssterilisation in Köln.

⁷¹⁹ StA Magdeburg, Rep. 38 J V. Nr. 1: Erb- und Rassenpflege (1926–1943), Bd. 5: 1926–1939, fol. 429.

1920er-Jahren eine rassenhygienisch-eugenische Erfassung der städtischen Bevölkerung verfolgte, konnte die Ermittlung „erbkrankverdächtiger“ Frauen und Männer bereits 1933 zielgerichtet intensiviert werden.⁷²⁰ Für die Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation wurde „ein Stadtarzt mit dem ganz überwiegenden Teil seiner Arbeitszeit in den Dienst der Durchführung des Gesetzes gestellt, und zwar derjenige Arzt, dem bereits seit Jahren die Hilfsschule als Teil seines schulärztlichen Aufgabengebietes übertragen war“.⁷²¹ Laut Verwaltungsbericht konnten auf diese Weise bis Ende März 1934 bereits 595 Sterilisationsanzeigen bearbeitet werden.⁷²² Diese organisatorische Sonderentwicklung in Halle/Saale, die die spätere Gründung von Gesundheitsämtern und die damit einhergehende Übertragung der Rassenpflege quasi vorwegnahm, wurde durch die etablierte Stellung des Stadtgesundheitsamtes, die engen politischen Beziehungen zum Magistrat sowie die nationalsozialistische Einstellung der leitenden Ärzte befördert.⁷²³

In Magdeburg wurde dieser frühzeitige administrative Vorstoß registriert, und Ende Juli 1933 verfassten zwei Ärzte des Gesundheitsamtes eine Stellungnahme, in der sie konkrete Empfehlungen zur Durchführung von erbbiologischen Erfassungsmaßnahmen anvisierten. „Ich schlage vor, dass das Gesundheitsamt eine Auskunft- und Beratungsstelle für erbbiologische Fragen eröffnet, dass auch die Eheberatung in verbesserter Form wieder aufgenommen wird als Anfang für eine erbbiologische Erfassung der ganzen Bevölkerung. Eine enge Zusammenarbeit mit den Standesämtern und natürlich dem Erbgericht ist selbstverständlich.“⁷²⁴ Diese Initiative, die im Hinblick auf eine erbbiologische Beratungsstelle und umfassende „Erbbestandsaufnahme“ ebenso spätere Entwicklungen antizipierte, beruhte im Falle von Dr. Dr. Ernst Peust auf der persönlichen und beruflichen Reputation, da er „als eines der ältesten Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Rassenhygiene und erfahrener Psychiater“ galt.⁷²⁵

⁷²⁰ Vgl. Kapitel 3.2.2; 3.4.1.

⁷²¹ Schneider, Otto: Das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses und seine Bedeutung für die Hilfsschule. In: Die deutsche Sonderschule, Jg. 1 (1934), H. 6, S. 401.

⁷²² Vgl. StA Halle/Saale, Cs 80233–80243 Ls: Verwaltungsberichte der Stadt Halle/Saale 1933, S. 133.

⁷²³ Vgl. Kapitel 3.4.1 und 3.4.2; Vgl. StA Halle/Saale, A 2.17 Gesundheitsamt Nr. 254: Maßnahmen des Stadtgesundheitsamtes zur Sicherung und Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bürger (1929–1938), unfol.

⁷²⁴ StA Magdeburg, Rep. 38 J V. Nr. 1: Erb- und Rassenpflege (1926–1943), Bd. 5: 1926–1939, fol. 438.

⁷²⁵ StA Magdeburg, Rep. 38 J V. Nr. 1: Erb- und Rassenpflege (1926–1943), Bd. 5: 1926–1939, fol. 438; Wolff: Magdeburger Medizinalchronik, S. 229. Dr. med. Dr. phil. Ernst Peust wurde 1949 als politisch unauffällig, anständig und als „gewissenhafter Arzt mit guten Fachkenntnissen und wissenschaftlichen Qualitäten“ beurteilt. StA Magdeburg, Rep. 41 Nr. 1330: Wiederaufbau der Landesfrauenklinik (1945–1948), fol. 258.

Demgegenüber verfolgte Dr. Dr. Werner Busch auch persönliche Motive, da ihm die Leitung der Eheberatungsstelle in den 1920er-Jahren entzogen worden war und entgegen seinen Vorstellungen zu einer „Abgabestelle für Mittel zur Empfängnisverhütung“ verkümmert sei.⁷²⁶ Beide Ärzte betonten, dass durch ihre Tätigkeit bereits „eine ganze Anzahl von Frauen asozialer Art sterilisiert wurden im Zusammenarbeiten mit der Städtischen Frauenklinik, wenn die damaligen gesetzlichen Bestimmungen es zuließen“.⁷²⁷

Die von Ernst Peust und Werner Busch angestrebten Initiativen führten in Magdeburg jedoch nicht zu umfangreichen organisatorischen Veränderungen, da Ende Juli 1933 eine bereits ergangene Vorlage „bezüglich der Beauftragung des städtischen Gesundheitsamtes mit dem neuen Aufgabengebiet der Rassengesundheitspflege [...] zurückgezogen [wurde], da zunächst die vom Reich kommenden Bestimmungen abgewartet werden sollen“.⁷²⁸ Die Gründe beruhten augenscheinlich auf einer abwartenden Haltung der städtischen Verwaltung in Anbetracht der politischen Diskussionen über die Vereinheitlichung des staatlichen Gesundheitswesens.⁷²⁹

Bis zur Gründung des staatlichen Gesundheitsamtes in Magdeburg erfolgte die Erfassung von „erbkrankverdächtigen“ Frauen und Männern in Zusammenarbeit des städtischen Gesundheitsamtes, des Kreisarztes sowie der Landesheilanstalt Haldensleben, die in der Stadt eine „Beratungsstelle für Nerven- und Gemütskranke“ betreute und im Frühjahr 1934 etwa 1400 Frauen und Männer umfasste.⁷³⁰ Nach Ansicht des Anstaltsleiters, August Metz, könnte seitens der Landesheilanstalt die Erfassung der in der „Beratungsstelle für Nerven- und Gemütskranke“ verzeichneten Personengruppe nach den Richtlinien des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ und der damit einhergehenden 400 Sterilisationsanträgen aufgrund von zeitlichen und finanziellen Problemen jedoch nicht gewährleistet werden. Darüber hinaus müssten

⁷²⁶ StA Magdeburg, Rep. 38 J V. Nr. 1: Erb- und Rassenpflege (1926–1943), Bd. 5: 1926–1939, fol. 438; vgl. StA Magdeburg, Rep. 38 A I. 2: Personaldaten von Ärzten (1945–1954), fol. 209–220. Dr. med. Dr. phil. Werner Busch wurde am 21.9.1889 in Tilsit geboren.

⁷²⁷ StA Magdeburg, Rep. 38 J V. Nr. 1: Erb- und Rassenpflege (1926–1943), Bd. 5: 1926–1939, fol. 438.

⁷²⁸ StA Magdeburg, Rep. 38 J V. Nr. 1: Erb- und Rassenpflege (1926–1943), Bd. 5: 1926–1939, fol. 437.

⁷²⁹ Weiterhin besaß das städtische Gesundheitsamt in Magdeburg aufgrund der sozialdemokratischen Prägung unter der Leitung von Paul Konitzer sowie der geringen medizinischen und persönlichen Autorität des kurzzeitigen Nachfolgers Herbert Richter eine geschwächte Stellung, die zumindest mittelbar dazu beigetragen haben kann, dass ihm zunächst keine zentrale Rolle bei der Durchführung der Rassenpflege und nationalsozialistischen Zwangssterilisation zugestanden wurde.

⁷³⁰ Vgl. StA Magdeburg, Rep. 38 J V. Nr. 1: Erb- und Rassenpflege (1926–1943), Bd. 2: 1933–1940, fol. 63. Die vorliegende Akte wurde seitens des StA Magdeburg teilweise geschwärzt, zudem wurden lediglich die Blätter 38–151 zur Einsicht vorgelegt.

für eine wirksame Durchführung des Sterilisationsgesetzes sämtliche Hilfsschüler, in Volksschulen sitzengebliebene Schüler sowie alle Fürsorgezöglinge, „Trinker“ und „Verbrecher“ begutachtet werden.⁷³¹ Aus diesem Grund müsse nach Ansicht von August Metz städtischerseits ein Arzt angestellt werden, der ausschließlich erbbiologische Ermittlungen und Begutachtungen übernehme. Hierdurch könne in Zusammenarbeit mit den städtischen Behörden die Erstellung einer besonderen Kartei begonnen werden, deren Grundlage die Registratur der bestehenden Beratungsstelle bilde. „Durch diese Zusammenfassung werden sich wichtige Einblicke zumal in Bezug auf die erbkranken Sippen Magdeburgs ergeben“ und das Sterilisationsgesetz könne umfassend durchgeführt werden.⁷³² Ende August 1934 konstatierte das Gesundheitsamt in Magdeburg massive Probleme in der Erfassung von „erbkrankverdächtigen“ Personen sowie in der Antragsstellung und Durchführung der Sterilisation. Es müssten dringend zwei Ärzte angestellt werden, um vor allem auch den Kreisarzt zu entlasten, der nicht in der Lage sei, „das ihm zugeleitete Material umgehend weiter zu bearbeiten“.⁷³³

Am Beispiel der städtischen Zentren Magdeburg und Halle/Saale wird deutlich, dass bereits im Sommer 1933 politische Initiativen entstanden, die darauf abzielten, die hemmenden dualistischen Strukturen des öffentlichen Gesundheitswesens abzubauen, um die Etablierung einer tragfähigen Organisation zu eröffnen und eine effiziente Durchführung von bevölkerungspolitischen Maßnahmen zu gewährleisten. Die jeweiligen Initiativen und organisatorischen Regelungen arbeiteten den exkludierenden Interessen des Dritten Reiches zielgerichtet zu.⁷³⁴ Der jeweilige Erfolg war maßgeblich vom Engagement der lokalen Protagonisten sowie von der politischen Verankerung der kommunalen Gesundheitsämter in der städtischen Verwaltung abhängig. Für die nationalsozialistische Zwangssterilisation hatten die organisatorischen Veränderungen etwa zur Konsequenz, dass in Halle/Saale frühzeitig eine gebündelte und intensive Erfassung von „erbkrankverdächtigen“ Frauen und Männern erfolgen

⁷³¹ Vgl. StA Magdeburg, Rep. 38 J V. Nr. 1: Erb- und Rassenpflege (1926–1943), Bd. 2: 1933–1940, fol. 63.

⁷³² StA Magdeburg, Rep. 38 J V. Nr. 1: Erb- und Rassenpflege (1926–1943), Bd. 2: 1933–1940, fol. 63–64. Zur Bestätigung seiner Vorschläge verwies August Metz im April 1934 auf die Einrichtung einer zentralen Beratungsstelle in Köln. Diese Stelle bezwecke, alle „bekanntgewordenen und bekanntwerdenden Fälle von Erbkrankheiten zusammenzufassen und sie nach streng wissenschaftlichen Gesichtspunkten durcharbeiten“. Diese Registratur würde zur „Aufstellung einer Erbgesundheitskartei der Bevölkerung beitragen“. StA Magdeburg, Rep. 38 J V. Nr. 1: Erb- und Rassenpflege (1926–1943), Bd. 2: 1933–1940, fol. 67.

⁷³³ StA Magdeburg, Rep. 38 J V. Nr. 1: Erb- und Rassenpflege (1926–1943), Bd. 2: 1933–1940, fol. 83.

⁷³⁴ Vgl. etwa Daum/Deppe: Frankfurt/Main, S. 43; Birk: Erbgesundheitswesen im bayerischen Schwaben, S. 97–100.

konnte. Hingegen bestanden in Magdeburg latente organisatorische und Abstimmungsprobleme, die keine konzentrierten Erfassungsmaßnahmen zuließen.

Vergleichbare Etablierungsprozesse fanden ebenfalls in ländlichen Regionen statt.⁷³⁵ Diese waren jedoch insbesondere durch die begrenzten personellen und materiellen Ressourcen sowie die weitaus wichtigeren persönlichen Beziehungen zwischen politischen Vertretern und Mitarbeitern der Gesundheits- und Wohlfahrtsbehörden geprägt. In den Kreisen der preußischen Provinz Sachsen wiesen die Landräte alle Kommunalbehörden und Amtspersonen an, „erbkrankverdächtige“ Personen zu verzeichnen und dem verantwortlichen Kreisarzt zu melden.⁷³⁶ Das Interesse von Kreisärzten an engen Kooperationen mit kommunalen Behörden war umso höher, wenn sie nicht als „Kreiskommunalärzte“ fungierten und ihnen „vor allem dann [...] oftmals kaum Unterlagen über ‚erbkrankverdächtige‘ Personen zur Verfügung“ standen.⁷³⁷ So arbeiteten im Kreis Wernigerode das städtische Wohlfahrtsamt, das Kreiswohlfahrtsamt sowie der Kreisarzt eng zusammen. Am 4. Oktober 1933 bat der Kreisarzt das Wohlfahrtsamt in Wernigerode um die „restlose Erfassung der in Frage kommenden Personen“. Zu diesem Zweck sollten Ärzte, Schulleiter und Geistliche herangezogen werden.⁷³⁸ „Diese Mitteilungen, sowie eine Liste der Personen, welche dem Wohlfahrtsamt bekannt sind und unter das Gesetz fallen könnten, bitte ich, mir bis zum 10. November zuzustellen. Ein so früher Termin erscheint erforderlich, da voraussichtlich bereits jetzt umfangreiche Nachfragen notwendig sein werden.“⁷³⁹ Fünf Tage später forderte das Kreiswohlfahrtsamt die vom Kreisarzt benannten Behörden und Amtspersonen auf, „erbkrankverdächtige“ Personen zu melden. Eine entsprechende Meldung habe bis zum 1. November zu erfolgen. Der Erfassungsschwerpunkt zielte darauf ab, vorerst diejenigen Personen namentlich festzustellen, die gegebenenfalls für die vom Gesetz vorgeschriebenen Maßnahmen infrage kommen. „Ob die benannten Personen

⁷³⁵ Dabei wurde Wohlfahrtsämtern eine zentrale Rolle zugewiesen. Im Gegensatz zu Magdeburg und Halle/Saale wurde etwa in Halberstadt „die Bearbeitung der Angelegenheiten nach dem Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933“ dem Wohlfahrtsamt übertragen. StA Halberstadt, Magistrat, Gesundheitsamt, Nr. 2.20.255: Berichte über Infektionskrankheiten sowie Bildung des städtischen Gesundheitsamtes und Zulassung zur Wohlfahrtspraxis (1933–1946), unfol.

⁷³⁶ Neben den angeführten Beispielen siehe auch LASA, C 30 Jerichow I A, Nr. 177: Medizinalangelegenheiten (u. a. Erbkrankheiten) (1945); StA Halle/Saale, A 6.1 REI Nr. 650, Bd. 1 (1931–1950)

⁷³⁷ Vossen: Gesundheitsämter im Nationalsozialismus, S. 267.

⁷³⁸ Die konkrete Benennung von „Gemeindevorstehern“ wurde durchgestrichen. StA Wernigerode, WR/II/Nr. 6615 (1933–1936), unfol.

⁷³⁹ StA Wernigerode, WR/II/Nr. 6615 (1933–1936), unfol.

tatsächlich unter das Gesetz fallen, wird später ärztlich von den hierfür besonders einrichtenden Erbgesundheitsgerichten entschieden werden.“⁷⁴⁰ Am 11. November 1933 teilte das Wohlfahrtsamt von Wernigerode dem Kreisarzt mit, dass es nach Aufforderung des Kreiswohlfahrtsamtes eine Liste mit Personen zusammenstelle, die „nach unserem Dafürhalten“ als „erbkrank“ gelten, und dem Kreisarzt über eine Sammelliste des Kreiswohlfahrtsamtes zugehen würde.

Auf der Grundlage der eingeleiteten Ermittlungsmaßnahmen im Kreis Wernigerode, die auf administrative Überschneidungen infolge der Zusammenarbeit von städtischen und Kreisbehörden mit dem Kreisarzt hinweisen, wurden im November 1933 zunächst 14 Frauen und Männer gemeldet, von denen acht „schwachsinnig“, zwei taubstumm und zwei „verkrüppelt“ seien. Daneben wurden zwei Personen aufgelistet, die an Syphilis und an Veitstanz leiden würden. Im Zuge der Beauftragung entwickelten die beteiligten Personen und Behörden auch Eigeninitiativen und trugen maßgeblich zur Erfassung von „erbkranken“ Personen bei. Das Wohlfahrtsamt in Wernigerode erweiterte etwa im Mai 1934 selbstständig das bestehende Verzeichnis von „erbkranken“ Frauen und Männern und betonte, dass „sämtliche Kinder [...] als durch die Eltern belastet angesehen werden“ könnten.⁷⁴¹ Der Bürgermeister von Wernigerode sandte dem Kreisarzt eine Sonderliste zu, in der die Kinder und Geschwister von „erbkranken“ Frauen und Männern „mitvermerkt“ wurden, „obgleich sie dem Gesetz nach an keiner darin näher bezeichneten Krankheit leiden [...]. Bei den Kindern kann vielleicht das Vorleben der Eltern entscheidend sein.“⁷⁴² Dementsprechend agierten die städtischen Behörden initiativ und meldeten im Rahmen einer möglichst weitgehenden Erfassung sowie aufgrund von behördlichen Interessen „erbkrankverdächtige“ Personen. Im Zuge dieser Erfassungsinitiativen nahmen sie auch konkrete Beschreibungen der verzeichneten Personen und Familien nach genealogischen, sozialen oder körperlichen Merkmalen vor. Zu einer Familie hieß es im November 1934: „Sämtliche Töchter haben offenbar von ihren Eltern die schlechtesten Eigenschaften geerbt. Sie sind alle bekannt als falsch, heimtückisch und vor allem streitsüchtig in höchstem Grade. Diese hervorstechendsten Merkmale der Mutter finden sich bei den Töchtern in verstärktem Masse wieder, abgesehen von dem unsittlichen Lebenswandel, dem sie alle verfallen sind. Die Tochter [...], die sich vor kurzem verheiratet hat

⁷⁴⁰ „Die bereits in geschlossenen Anstalten untergebrachten Geisteskranken brauchen nicht namhaft bekannt gemacht zu werden, da diese von den betreffenden Anstalten erfasst werden.“ StA Wernigerode, WR/II/Nr. 6615 (1933–1936), unfol.

⁷⁴¹ StA Wernigerode, WR/II/Nr. 6615 (1933–1936), unfol.

⁷⁴² StA Wernigerode, WR/II/Nr. 6615 (1933–1936), unfol.

[...], ist wenigstens noch arbeitsam, die einzige Tugend, die man ihr zusprechen kann. Über den Sohn [...] ist Nachteiliges nicht bekannt. Der Sohn [...] bemüht sich einen besseren Eindruck zu erwecken. Streitsüchtig ist auch er. Im Ganzen genommen gibt es wohl selten eine Familie, in der die Vererbung schlechter Eigenschaften der Eltern so sichtbar zum Ausdruck.“⁷⁴³ Diese Beschreibung einer Familie verdeutlicht die Übernahme einer erbbiologisch-biologistischen Argumentationsweise, indem das Verhalten und die Lebensweise der Kinder in eine direkte Beziehung zu Verhaltensweisen vor allem der Mutter gestellt und damit als hinlänglicher Beweis für das Vorliegen einer „Erbkrankheit“ herangezogen werden. Im Rahmen der Übertragung von rassenhygienischen Ermittlungsaufgaben entstanden somit Dynamiken, indem sich die beteiligten Behörden und Berufsgruppen als profunde Informationsgeber etablierten und konkrete Begutachtungen zum Zweck der Unfruchtbarmachung vornahmen.

Auch der Landrat von Salzwedel forderte Ende September 1933 die Amts- und Gemeindevorsteher, die Polizeiverwaltungen, weiterhin Ärzte, Hebammen, Gemeindegewestern, Fürsorgerinnen und Pastoren auf, Frauen und Männer unter Meldung der persönlichen Daten dem zuständigen Kreisarzt anzuzeigen.⁷⁴⁴ Ein entsprechendes Verzeichnis sollte ebenfalls bis zum 1. November 1933 vorliegen. Die Kreisfürsorgerinnen erhielten Mitte Oktober einen Einführungskurs zur beabsichtigten Meldung von „erbkrankverdächtigen“ Frauen und Männern.⁷⁴⁵

Vermutlich am Jahresende 1933 lag in Salzwedel ein Verzeichnis mit 174 Personen vor, das den Namen, das Geburtsdatum, den Beruf, Wohnort, eine Bezeichnung der Krankheitsform sowie den Absender der Meldung aufführte.⁷⁴⁶ Es wurden 110

⁷⁴³ StA Wernigerode, WR/II/Nr. 6615 (1933–1936), unfol.

⁷⁴⁴ Vgl. StA Salzwedel, Fach 4, Nr. 13 (Nr. 14480): Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1946), fol. 11, 15. Hierzu wurden alle einzubeziehenden Personen, wie Ärzte, Hebammen und Behörden, postalisch erfasst. Vgl. LASA, C 30 Salzwedel A, Nr. 1011: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (Generalia) (1933–1944), fol. 13–14, 16–17. Zu Salzwedel konnte eine breitere Überlieferung erschlossen werden, siehe dazu StA Salzwedel, Fach 4, Nr. 15 (Nr. 13977): Kostenübernahme für Unfruchtbarmachen (1934–1941, 1945); StA Salzwedel, Fach 1, Nr. 14 (Nr. 8807): Zwangseinweisungen in Sachen Erbgesundheitssachen in Heilanstalten ausländischer Zivilarbeiten (1939–1942); StA Salzwedel, Karton 32 (Nr. 13976), Az: 5.7.10.2. Der Bürgermeister der Stadt Salzwedel. Runderlasse über Verhütung erbkranken Nachwuchses (1934–1944); StA Salzwedel, Karton 32 (Nr. 13978), Az: 5.7.2.2a: Der Bürgermeister der Stadt Salzwedel. Erb- und Rassenpflege (1935–1940); LASA, C 30 Salzwedel A, Nr. 1012: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (Generalia) (1936–1942).

⁷⁴⁵ Vgl. LASA, C 30 Salzwedel A, Nr. 1011: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (Generalia) (1933–1944), fol. 18. Im November 1933 zeigte eine Fürsorgerin zwölf Personen an – unter ihnen acht Frauen und Männer, die an „Schwachsinn“ litten, weiterhin ein zwölfjähriges epileptisches Mädchen und einen 71-jährigen „Alkoholiker“. Vgl. StA Salzwedel, Fach 4, Nr. 13 (Nr. 14480): Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1946), fol. 12.

⁷⁴⁶ Vgl. LASA, C 30 Salzwedel A, Nr. 1011: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (Generalia) (1933–1944), fol. 19–30.

Männer und 64 Frauen als „erbkrankverdächtig“ gemeldet, was einen deutlich höheren männlichen Anteil mit über 63 Prozent ausmacht. Die verzeichneten Krankheitsformen orientierten sich teilweise an den gesetzlich definierten „Erbkrankheiten“, wie vor allem „angeborenem Schwachsinn“, Epilepsie oder Schizophrenie. Knapp 46 Prozent wurden aufgrund der Diagnose „Schwachsinn“, über acht Prozent wegen „schweren körperlichen Missbildungen“, sieben Prozent wegen Epilepsie und knapp sechs Prozent wegen „manisch-depressiven Irreseins“ gemeldet. Die angegebenen Erkrankungen wurden durch weitergehende Beschreibungen ergänzt, wie etwa gelähmt, unsittlich, geisteskrank, verwachsen, Kyphoskoliose,⁷⁴⁷ Erbsyphilis oder uneheliche Kinder. Über ein Fünftel der verzeichneten Krankheitsformen entsprach nicht den gesetzlichen „Erbkrankheiten“, sondern umfasste andere Erkrankungsformen sowie ältere medizinische sowie volkssprachliche Bezeichnungen. So wurden als „geisteskrank“ über fünf Prozent der gemeldeten Personen beschrieben, für über drei Prozent war „Trunksucht“ oder „Trinker“ verzeichnet. Daneben wurden Erbsyphilis oder Lues, Sittlichkeitsverbrechen, Fehlgeburt, uneheliche Kinder, unsittlich, Wasserkopf oder Wirbeltuberkulose als Krankheitsformen vermerkt.

Das in Salzwedel entstandene Verzeichnis umfasste somit Krankheitsformen, die sich sprachlich an den definierten „Erbkrankheiten“, an medizinischen Fachtermini sowie an allgemeinen oder volkstümlichen Beschreibungen einer Erkrankung oder der sozialen Situation orientierten.⁷⁴⁸ Der Schwerpunkt lag auf Personen, die als „schwachsinnig“ oder „geisteskrank“ angesehen wurden oder sichtbare Körperbehinderungen hatten. Demgemäß überrascht der geringe Anteil von als blind oder taub gemeldeten Personen. Die einzelnen Krankheitsbeschreibungen wurden zum Teil mit spezifischen Bemerkungen versehen, um sowohl der Diagnose Nachdruck zu verleihen als auch die Erfassung organisatorisch anzuleiten. So wurde etwa zu rund zehn Prozent angegeben, dass sie zu einem früheren Zeitpunkt oder derzeit in einer Anstalt oder speziell in der Landesheilanstalt Uchtspringe versorgt würden. Weitere Spezifikationen betrafen den Aufenthalt in einem Waisenhaus oder in einem Gefängnis, weiterhin „erblich belastet“, „Kinder tot“ oder „drei Mädchen geschwängert“.

Die äußeren Altersgrenzen umfassten ein zweijähriges Kind bis zu einem 71 Jahre alten Mann. Den Schwerpunkt bildeten Frauen und Männer zwischen 19 und

⁷⁴⁷ Verkrümmung der Wirbelsäule, auch „Buckelbildung bei gleichzeitiger seitlicher Verkrümmung“, welche äußerst selten auftritt. Vgl. Pschyrembel. Klinisches Wörterbuch, 259., neu bearb. Aufl., Berlin 2002, S. 916.

⁷⁴⁸ Der fachmedizinische Hintergrund der Erfassung wird durch die Diagnose „Kyphoskoliose“ (Verkrümmung der Wirbelsäule) verdeutlicht, die über vier Prozent ausmachte.

30 Jahre mit etwa 36 Prozent.⁷⁴⁹ Der Hauptteil der gemeldeten Personen mit über 30 Prozent wurde als „Arbeiter“ bezeichnet, und über ein Fünftel lebte vor allem als Sohn oder Tochter im Familienhaushalt.⁷⁵⁰ In der Landwirtschaft arbeiteten insgesamt knapp 14 Prozent und im Handwerk elf Prozent. Akademiker waren mit unter zwei Prozent kaum vertreten.

Auf der Grundlage der angewiesenen vorbereitenden Erfassung zur Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisationen wurden in Salzwedel demnach insbesondere Frauen und Männer gemeldet, die als „schwachsinnig“ galten, den unteren sozialen Schichten angehörten und im gebär- oder zeugungsfähigen Alter waren. Die hauptsächlichen Absender dieser Meldungen waren Gemeindevorsteher mit 38 Prozent, Amtsvorsteher mit über 13 Prozent sowie niedergelassene Ärzte mit 27 Prozent.⁷⁵¹ Die vorbereitende Erfassung wurde somit insbesondere von Amtspersonen des Kreises sowie freipraktizierenden Ärzten getragen. Fürsorgerinnen hatten einen Anteil von knapp acht Prozent, Hebammen oder Pastoren waren kaum vertreten.

Die in der zweiten Jahreshälfte 1933 eingeleiteten Erfassungsmaßnahmen von als potentiell „erbkrank“ zu geltenden Frauen und Männern wiederholten sich in der gesamten preußischen Provinz Sachsen, jedoch unterschieden sie sich hinsichtlich der bestehenden Register und behördlichen Kooperationen. So verfügte der kommandierende Landrat von Osterburg gegenüber den Ortspolizeibehörden im Dezember 1933 die Aufstellung von Verzeichnissen auf der Grundlage der bestehenden Nachweisführung aus dem Jahr 1908, nach der „alljährlich dem Kreisarzt bis zum 1. Februar ein Verzeichnis der außerhalb der Irrenanstalten lebenden Geisteskranken und ein Verzeichnis der Haltekinder einzureichen“ sei.⁷⁵² Diese Aufstellung gewinne nun eine „besondere Bedeutung“ und der Landrat forderte die beauftragten Behörden und Amtspersonen auf, „sich mit den Bestimmungen dieses Gesetzes und der Ausführungsverordnung vertraut zu machen“.⁷⁵³ Die Erfassung von „erbkranken“ Personen

⁷⁴⁹ Unter zehn Jahre waren knapp sechs Prozent und bis 14 Jahre über neun Prozent. Die Altersgruppe bis 18 Jahre machte insgesamt über 14 Prozent aus. Zwischen 31 und 40 Jahren waren rund 28 Prozent und über 41 Jahre waren circa 21 Prozent. Der Anteil von Frauen und Männern über 50 Jahre betrug über acht Prozent.

⁷⁵⁰ Der berufliche Hintergrund wurde für 37 Prozent der verzeichneten Frauen und Männer nicht angegeben. Die übrigen Angaben umfassen vor allem Sammelbezeichnungen wie „Arbeiter“, daneben genaue Berufsbezeichnungen wie „Schumacher“ oder „Tierarzt“ sowie allgemeine Hinweise wie „geschieden, verwitwet“ oder „Kriegsteilnehmer“.

⁷⁵¹ LASA, C 30 Salzwedel A, Nr. 1011: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (Generalia) (1933–1944), fol. 19–30.

⁷⁵² LASA, C 30 Osterburg A, Nr. 737: Durchführung des Sterilisierungsgesetzes (1933–1936), fol. 5.

⁷⁵³ Da das Sterilisationsgesetz bereits im Januar 1934 in Kraft trete, müssten die Verzeichnisse unter Wahrung der Sorgfaltspflicht bis zum 27. Dezember 1933 eingereicht werden. LASA, C 30 Osterburg A, Nr. 737: Durchführung des Sterilisierungsgesetzes (1933–1936), fol. 5.

konnte in Osterburg somit auf langjährige Erfahrungen in der Registrierung von psychisch erkrankten Frauen und Männern sowie Fürsorgekindern zurückgreifen. Die beteiligten Behörden mussten sich lediglich mit den „Erbkrankheiten“ des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vertraut machen.

Die im Januar 1934 an den Kreisarzt weitergeleiteten Register unterschieden sich in ein Verzeichnis mit 143 Personen, welches durch die Ortspolizeibehörde zusammengestellt wurde und eine „gründlichen Nachprüfung“ erfordere, sowie eine Aufstellung von „Haltekindern“ mit 63 Einträgen. Von den 143 gemeldeten Personen waren über 58 Prozent Männer. Die Stichworte zum Krankheitsbild orientierten sich zum Teil an den gesetzlich definierten „Erbkrankheiten“. Der „angeborene Schwachsinn“ umfasste über 68 Prozent, „körperliche Missbildungen“ waren mit knapp zehn Prozent vertreten.⁷⁵⁴ Als „geisteskrank“ wurden fünf, als „geistesschwach“ sechs Personen bezeichnet, eine Frau galt als „Idiotin“. Werden diese Krankheitsbeschreibungen mit dem „angeborenen Schwachsinn“ addiert, so wurden knapp 77 Prozent als „schwachsinnig“ im Sinne des Gesetzes gemeldet. Daneben wurden als Krankheitsformen etwa Wasserkopf, Paranoia, lungenkrank, Syphilis, Krämpfe oder erbliche Schwindsucht verzeichnet. Die Krankheitsbeschreibungen wurden ebenfalls mit spezifizierenden Bemerkungen ergänzt. Rund fünf Prozent der gemeldeten Personen waren entmündigt. Vor allem zu Frauen wurde die Schwangerschaft oder die Anzahl der Kinder notiert und festgehalten, dass sie zum Teil „schwachsinnig“ oder nicht „einwandfrei“ seien, unehelich geboren worden seien oder an einem Wasserkopf litten. Die jüngste gemeldete Person war sieben Jahre und die älteste Person 60 Jahre alt. Der Schwerpunkt lag ebenfalls auf der Altersgruppe zwischen 19 und 30 Jahren mit über 36 Prozent.⁷⁵⁵ Der Beruf wurde zu über 40 Prozent nicht berücksichtigt. Von den übrigen Frauen und Männern wurden rund 52 Prozent als „Arbeiter“ verzeichnet, und über ein Fünftel lebte als Sohn oder Tochter sowie vor allem als Ehefrau im Familienhaushalt.

Die Registratur von Haltekindern, die im Zeitraum zwischen 1926 und 1933 aus einer psychiatrischen Anstalt entlassen worden waren, weist demgegenüber andere

⁷⁵⁴ Die übrigen „Erbkrankheiten“ spielten nahezu keine Rolle, und Schizophrenie sowie „erbliche Blindheit und Taubheit“ waren nicht verzeichnet.

⁷⁵⁵ Bis 14 Jahre waren über acht Prozent und bis 18 Jahre rund 13 Prozent. Im Alter von 31 bis 40 Jahren waren knapp 30 Prozent und über 40 Jahre waren etwa ein Fünftel. Frauen und Männer über 50 Jahre waren mit knapp fünf Prozent kaum vertreten.

Konturen in der Krankheitsbeschreibung auf.⁷⁵⁶ Als „angeborener Schwachsinn“ wurden knapp 17 Prozent vermerkt. Besondere Spezifikationen lauteten „abnormes Triebleben“, Krampfanfälle und Kniegelenksentzündung.⁷⁵⁷ Die übrigen „Erbkrankheiten“ spielten mit Ausnahme von Epilepsie mit über sechs Prozent nur eine untergeordnete Rolle. Demgegenüber wurden über 26 Prozent als „geistesgestört“ oder an einer „Geistesstörung“ leidend beschrieben. Dazu wären je sieben Prozent entweder „geisteskrank“ oder litten an „Wahnvorstellungen“ und fünf Prozent wiesen eine „angebliche geistige Schwäche“ auf.⁷⁵⁸ Im Gegensatz zu den bisherigen Verzeichnissen wurden für die „Haltekinder“ des Kreises Osterburg demnach vornehmlich ältere oder volkstümliche Krankheitsbeschreibungen verwendet, und es fand keine Übertragung in den gesetzlich definierten „angeborenen Schwachsinn“ statt. In Anbetracht der Schwangerschaft von drei Frauen wurde ausdrücklich darauf hingewiesen, dass „die baldige Sterilisierung dringend erforderlich“ sei.⁷⁵⁹

Auf der Grundlage der exemplarischen Ergebnisse von vorbereitenden Erfassungsmaßnahmen zur Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation können regionale Unterschiede und Gemeinsamkeiten konstatiert werden. Bemessen an der Arbeitstätigkeit betraf die Registratur vor allem Frauen und Männer unterer sozialer Schichten. Darüber hinaus lag der Schwerpunkt auf Personen im fortpflanzungsfähigen Alter, hier vor allem die Altersgruppe zwischen 19 und 30 Jahren. In diesem Zusammenhang wurden die Schwangerschaft von Frauen, die Anzahl von Kindern sowie die uneheliche Geburt ausdrücklich betont. Weiterhin wurden vor allem Personen aufgrund von „angeborenem Schwachsinn“ gemeldet, die übrigen gesetzlich definierten „Erbkrankheiten“ spielten mit Ausnahme von „schweren körperlichen Missbildungen“ eine geringe Rolle. Diese Konzentration verweist darauf, dass in den einzelnen Kreisen vor allem Frauen und Männer aufgrund ihrer sozialen Lage, ihres Verhaltens oder ihrer finanziellen Bedürftigkeit gemeldet wurden. Die verhältnismäßig hohe Anzahl von Personen, die an „körperlichen Missbildungen“ litten, deutet auf

⁷⁵⁶ Die geschlechtliche Verteilung stimmte mit 54 Prozent Männern und 46 Prozent Frauen nahezu überein. Bis 18 Jahre waren knapp 15 Prozent. Hauptsächlich wurden mit rund 46 Prozent wiederum Frauen und Männer gemeldet, die im Alter zwischen 18 und 30 Jahren waren. Die Altersgruppe zwischen 31 und 40 Jahren lag mit 18 Prozent unter der Altersgruppe ab 41 Jahren mit über 21 Prozent.

⁷⁵⁷ Vgl. LASA, C 30 Osterburg A, Nr. 737: Durchführung des Sterilisierungsgesetzes (1933–1936), fol. 6–14.

⁷⁵⁸ Weitere Bezeichnungen waren „physische Störungen“, „Sinnestäuschungen“, „Verwirrungsstände“ oder „durch Unfall geisteskrank“.

⁷⁵⁹ LASA, C 30 Osterburg A, Nr. 737: Durchführung des Sterilisierungsgesetzes (1933–1936), fol. 6–14.

die offenkundige Sichtbarkeit von körperlicher „Minderwertigkeit“ oder „Defekten“ und die hiermit verbundene geringere Arbeitsleistung sowie finanzielle Bedürftigkeit hin.

Die jeweilige Bezeichnung von Krankheitsformen weist hingegen größere Unterschiede auf und verdeutlicht den Einbezug von medizinischen und nicht-medizinischen Berufsgruppen. Vor allem die Beschreibung von abweichenden Verhaltensweisen sowie psychischen Krankheitsformen führte dazu, das allgemeine sowie volkstümliche Bezeichnungen wie „geistesschwach“ und „geistesgestört“ verwendet wurden. Darüber hinaus wurden aufgrund von fehlenden Richtlinien auch Personen gemeldet, die in keinem konkreten Zusammenhang zum „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ standen und beispielsweise an Infektionskrankheiten litten. Diese Meldepraxis verweist auf unterschiedliche Übersetzungsleistungen, indem tradierte Vorstellungen von „geisteskrank“ fortgeführt und Infektionskrankheiten als Hinweis auf eine „Erbkrankheit“ herangezogen wurden. So konnte Syphilis auch als Hinweis für ein ausschweifendes, nicht den sozialen, bürgerlichen Normen entsprechendes Sexualleben dienen, was wiederum auf eine abnorme Persönlichkeit, insbesondere bei Frauen, hinwies.

Entgegen den bisher dargestellten Versuchen der Erfassung von männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“, die maßgeblich über die verantwortlichen Landräte oder Bürgermeister koordiniert wurden, versuchten Kreisärzte auch zielgerichteten Einfluss auf den Einbezug von kommunalen Verwaltungsbehörden sowie auf die Auswahl und Registratur von „erbkrankverdächtigen“ Frauen und Männern zu nehmen. So kontaktierte zwei Wochen nach der behördlichen Anordnung der Kreisarzt von Oschersleben am 12. September 1933 die hiesige Polizeiverwaltung und bat „ergebenst um Rücksprache mit den Persönlichkeiten der dortigen Gemeinde, die durch ihren Beruf erfahrungsgemäß die genaueste Kenntnis der in Frage kommenden Personen haben, wie die Herren Geistlichen, Ärzte, Lehrer, Gemeindegewerbetreibenden, Wohlfahrtspfleger und um Anschriften der ermittelten Personen“.⁷⁶⁰ Er lege größten Wert „auf Kenntnisse aller Personen, die zunächst nur den Anschein erwecken, daß sie unter

⁷⁶⁰ StA Oschersleben, P VI/43: Akten der Polizeiverwaltung betreffend erbkranken Nachwuchs (1933–1945), fol. 1.

das Gesetz fallen. Die Sicherstellung zweifelhafter Fälle ist Sache der mir übertragenen Ermittlungen.“⁷⁶¹ Neben der Notwendigkeit von umfassenden Ermittlungen betonte der Kreisarzt seine zentrale Stellung im Sterilisationsverfahren, indem ihm die abschließende Beurteilung von „erbkranken“ Frauen und Männern obliege. In diesem Zusammenhang konkretisierte der Kreisarzt die beabsichtigte Erfassung, indem er die im Sterilisationsgesetz definierten Erbkrankheiten näher erläuterte. Zunächst benötige er die Namen aller Personen, die in Anstalten jedweder Art betreut wurden – hierzu gehörten etwa psychiatrische Einrichtungen ebenso wie Blinden- und Taubstummenanstalten. Bezüglich der Erfassung von „schwachsinnigen“ oder an körperlichen Gebrechen leidenden Frauen und Männern müssten dringend die Lehrer einbezogen werden. „Denn, wenn auch die Ausführungsbestimmungen zum Gesetz fehlen, so ist doch zu erwarten, daß bei diesen Fällen die Sterilisierung schon vor Eintritt der Geschlechtsreife angeordnet werden wird. Ohne diese Maßnahme, die ohne wirkungsvolle Mit Hilfe der Lehrerschaft unmöglich wird, bleibt das Gesetz nur ein Schlag ins Wasser.“⁷⁶² Für die Registrierung von psychisch erkrankten Personen müssten die praktizierenden Ärzte um Auskunft gebeten werden. Hinsichtlich der diffizilen Diagnose „Epilepsie“, die durch Kopfverletzungen oder ansteckende Krankheiten auch exogen erworben und somit nicht zwingend als „Erbkrankheit“ angesehen werden könne, sei die Ermittlung von familiären Erscheinungen dringend erforderlich, da ohne diese Daten keine fundierte Beweisführung erfolgen könne. Ein weiterer Schwerpunkt lag seitens des Kreisarztes auf den „schweren Alkoholikern“ und „speziell Quartalstrinkern“ – für diese Personengruppe sei das Sterilisationsgesetz „von höchstem Erziehungswert“, zudem seien diese Personen „meist irgendwie geistig defekt“.⁷⁶³ Um eine engmaschige Erfassung aller „erbkrankverdächtigen“ Frauen und Männer zu gewährleisten, sollten in allen Ortschaften des Kreises auch „ältere einwandfreie Personen“ in die Ermittlungen einbezogen werden, da sie vor allem „wertvolle Angaben“ zu Eltern, Familienmitgliedern und Verwandtschaftsbeziehungen geben könnten. Es spielt an dieser Stelle weniger eine Rolle, ob der Hinweis auf die „Dorfältesten“ als erbbiologische Informanten als naiv, spitzfindig oder „bauernschlau“ gelten kann. Vielmehr verweist dieser Ein-

⁷⁶¹ StA Oschersleben, P VI/43: Akten der Polizeiverwaltung betreffend erbkranken Nachwuchs (1933–1945), fol. 1.

⁷⁶² StA Oschersleben, P VI/43: Akten der Polizeiverwaltung betreffend erbkranken Nachwuchs (1933–1945), fol. 1.

⁷⁶³ StA Oschersleben, P VI/43: Akten der Polizeiverwaltung betreffend erbkranken Nachwuchs (1933–1945), fol. 1.

bezug auf die Dimensionen der Erfassung, indem mithilfe von Privatpersonen und medizinisch-psychiatrischen Laien alle möglichen Informationen über Familien, Verwandtschaften und einzelne Bewohner erhoben werden sollten – Fehlinformationen und Eigeninteressen eingeschlossen.

Ende September 1933 teilte der Polizeiwachtmeister von Oschersleben mit, dass ein Kontakt mit den Geistlichen, Ärzten, Rektoren und Hilfsschullehrern hergestellt sei, jedoch könnten derzeit erste Ermittlungsergebnisse lediglich vom Wohlfahrtsamt und der Polizeibehörde übersandt werden.⁷⁶⁴ Rückmeldungen und Verzeichnisse der kontaktierten Ärzte, Lehrer oder Amtsvorsteher erfolgten in den kommenden Wochen. Die Ende September 1933 vom Gemeindevorstand Eilenstedt weitergeleitete Erfassungsanfrage wurde am 7. Oktober vom Hauptlehrer mit der Meldung von zwei „schwachsinnigen“ und zwei „verkrüppelten“ Kindern pflichtgemäß beantwortet.⁷⁶⁵ Mitte November leitete der Gemeindevorstand der ca. eintausend Einwohner zählenden Gemeinde abschließend eine Namensliste mit 21 Personen weiter – die hauptsächlich gemeldeten Krankheitsbilder waren „Schwachsinn“ und Verkrüppelungen.⁷⁶⁶

Das umfassende kreisärztliche Erfassungsinteresse traf lediglich beim Einbezug von lokalen Geistlichen auf Hindernisse. So teilte ein Pfarrer aus Oschersleben mit, dass er keine Angaben über „erbkrank“ Frauen und Männer machen könne. In diesem Zusammenhang betonte die übergeordnete Superintendentur, dass einem Pfarrer aufgrund der Vertrauensstellung in der Gemeinde sowie der seelsorgerischen Schweigepflicht die Auskunft im Rahmen des Sterilisationsgesetzes nicht zustehe. „Soweit diese Rücksichten es zulassen, würde ich zur Auskunft über Personen oder Verhältnisse bereit sein“, und der Superintendent wies darauf hin, „dass es am Orte eine Anzahl erheblich trunksüchtiger Männer gibt, über die samt ihren Familien Polizei und Wohlfahrtsamt vermutlich am besten unterrichtet sind“.⁷⁶⁷

⁷⁶⁴ Das Wohlfahrtsamt meldete insgesamt 20 Personen, von denen neun an Tuberkulose erkrankt waren. Die Polizeibehörde verzeichnete fünf „erbkrankverdächtige“ Männer. Drei wurden als „Trinker“ und zwei als „schwachsinnig“ bezeichnet. Vgl. StA Oschersleben, P VI/43: Akten der Polizeiverwaltung betreffend erbkranken Nachwuchs (1933–1945), fol. 3–5. Wenig später umfasste die Liste 47 Personen, und das Wohlfahrtsamt von Oschersleben meldete in den folgenden Jahren regelmäßig „erbkrank“ Frauen und Männer. Vgl. StA Oschersleben, P VI/43: Akten der Polizeiverwaltung betreffend erbkranken Nachwuchs (1933–1945), fol. 21–42.

⁷⁶⁵ Vgl. KrA Harz, Gemeindebestand Eilenstedt II, Nr. 32: Krankheiten unter den Menschen (1873–1938), fol. 148–149.

⁷⁶⁶ Vgl. KrA Harz, Gemeindebestand Eilenstedt II, Nr. 32: Krankheiten unter den Menschen (1873–1938), fol. 150.

⁷⁶⁷ StA Oschersleben, P VI/43: Akten der Polizeiverwaltung betreffend erbkranken Nachwuchs (1933–1945), fol. 18a.

Der Umfang und die Intensität der vorbereitenden Ermittlungen war von den lokalen Bedingungen, dem persönlichen Engagement maßgeblicher Amtspersonen, der personellen und materiellen Ausstattung der beteiligten Behörden sowie der Zusammenarbeit mit den einzelnen Kreisärzten abhängig. Eine wichtige Erfassungsbasis bestand in der Durchsicht von bestehenden Registern, da sie eine zeitnahe Überprüfung der hiesigen Bevölkerung ermöglichte. Nicht ohne Stolz konnte etwa der Kreisarzt von Halberstadt berichten, dass er seit 1911 alle Frauen und Männer registrierte, die im Gesundheitsamt untersucht worden waren – hierbei soll es sich im Jahr 1934 um ein Drittel der Kreisbevölkerung gehandelt haben.⁷⁶⁸ Demgegenüber konnten persönliche Konflikte und Abneigungen sowie Meinungsverschiedenheiten zwischen Kreisärzten und der kommunalen Verwaltung sowie Parteidienststellen die Erfassungsmaßnahmen weitgehend hemmen.⁷⁶⁹

Hinsichtlich dieser unterschiedlichen Einflussfaktoren bestanden zwischen den Regierungsbezirken und Kreisen in der preußischen Provinz Sachsen auch größere Unterschiede. Aus diesem Grund versuchten die Regierungspräsidenten seit August 1933 Einfluss zu nehmen und die Erfassungstätigkeit anzuleiten. Dabei verfolgten sie eine intensive Vorbereitung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“. Darüber hinaus lenkten sie, ebenso wie die Kreisärzte auf lokaler Ebene, die Erfassungsmaßnahmen. Die Aufforderung zu umfassenden Registrierungen ermöglichte den ermittelnden Behörden, die gesetzlichen Grundlagen weitläufig auszulegen und eine Vielzahl von „erbkrankverdächtigen“ Personen zu melden. Aufgrund von Verzögerungen, die schließlich seit Frühjahr 1934 mit der Etablierung der Erbgesundheitsgerichtsbarkeit kollidierten, intensivierten die Regierungspräsidenten ihre Bemühungen. Im Zuge der Berichterstattung an das Reichsinnenministerium teilte der Regierungspräsident von Merseburg im März 1934 mit, dass er die Landräte und Oberbürgermeister angewiesen habe, „alle ihnen unterstellten Dienststellen eindringlich darauf aufmerksam zu machen, daß die schwere finanzielle Belastung der Gemeinden durch den erbkranken Nachwuchs dringend die strengste Beobachtung der gesetzlichen Vorschriften erfordert. Die betreffenden Dienststellen sind anzuweisen, für alle ihnen im Dienstbereich bekannt gewordenen erbkranken Personen unverzüglich bei

⁷⁶⁸ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 1, fol. 49.

⁷⁶⁹ Weiterführend Kap. 3.4.2.

dem zuständigen Kreisarzt deren Unfruchtbarmachung zu beantragen.“⁷⁷⁰ Der Hinweis auf die Senkung von Versorgungskosten in einer schweren Wirtschaftskrise verlieh der Erfassung Nachdruck und spezifizierte die Auswahl, indem Personen als „erbkrank“ zu gelten hätten, die finanzieller oder materieller Unterstützungsleistungen bedurften. Durch diese politische Einflussnahme gewannen die bereits durchgeführten Erfassungsprozeduren Bestätigung und beförderten eine sozial und finanziell konnotierte Dynamik. Der Regierungspräsident von Erfurt betonte hingegen die Notwendigkeit der propagandistischen Aufklärung und systematischen Erweiterung von ermittelnden Berufsgruppen. Diesbezüglich habe er die Kreisärzte beauftragt, vor allem Hebammen zu schulen, da sie „als besonders geeignete Persönlichkeiten in der Lage sind, dieses Gedankengut in die Familien zu tragen“.⁷⁷¹

Unter Berücksichtigung der organisatorischen Bedingungen, der geringfügigen administrativen Vorgaben sowie der „Euphorie“ infolge der nationalsozialistischen Machtübernahme kann die vorbereitende Erfassungsphase ab Sommer 1933 als ein energisch betriebener, aber auch unsystematischer Prozess beschrieben werden. Im Zuge der administrativen Bemühungen auf städtischer und kommunaler Ebene fanden vereinzelt erbbiologische Zentralisierungen in kommunalen Gesundheitsämtern mit dem Ziel einer effizienten Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation statt. Der Einbezug von psychiatrischen Einrichtungen, Wohlfahrts- oder Polizeibehörden, von kommunalen Amtspersonen sowie von Schulen oder praktizierenden Ärzten war demnach von einer aktiven Mitarbeit geprägt und stieß hauptsächlich auf organisatorische und personelle Widerstände und Probleme.

Als Erfassungsrichtlinie dienten bis Dezember 1933 die gesetzlich definierten „Erbkrankheiten“, die teilweise von Kreisärzten erläutert wurden, um eine adäquate Erfassung zu gewährleisten. Dergestalt waren die vorbereitenden Ermittlungen administrativ kaum begrenzt, sondern wurden von der Maßgabe einer umfassenden Registratur „erbkranker“ Personen unter medizinischen und finanziellen Merkmalen forciert. Im Zuge der gesetzlichen Aufforderung wurde den beauftragten Behörden, Berufsgruppen oder Privatpersonen eine erbbiologische Beurteilungskompetenz übertragen, und die gemeldeten Frauen und Männer galten qua amtlicher Bevollmächtigung als „erbkrank“. Die jeweiligen Einschätzungen beruhten auf Übersetzungsleistungen, die

⁷⁷⁰ LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 39–40.

⁷⁷¹ LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 42–43.

sich an den gesetzlich definierten „Erbkrankheiten“ ebenso orientierten wie an behördlichen, beruflichen, professionsspezifischen oder persönlichen Ansichten und Motiven.

Dergestalt wurde eine Vielzahl von Frauen und Männern als „erbkrank“ gemeldet, die eine medizinische Versorgung oder finanzielle Unterstützungsleistungen benötigten oder aufgrund ihres Verhaltens, ihrer Leistungsfähigkeit und sozialen Lage oder aufgrund von Straftaten als „anormal“, „minderwertig“ oder „fremdartig“ angesehen wurden. So konstatierte das Stadtgesundheitsamt von Erfurt, dass die Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation im Jahr 1934 „ohne Schwierigkeiten“ erfolge. „Anzeigen über erbkrankte Personen sind allerdings so zahlreich eingegangen, daß die Erstattung der erforderlichen Gutachten neben der Erledigung der sonstigen Amtspflichten bisher bei weitem nicht möglich gewesen ist.“⁷⁷² Und auch der Kreisarzt von Gardelegen betonte im Januar 1934, dass durch die Unterstützung von verschiedenen Dienststellen eine Liste von „erbkrankverdächtigen“ Frauen und Männern erstellt werden konnte, die jedoch einer genauen Nachprüfung bedürfe.⁷⁷³

Die antragsberechtigten Kreisärzte waren jedoch kaum in der Lage, die hohe Anzahl von gemeldeten Personen zu bearbeiten. So hielt der Kreisarzt von Wanzleben im September 1934 zwar fest, dass Personen angezeigt würden, die aufgrund ihres Alters, einer falschen Diagnose oder aufgrund von „Krankheiten, die nicht unter das Gesetz fallen“, zu Unrecht gemeldet worden wären.⁷⁷⁴ Die seinerseits gestellten Sterilisationsanträge betrafen aber vor allem „Fälle, in denen die Gefahr der Zeugung erbkranken Nachwuchses als besonders naheliegend anzusehen war“.⁷⁷⁵ Bei der Auswahl halte sich der Kreisarzt an die Personalangaben, die in der Vorschlagsliste der Gemeinden vom Anfang des Jahres enthalten wären, insbesondere Diagnose und Lebensalter. Doch wurde auch mit den Gemeindebehörden explizit Rücksprache gehalten, welche

⁷⁷² StA Erfurt, Nr. 2/511–23045: Magistrat der Stadt Erfurt. Stadtgesundheitsamt, Erb- und Rassenpflege. Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, enthält u. a. Allgemeinen Schriftverkehr, Verordnungen und Richtlinien, Namenslisten der vom Erbgesundheitsgericht im Jahre 1935 erfassten Personen (1935–1944), unfol.

⁷⁷³ Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 371: Erbkrankheiten (1934–1938), Bd. 1: 1934–1938, fol. 11.

⁷⁷⁴ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 1, fol. 79. Die unberechtigte Anzeige betraf nicht nur die preußische Provinz Sachsen, sondern ebenso Thüringen. Vgl. ThHStAW, Thüringisches Ministerium des Innern, Nr. E 1746: Berichte von Gesundheitsämtern des Landes Thüringen über ihre Erfahrungen bei der Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (z. T. mit statistischen Angaben) und über ihre Zusammenarbeit mit den Erbgesundheitsgerichten (1935–1937), fol. 26.

⁷⁷⁵ LASA, C 28 Ig, Nr. 371: Erbkrankheiten (1934–1938), Bd. 1: 1934–1938, fol. 79.

Personen besonders dringlich sterilisiert werden müssten.⁷⁷⁶ Dementsprechend gewann die weitgefaste Anzeige- und Meldeaufforderung in der Anfangsphase der nationalsozialistischen Zwangssterilisation eine überragende Bedeutung, indem vor allem im Hinblick auf die Interessen der Gemeinden sowie ohne detaillierte medizinische Überprüfungen der weitergeleiteten Daten durch die Kreisärzte Sterilisationsanträge verfasst und an die Erbgesundheitsgerichte weitergeleitet wurden.

Unter diesen Gesichtspunkten gewinnt die Mitteilung des Regierungspräsidenten von Magdeburg Ende März 1933 gegenüber dem preußischen Innenministerium eine weitreichende Bedeutung, indem er zufrieden konstatierte, dass „als vorbereitende Maßnahmen zur Erfassung der zu Sterilisierenden [...] vor Eingang der grundlegenden Erlasse von den Kreisärzten Listen über alle in Frage kommenden Personen aufgestellt“ wurden. „Bei Eingang der Vordrucke sind dann sofort die dringendsten Fälle in Angriff genommen worden.“⁷⁷⁷ Hierbei handelte es sich um 614 Sterilisationsanträge, die den neu eingerichteten Erbgesundheitsgerichten übersandt wurden, welche ihrerseits über keine gerichtlichen Erfahrungen verfügten, an Personalmangel litten und nun mit einer Vielzahl von kaum begründeten und summarischen Sterilisationsanträgen konfrontiert wurden.⁷⁷⁸

4.2.2 „Es muss möglich sein, über jeden Menschen die über ihn bisher bekanntgewordenen erbbiologischen Tatsachen an einer Stelle zu erfahren.“⁷⁷⁹ Systematisierung der Erfassung und „erbbiologische Bestandsaufnahme“

Der energische Beginn der Erfassung von männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“ spiegelt neben politischen und medizinischen Interessen zumindest auch eine partielle gesellschaftliche Unterstützung exkludierender Maßnahmen wider, die wiederum den nationalsozialistischen Vorstellungen einer biopolitischen Aufartung durch umfassende Selektionsmaßnahmen in die Hände spielte. Die bis ins Jahr 1934 hinein ablaufenden teils sporadischen, teils unsystematischen und auch willkürlichen Verfahren entsprachen jedoch nicht den technokratisch-utopistischen Auffassungen einer zielgerichteten und effizienten Begutachtung des deutschen Volkskörpers, und es galt, die ausufernde Rigorosität der anfänglichen Erfassungsprozeduren zu systematisieren. Der zeitliche Übergang zwischen den „vorbereitenden“ Erfassungsmaßnahmen und

⁷⁷⁶ LASA, C 28 Ig, Nr. 371: Erbkrankheiten (1934–1938), Bd. 1: 1934–1938, fol. 79.

⁷⁷⁷ LASA, C 28 Ig, Nr. 371: Erbkrankheiten (1934–1938), Bd. 1: 1934–1938, fol. 68.

⁷⁷⁸ Vgl. Kap. 6.

⁷⁷⁹ Gütt, Arthur: Erb- und Rassenpflege. In: Der Amtsarzt. Ein Nachschlagewerk für Medizinal- und Verwaltungsbeamte, bearb. von A. Gütt, L. Conti, W. Klein u. a., Jena 1936, S. 204.

den ersten Systematisierungsbestrebungen muss als fließend charakterisiert werden, indem auch zwischen den Erlassen von Durchführungsverordnungen sowie der Veröffentlichung von begleitenden normativen Grundsätzen, wie insbesondere dem „inoffiziellen Gesetzeskommentar“, und der praktischen Umsetzung größere zeitliche Verzögerungen eintraten.

Die erste Durchführungsverordnung vom 5. Dezember 1933 stellte erste organisatorische Richtlinien bereit und versuchte, das im Januar 1934 in Kraft tretende „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ bürokratisch, medizinisch und juristisch anzuleiten. Danach waren alle approbierten Ärzte verpflichtet, „erbkrank“ Frauen und Männer dem zuständigen Kreisarzt anzuzeigen. „Die gleiche Verpflichtung haben sonstige Personen, die sich mit der Heilbehandlung, Untersuchung oder Beratung von Kranken befassen.“⁷⁸⁰ Für Anstaltsinsassen waren die jeweiligen Leiter zuständig. Besondere Erfassungsrichtlinien wurden in der ersten Durchführungsverordnung nicht vorgegeben, sondern lediglich angeordnet, dass bei Bekanntwerden von Personen, die an einer „Erbkrankheit“ oder schwerem „Alkoholismus“ leiden würden, eine umgehende Anzeige an die verantwortlichen Kreisärzte erfolgen müsse. Hierzu wurde ein Anzeigenformular konzipiert, auf dem der Name, das Geburtsdatum, der Wohnort sowie der „Verdacht“ auf eine „Erbkrankheit“ zu verzeichnen waren. Eine indirekte Begrenzung des anzuzeigenden Personenkreises erfolgte durch die Feststellung, dass die „Unfruchtbarmachung [...] nicht vor der Vollendung des zehnten Lebensjahres vorgenommen werden“ soll.⁷⁸¹

Ebenfalls im Dezember 1933 wurden die deutschen Gerichtsbehörden zur Mitarbeit im Sterilisationsverfahren aufgefordert. Es müsse „ihre Aufgabe sein, in solchen Fällen das Eingreifen derjenigen Stellen zu veranlassen, die die Unfruchtbarmachung beantragen und anordnen können. Dies gilt insbesondere für die Strafverfolgungsbehörden und die Verwaltungen derjenigen Anstalten, in denen Freiheitsstrafen oder mit Freiheitsentziehung verbundene Maßregeln der Sicherung und Besserung vollzogen werden.“⁷⁸² Dementsprechend wurde die nationalsozialistische Zwangssterilisation bereits vor Inkrafttreten am 1. Januar 1934 auf kriminelle Personen ausgedehnt.⁷⁸³

⁷⁸⁰ Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 64.

⁷⁸¹ Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 63.

⁷⁸² Rundschreiben des Reichsjustizministers vom 15.12.1933 an die Länderjustizverwaltungen zu Unfruchtbarmachung erbkranker Verbrecher. In: Deutsche Justiz 1933, S. 862. LASA, C 129 Amtsgericht Halberstadt, Nr. 217: Erbgesundheitsgerichte (1933–1942), fol. 15.

⁷⁸³ Die am 29. Januar 1934 für Preußen erlassene „Verordnung zur Ausführung des Reichsgesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ behandelte neben der Zulassung von medizinischen Einrichtungen zur Durchführung des chirurgischen Eingriffs insbesondere die Einrichtung und Besetzung von Erbgesundheitsgerichten. Vgl. MBliV, Jg. 95 (1934), Sp. 171–174.

Der im Verlauf des Jahres 1934 veröffentlichte „inoffizielle Gesetzeskommentar“ bot den beteiligten Behörden eine komprimierte Einführung in die Vererbungslehre sowie in die Beurteilung von „Erbkrankheiten“ und gab Hinweise zum bürokratischen Verfahren. Die Erfassungsmodalitäten von „erbkranken“ Frauen und Männern durch Behörden, Amtsträger und medizinische Einrichtungen oder Berufsgruppen wurde hinsichtlich der beruflichen Qualifikation und des Tätigkeitsfeldes unterschieden. Ärzte sowie mit der „Heilbehandlung, Untersuchung oder Beratung von Kranken“ befasste Personen, was Fürsorgerinnen ebenso einschloss wie Zahnärzte, Heilpraktiker oder Masseur, waren verpflichtet, „erbkranken“ Frauen und Männer anzuzeigen.⁷⁸⁴ Alle übrigen Personen hatten die Möglichkeit, Frauen und Männer als „erbkrank“ zu melden. Die so genannte „Meldepflicht“ war vage formuliert und kann als Partizipationsmöglichkeit und gesetzlich legitimierter Denunziationsauftrag verstanden werden, durch den sich alle Amtsträger und Einrichtungen sowie sämtliche Bevölkerungskreise auch ohne medizinische Kenntnisse an der Erfassung von männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“ aktiv beteiligen konnten.⁷⁸⁵

Im Hinblick auf die Erfassungskriterien wurde festgehalten, dass alle Personen, die an einer „Erbkrankheit“ im Sinne des Gesetzes leiden, zu melden seien. Hierbei spiele es keine Rolle, „ob es sich um ein Kind unter 10 Jahren oder um eine Person in hohem Alter handelt, oder ob der Antrag noch nicht gestellt werden kann oder der Eingriff sonst unterbleiben muss, oder ob dauernde Anstaltsbedürftigkeit vorliegt. Es besteht dadurch die Möglichkeit, alle erbkranken Personen zu erfassen und listenmäßig zu führen.“⁷⁸⁶ Darüber hinaus sei es selbstverständlich, dass alle Erkrankungen, die mit Krankheitsformen der „Diagnosen-Tabelle des Deutschen Vereins für Psychiatrie“ aus dem Jahr 1933 übereinstimmen, gemeldet werden müssten.⁷⁸⁷ Diese Richtlinien verdeutlichen das Interesse an der umfassenden Erfassung von „erbkranken“

⁷⁸⁴ Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 140. Die Verletzung der Anzeigenpflicht konnte mit 150 Reichsmark geahndet werden.

⁷⁸⁵ Die Problematik des Nachweises von Meldung und Anzeige wird in der Forschung weitgehend umgangen bzw. ohne Unterscheidung betrachtet. Johannes Vossen spricht von Primär- und Sekundäranzeigen, wobei unklar bleibt, ob damit die Meldungen und Anzeigen unterschieden werden. Vgl. Vossen: Gesundheitsämter im Nationalsozialismus, S. 276–277. Für eine detaillierte Betrachtung der Erfassung von „erbkranken“ Frauen und Männern ist die genaue Einordnung von Meldung und Anzeige jedoch von erheblicher Bedeutung, da etwa statistische Nachweisführungen lediglich den Umfang von Anzeigen aufführen. Dementsprechend bleibt unklar, ob hier Meldungen ebenfalls berücksichtigt wurden. Damit verbunden ergibt sich etwa das Problem, ob lediglich anzeigepflichtige Behörden und Berufsgruppen Eingang in die statistischen Nachweise fanden oder auch meldepflichtige Personen, wie etwa Amtsträger. Siehe hierzu Kap. 4.2.3.

⁷⁸⁶ Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 138.

⁷⁸⁷ Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 139, 228.

Frauen und Männern und verweisen darüber hinaus auf die geplante „erbbiologische Bestandsaufnahme“ der deutschen Bevölkerung.

Diese weit gefassten Anzeigerichtlinien bestätigten und konkretisierten die vorbereitenden Erfassungsmaßnahmen, indem den verantwortlichen Kreisärzten umfangreiche Personenregister zur Verfügung gestellt werden sollten, die sowohl kurzfristig als auch langfristig als buchhalterische Grundlage der Antragsstellung dienen sollten. In diesem Zusammenhang wurde auch die problematische Bezeichnung von Krankheitsformen durch medizinische und nicht-medizinische Berufsgruppen diskutiert. Da eine Vielzahl von Personen an der Erfassung beteiligt sei, die über keine medizinische Qualifikation verfügten und auch von Ärzten und Psychiatern unterschiedliche Definitionen benutzt würden, würde die Bezeichnung von Krankheitsbildern erhebliche Schwierigkeiten und Unsicherheiten hervorrufen. Dieser Hinweis kann als Reaktion auf die bisherige Anzeigen- und Meldepraxis verstanden werden, da Frauen und Männer mit sehr unterschiedlichen sozialen und medizinischen Beschreibungen als „erbkrank“ bezeichnet wurden. Die Kreisärzte wurden seitens des „inoffiziellen Gesetzeskommentars“ aufgefordert, auch diese Anzeigen gewissenhaft zu prüfen, da sich hinter „symptomatischen oder mehr populären“ sowie auch „diagnostisch nichtssagenden oder falschen Bezeichnungen“ „Erbkrankheiten“ verstecken könnten, die grundsätzlich geprüft werden müssten.⁷⁸⁸ Demgegenüber wurden die ermittelnden Behörden und Personen aufgefordert, auch „nicht genau zu bezeichnende krankhafte Geistesstörungen“ zu melden.⁷⁸⁹ Dabei wurden sie im Hinblick auf eine unbegründete Sterilisationsanzeige explizit entlastet, da der beamtete Arzt die Pflicht habe, die Anzeige medizinisch zu überprüfen. „Durch die Anmeldung wird der Feststellung des Amtsarztes oder der Entscheidung durch das Gericht ja in keiner Weise vorgreifen, wie der Amtsarzt dadurch auch zur Antragsstellung nicht verpflichtet ist.“⁷⁹⁰

Die Aufforderung und Verpflichtung zur Anzeige und Meldung von „erbkrankverdächtigen“ Frauen und Männern und die damit verbundene Übertragung einer medizinischen Beurteilungskompetenz mit gleichzeitiger diagnostischer Entlastung boten den beteiligten Personen und Behörden die Möglichkeit, aktiv an der Gestaltung der nationalsozialistischen „Volksgemeinschaft“ teilzunehmen. Durch die Einbindung einer Vielzahl von behördlichen und medizinischen Ermittlungsinstanzen sowie einen

⁷⁸⁸ Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 139.

⁷⁸⁹ Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 139.

⁷⁹⁰ Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 139.

nahezu grenzenlosen diagnostischen Ermessensspielraum sollte die umfassende Erfassung von kranken und „erbkrankverdächtigen“ Frauen und Männern gewährleistet werden. Auch legitimierten diese Regelungen und Hinweise nachträglich die bisherige Erfassungspraxis und bestätigten die beteiligten Behörden und Berufsgruppen ebenso wie die umfassende Meldung von Frauen und Männern. So wurde auch die Anzeige von Kleinkindern sowie von Frauen und Männern bekräftigt, die an Infektionskrankheiten und Suchterkrankungen litten oder abnorme Reaktionen aufwiesen.⁷⁹¹

Bis Sommer 1934 fanden keine organisatorischen Veränderungen in der Erfassung von „erbkranken“ Frauen und Männern in der preußischen Provinz Sachsen statt.⁷⁹² In der Vorbereitung einer zentralisierten „Erb- und Rassenpflege“ sowie in Reaktion auf die bisherigen Erfassungsprozeduren erging am 12. Juli 1934 ein Erlass zur „Vereinheitlichung des Untersuchungsverfahrens“, mit dem Ziel, die bestehenden behördlichen Verzeichnisse systematisch zu erfassen sowie die laufenden erbbiologischen Ermittlungen zu überprüfen. Infolge dieser Überprüfungen sollten die Kreisärzte in die Lage versetzt werden, „ein Verzeichnis zu führen, in welchem namentlich aufgezeichnet wäre, über welche Personen ihres Bezirks und an welcher Stelle Untersuchungsergebnisse aufbewahrt werden, die geeignet sind, spätere Untersuchungen abzukürzen und zu erleichtern. Außerdem muss jeglicher Vernichtung wertvollen Aktenmaterials, das solche Zeugnisse oder Angaben enthält, vorgebeugt werden.“⁷⁹³ Für diese systematische Erfassung, die bereits als „erbbiologische Bestandsaufnahme“ bezeichnet wurde, sollten nach Ansicht des Reichsinnenministeriums Krankenblätter jedweder Einrichtungen, Fürsorgeakten, „schulärztliche oder allgemeine Personalbö-

⁷⁹¹ Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 228–229.

⁷⁹² Einerseits tagten die Erbgesundheitsgerichte in den preußischen Gebieten ab März/April 1934, so dass erst ab diesem Zeitpunkt eine adäquate Einschätzung des Sterilisationsverfahrens von der Ermittlung bis hin zur Sterilisation erfolgen konnte. Andererseits wurden bereits seit 1933 Diskussionen über die Reform des öffentlichen Gesundheitswesens und die Gründung von staatlichen Gesundheitsämtern geführt, die mit entsprechenden rechtlichen Kompetenzen sowie ausreichender materieller, finanzieller und personeller Ausstattung als zentrale Behörden bei der Durchführung von bevölkerungspolitischen Maßnahmen fungieren sollten. Am 3. Juli 1934 wurde das „Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ beschlossen, aufgrund dessen zum 1. April 1935 staatliche Gesundheitsämter gegründet werden sollten. Die Abteilungen für „Erb- und Rassenpflege“ sollten die Durchführung von rassenhygienischen Maßnahmen sowie sämtliche Erfassungs- und Ermittlungsaufgaben koordinieren. Vgl. Kap. 3.4.1.

⁷⁹³ MBliV, Jg. 95 (1934), Sp. 1021–1022.

gen der Hilfsschulkinder und Fürsorgezöglinge“, weiterhin Gerichtsakten sowie ärztliche Gutachten aus Entmündigungsverfahren ausgewertet werden.⁷⁹⁴ Am 27. Juli erfolgte eine Ergänzung, indem zur „erweiterten Verwendungsmöglichkeit“ sowie zur Vermeidung von „Doppelarbeit“ die Erstellung eines alphabetischen Registers und die „zweckmäßige Aufbewahrung wertvollen Aktenmaterials“ ausdrücklich betont wurden.⁷⁹⁵ Diese Systematisierungsbestrebungen der bestehenden Ermittlungsprozeduren führten zur Überprüfung der regionalen Erfassungspraxis und läuteten den konkreten Übergang zur zweiten zielgerichteten Erfassungsphase ein.⁷⁹⁶

Der Regierungspräsident von Magdeburg verlieh den staatlichen Anweisungen besonderen Nachdruck, indem er auf die „hinsichtlich der Verhütung erbkranken Nachwuchses zu ergreifenden Maßnahmen zur Sicherstellung bei den einzelnen Gesundheitsbehörden, Anstalten usw. vorhandenen Akten, Krankenblätter usw.“ hinwies und Bürgermeister, Landräte, Gerichte und Kliniken aufforderte, „etwaigen Anforderungen der Herren Kreisärzte nach Möglichkeit beschleunigt zu entsprechen“.⁷⁹⁷ Ende August 1934 gaben die Kreisärzte des Regierungsbezirks Magdeburg einen Arbeitsbericht und betonten die Erstellung von alphabetischen Verzeichnissen sowie den dringenden Einbezug von bestehenden Registraturen. Der Kreisarzt von Oschersleben sah die Auswertung von Gesundheitsunterlagen von Schulen, SA, SS, HJ, des Arbeitsdienstes, von Lungenfürsorgestellen, weiterhin von Jugend- und Wohlfahrtsämtern, Gemeindebehörden sowie auch von Gerichten als dringlich an. Seiner Meinung nach käme den Unterlagen von Schulen eine besondere Rolle zu, da es sich um „wertvolles Material“ handele, das „bei der stellenweise bestehenden Neigung zur Vernichtung“ dringend archiviert werden müsse.⁷⁹⁸ Die Verzeichnisse von kommunalen Behörden

⁷⁹⁴ MBliV, Jg. 95 (1934), Sp. 1021–1022. Zur Beurteilung des Arbeitsstandes wurden die Kreisärzte angewiesen, maßgebliche Behörden und Organisationen für die Informationsgewinnung zu benennen und Archivierungsstellen zu ermitteln, weiterhin die bislang eingesetzten Untersuchungsbögen einzusenden und namentliche Verzeichnisse von untersuchten Frauen und Männern zu erstellen.

⁷⁹⁵ MBliV, Jg. 95 (1934), Sp. 1021–1022.

⁷⁹⁶ Nach Auskunft des Landrats von Mühlhausen im Regierungsbezirk Erfurt seien im Landkreis alle Behörden inbegriffen, „die von sich aus Erhebungen über die Erbgesundheit ihrer Parteimitglieder oder ihrer Pflege und Betreuung unterstellten hilfsbedürftigen Pfleglinge veranlassen“. Die maßgeblichen Überlieferungen befänden sich im Kreiswohlfahrtsamt oder in verschiedenen Organisationen, wie etwa der SS oder SA, und der Kreisarzt führe „bereits ein Verzeichnis über die zur Sterilisierung vorgeschlagenen Personen“. Bisher habe sich der Untersuchungsbogen des Provinzialverbandes und des Kreisarztes bewährt, jedoch unterstützte der Landrat die Vorgabe eines einheitlichen Untersuchungsbogens. ThStAG, Kreis Ausschuss Mühlhausen Nr. 711: Durchführung des Reichsgesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (Unfruchtbarmachung) (1934–1945), fol. 16, 19, 24.

⁷⁹⁷ StA Magdeburg, Rep. 38 J V. Nr. 1: Erb- und Rassenpflege (1926–1943), Bd. 2: 1933–1940, fol. 82.

⁷⁹⁸ LASA, C 28 Ig, Nr. 371: Erbkrankheiten (1934–1938), Bd. 1: 1934–1938, fol. 220.

würden „gerade über die asozialen Elemente“ wichtige Daten enthalten. „Die ärztlichen Gutachten sind bei diesen Akten freilich meist sehr lakonisch, aber der sonstige Akteninhalt ist unendlich wertvoll, wie ich bei den Verhandlungen beim Erbgesundheitsgericht gesehen habe.“⁷⁹⁹ Der Kreisarzt von Wolmirstedt ergänzte die Aufstellung von Behörden, indem er den Einbezug von städtischen Versorgungsämtern, der Landesversicherungsanstalt, von Berufsgenossenschaften, der vertrauensärztlichen Abteilung sowie des Strahleninstituts der AOK Magdeburg vorschlug.⁸⁰⁰ Die selektiven Systematisierungsbestrebungen zielten dementsprechend auf die Schaffung von lückenlosen behördlich-administrativen Netzwerken sowie die kameralistische Buchführung über alle potentiell als „erbkrank“ zu geltenden Frauen und Männer ab und bereits tendenziell eine vollständige erbbiologischen Erfassung der deutschen Bevölkerung anvisierten.

Die personenbezogene Erfassung von „erbkrankverdächtigen“ Frauen und Männern beruhte auf den Untersuchungsformularen der jeweiligen Behörden oder Kreisärzte. Die Vereinheitlichung der Untersuchungsbögen wurde entweder kaum diskutiert oder nicht unterstützt. Begründet wurde diese Ablehnung mit der Komplexität der für eine erbbiologische Ermittlung erforderlichen Daten. So argumentierte auch der Regierungspräsident von Erfurt Ende August 1934. „Nach den gemachten Erfahrungen empfiehlt es sich nicht, die Untersuchungsformulare zu umfangreich und bis ins Einzelste [sic!] aufzustellen. Je länger der Fragebogen, desto weniger pflegt in ihn eingetragen zu werden.“⁸⁰¹

Die Erstellung von Verzeichnissen wurde seitens der Kreisärzte teilweise forciert. Der Kreisarzt von Neuhaldensleben teilte im August 1934 mit, dass bereits 726 Personen erfasst seien – 138 Männer, 194 Frauen, 214 Knaben und 180 Mädchen.⁸⁰² In Wanzleben standen 829 Personen auf der Vorschlagsliste.⁸⁰³ Die Grundlage bildete zu rund zwei Dritteln „angeborener Schwachsinn“ und zu einem Viertel Epilepsie. Zu diesem Zeitpunkt habe der Kreisarzt bereits 159 Sterilisationsanträge an

⁷⁹⁹ LASA, C 28 Ig, Nr. 371: Erbkrankheiten (1934–1938), Bd. 1: 1934–1938, fol. 220.

⁸⁰⁰ Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 371: Erbkrankheiten (1934–1938), Bd. 1: 1934–1938, fol. 255–256. Im Hinblick auf die bisherige Erfassungspraxis forderten die Kreisärzte die zeitnahe Überlassung von Unterlagen der beteiligten Behörden und Organisationen. Demgegenüber würde die zentrale Erfassung von personenbezogenen Sterilisationsunterlagen durch das Reichsgesundheitsamt in Berlin eine effiziente Datenauswertung und die Durchführung des Sterilisationsgesetzes erschweren.

⁸⁰¹ LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 75–76.

⁸⁰² Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 371: Erbkrankheiten (1934–1938), Bd. 1: 1934–1938, fol. 252.

⁸⁰³ Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 1, fol. 79–80.

das Erbgesundheitsgericht Halberstadt weitergeleitet, von denen 150 entschieden worden wären. Auch in Magdeburg wurden keine Schwierigkeiten bei der Ermittlungsarbeit konstatiert. Die Erstellung eines alphabethischen Verzeichnisses vor dem Hintergrund, jede Person zu erfassen, die im Laufe ihres Lebens amtlich in Magdeburg untersucht worden sei, würde jedoch hinter der Kartierung „der eines Einwohnermeldeamtes kaum zurückstehen“ und könne personell, materiell und logistisch nicht geleistet werden.⁸⁰⁴ Aus diesem Grund schlug der Kreisarzt von Magdeburg vor, die personenbezogene Erfassung auf erbbiologische Untersuchungen sowie „wichtige Krankheitszustände“ zu beschränken. Ende des Jahres 1934 wurden die „Wanderarbeitsstätten“ als Gegenstand der erbbiologischen Erfassung ins Auge gefasst.⁸⁰⁵ Nach Auskunft des Oberpräsidenten seien aufgrund der politischen Maßnahmen die „arbeitsfähigen und arbeitswilligen Männer aus den Wanderarbeitsstätten fast völlig verschwunden“.⁸⁰⁶ Dementsprechend würden „überwiegend arbeitsunlustige, zum Teil körperlich geschwächte und auch erwerbsbeschränkte Männer die Wanderarbeitsstätten in Anspruch nehmen. Unter diesen Wanderern befänden sich Personen, bei denen Erbkrankheiten mit großer Wahrscheinlichkeit anzunehmen sind.“⁸⁰⁷

Nach der Gründung der staatlichen Gesundheitsämter reglementierte die Anordnung des Reichs- und Preußischen Ministers des Innern vom 21. Mai 1935 zur „Errichtung und Tätigkeit der Beratungsstellen für Erb- und Rassenpflege“ die biopolitische Erfassung und gab standardisierte Sippentafeln, Karteikarten sowie Untersuchungsbögen als personenbezogene Erfassungs- und Dokumentationsinstrumente vor. Alle durch die Gesundheitsämter untersuchten sowie im Rahmen von bevölkerungspolitischen Maßnahmen ermittelten Frauen und Männer sollten in einer „erbbiologischen Kartei“ verzeichnet werden. Die erbbiologische Kartei unterschied sich in eine „Geburtsort- und Wohnortkartei“, durch die eine lückenlose Erfassung der Bevölkerung ermöglicht werden sollte.⁸⁰⁸ „Die Auskunftserteilung bei Eheberatungen, Anträ-

⁸⁰⁴ LASA, C 28 Ig, Nr. 371: Erbkrankheiten (1934–1938), Bd. 1: 1934–1938, fol. 228.

⁸⁰⁵ Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 371: Erbkrankheiten (1934–1938), Bd. 1: 1934–1938, fol. 217–312; LASA, C 28 Ig, Nr. 371: Erbkrankheiten (1934–1938), Bd. 2: 1934–1938, fol. 7, 33, 36; LASA, C 30 Salzwedel A, Nr. 1011: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (Generalia) (1933–1944), fol. 68.

⁸⁰⁶ LASA, C 28 Ig, Nr. 371: Erbkrankheiten (1934–1938), Bd. 1: 1934–1938, fol. 317–312.

⁸⁰⁷ LASA, C 28 Ig, Nr. 371: Erbkrankheiten (1934–1938), Bd. 1: 1934–1938, fol. 317–312.

⁸⁰⁸ Vgl. Grundsätze für die Errichtung und Tätigkeit der Beratungsstellen für Erb- und Rassenpflege, hg. vom Reichs- und Preußischen Ministerium des Innern, Berlin 1935, S. 14. Die in der Wohnortkartei verzeichneten Untersuchungsergebnisse sollten in regelmäßigen zeitlichen Abständen mit der Geburtsortkartei abgeglichen und ergänzt werden, um einen lückenlosen Zugriff zu ermöglichen.

gen auf Unfruchtbarmachungen usw. sollen die für den Geburtsort zuständigen Gesundheitsämter übernehmen.“⁸⁰⁹ Hierzu wurde ein alphabetisches Ablagesystem bis hin zu farbigen Karteikarten für Frauen und Männer vorgegeben. Die Karteikarten verzeichneten in Kurzform eine Vielzahl von persönlichen Daten, ausgehend vom Namen und Geburtsdatum, eine etwaige Blutsverwandtschaft der Eltern, die eheliche oder uneheliche Geburt, das Vorliegen von familiären Erkrankungen oder von „Erbkrankheiten“, weiterhin Einschätzungen der Schulleistungen, der Charakterentwicklung sowie die Auflistung von Vorstrafen, der Sterilisation oder von fürsorglichen Maßnahmen.⁸¹⁰ Derart fungierten die geschlechtsspezifischen Karteikarten als sozio-biologische Dossiers der Selektion mit dem Ziel der Feststellung der individuellen „Minderwertigkeit“.

Die Sippentafel galt als maßgebliches Instrument zum Nachweis von erbbedingten Krankheiten und von „Erbkrankheiten“. Dementsprechend seien „die vier Großeltern des zu Beratenden und ihre sämtlichen Nachfahren aufzuführen, soweit sie mit ihm bis zu einem Achtel blutsverwandt sind“.⁸¹¹ Für die genealogische Nachweiserführung könne sich jedoch nicht auf die Angaben der untersuchten Personen verlassen werden, und es obliege den Beratungsstellen, „bei Ärzten, Krankenhäusern, Anstalten oder sonstigen Stellen Auskünfte über etwaige Untersuchungsbefunde einzuholen“.⁸¹² So bat etwa der Amtsarzt von Salzwedel die hiesigen Bürgermeister im Juli 1935, dass sie „Ehestandsdarlehenbewerber, Siedler und Erbkrankte darauf [hinweisen], Unterlagen über ihre Sippe, insbesondere über etwa vorkommende Erbkrankheiten in der Familie vorzulegen“ und auch die Todesursache anzugeben.⁸¹³

Eine besondere Bedeutung in der Ermittlungsarbeit hatten die Gerichtsakten von Erbgesundheitsgerichten. Bereits vor der Gründung der staatlichen Gesundheitsämter war am 28. März 1935 ein Erlass ergangen, der die Aufbewahrung der Erbgesundheitsakten im für den Wohnort zuständigen Gesundheitsamt anwies.⁸¹⁴ Aufgrund

⁸⁰⁹ Grundsätze für die Errichtung und Tätigkeit der Beratungsstellen für Erb- und Rassenpflege, S. 14.

⁸¹⁰ Vgl. Grundsätze für die Errichtung und Tätigkeit der Beratungsstellen für Erb- und Rassenpflege, 1935, S. 14–17.

⁸¹¹ Grundsätze für die Errichtung und Tätigkeit der Beratungsstellen für Erb- und Rassenpflege, 1935, S. 5.

⁸¹² Grundsätze für die Errichtung und Tätigkeit der Beratungsstellen für Erb- und Rassenpflege, 1935, S. 5.

⁸¹³ StA Salzwedel, Karton 32 (Nr. 13978), Az: 5.7.2.2a: Der Bürgermeister der Stadt Salzwedel. Erb- und Rassenpflege (1935–1940), fol. 1.

⁸¹⁴ Gütt, Arthur: Der öffentliche Gesundheitsdienst. Erläuterungen zum Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3. Juli 1934 nebst Durchführungsverordnungen, Gebührenordnung und Anhang mit Erlassen, völlig Neubearb. Aufl., Berlin 1939, S. 572.

dieser Archivierungsfunktion konnten die Beratungsstellen für „Erb- und Rassenpflege“ auf die Erbgesundheitsakten zugreifen, sterilisierte Frauen und Männer verzeichnen, Sippentafeln anfertigen und weitere Verfahren gegen Familienangehörige anstrengen. „Wenn dann im Laufe der Arbeit Rückfragen bei Jugendämtern, Gerichten und Wohlfahrtsämtern nach asozialen, kriminellen und wegen Erbkrankheiten der Fürsorge zur Last fallenden Personen gehalten werden, muß es auf diese Weise gelingen, die Kartei nach und nach zu einem lückenlosen Nachschlagewerk über die im Bereich des Gesundheitsamtes wohnenden erbkranken Sippen auszugestalten.“⁸¹⁵ Erst im Anschluss sollte die Vervollständigung der Kartothek „im Hinblick auf die wertvollen Sippen und die gesunden Erblinien“ erfolgen.⁸¹⁶ Die Zugriffsmöglichkeiten auf Materialien der Justizbehörden wurden Anfang September 1935 weiter erhöht, indem im Einvernehmen mit dem Reichsjustizminister die erbbiologische Überprüfung von relevanten Zivil-, Strafprozess- und sonstigen Akten ermöglicht wurde.⁸¹⁷ Nach Ablauf der Aufbewahrungsfristen sollten Akten, etwa zu Ehe- oder Entmündigungssachen, zu Gutachten in Entmündigungsverfahren oder zu Verfahren von Jugendliche, gegen die „Erziehungsmaßregeln der Unterbringung, Schutzaufsicht oder Fürsorgeerziehung“ eingeleitet worden waren, den Gesundheitsämtern überlassen werden.⁸¹⁸ Diese Materialien seien nach den Richtlinien der „erbbiologischen Bestandsaufnahme“ zu erfassen. „Die erbbiologisch wichtigen Bestandteile der Akten sind aufzubewahren.“⁸¹⁹

Die Erfassung von „erbkrankverdächtigen“ Frauen und Männern zur Durchführung des nationalsozialistischen Sterilisationsverfahrens transformierte somit seit Sommer 1934 in eine „erbbiologische Bestandsaufnahme“ der deutschen Volksgemeinschaft.⁸²⁰ Die Gründung der staatlichen Gesundheitsämter und die damit verbundene zentrale Kompetenzzuweisung in der „Erb- und Rassenpflege“ spielte für die Etablierung von Erfassungsnetzwerken sowie die soziobiologische Verkartung eine maßgebliche Rolle, indem die administrative Zusammenarbeit konsolidiert wurde und ein regelmäßiger Datenaustausch mit kommunalen Behörden sowie medizinischen

⁸¹⁵ Grundsätze für die Errichtung und Tätigkeit der Beratungsstellen für Erb- und Rassenpflege, 1935, S. 5.

⁸¹⁶ Grundsätze für die Errichtung und Tätigkeit der Beratungsstellen für Erb- und Rassenpflege, 1935, S. 5.

⁸¹⁷ Vgl. Gütt: Der öffentliche Gesundheitsdienst, S. 444.

⁸¹⁸ Gütt: Der öffentliche Gesundheitsdienst, S. 444.

⁸¹⁹ Gütt: Der öffentliche Gesundheitsdienst, S. 444.

⁸²⁰ Vgl. Czech, Herwig: Die Inventur des Volkskörpers. Die „erbbiologische Bestandsaufnahme“ im Dispositiv der NS-Rassenhygiene in Wien. In: Baader, Gerhard/Hofer, Veronika/Mayer, Thomas (Hrsg.): Eugenik in Österreich. Biopolitische Strukturen von 1900–1945, Wien 2007, S. 284–311; Vossen: Gesundheitsämter im Nationalsozialismus, S. 339–371; Roth: „Erbbiologische Bestandsaufnahme“, S. 57–100.

Einrichtungen und Berufsgruppen erfolgen konnte.⁸²¹ Die Basis der angestrebten Erbbestandsaufnahme bildeten die bis dahin erstellten Verzeichnisse von „minderwertig“ oder „erbkrank“ geltenden Frauen und Männern. Demgemäß wurde die „erbbiologische Bestandsaufnahme“ der deutschen Bevölkerung von Beginn an von einem negativen Ausleseprozess angeleitet, in dem zunächst Frauen und Männer sowie Familienangehörige erfasst und katalogisiert wurden, die aufgrund ihrer als „minderwertig“ beurteilten Erbanlagen aus der „Volksgemeinschaft“ ausgeschlossen oder deren Fürsorgeleistungen gekürzt werden sollten. Das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ fungierte derart sowohl als Ausgangspunkt als auch maßgebender Bestandteil der „Erbbestandsaufnahme“, die im Zuge der nationalsozialistischen Herrschaftssicherung eine Effizienzsteigerung bestehender und zukünftiger bevölkerungspolitischer Maßnahmen gewährleisten sollte.⁸²²

Am 1. April 1938 wurden die erlassenen Grundsätze zur „Tätigkeit der Beratungsstellen für Erb- und Rassenpflege“ sowie die „Richtlinien für die Erbbestandsaufnahme“ neugefasst.⁸²³ Hiermit war beabsichtigt, organisatorische und praktische Mängel zu beheben – hierzu gehörte etwa die Vereinfachung der Karteikarte, weiterhin sollten Sippentafeln fortan nicht mehr für jede Person, sondern für Familien erstellt werden.⁸²⁴ So wurde beispielsweise auf die korrekte Schreibweise des Namens oder die notwendige Überprüfung des Geburtsortes hingewiesen. Vor allem die ungenügende Ermittlung des Geburtsortes aufgrund der fehlerhaften Schreibweise des Na-

⁸²¹ Vgl. Heitzer: Zwangssterilisation in Passau, S. 78.

⁸²² Als ein weiterer Bestandteil der erb- und rassenpflegerischen Maßnahmen fungierte das „Gesetz zum Schutz der Erbgesundheit des deutschen Volkes“ vom 18. Oktober 1935 (das so genannte Ehegesundheitsgesetz), welches im Zuge der „Ehetauglichkeitsüberprüfungen“ sowohl auf erbbiologische Untersuchungen zurückgriff als auch einleitete. Die Durchführung des „Ehegesundheitsgesetzes“ wurde in der historischen Forschung nur randständig untersucht, jedoch bietet eine dezidierte Untersuchung weiterführende und vor allem differenzierte Ergebnisse zur erb- und rassenpflegerischen Beurteilung des Lebens- und Ehwertes und damit verbunden auch wichtige Verbindungen zur Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation. Vgl. Dienstanweisung für die Standesbeamten und Ihre Aufsichtsbehörden, hg. vom Reichsministerium des Innern, Berlin 1938, S. 132–137; Czarnowski: Das kontrollierte Paar.

⁸²³ Vgl. Gütt: Der öffentliche Gesundheitsdienst, S. 555, 575–607; Grundsätze für die Tätigkeit der Beratungsstellen für Erb- und Rassenpflege in den Gesundheitsämtern und Richtlinien für die Durchführung der Erbbestandsaufnahme, hg. vom Reichs- und Preußischen Ministerium des Innern, Berlin 1938. Die Hintergründe bestanden im Erlass von weiteren bevölkerungspolitischen Gesetzen, wie etwa dem Ehegesundheitsgesetz, dem „Gesetz zum Schutz des deutschen Blutes und der deutschen Ehre“ sowie dem Personenstandsgesetz vom 3. November 1937.

⁸²⁴ Für die genaue personenbezogene Registrierung wurden die administrativen Funktionen der Erbkartei als „Zentral-, Erb- und Auskunftskartei“, die Anlage von „Wohnort- und Geburtsortkarteien“ sowie die Anfertigung von Sippentafeln detailliert beschrieben. Diese Ausführungen wurden durch Vorschriften bis hin zur Papierart der Karteikarten, der Farbe, Satzeinteilung, Schriftart sowie alphabetischen Verkantung ergänzt.

mens oder Geburtsortes führte zu unzähligen postalischen „Irrläufern“, die auch infolge dieser Reglementierungen nicht verringert werden konnten. Neben der unzureichenden Karteiführung wurde die Erweiterung der Ermittlungen gefordert, und die Ergebnisse seien „nur irgend möglich durch Auskünfte urteilsfähiger Stellen (Ärzte, Wohlfahrtsämter, Schulen, Polizeibehörden usw.) zu ergänzen“.⁸²⁵

Die vielzähligen Vorschriften und Forderungen bieten deutliche Indizien, dass die Durchführung der „erbbiologischen Bestandsaufnahme“ den normativen und utopistischen Vorstellungen der nationalsozialistischen Machthaber nicht oder nur teilweise entsprach. Und auch nach Ansicht des Reichsinnenministeriums würde die unzureichende erbbiologische Registrierung die Durchführung von rassenhygienischen Maßnahmen nachhaltig hemmen. „Die Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses und des Ehegesundheitsgesetzes hat gezeigt, daß die mit diesen Gesetzen verbundenen Maßnahmen in Zukunft noch mehr als bisher auf die Ergebnisse der Erbbestandsaufnahme gestützt werden müssen.“⁸²⁶

Der konsequente und systematische Ausbau erbbiologischer Kartotheken hatte jedoch nicht nur eine kurzfristige Effizienzsteigerung von Selektionsmaßnahmen zum Ziel. Trotz der Zurückstellung der Registrierung von als gesund und leistungsfähig geltenden Frauen und Männern war die „erbbiologische Bestandsaufnahme“ als kameralistische Totalerfassung konzipiert. So wurde im „Amtsarzt“ als „Nachschlagewerk für Medizinal- und Verwaltungsbeamte“ im Jahr 1936 betont, dass die Erbkartei von dem Gedanken auszugehen habe, „daß es später einmal möglich sein muß, über jeden Menschen die über ihn bisher bekanntgewordenen erbbiologischen Tatsachen an einer Stelle zu erfahren“.⁸²⁷ Die staatlichen Gesundheitsämter und die Beratungsstellen für „Erb- und Rassenpflege“ müssten ihre gesamte Tätigkeit dem Diktat der Erbbiologie unterstellen. „Jede Ermittlungsarbeit, jede Beratung, jeder Hausbesuch, muß auch Material für die Vervollständigung der erbbiologischen Kartei liefern.“⁸²⁸ Die „erbbiologische Bestandsaufnahme“ besaß die Strukturen eines „erbbiologischen Panoptikums“ mit dem visionären Ziel, zu jeder Person, zu jeder Zeit und an jedem Ort über medizinische, persönliche und soziale Daten zu verfügen und somit Unterstützungsleistungen gewähren oder versagen, die Ehe verhindern oder die Zwangssterilisation anordnen zu können. „Während es zur Zeit noch von Fall zu Fall erforderlich

⁸²⁵ Gütt: Der öffentliche Gesundheitsdienst, S. 577.

⁸²⁶ Gütt: Der öffentliche Gesundheitsdienst, S. 555.

⁸²⁷ Gütt: Erb- und Rassenpflege, S. 204.

⁸²⁸ Gütt: Erb- und Rassenpflege, S. 204.

sein wird, in den meisten Fällen vor der Abgabe einer erb- und rassenspflegerischen Beurteilung für den gerade vorliegenden Fall besondere Ermittlungen und Untersuchungen anzustellen, soll die Kartei und die Sippenregistratur das Gesundheitsamt in Zukunft mehr und mehr in die Lage versetzen, diese Beurteilungen mit Hilfe der durch die Erbbestandsaufnahme bereits erfaßten Unterlagen abzugeben bzw. seine eigenen Maßnahmen danach zu treffen.“⁸²⁹

Für den Erfolg der „erbbiologischen Bestandsaufnahme“ spielte die Registrierung von psychiatrischen Patienten eine besondere Rolle. Eine systematische Erfassung von männlichen und weiblichen Patienten erfolgte zunächst nicht, was auf die hohe Inanspruchnahme von psychiatrischen Einrichtungen infolge der nationalsozialistischen Zwangssterilisation zurückgeführt werden kann. Am Jahresende 1935 fanden Initiativen und Diskussionen zur Einbeziehung der psychiatrischen Kliniken in die „Erbbestandsaufnahme“ statt. So betonte Mitte Dezember 1935 der Regierungspräsident von Magdeburg den notwendigen Einbezug der provinziellen Einrichtungen.⁸³⁰ „Da der größte Teil der Familien und Sippen, die als erblich minderwertig anzusprechen sind, Mitglieder mit dominanten kranken Erbfaktoren in den prov. Heil- und Pflegeanstalten, Fürsorgeerziehungsheimen, Krüppel- und Blindenheimen“ seien, „würde eine Erfassung der Familien und Sippen solcher früheren und jetzigen Anstaltsinsassen die erbbiologische Bestandsaufnahme der erblich minderwertigen Sippen der Provinz ungemein fördern“.⁸³¹ Aus Effizienzgründen sowie wegen der einheitlichen Durchführung müsse auch in der preußischen Provinz Sachsen ein zentrales Institut gegründet werden. Als Vorbild könnte die Errichtung einer zentralen Erfassungsstelle in der Rheinprovinz dienen, und als erbbiologische Zentrale böte sich die psychiatrische Klinik der Universität Halle an.⁸³²

Anfang Februar 1936 unterrichtete Arthur Gütt die Oberpräsidenten über die beabsichtigte „erbbiologische Bestandsaufnahme“ in den Heil- und Pflegeanstalten und erwartete zum 1. Juli 1936 einen Bericht über den Arbeitsstand.⁸³³ Nach Auskunft

⁸²⁹ Gütt: Der öffentliche Gesundheitsdienst, S. 577.

⁸³⁰ Vgl. etwa Birk: Erbgesundheitswesen im bayerischen Schwaben, S. 48–60.

⁸³¹ LASA, C 20 I, Ib Nr. 1559: Rassenhygiene, Eheberatungsstellen (1926–1944), fol. 69.

⁸³² Vgl. LASA, C 20 I, Ib Nr. 1559: Rassenhygiene, Eheberatungsstellen (1926–1944), fol. 69. Zur Tätigkeit einer zentralen Erfassungsstelle an der Universität Halle konnten keine weiterführenden Ergebnisse ermittelt werden.

⁸³³ In Zusammenarbeit mit dem Deutschen Gemeindetag wurden Richtlinien der personenbezogenen Erfassung aufgestellt. Für den Erfolg der projektierten Datenerfassung wäre die genaue Einhaltung der vorgegebenen Richtlinien notwendig. Sollten bereits erbbiologische Ermittlungen vorgenommen worden sein, müssten die Ergebnisse auf die standardisierten Formulare umgestellt werden. Vgl. LASA, C 20 I, Ib Nr. 1559: Rassenhygiene, Eheberatungsstellen (1926–1944), fol. 73–74.

des sächsischen Provinzialverbandes Anfang Juni 1936 sollte die „erbbiologische Bestandsaufnahme“ zunächst auf die Offene Fürsorge der fünf Landesheilanstalten in Altscherbitz, Uchtspringe, Jerichow, Pfafferode und Neuwaldensleben sowie auf das Landesheil- und Pflegeheim Zeitz ausgedehnt werden.⁸³⁴ Die Durchführung wurde jedoch nicht energisch vorangetrieben, und der Regierungspräsident von Magdeburg konstatierte im Herbst 1936, dass mit der „erbbiologischen Bestandsaufnahme“ schließlich erst am 1. Oktober begonnen wurde. „Bisher sind nur Vorarbeiten geleistet worden.“⁸³⁵

Die Registrierungsverfahren verliefen jedoch insgesamt schleppend, und es wurden vor allem „erbkrankverdächtige“ Frauen und Männer verzeichnet. So konstatierten die Gesundheitsämter in Merseburg und Zeitz zu Jahresbeginn 1937, dass die Landesheilanstalt Altscherbitz sowie das Landesheil- und Pflegeheim in Zeitz bislang nur männliche und weibliche Patienten mit „Erbleiden“ gemeldet hätten.⁸³⁶ Karteikarten seien kaum und Sippentafeln überhaupt nicht angefertigt und übersandt wurden. Maßgebliches Hindernis war vor allem die angespannte Personalsituation sowohl in den Kliniken als auch in den Gesundheitsämtern, was eine umfassende Auswertung von Verzeichnissen sowie die Übertragung auf Karteikarten und Sippentafeln verhinderte. Daneben war die konkrete Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Einrichtungen und den jeweiligen Gesundheitsämtern der Region nicht klar geregelt, sodass Erfassungsmaßnahmen auch mit dem Hinweis auf Doppelarbeit gehemmt wurden.

Ende Januar 1937 teilte der Provinzialverband dem Oberbürgermeister von Magdeburg mit, dass die Erbbestandsaufnahme in den Landesheilanstalten mit der Erfassung „neu aufgenommener“ Patienten beginne.⁸³⁷ Für die organisatorische Abgrenzung zwischen Klinik und Gesundheitsamt war vorgesehen, dass die Landesheilanstalt Haldensleben lediglich Patienten sowie Angehörige aus Magdeburg registrieren sollte.⁸³⁸ Erfassungsmaßnahmen in der Stadt waren nicht vorgesehen. Über den Lan-

Insgesamt auch LASA, C 28 Ig, Nr. 370: Erbgesundheit, Unfruchtbarmachung (1938–1945), fol. 61/1–12.

⁸³⁴ Vgl. LASA, C 20 I, Ib Nr. 1559: Rassenhygiene, Eheberatungsstellen (1926–1944), fol. 75; LASA, C 48 II, Nr. 545, Bd. 5: Die öffentlichen Heil- (Kranken-, Entbindungs- und Irrenanstalten) Anstalten (1933/1947), fol. 9.

⁸³⁵ LASA, C 20 I, Ib Nr. 1559: Rassenhygiene, Eheberatungsstellen (1926–1944), fol. 80.

⁸³⁶ Vgl. LASA, C 48 II, Nr. 545, Bd. 5: Die öffentlichen Heil- (Kranken-, Entbindungs- und Irrenanstalten) Anstalten (1933/1947), fol. 11–12.

⁸³⁷ StA Magdeburg, Rep. 38 J V. Nr. 1: Erb- und Rassenpflege (1926–1943), Bd. 2: 1933–1940, fol. 136.

⁸³⁸ Die Landesheilanstalt Haldensleben war 1937 für die Stadt- und Landkreise Magdeburg, Halberstadt, Wernigerode, Quedlinburg, Oschersleben, Wanzleben und Haldensleben verantwortlich.

desobmann der „erbbiologischen Bestandsaufnahme“ der psychiatrischen Einrichtungen Dr. Gengnagel, Leiter des Landesheilanstalt Altscherbitz, würden dem Gesundheitsamt in Magdeburg Karteikarten mit der Bitte um Ergänzung von Untersuchungsbefunden oder Sippentafeln übermittelt. Diese Vorgehensweise wurde aufgrund der geringen personellen Ressourcen in der Stadt abgelehnt und stattdessen der Vorschlag unterbreitet, dass die Ergänzungen von Karteikarten und Sippentafeln durch einen Arzt der Landesheilanstalt in Magdeburg persönlich durchgeführt werden sollten.⁸³⁹ Nach Auskunft der Anstalt wurden 1937 insgesamt 51 „Sippenangehörige“ untersucht.⁸⁴⁰

Die Durchführung der „erbbiologischen Bestandsaufnahme“ stieß auch auf der Ebene der Gesundheitsämter auf erhebliche Schwierigkeiten, sodass sich die Regierungspräsidenten von Magdeburg und Merseburg im Sommer 1936 teilweise zurückhaltend zum Arbeitsstand der „Beratungsstellen für Erb- und Rassenpflege“ äußerten. Der Regierungspräsident von Magdeburg gab einen differenzierten Bericht und konstatierte, dass die Einrichtung von Beratungsstellen im April 1935 lediglich in einem Drittel der Gesundheitsämter durchgeführt werden konnte.⁸⁴¹ Bis September wurden drei weitere Abteilungen eingerichtet, sodass erst im Herbst 1935 die Hälfte der Beratungsstellen aktiv werden konnte. Aus diesem Grund konnte nach Auskunft des amtierenden Amtsarztes mit der Erfassung von „erbkranken“ Frauen und Männern im Kreis Wernigerode erst im Frühjahr 1936 begonnen werden, was die überaus hohe Anzahl von 716 Sterilisationsanzeigen begründete.⁸⁴² Mit einer systematischen Erfassung im Sinne der „erbbiologischen Bestandsaufnahme“ konnte erst zum Jahresende 1935 schrittweise begonnen werden, jedoch blieben die jeweiligen Registrierungspraktiken different.⁸⁴³

⁸³⁹ Vgl. StA Magdeburg, Rep. 38 J V. Nr. 1: Erb- und Rassenpflege (1926–1943), Bd. 2: 1933–1940, fol. 137.

⁸⁴⁰ Im folgenden Berichtsjahr wurden in Magdeburg 223 und in Halberstadt 27 Personen verzeichnet. Bereits für das 1939 wurde konstatiert, dass keine Unterlagen vorlägen, um die Anzahl von „untersuchten Sippenangehörigen“ anzugeben. In den folgenden Jahren fanden keine vergleichbaren Untersuchungen statt.

⁸⁴¹ Vgl. LASA, C 20 I, Ib Nr. 1559: Rassenhygiene, Eheberatungsstellen (1926–1944), fol. 82.

⁸⁴² Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 6, fol. 165.

⁸⁴³ Rund ein Viertel der Gesundheitsämter im Regierungsbezirk Magdeburg registrierte bis Sommer 1936 ausschließlich Personen, die im Rahmen des Sterilisationsverfahrens untersucht wurden. Ein vergleichbarer Anteil ergänzte diese Verzeichnisse durch eine sporadische Registratur von Antragsstellern von Ehestandsdarlehen. Lediglich das Gesundheitsamt Jerichow II erfasste zeitweilig alle Personen, die das Amt aufsuchten. Die Anfertigung von Sippentafeln verlief ebenso uneinheitlich. Ein Drittel der Gesundheitsämter erstellte nach eigenen Aussagen regelmäßig Sippentafeln, zwei Ämter verzeichneten die Stammbäume nur für Personen, die als „erbkrank“ galten. Demgegenüber fertigte ein Viertel der Gesundheitsämter nur vereinzelt und ein weiteres Viertel überhaupt keine Sippentafeln an.

Die Untersuchungstätigkeit unterschied sich zwischen den Gesundheitsämtern erheblich. In Magdeburg wurden 75 Prozent aller Untersuchungen aufgrund einer „Erbkrankheit“ vorgenommen, und auch im Gesundheitsamt Neuhaldensleben war der Anteil vergleichsweise hoch.⁸⁴⁴ Hingegen spielte die Untersuchung von „erbkrankverdächtigen“ Personen in den übrigen Gesundheitsämtern nur eine untergeordnete Rolle.⁸⁴⁵ Neben der verzögerten Einrichtung von Gesundheitsämtern und „Beratungsstellen für Erb- und Rassenpflege“ war vor allem der latente Personalmangel für die ungenügende Durchführung von bevölkerungspolitischen Maßnahmen verantwortlich. Daneben fehlte es an Karteikarten, Schränken und Schreibmaschinen. Unter organisatorischen Gesichtspunkten verursachte vor allem der Austausch mit anderen Gesundheitsämtern erhebliche Probleme, da die untersuchten Frauen und Männer häufig keine exakten Auskünfte über ihren Geburtsort und das zuständige Gesundheitsamt geben konnten. Aus diesem Grund wurde die Notwendigkeit einer Zentralstelle zur Feststellung des zuständigen Gesundheitsamtes betont.

Im Hinblick auf den unzureichenden Arbeitsstand im Regierungsbezirk Merseburg verfasste der Regierungspräsident Anfang Juli 1936 einen kursorischen Bericht.⁸⁴⁶ Nach Ansicht des Regierungspräsidenten seien alle Gesundheitsämter „ernstlich gewillt“, die Beratungsstellen zeitnah aufzubauen. Die größten Fortschritte könne das Gesundheitsamt in Halle/Saale aufweisen, da es auf umfangreiche Vorbereitungen aus den 1920er-Jahren sowie genügend Personal zurückgreifen könnte. Nach eigenen Angaben hatte das Stadtgesundheitsamt im Dezember 1934 bereits 100 000 von 210 000 Einwohnern der Stadt „karteimäßig mit wesentlichen Angaben erfasst“.⁸⁴⁷

⁸⁴⁴ Vgl. LASA, C 20 I, Ib Nr. 1559: Rassenhygiene, Eheberatungsstellen (1926–1944), fol. 83. Der hohe Anteil von etwa 75 Prozent kann darauf hinweisen, dass vor allem Personen im Rahmen des Sterilisationsverfahrens vorgeladen und untersucht wurden. Die Tätigkeit der Beratungsstelle konzentrierte sich somit maßgebend auf die Durchführung der Sterilisation. Demgegenüber kann die geringe Frequenz in den übrigen Gesundheitsämtern nicht als Indiz für eine mangelnde Durchführung des Sterilisationsgesetzes gelten. Vielmehr deuten diese Daten auf eine unterschiedliche Untersuchungs- und Beratungspraxis im Sterilisationsverfahren in den Gesundheitsämtern des Regierungsbezirks Magdeburg hin.

⁸⁴⁵ Nach Auskunft der Gesundheitsämter bestünde die Tätigkeit der Beratungsstellen vor allem in der Bearbeitung von Anträgen auf Ehestandsdarlehen sowie auf Beihilfen für kinderreiche Familien. Die freiwillige Eheberatung wurde zum Großteil angeboten, aber kaum von der hiesigen Bevölkerung wahrgenommen. Untersuchungen auf Eheauglichkeit sowie von Personen, die an TBC oder Geschlechtskrankheiten litten, spielten nur eine geringe Rolle.

⁸⁴⁶ Vgl. LASA, C 20 I, Ib Nr. 1559: Rassenhygiene, Eheberatungsstellen (1926–1944), fol. 86.

⁸⁴⁷ StA Halle/Saale, A 2.17 Gesundheitsamt Nr. 254: Maßnahmen des Stadtgesundheitsamtes zur Sicherung und Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bürger (1929–1938), unfol. In Halle/Saale waren die Standesämter angewiesen, die vom Gesundheitsamt bereitgestellten Karteikarten für jede Geburtsmeldung auszufüllen. Ehebewerber sollten „in denjenigen Fällen, in denen nach dem Eindruck der sich meldenden Personen oder aus sonstigen Gründen heraus der Verdacht

Hiervon seien bereits 40 000 Karteien ausgewertet. In einem Drittel der Gesundheitsämter des Regierungsbezirks Merseburg sei der Aufbau von Beratungsstellen teilweise vorangeschritten, die übrigen Ämter seien aufgrund der personellen Unterbesetzung, ungenügender Räumlichkeiten oder der geringen Zusammenarbeit mit Gemeindestellen und der Bevölkerung erst im Anfangsstadium.⁸⁴⁸ Der Regierungspräsident erkannte die Notwendigkeit der „Beratungsstellen für Erb- und Rassenpflege“ ausdrücklich an, jedoch erfordere die Durchführung zwingend eine personelle Ergänzung mit Ärzten, Fürsorgerinnen und Schreibkräften. Bis dahin müsse der systematische Aufbau der Beratungsstellen verschoben werden. Für die Erstellung von erbbiologischen Kartotheken veranschlagte der Regierungspräsident etwa ein Jahr.

Im Dezember 1937 musste der Regierungspräsident von Merseburg gegenüber dem Präsidenten des Reichsgesundheitsamtes weitere Verzögerungen und Unzulänglichkeiten zumindest für die Gesundheitsämter des Saalkreises, von Merseburg sowie von Naumburg/Saale einräumen.⁸⁴⁹ Ausschlaggebender Grund waren massive Personalprobleme, die auch der Regierungspräsident anerkennen musste. Der Kreisarzt von Naumburg/Saale konnte zwar den Ausbau der laufenden Zentralkartei betonen, verwies jedoch auf eklatante personelle Defizite. „Bei dieser Gelegenheit muss ich erneut darauf hinweisen, dass die Besetzung der Kanzlei eines Gesundheitsamtes von der Grösse von Naumburg (77 000 Einwohner) mit einem Verwaltungssekretär und nur einer Schreibhilfe bereits heute unhaltbar ist, da die durch die erbbiologischen Aufgaben bedingten Büroarbeiten nur geschafft werden mit Entzug der Arbeitskraft der techn.[ischen] Assistentin und Gesundheitspflegerinnen von ihren eigentlichen Tätigkeitsbereichen.“⁸⁵⁰ Und der Amtsarzt des Saalkreises konstatierte kurz, dass das Personal sowohl qualifikatorisch als auch quantitativ unzureichend war, um „einen geordneten Geschäftsbetrieb aufrecht zu erhalten“.⁸⁵¹

Diese Berichte verdeutlichen den geringen Arbeitsstand im Sommer 1936 sowie die erheblichen Probleme, die insbesondere durch die geringe Personaldecke und

rassen-hygienischer Bedenken gegen den Eheschluss besteht, nachdrücklich auf die Inanspruchnahme der Eheberatungsstelle hinzuweisen“. StA Halle/Saale, A. 2.9 Centralbüro Kap. II, Abt. E, Nr. 110: Stadtgesundheitsamt, Bd. 4 (1931–1936), unfol.

⁸⁴⁸ Vgl. LASA, C 20 I, Ib Nr. 1559: Rassenhygiene, Eheberatungsstellen (1926–1944), fol. 86.

⁸⁴⁹ Vgl. LASA, C 48 Ii, Nr. 922, Bd. 2: Einrichtung von Eheberatungsstellen. Ehegesundheitsgesetz. Blutschutzgesetz (1926–1947), fol. 93.

⁸⁵⁰ LASA, C 48 Ii, Nr. 922, Bd. 2: Einrichtung von Eheberatungsstellen. Ehegesundheitsgesetz. Blutschutzgesetz (1926–1947), fol. 90.

⁸⁵¹ LASA, C 48 Ii, Nr. 922, Bd. 2: Einrichtung von Eheberatungsstellen. Ehegesundheitsgesetz. Blutschutzgesetz (1926–1947), fol. 91.

materielle Defizite hervorgerufen wurden. Insgesamt sind große regionale Unterschiede zwischen den einzelnen Gesundheitsämtern und Regierungsbezirken zu konstatieren, und es kann bis Jahresende 1937 lediglich lokal von einer systematischen Durchführung der „erbbiologischen Bestandsaufnahme“ durch Gesundheitsämter und psychiatrische Einrichtungen gesprochen werden. Große Defizite betrafen, mit Ausnahme von Halle/Saale, vor allem den Regierungsbezirk Merseburg. Daneben bestanden erhebliche Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Gebieten. Verfüigten die städtischen Gesundheitsämter über etablierte Organisationsstrukturen und einen größeren Personalbestand, so stieß die Erfassungstätigkeit in ländlichen Kreisen auf erhebliche Probleme.⁸⁵² Teilweise war der Personalbestand derart niedrig, dass bereits die Registratur von Frauen und Männern, die im Zuge von Sterilisationsverfahren bekannt wurden, kaum gewährleistet werden konnte. Aus diesem Grund bildete die Zusammenarbeit mit kommunalen Behörden eine wesentliche Voraussetzung für die Durchführung der „erbbiologischen Bestandsaufnahme“.⁸⁵³

Die in den folgenden Jahren erfolgten Berichterstattungen offenbarten erhebliche Defizite der erbbiologischen Erfassungspraktiken, die bis zum Ende der 1930er-Jahre nicht abgestellt werden konnten.⁸⁵⁴ Im Jahr 1939 teilte das Gesundheitsamt Magdeburg mit, dass seit 1936 alle erbbiologisch „in Erscheinung“ getretenen Personen, Geschlechtskranke, Tuberkulosekranke, Alkoholkranke, Geisteskranke und Körperbe-

⁸⁵² So konnte etwa in Magdeburg die Erfassung von als „erbkrank geltenden“ Frauen und Männern gesteigert werden, indem die Leitung der städtischen Beratungsstelle für „Nerven- und Gemütskranke“ dem Direktor der städtischen Nervenambulanz übertragen und zusätzliches Personal angestellt wurde. „Die Beratungsstelle für Nerven- und Gemütskranke nahm in 134 (97) ärztlichen Sprechstunden 1274 (1329) ärztliche Begutachtungen vor. Die Übertragung der Leitung der Beratungsstelle an den Direktor der städtischen Nervenambulanz [Prof. Fünfgeld, Anm. d. Verf.] führte zu einer Verbesserung der Zusammenarbeit und einer wesentlichen Vereinfachung des Arbeitsganges. Günstig wirkte sich auch die Einstellung einer zweiten Gesundheitsfürsorgerin aus, indem neben einer gründlicheren Vorbearbeitung der Fälle für die ärztlichen Untersuchungen in zahlreichen Fällen durch außenfürsorgerische Einwirkungen polizeiliche Zwangsmaßnahmen vermieden werden konnten. Die Prüfung einer Anzahl diagnostisch noch nicht genügend gekläarter Fälle für die Abteilung Erb- und Rassenpflege brachte der Beratungsstelle eine Erweiterung ihres Arbeitsgebietes.“ StA Magdeburg, 150/35:4^o: Verwaltungsberichte der Stadt Magdeburg 1937, S. 185.

⁸⁵³ Im Oktober 1937 fanden etwa in Halberstadt Gespräche zur Beteiligung von Fürsorgerinnen des Wohlfahrtsamtes an der Erfassung von „erbkranken“ Frauen und Männern sowie zur Durchführung der „erbbiologischen Bestandsaufnahme“ statt. „Es handelt sich dabei um vorwiegend erbbiologische Ermittlungen [...]. Die Fürsorgerinnen sind zu diesen Ermittlungen kraft ihrer Kenntnis der Bevölkerung und einzelnen Familien besonders in der Lage.“ Eine notwendige Einweisung in das erfassende Tätigkeitsfeld würde der Amtsarzt vornehmen. StA Halberstadt, Magistrat, Gesundheitsamt, Nr. 2.20.255: Berichte über Infektionskrankheiten sowie Bildung des städtischen Gesundheitsamtes und Zulassung zur Wohlfahrtspraxis (1933–1946), unfol.

⁸⁵⁴ Infolge der Berichterstattungen im Jahr 1938 wurden die Gesundheitsämter in Calbe/Saale, Oschersleben und Stendal aufgrund der ungenügenden Durchführung und Umsetzung der vorgegebenen Richtlinien „verwarnt“ und aufgefordert, umgehend mit der erbbiologischen Verkartung zu beginnen.

hinderte erfasst sowie alle Frauen und Männer, die für die Erteilung von Bauernsiedlungen, Einbürgerungen, Ausbildungsbeihilfen und Adoptionen im Amt erschienen, untersucht werden würden.⁸⁵⁵ Seit 1937 Frauen und Männer auf der Wohnortkartei verzeichnet, welche im Zuge des Sterilisations-, Ehegesundheits- und Blutschutzgesetzes erfasst worden waren, weiterhin auch Antragssteller, die für Ehestandsdarlehen oder Kinderbeihilfen einen ablehnenden Bescheid erhalten hatten. Ebenso registriert wurden „alle sonstigen Personen, die auf Grund eigener Kenntnis des Gesundheitsamtes zur negativen Auslese im Sinne der Erb- und Rassenpflege gerechnet“ werden müssten, wie etwa Sittlichkeitsverbrecher, Fürsorgezöglinge oder Jugendliche unter Schulaufsicht, weiterhin Personen, die durch Abtreibungsprozesse in Erscheinung traten sowie entmündigte Frauen und Männer.⁸⁵⁶ Der quantitative Umfang der vorliegenden Registraturen wurde nicht mitgeteilt. Im Jahr 1939 umfasste die Kartothek in Magdeburg vermutlich 80 000 Karten, sodass etwa ein Viertel der Stadtbevölkerung erbbiologisch erfasst war.⁸⁵⁷ Und auch das Gesundheitsamt von Quedlinburg konnte berichten, dass von über 100 000 Einwohnern des Kreises bislang 10 114 Karten in der Wohnortkartei und 8300 Karten in der Geburtsortkartei angefertigt wurden. Die Erbbestandsaufnahme umfasste demnach mindestens 10 Prozent der Kreisbevölkerung.⁸⁵⁸ Im Gegensatz zu diesen positiven Arbeitsberichten bestanden etwa im Gesundheitsamt Stendal weiterhin erhebliche Schwierigkeiten, und das Reichsinnenministerium nahm aufgrund dieses ungenügenden Arbeitsstandes eine Überprüfung des Gesundheitsamtes vor.⁸⁵⁹

⁸⁵⁵ Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 369: Erbbestandsaufnahme (1938–1939), fol. 72.

⁸⁵⁶ Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 369: Erbbestandsaufnahme (1938–1939), fol. 72.

⁸⁵⁷ Vgl. StA Magdeburg, PA Nr. 1907, fol. 32.

⁸⁵⁸ Verzeichnet wurden alle „Geburten, Ehestandsdarlehen, Ehetauglichkeitszeugnisse, Bauernsiedler, Stadtrandsiedler, Kinderreiche, Ausbildungsbeihilfen, Alkoholiker und Erbkrankte“. Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 369: Erbbestandsaufnahme (1938–1939), fol. 69.

⁸⁵⁹ Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 369: Erbbestandsaufnahme (1938–1939), fol. 59, 63. Diese Probleme beruhten nach Ansicht des leitenden Amtsarztes auf der ungenügenden Personalausstattung, da im Jahr 1938 zwei Hilfsärzte gefehlt und die angestellten Gesundheitsfürsorgerinnen überlastet gewesen seien. Aus diesem Grund könnte eine Überprüfung der angelegten Karteien lediglich ansatzweise durchgeführt werden. Hierbei würde der Schwerpunkt auf Personen gelegt, die im Zuge der Sterilisation erfasst würden oder der negativen Auslese zuzurechnen seien. Die Registratur von Geschlechtskranken und „Krüppeln“ sei teilweise erfolgt, die Übertragung des Verzeichnisses der „Tuberkulosenfürsorge“ könne aufgrund von über 7000 Einträgen und der damit verbundenen Arbeitszeit von etwa 630 Stunden nicht begonnen werden. Die im Juni 1939 erfolgte Besichtigung ergab, dass die ergangenen Richtlinien zur „erbbiologischen Bestandsaufnahme“ trotz des anhaltenden Personal mangels umgesetzt werden würden. Die desolante Personalsituation sollte durch Umbesetzungen sowie eine effizientere Registrierung verbessert werden.

Gegenüber diesen geringen Erfolgen und erheblichen Arbeitsrückständen wurde in Erfurt eine „erbbiologische Bestandsaufnahme“ betrieben, die sich organisatorisch und quantitativ mit Ausnahme von Halle/Saale außerordentlich von der Durchführung in den Städten und Kreisen der preußischen Provinz Sachsen unterschied.⁸⁶⁰ Bereits seit 1932 wurden „erbgesundheitsliche Ermittlungen und Registrierungen“ betrieben, die „Trinkerfürsorge“ direkt einbezogen und erbbiologische Untersuchungen von Schülern vorgenommen.⁸⁶¹ Eine wichtige Grundlage bildeten „alphabetisch geordnete Karteien in der Tuberkulose-, Geschlechtskranken-, Geisteskranken-, Psychopathen- und Trinkerfürsorge“.⁸⁶² Seit 1933 überwiesen die städtischen Behörden „alle erbbiologisch verdächtigen Fälle“, und es wurden Verzeichnisse der zwangssterilisierten Frauen und Männer sowie aller weiteren Personen, die im Stadtgesundheitsamt untersucht wurden, erstellt.⁸⁶³ Im November 1934 kontaktierte das Stadtgesundheitsamt das städtische Krankenhaus in Erfurt und bat um Meldung von männlichen und weiblichen Patienten, die an „Erbkrankheiten“ leiden würden. „Darüber hinaus würden wir es auch begrüßen, wenn sonstige eklatante Fälle, z. B. von ausgesprochen asozialen Psychopathen uns mitgeteilt würden, da nach einem Rundschreiben des Gemeindetages Fürsorgemaßnahmen für asoziale Personen sich auf das Notwendige beschränken sollen, und wir unsere vertrauensärztliche Stellungnahme danach richten müssen.“⁸⁶⁴

Die „Erbbestandsaufnahme“ wurde in Erfurt bereits vor der Gründung des staatlichen Gesundheitsamtes energisch und initiativ vorangetrieben, da sie als wesentliche Grundlage der selektiven Erfassung von als „erbkrank“ und „minderwertig“ geltenden Frauen und Männern betrachtet wurde.⁸⁶⁵ Nach Ansicht des Stadtgesundheitsamtes konnten bereits im Februar 1935 erhebliche Erfolge verzeichnet werden, jedoch

⁸⁶⁰ Vgl. Reich, Wilhelm: Einiges über die erbbiologische Ermittlungstätigkeit. In: Der öffentliche Gesundheitsdienst, Jg. 1 (1935), S. 129–132. Die folgenden Ausführungen beruhen auf der Überlieferung im Stadtarchiv Erfurt.

⁸⁶¹ Vgl. StA Erfurt, Nr. 2/511–23036: Magistrat der Stadt Erfurt. Stadtgesundheitsamt, Erb- und Rassenpflege. Vorbereitung der erbbiologischen Erfassung der Erfurter Bevölkerung (1935–1943), unfol.

⁸⁶² StA Erfurt, Nr. 2/511–23036: Magistrat der Stadt Erfurt. Stadtgesundheitsamt, Erb- und Rassenpflege. Vorbereitung der erbbiologischen Erfassung der Erfurter Bevölkerung (1935–1943), unfol.

⁸⁶³ StA Erfurt, Nr. 2/511–23036: Magistrat der Stadt Erfurt. Stadtgesundheitsamt, Erb- und Rassenpflege. Vorbereitung der erbbiologischen Erfassung der Erfurter Bevölkerung (1935–1943), unfol.

⁸⁶⁴ StA Erfurt, Nr. 2/511–23045: Magistrat der Stadt Erfurt. Stadtgesundheitsamt, Erb- und Rassenpflege. Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, enthält u. a. Allgemeinen Schriftverkehr, Verordnungen und Richtlinien, Namenslisten der vom Erbgesundheitsgericht im Jahre 1935 erfassten Personen (1935–1944), unfol.

⁸⁶⁵ „Es ist dies erforderlich, weil es zu den Aufgaben des Stadtgesundheitsamtes gehört, eine erbbiologische Sichtung der Bevölkerung durchzuführen. [...] Auf Grund des Gesetzes zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens werden zwar in Zukunft auch die kreisärztlichen Angelegenheiten

müsse die Erfassungstätigkeit weiter ausgedehnt werden, indem die Sippen „minderwertiger“ Frauen und Männer erfasst werden.⁸⁶⁶ Im Zuge einer Stellungnahme beschrieb der Stadtoberverwaltungs- und Medizinalrat Dr. Wilhelm Reich die Bedeutung der „Erbbestandsaufnahme“ für die Durchführung von bevölkerungspolitischen Maßnahmen: Diese Erfassung bedeute eine „Fundgrube für Erbkrankheiten [...]. Zunächst empfindet man hier manchmal die gründliche Inangriffnahme eines erbkranken Probanden als Kampf gegen die Hydra, da wieder andere erbkranken Sippen im Zusammenhang mit dem Patienten in Erscheinung treten. Aber dann hat man auch wiederum, ich möchte fast sagen, die Genugtuung, dass ein Patient, der zunächst zufällig ermittelt wurde, sich in bereits bekannte minderwertige Sippen eingliedern lässt, dass man, je weiter man eindringt, umsomehr dazu kommt, allmählich erbbiologische Ordnung in die dem Gesundheitsamt anvertrauten Bevölkerungskreise zu bringen.“⁸⁶⁷ Jedoch wurde auch in Erfurt die erbbiologische Katalogisierung durch personelle Mängel gehemmt, und die Anfertigung von Sippentafeln konnte erst im Verlauf des Jahres 1935 begonnen werden.⁸⁶⁸ Eine wesentliche Basis bestand in der Zusammenarbeit mit städtischen Behörden, wie vor allem den Standesämtern. Daneben war vorgesehen, in den Schulen „geeignete Lehrkräfte“ zu gewinnen, die die Ermittlungen direkt vor Ort durchführen und die gewonnenen Ergebnisse weiterleiten sollten. Daneben unterstützten ehrenamtliche Mitarbeiter des „Landesrasseamt Weimar“ die Erfassungstätigkeit.⁸⁶⁹

Nach der Gründung des staatlichen Gesundheitsamtes wurden im November 1935 die bislang erstellten Karteikarten allen gesundheitsamtlichen Abteilungen zur Nachprüfung und Ergänzung übersandt und die Registratur intensiv vorangetrieben.⁸⁷⁰

mit den Aufgaben des Stadtgesundheitsamtes verbunden, es kann aber solange nicht zugewartet werden, mit dem erforderlichen Aufbau muss bereits begonnen werden.“ StA Erfurt, Nr. 2/511–23045: Magistrat der Stadt Erfurt. Stadtgesundheitsamt, Erb- und Rassenpflege. Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, enthält u. a. Allgemeinen Schriftverkehr, Verordnungen und Richtlinien, Namenslisten der vom Erbgesundheitsgericht im Jahre 1935 erfassten Personen (1935–1944), unfol.

⁸⁶⁶ Vgl. StA Erfurt, Nr. 2/511–23036: Magistrat der Stadt Erfurt. Stadtgesundheitsamt, Erb- und Rassenpflege. Vorbereitung der erbbiologischen Erfassung der Erfurter Bevölkerung (1935–1943), unfol.

⁸⁶⁷ StA Erfurt, Nr. 2/511–23036: Magistrat der Stadt Erfurt. Stadtgesundheitsamt, Erb- und Rassenpflege. Vorbereitung der erbbiologischen Erfassung der Erfurter Bevölkerung (1935–1943), unfol. In seinem Beitrag für den „öffentlichen Gesundheitsdienst“ bemüht W. Reich ebenfalls den Vergleich mit der Hydra. Vgl. Reich: Erbbiologische Ermittlungstätigkeit, S. 130.

⁸⁶⁸ Vgl. StA Erfurt, Nr. 2/511–23036: Magistrat der Stadt Erfurt. Stadtgesundheitsamt, Erb- und Rassenpflege. Vorbereitung der erbbiologischen Erfassung der Erfurter Bevölkerung (1935–1943), unfol.

⁸⁶⁹ Vgl. Reich: Erbbiologische Ermittlungstätigkeit, S. 132.

⁸⁷⁰ „Mit dem heutigen Tage beginnt der Umlauf der von der Abteilung Erb- und Rassenpflege aufgestellten Karteikarten, welche für den Aufbau der Zentralkartei im Amte gelten sollen. [...] Der

Daneben wurde ein Informationsaustausch mit Berufsverbänden initialisiert, der die Erfassung von „erbkranken“ Personen ebenso umfasste wie die Erörterung von berufsspezifischen Fragebögen.⁸⁷¹ Neben dem Gesundheitsamt verfolgte auch der Magistrat eine umfassende „erbbiologische Bestandsaufnahme“ und forderte im September 1937 das Gesundheitsamt auf, „die Siedler der Sulzer Siedlung“ mit 1400 Frauen und Männern systematisch zu untersuchen.⁸⁷²

Im Oktober 1938 umfasste die Wohnortkartei in Erfurt 4850 und die Geburtsortkartei 3375 Einträge.⁸⁷³ Der verhältnismäßig geringe Umfang beruhte nach Aussage des Gesundheitsamtes auf dem Umstand, dass bis zum Juni 1938 mit einer Suchkartei gearbeitet worden sei, die über 7000 Karteien enthalte und nun umgestellt werde. Die vollständige Erfassung der städtischen Bevölkerung sei nur durch Personalergänzungen möglich, und es würden Verhandlungen mit der Stadt geführt, um ehrenamtliche Mitarbeiter einzustellen. Als Grundlage der weiteren Durchführung diene eine Denkschrift vom August 1938, die eine vollständige Erfassung der Stadtbevölkerung Erfurts zum August 1940 vorsah.⁸⁷⁴ Nach unzähligen Verhandlungen über zusätzliches Personal teilte das Gesundheitsamt in Erfurt im August 1939 mit, dass die Wohnortkartei von 4850 auf 44 000 Karten erweitert wurde und damit 27,5 Prozent „der Einwohner des Amtsbezirks des Stadtgesundheitsamtes erfaßt“ seien.⁸⁷⁵ Weitere

Aufbau der Zentralkartei wird mit aller Macht betrieben und den Abteilungen zur Pflicht gemacht, die Karten sofort durchzuprüfen, entsprechende Eintragungen vorzunehmen und der nächstfolgenden Abteilung umgehend weiterzugeben.“ StA Erfurt, Nr. 2/511–23036: Magistrat der Stadt Erfurt. Stadtgesundheitsamt, Erb- und Rassenpflege. Vorbereitung der erbbiologischen Erfassung der Erfurter Bevölkerung (1935–1943), unfol.

⁸⁷¹ So übersandte etwa die Landesbauernschaft von Thüringen im Juni 1937 den „Fragebogen zur Prüfung der Intelligenz von Landbewohnern“, damit dieser auch als Grundlage im Stadtgesundheitsamt Erfurt eingesetzt werden konnte. Vgl. StA Erfurt, Nr. 2/511–23045: Magistrat der Stadt Erfurt. Stadtgesundheitsamt, Erb- und Rassenpflege. Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, enthält u. a. Allgemeinen Schriftverkehr, Verordnungen und Richtlinien, Namenslisten der vom Erbgesundheitsgericht im Jahre 1935 erfassten Personen (1935–1944), unfol.

⁸⁷² Diese anvisierte Reihenuntersuchung konnte aufgrund der geringen personellen Ressourcen des Gesundheitsamtes jedoch nicht umgehend durchgeführt werden. Da „es sich dabei um 1400 Personen handelt, möchte ich darauf hinweisen, dass sich eine derartige Untersuchung bei der Überlastung sämtlicher Ärzte des Gesundheitsamtes nur über eine Frist von mehreren Monaten durchführen lässt“. StA Erfurt, Nr. 2/511–23039: Magistrat der Stadt Erfurt. Stadtgesundheitsamt, Erb- und Rassenpflege. Ärztliche Untersuchungen von Siedlungsbewerbern zur Erlangung einer Siedlerstelle mit Hilfe von Reichsdarlehen oder Reichsbürgschaften (1936–1942), unfol.

⁸⁷³ Vgl. StA Erfurt, Nr. 2/511–23036: Magistrat der Stadt Erfurt. Stadtgesundheitsamt, Erb- und Rassenpflege. Vorbereitung der erbbiologischen Erfassung der Erfurter Bevölkerung (1935–1943), unfol.

⁸⁷⁴ Vgl. StA Erfurt, Nr. 2/511–23036: Magistrat der Stadt Erfurt. Stadtgesundheitsamt, Erb- und Rassenpflege. Vorbereitung der erbbiologischen Erfassung der Erfurter Bevölkerung (1935–1943), unfol. Die Denkschrift konnte nicht ermittelt werden.

⁸⁷⁵ StA Erfurt, Nr. 2/511–23036: Magistrat der Stadt Erfurt. Stadtgesundheitsamt, Erb- und Rassenpflege. Vorbereitung der erbbiologischen Erfassung der Erfurter Bevölkerung (1935–1943), unfol.

Ergänzungen erfolgten seit März 1939 durch die Registratur von „Psychopathen, Asozialen und sonstigen Auffälligen, die, ohne anstaltsbedürftig zu sein, der öffentlichen und privaten Wohlfahrtspflege durch ihre Veranlagung oder durch ungünstige Umwelteinflüsse zur Last fallen oder sie zu missbrauchen pflegen“.⁸⁷⁶

Die restlose erbbiologische Katalogisierung der Stadtbevölkerung wurde durch den Kriegsbeginn verhindert. Die Registratur von rund 27 Prozent der Einwohner dokumentiert eine vergleichsweise intensive Erfassung der städtischen Bevölkerung. Hierdurch gerieten eine Vielzahl von als „erbkrank“ und „minderwertig“ geltenden Frauen und Männern in das Blickfeld von bevölkerungspolitischen Ausschlussverfahren. Im Gegensatz zum Großteil der Städte und Kreise der preußischen Provinz Sachsen bestand in Erfurt ein hohes politisches Interesse und persönliches Engagement, was zu einer organisatorischen und personellen Ressourcenbündelung führte und die erbbiologische Registratur der Stadtbevölkerung maßgeblich beförderte. Darüber hinaus wurde die erbbiologische Erfassung in Erfurt durch die räumlich-politische Nähe zu Thüringen beeinflusst, indem die dortigen intensiven Erfassungsbemühungen registriert und als Vorbild genommen wurden und zudem das „Landesamt für Rassewesen“ die Katalogisierung durch die Bereitstellung von Personal unterstützte.⁸⁷⁷

Im Frühjahr 1939 musste der Reichsinnenminister konstatieren, dass einzelne Gesundheitsämter nicht den Anordnungen nachkämen, und er forderte die Ober- und Regierungspräsidenten wiederholt auf, für die intensive und ordnungsgemäße Durchführung der „erbbiologischen Bestandsaufnahme“ zu sorgen, da durch die aufgetretenen Mängel „unter Umständen die Einführung weiterer wichtiger gesetzlicher Maßnahmen zurückgestellt werden“ müsse.⁸⁷⁸ Trotz der bestehenden personellen und materiellen Hindernisse wurde die Erbbestandsaufnahme erneut forciert, indem alle psychiatrischen Einrichtungen angewiesen wurden, die von ihnen betreuten Patienten den Gesundheitsämtern zu melden. Daneben wurden die Gesundheitsämter aufgefordert, ihre erbbiologischen Kartotheken zu vervollständigen. Die Zielrichtung lag ausdrücklich auf Personenkreisen, die „der öffentlichen und privaten Wohlfahrtspflege auf

⁸⁷⁶ StA Erfurt, Nr. 2/511–23036: Magistrat der Stadt Erfurt. Stadtgesundheitsamt, Erb- und Rassenpflege. Vorbereitung der erbbiologischen Erfassung der Erfurter Bevölkerung (1935–1943), unfol.

⁸⁷⁷ Vgl. StA Erfurt, Nr. 2/511–23035: Magistrat der Stadt Erfurt. Stadtgesundheitsamt, Erb- und Rassenpflege. Richtlinien für die Durchführung der Erbbestandsaufnahme, u. a. für die Anlage der Geburtsortkartei (1936–1943), unfol.

⁸⁷⁸ LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 2: 1937–1944, fol. 56.

Grund ihrer Veranlagung oder ungünstiger Umwelteinflüsse zur Last fallen“.⁸⁷⁹ Dementsprechend seien mit den hiesigen „Wohlfahrts- und Jugendämtern“ zweckmäßige Vereinbarungen zu treffen.

Im März 1939 erhielten die psychiatrischen Einrichtungen gesonderte Anweisungen zur Durchführung der „erbbiologischen Bestandsaufnahme“, die bereits eine sukzessive Verringerung der Erfassung beinhalteten. „Alle öffentlichen, gemeinnützigen und privaten Heil- und Pflegeanstalten, Trinkerheil- und Entziehungsanstalten, Arbeitshäuser, ferner Blinden-, Krüppel-, Taubstummenanstalten und Fürsorgeerziehungsanstalten sowie die psychiatrisch-neurologischen Abteilungen der allgemeinen Krankenanstalten“ sollten lediglich Neuaufnahmen melden.⁸⁸⁰ Diese Einrichtungen hatten ihre Interessen zurückzustellen und fungierten fortan als Informationsdienstleister für die staatlichen Gesundheitsämter. Durch weitere Neuregelungen im Juli 1939 wurde die „Erbbestandsaufnahme“ bereits vor Kriegsbeginn eingeschränkt.⁸⁸¹ Den Hintergrund dieser Entwicklungen bildeten die nationalsozialistischen Kriegsplanungen und die personelle Entlastung von Betreuungseinrichtungen.⁸⁸² Hiermit verbunden war die vollständige Übertragung der „erbbiologischen Bestandsaufnahme“ an die staatlichen Gesundheitsämter und die Fokussierung auf Personenkreise, die außerhalb von Betreuungseinrichtungen lebten.

Seit 1939 kann von einer sukzessiven Reduzierung der erbbiologischen Registratur der deutschen Bevölkerung gesprochen werden.⁸⁸³ Aber trotz Kriegsbeginn und einer damit einhergehenden Reduzierung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation auf Frauen und Männer, die eine „besonders große Fortpflanzungsgefahr“ aufweisen würden, sollte die erbbiologische Buchhaltung systematisch fortgeführt werden.⁸⁸⁴ Bezweckt wurde hierdurch insbesondere eine Vervollständigung der bestehenden

⁸⁷⁹ LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 2: 1937–1944, fol. 57.

⁸⁸⁰ LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 2: 1937–1944, fol. 58.

⁸⁸¹ Vgl. LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 2: 1937–1944, fol. 68.

⁸⁸² Vgl. Kap. 3.4.1.

⁸⁸³ Vgl. RGBI. I, Jg. 1939, zweites Halbjahr, S. 1560–1561.

⁸⁸⁴ In diesem Zusammenhang betonte Ende September 1939 das Reichsinnenministerium die besondere Bedeutung der „erbbiologischen Bestandsaufnahme“: „Die Erbbestandsaufnahme hat sich immer mehr als unentbehrliche Grundlage für die Durchführung der Erbpflege des nationalsozialistischen Staates erwiesen. Durch sie wird gerade in Zweifelsfällen der Entscheidung die nötige Sicherheit gegeben werden können. Diese Grundlage immer mehr zu festigen, muß daher vordringliches Ziel aller erbbiologischen Arbeiten sein. Ich erwarte daher von allen Behörden, öffentlichen Körperschaften usw., daß sie hierzu nach ihren Kräften beitragen.“ LASA, C 28 Ig, Nr. 456: Erb- und Rassenhygiene (1938–1944), fol. 24–25.

„Erbkarteien.“⁸⁸⁵ Im Juni 1941 wurden weitere Einschränkungen vorgenommen und alle Anstalten sollten die Erbbestandsaufnahme „bis auf die Verkartung aller Neuaufnahmen für die Dauer des Krieges“ zurückstellen, „wenn die Personalverhältnisse eine ordnungsgemäße Durchführung nicht mehr ermöglichen“.⁸⁸⁶ Auf die Erfassung von neu aufgenommenen Patienten sowie die Meldung an die Gesundheitsämter könne jedoch nicht verzichtet werden, da hierdurch die gesamte erbbiologische Katalogisierung gefährdet werden würde. Diese Anweisungen hatten jedoch nicht den erwünschten Erfolg, und das Reichsinnenministerium sah sich im Februar 1942 gezwungen, die Regierungspräsidenten über Einsparpotenziale „unwichtiger Arbeit auf dem Gebiet der Erb- und Rassenpflege“ zu unterrichten und die vorhandenen Ressourcen effizienter auszunutzen. Die Vision einer umfassenden Erbbestandsaufnahme der deutschen „Volksgemeinschaft“ geriet spätestens zu diesem Zeitpunkt in den Hintergrund. „Grundsätzlich bemerke ich, daß es jetzt weniger darauf ankommt, jeden Einzelfall genau zu bearbeiten als das Festhalten an den Grundgedanken der Erb- und Rassenpflege dem Volke gegenüber durch Verhinderung der schlimmsten Verstöße zum Ausdruck zu bringen.“⁸⁸⁷ Unter dem Eindruck der Ausrufung des „totalen Krieges“ am 18. Februar 1943 wurden knapp zwei Monate später weiterführende Einschränkungen angeordnet. Am 8. April veranlasste das Reichsinnenministerium die „vorübergehende Einschränkung bei Arbeiten der Beratungsstellen für Erb- und Rassenpflege“.⁸⁸⁸ Die psychiatrischen Einrichtungen sollten fortan nur noch Personen mit „Erbkrankheiten“ oder Missbildungen melden, und in den Gesundheitsämtern sollten Sippentafeln lediglich für Sterilisationsverfahren ausgestellt werden.⁸⁸⁹ Könne die Erbkartei nicht mehr ordnungsgemäß geführt werden, sollten Karteikarten nur bei „erb- und rassenspflegerischen“ Fällen, im Rahmen der Eheberatung sowie bei Vorliegen von Tuberkulose und Geschlechtskrankheiten erstellt werden.⁸⁹⁰ Im Oktober 1944 wurde die Berichterstattung über Maßnahmen der „Erbpflege“ eingestellt.⁸⁹¹ Einen Monat später

⁸⁸⁵ So sollte etwa das Landespflegeheim und Arbeitsanstalt in Schönebeck/Elbe ab Dezember 1939 die „erbbiologische Bestandsaufnahme“ durchführen. Die Erstellung von Karteikarten stieß jedoch auf erhebliche Probleme, da die betreuten Personen zumeist über keinen festen Wohnsitz verfügten und teilweise längere Haftstrafen verbüßt hatten. Vgl. LASA, C 20 I, Ib Nr. 1559: Rassenhygiene, Eheberatungsstellen (1926–1944), fol. 93.

⁸⁸⁶ LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 2: 1937–1944, fol. 110.

⁸⁸⁷ StA Erfurt, Nr. 2/511–23031: Magistrat der Stadt Erfurt. Stadtgesundheitsamt, Erb- und Rassenpflege. Durchführung des Ehegesundheitsgesetzes vom 18.10.1935, enthält v. a. Verordnungen, Dienstanweisungen für das Gesundheitsamt (1936–1946), unfol.

⁸⁸⁸ MBliV, Jg. 8. (104.), 1943, S. 605–608.

⁸⁸⁹ Vgl. MBliV, Jg. 8. (104.), 1943, S. 605–608.

⁸⁹⁰ Vgl. MBliV, Jg. 8. (104.), 1943, S. 605–608.

⁸⁹¹ Vgl. MBliV, Jg. 9. (105.), 1944/45, S. 1023–1024.

wurde die Karteikartenführung auf die Merkmale reduziert, die für eine erbbiologische Beurteilung unerlässlich seien.⁸⁹²

Der Zweite Weltkrieg beendete das gigantische erbbiologische Katalogisierungsprogramm im Dritten Reich endgültig. Bis Ende des Krieges wurden schätzungsweise rund 10 Millionen Karteikarten angelegt.⁸⁹³ Der quantitative Umfang für die preußische Provinz Sachsen kann aufgrund der Überlieferungslage nicht abschließend geklärt werden. Im Vergleich zu anderen Regionen und Städten konnten vor allem Erfurt, Halle/Saale und Magdeburg eine umfangreiche Erbbestandsaufnahme vorweisen.⁸⁹⁴ Die angestrebten Erfassungsmaßnahmen beruhten auf den Ermittlungen im Zuge der nationalsozialistischen Zwangssterilisation seit 1933. Dementsprechend standen das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ und die „erbbiologische Bestandsaufnahme“ in einem immanenten Zusammenhang, indem die biopolitische Katalogisierung im Dritten Reich vor allem den Ausschluss von „erbkranken“ Personen beförderte.

Die auch durch die lokalen Bedingungen hervorgerufene Fokussierung auf „Erbkrankheiten“ erfuhr mit Kriegsbeginn 1939 eine Bestätigung, indem die „Erbbestandsaufnahme“ wiederum auf als „erbkrank“ und „minderwertig“ geltende Frauen und Männer reduziert wurde.⁸⁹⁵ Im Vergleich zur ersten Erfassungsphase verfolgte die zweite Erfassungsphase einen systematischen Zugriff und war seit 1935 in den staatlichen Gesundheitsämtern gebündelt, die Ermittlungen durchführten und konsistente Erfassungsnetzwerke mit kommunalen Behörden und medizinischen Einrichtungen begründeten. Mit der Registrierung auf der Grundlage von formalisierten Anzeigeformularen und Karteikarten wurde die Erfassung von „erbkrankverdächtigen“ Personen vereinheitlicht. Das nationalsozialistische Sterilisationsverfahren erfuhr durch diese Maßnahme einen herrschaftlichen sowie bürokratisch-mechanistischen Charakter. Der

⁸⁹² Vgl. MBliV, Jg. 9. (105.), 1944/45, S. 1157–1158.

⁸⁹³ Vgl. Czech: Inventur des Volkskörpers.

⁸⁹⁴ Im regionalen Vergleich ragen Berlin mit 120 000 Geburts- und Auskunftsarteien (1938), Wien mit rund 770 000 Einträgen, Hamburg mit über einer Million Datensätzen in einem Gesundheitspassarchiv (1939) heraus. In der Rheinprovinz wurden etwa bei über 7,5 Millionen Einwohnern rund 1,25 Millionen Frauen und Männer katalogisiert und in Thüringen nahezu jede dritte Person (500 000 Datensätze bei 1,7 Millionen Einwohnern). Zum Überblick siehe Czech: Inventur des Volkskörpers, S. 303–304; Vossen: Gesundheitsämter im Nationalsozialismus, S. 349–350.

⁸⁹⁵ Im Zuge des Krieges erfuhren die Erfassungsmaßnahmen eine tendenziell neue Charakteristik, da etwa Zwangsarbeiterinnen in das Visier erb- und rassenpolitischer Überprüfungen gerieten. Konkreten Niederschlag fand der Wandel der Erfassungsausrichtung in der hiesigen Überlieferung hingegen kaum. Deshalb bleibt dieses Forschungsthema weitgehend unberührt. Einen wichtigen lokalhistorischen Forschungsansatz bietet vor allem ThStAG, Regierung Erfurt, Staatliches Gesundheitsamt Mühlhausen (1906–1952) Nr. 32: Anzeigen, Unterbrechung der Schwangerschaft (1943–1946). Weiterführend: Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus.

selektive Fokus der Erfassung lag auf Frauen und Männern, die gesundheitlich, ökonomisch oder sozial auffällig geworden waren und somit potentiell „erbkrank“ sein könnten.

Die erbbiologische Erfassung insbesondere in den ländlichen Kreisen entsprach jedoch größtenteils nicht den anvisierten Zielen und normativen Richtlinien. Vielmehr hemmten Personalmängel, die geringe materielle Ausstattung der Gesundheitsämter, organisatorische Defizite innerhalb von Städten und Kreisen sowie zwischen den beteiligten Behörden und psychiatrischen Einrichtungen die „Erbbestandsaufnahme“ erheblich, sodass die beabsichtigte vollständige Katalogisierung eine Utopie blieb. Darüber hinaus kollidierte die geringe Ausstattung mit der Übertragung einer Vielzahl von bevölkerungspolitischen Maßnahmen, die neben den grundlegenden Erfordernissen des öffentlichen Gesundheitswesens bewältigt werden mussten. Der praktische Nutzen der biopolitischen Katalogisierung „zugunsten eines irrationalen Wunsches nach Vollständigkeit“ blieb damit begrenzt.⁸⁹⁶ Es wurde zwar ein „Erfassungssystem ungeheurer Dichte ins Leben gerufen“, welches aber aufgrund von organisatorischen, personellen und materiellen Problemen sowie der Fülle von ermittelten und verzeichneten Daten die Durchführung der nationalsozialistischen „Erb- und Rassenpflege“ hemmen konnte.⁸⁹⁷ Trotz dieser Einschränkungen, Blockaden und gegenseitigen Behinderungen kann von einem „engmaschigen Erfassungssystem“ gesprochen werden, das „hervorragend dazu geeignet [war], vor allem die Menschen, die unter die Indikationen des GzVeN [Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses] fielen und nicht in Anstalten lebten, dem Zwangssterilisationsverfahren zu unterwerfen“.⁸⁹⁸

4.2.3 Das Anzeigeverhalten – ein statistischer Überblick

Die Betrachtung der zeitlichen Entwicklungen von Erfassungsprozeduren männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“ im Dritten Reich hat einen herrschaftlichen Willen verdeutlicht, der sich auf diverse medizinisch-psychiatrische, behördliche und auch gesellschaftliche Koalitionen und Partizipation stützen konnte. Dabei unterlagen die Erfassungsmaßnahmen einem charakteristischen Wandel von einer wahllosen und stürmischen selektiven Vorauswahl hin zu einem Versuch der zielgerichteten und systematischen Registrierung von „erbkrankverdächtigen“ Frauen und Männern, in dessen Zentrum die staatlichen Gesundheitsämter standen. Über die engeren Ziele des

⁸⁹⁶ Birk: Erbgesundheitswesen im bayerischen Schwaben, S. 97.

⁸⁹⁷ Birk: Erbgesundheitswesen im bayerischen Schwaben, S. 97.

⁸⁹⁸ Birk: Erbgesundheitswesen im bayerischen Schwaben, S. 98.

„Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ hinaus verfolgte die biopolitische Katalogisierung eine soziobiologische Gesamtschau der deutschen Bevölkerung. Die biopolitische Buchhaltung blieb aufgrund von personellen und materiellen Defiziten jedoch weitgehend Fiktion, gleichwohl bildete die Erfassung von männlicher und weiblicher Minderwertigkeit sowohl den Ausgangspunkt und als auch den Kern der „erbologischen Bestandsaufnahme“.

Die bislang gewonnenen Ergebnisse können fortführend mit statistischen Ergebnissen zum Anzeigeverhalten, zum Umfang von angezeigten Personen sowie zur Erfassungsintensität verdichtet werden.⁸⁹⁹ Darüber hinaus kann die Bearbeitung von Sterilisationsanzeigen untersucht werden, die einerseits einen Blick auf die Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens ermöglichen. Einen wichtigen Aufschluss über selektive Erfassungsformen, das Engagement sowie den Wandel von Beurteilungskriterien von „erbkranken“ Frauen und Männern geben andererseits Sterilisationsanzeigen, die seitens der antragsberechtigten Kreis- bzw. Amtsärzte als unbegründet zurückgewiesen wurden. Auf der Grundlage der vorliegenden statistischen Ergebnisse zum Anzeigeverhalten können weiterhin Rückschlüsse auf die Beteiligung von Behörden und Berufsgruppen, die Funktionalität von Erfassungsnetzwerken, das Interesse an der Unfruchtbarmachung sowie auch auf latente Vorstellungen gezogen werden, welche Personen im Dritten Reich als „erbkrank“ angesehen wurden.

⁸⁹⁹ Vgl. Tabellen zum Anzeigeverhalten siehe Anhang, I: Sterilisationsanzeigen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933. Zur Quellengrundlage siehe Kap. 2.3. Die Überlieferung zum Anzeigeverhalten ist jedoch unvollständig und beruht auf unterschiedlichen statistischen Nachweisführungen, sodass die vorliegenden Ergebnisse als Ausschnitt und untere Grenze anzusehen sind. Daneben beruhen die jeweiligen Angaben auf verschiedenen Bezugsgrößen, indem etwa die neu erstatteten Anzeigen nach dem Anzeigsteller unterteilt werden, hingegen die Bearbeitung von Anzeigen, mit Ausnahme des Jahres 1935, auf den Bestand von bearbeiteten Anzeigen, der sich aus übernommenen und neu erstatteten Anzeigen zusammensetzt. Um erhebliche statistische Verzerrungen zu vermeiden, erfolgt die Auswertung mit unterschiedlichen Bezugsgrößen. Daneben können die vorliegenden Daten nur mit wenigen anderen Forschungsergebnissen verglichen werden, da die Anzahl und statistische Verteilung von Sterilisationsanzeigen kaum erfasst und statistisch aufbereitet wurde. Beispielsweise verweisen einzelne Forschungsarbeiten lediglich auf Prozentangaben, die jedoch aufgrund des hohen Anteils von „unbekannten“ Anzeigestellern einen geringeren Aussagewert haben. Vgl. Heitzer: Zwangssterilisation in Passau, S. 85; Birk: Erbgesundheitswesen im bayerischen Schwaben, S. 99.

In der preußischen Provinz Sachsen wurden bis 1945 mindestens 31 539 Frauen und Männer als „erbkrank“ angezeigt.⁹⁰⁰ Dies entspricht 0,92 Prozent der Gesamtbevölkerung.⁹⁰¹ Nach Gisela Bock wurden bis 1945 im Dritten Reich schätzungsweise eine Millionen Frauen und Männer als „erbkrank“ angezeigt, was drei Prozent der Bevölkerung im Alter von 16 bis 50 Jahren und etwa 0,7 Prozent der Gesamtbevölkerung ausmacht.⁹⁰² Dementsprechend könnten die vorliegenden Ergebnisse für ein stärkeres Anzeigeverhalten in der preußischen Provinz Sachsen sprechen. Innerhalb der Provinz bestanden größere Unterschiede: So wurden im Regierungsbezirk Magdeburg 1,14 Prozent und im Regierungsbezirk Merseburg 0,74 Prozent der jeweiligen Einwohnerzahl angezeigt. Diese Differenzen könnten auf die Leistungsfähigkeit des staatlichen Gesundheitswesens sowie die Implementierung der „erbbiologischen Bestandsaufnahme“ hindeuten. Im nationalen Vergleich liegt die Erfassungsquote in der preußischen Provinz Sachsen jedoch hinter anderen Regionen zurück, sodass insgesamt von einer durchschnittlichen Erfassungsintensität ausgegangen werden kann.⁹⁰³

Unter zeitlichen Gesichtspunkten kann für alle Regierungsbezirke eine hohe Anzeigenzahl zu Beginn der nationalsozialistischen Zwangssterilisation konstatiert werden. Im Verlauf der 1930er-Jahre nahm der Umfang stetig ab, eine wesentliche Reduzierung rief schließlich der Kriegsausbruch 1939 hervor. Allein im Regierungsbezirk Magdeburg wurden im Jahr 1934 insgesamt 6636 Sterilisationsanzeigen gestellt – dies entspricht etwa einem Fünftel der nachgewiesenen Anzeigen in der gesamten Provinz.⁹⁰⁴ Der enorme Umfang bestätigt ein „explosionsartiges“ Anzeigeverhalten nach dem Beschluss des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“. Im Anschluss an diese selektive Eruptionsdynamik sank die Anzeigenzahl im Jahr 1935 um

⁹⁰⁰ Diese Anzahl ergibt sich durch die Addition aller nachgewiesenen neu erstatteten Anzeigen in den drei Regierungsbezirken Erfurt, Magdeburg und Merseburg.

⁹⁰¹ Im Jahr 1935 lebten in der preußischen Provinz Sachsen 3 419 913 Menschen. Dabei entfielen auf den Regierungsbezirk Erfurt 610 757, den Regierungsbezirk Magdeburg 1 302 385 und den Regierungsbezirk Merseburg 1 506 771 Frauen und Männer. Vgl. 2.3.

⁹⁰² Vgl. Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 230–231.

⁹⁰³ Johannes Vossen verweist für den Zeitraum von 1934 bis 1941 auf 15 175 Sterilisationsanzeigen für den Regierungsbezirk Minden. Bei einer Bevölkerungszahl von 928 655 im Jahr 1939 handelt es sich um eine Anzeigenquote von 1,63 Prozent im Hinblick auf die gesamte Bevölkerungszahl. Im Regierungsbezirk Düsseldorf wurden 0,97 Prozent der Bevölkerung wegen einer „Erbkrankheit“ angezeigt. Vgl. Vossen: Gesundheitsämter im Nationalsozialismus, S. 275, 319, 423. Demgegenüber könnten die ermittelten Ergebnisse auch als Indiz für ein höheres Anzeigeverhalten im Dritten Reich herangezogen werden, sodass von mehr als drei Millionen Sterilisationsanzeigen ausgegangen werden müsste.

⁹⁰⁴ Die hohe Anzahl von Sterilisationsanzeigen im Jahr 1934 beruhte auch auf der vorbereitenden Erfassung seit Sommer 1933, sodass etwa anderthalb Jahre Ermittlungstätigkeit in der Statistik des Jahres 1934 verzeichnet wurden. Unter diesen Gesichtspunkten ist der statistische Abfall zum Jahr 1936 geringer und beträgt rund 25 Prozent: $6636 \div 1,5 = 4424$.

über 40 Prozent. Im Jahr 1940 wurden noch 1020 Anzeigen gestellt, womit der Umfang von Sterilisationsanzeigen im Vergleich zum Jahr 1934 um über 80 Prozent abnahm.⁹⁰⁵ In den Regierungsbezirken Erfurt und Merseburg können vergleichbare Entwicklungen beobachtet werden, jedoch ist der Rückgang von Sterilisationsanzeigen hier geringer. Zudem kann für den Regierungsbezirk Erfurt mit 1347 Anzeigen im Jahr 1938 der Höchststand festgehalten werden, was auf regionale Unterschiede und auf nicht zwingend gleichförmige Erfassungsprozeduren hinweist. Der quantitative Rückgang von Anzeigen beruhte neben der Vielzahl von erfassten Frauen und Männern in der Frühphase weiterhin auf einer Etablierung von administrativen Reglementierungen, Erfahrungen in der Anzeigenpraxis sowie veränderten Beurteilungskriterien.

Trotz der Implementierung von unterschiedlichen bevölkerungspolitischen Maßnahmen im Verlauf der 1930er-Jahre bestätigt der engere Blick auf die Erfassungstätigkeit im Zuge der nationalsozialistischen Zwangssterilisation keinen akuten Radikalisierungsprozess. Unter einer verallgemeinernden Perspektive veranschaulichen die Ergebnisse zum Zusammenhang von Umfang und zeitlichen Entwicklungen vielmehr biopolitische Normalisierungs- und Regulierungstendenzen der Erfassungstätigkeit, indem nach einem eruptiven Beginn ein staatlich geprägtes und netzförmig agierendes Ermittlungssystem etabliert wurde, welches fortlaufend „erbkrankverdächtige“ Frauen und Männer produzierte.

Die zeitgenössischen Statistiken unterscheiden in der Anzeigenerstattung zwischen „beamteten Ärzten“,⁹⁰⁶ wie vor allem Kreisärzten bzw. Amtsärzten, „nichtbeamteten Ärzten“, „Anstalten“, wie besonders psychiatrischen Einrichtungen, sowie „sonstigen Personen“. In Anbetracht der gesetzlichen Regelungen handelte es sich hierbei um männliche und weibliche Mitarbeiter von kommunalen Behörden, wie etwa Fürsorge-, Jugend-, Standes- oder Wohlfahrtsämtern.⁹⁰⁷ Eine wichtige Berufsgruppe

⁹⁰⁵ Die vorliegenden Zahlen unterscheiden sich von den Ergebnissen von Johannes Vossen für den Zeitraum von 1934 bis 1936. Nach Vossen wurden im Regierungsbezirk Magdeburg bis 1936 insgesamt 10 942 Personen als „erbkrank“ angezeigt. Auf der Grundlage der hier vorgenommenen Recherchen ergibt sich für diesen Zeitraum jedoch ein Umfang von 13 760 Sterilisationsanzeigen für den Regierungsbezirk Magdeburg. Vgl. Vossen: Gesundheitsämter im Nationalsozialismus, S. 430.

⁹⁰⁶ Als beamtete Ärzte gelten der Kreisarzt bzw. Amtsarzt sowie der jeweilige Stellvertreter, ein von der Landesregierung hauptamtlich angestellter Gerichtsarzt und der jeweilige Stellvertreter, der Sanitätsoffizier der Reichswehr/Wehrmacht oder der vertraglich verpflichtete Zivilarzt für den jeweiligen Dienstbereich. Vgl. Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 136–137.

⁹⁰⁷ Vgl. Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 140. Ob hierzu auch Mitarbeiter der Gesundheitsämter gezählt wurden sowie Amtspersonen oder Lehrer, die laut der gesetzlichen Vorschriften keine Anzeigen, sondern lediglich Meldungen einreichen durften, kann nicht abschließend geklärt werden.

bildeten die Fürsorgerinnen.⁹⁰⁸ Die statistische Betrachtung von „sonstigen Personen“ steht jedoch vor dem Problem, dass keine detaillierten Angaben zur Beteiligung einzelner Berufsgruppen gemacht werden können.⁹⁰⁹

Spezifische Probleme betreffen die Gruppen der „nicht-beamtenen Ärzte“. Hierzu zählten neben der praktizierenden Ärzteschaft auch kommunalärztliche Dienststellen, Fürsorgestellen, „Gerichtsärzte, Kommunal- und Stadtärzte, Krankenhaus- und Anstaltsärzte oder sonstige ärztliche Beamte“, die nicht „mit der Wahrnehmung amtsärztlicher Geschäfte oder eines Teils derselben von der zuständigen Landesregierung beauftragt sind.“⁹¹⁰ Dementsprechend muss vor allem der statistische Einbezug von kommunalärztlichen Dienststellen bis zur Gründung der staatlichen Gesundheitsämter im Jahr 1935 unter die „nicht-beamtenen Ärzte“ berücksichtigt werden.

Nach den vorliegenden Ergebnissen wurden über 32 Prozent der in der preußischen Provinz gestellten Anzeigen von beamteten Ärzten gestellt, knapp 19 Prozent von nicht-beamtenen Ärzten, 24 Prozent von psychiatrischen Anstalten und knapp 25 Prozent von „sonstigen Personen“. Auf den ersten Blick verweist dieses Ergebnis auf eine verhältnismäßig homogene Verteilung zwischen den anzeigepflichtigen Gruppen und besagt zugleich, dass etwa 44 Prozent der Sterilisationsanzeigen in der preußischen Provinz Sachsen von Berufsgruppen gestellt wurden, die, wie Gesundheitsämter und psychiatrische Einrichtungen, nicht unmittelbar an der Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ beteiligt waren.

Die Betrachtung des Anzeigeverhaltens in den einzelnen Regierungsbezirken führt jedoch nicht nur zu erheblichen Differenzierungen, sondern verweist auch auf regionale Unterschiede und zeitliche Entwicklungen. Die Beteiligung von beamteten Ärzten pendelte in den Regierungsbezirken zwischen 25 und 45 Prozent, ebenso schwankte der Anteil von psychiatrischen Einrichtungen zwischen 20 und 29 Prozent. Den größten Unterschied weist die Beteiligung von „sonstigen Personen“ auf, die sich in den Regierungsbezirken Magdeburg und Merseburg zwischen 25 und 31 Prozent

⁹⁰⁸ Vgl. Vossen: Gesundheitsämter im Nationalsozialismus, S. 275–280.

⁹⁰⁹ Daneben kann anhand der vorliegenden Daten die denunziatorische Meldung von Privatpersonen oder Familienangehörigen kaum bemessen und vertieft werden. Nach Gisela Bock war die Meldung von „erbkranken“ Personen durch Privatpersonen als Denunziation oder „Racheakt“ verbreitet. Diese These kann anhand der vorliegenden Statistiken nicht überprüft werden. Im Hinblick auf die Untersuchung der zeitlichen Entwicklungen der Erfassungsprozeduren, der Beteiligung von Berufsgruppen sowie auch Verhaltensweisen von betroffenen Frauen und Männern ergeben sich jedoch belastbare Hinweise, die auf eine stärkere Beteiligung von Nachbarn, Arbeitskollegen oder Mitmenschen hindeuten. Vgl. auch Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 264.

⁹¹⁰ Vgl. Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 137. Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 1, fol. 178.

bewegte, jedoch im Regierungsbezirk Erfurt lediglich acht Prozent umfasste. Hingegen bestanden kaum Unterschiede in der Beteiligung der praktizierenden Ärzteschaft, die durchschnittlich rund 17 bis 20 Prozent betrug.

Der Anteil von Sterilisationsanzeigen durch beamtete Ärzte stieg in den Regierungsbezirken Magdeburg und Merseburg im Verlauf der 1930er-Jahre und betrug zu Beginn der 1940er-Jahre etwa 40 bis 50 Prozent. Dieser hohe Anteil kann für den Regierungsbezirk Erfurt trotz Schwankungen bereits für die 1930er-Jahre konstatiert werden. Dementsprechend gewann die Anzeigenstellung durch beamtete Ärzte in der zweiten Hälfte der 1930er-Jahre erheblich an Bedeutung.

Die Beteiligung von psychiatrischen Einrichtungen war mit 21 bis 24 Prozent in den Bezirken Magdeburg und Merseburg vergleichbar und weist nur geringere Schwankungen auf. Dagegen besaß die Anzeigenstellung durch Anstalten im Bezirk Erfurt mit knapp 30 Prozent eine signifikant höhere Bedeutung. Dieses Ergebnis betont die besondere Stellung der Landesheilanstalt Pfafferode im Regierungsbezirk Erfurt. Überraschenderweise deuten die vorliegenden Ergebnisse nicht auf eine frühzeitige starke Erfassungsintensität von psychiatrischen Anstalten hin, die im Verlauf der 1930er-Jahre abebbte. Vielmehr war der Umfang von Sterilisationsanzeigen durch die Landesheilanstalten der Provinz weitgehend konstant.⁹¹¹ Die vorliegenden Ergebnisse belegen somit das durch die Anstalten gewährleistete Erfassungsnetzwerk, indem sie in Unterstützung der Gesundheitsämter als „erbkrank“ geltende Frauen und Männer ermittelten.

Der Umfang von Anzeigen durch nicht-beamtete Ärzte blieb in allen Regierungsbezirken mit einem Anteil von etwa einem Fünftel weitgehend konstant. Größere Schwankungen können mit Ausnahme des Jahres 1934, in welchem der Anteil im Regierungsbezirk Magdeburg knapp 30 Prozent betrug, nicht ausgemacht werden. Die hohe Beteiligung wurde vermutlich dadurch hervorgerufen, dass die bis 1935 bestehenden kommunalen und städtischen Gesundheitsämter nicht zu den beamteten Ärzten, sondern zur praktizierenden Ärzteschaft gezählt wurden. Diese Vermutung wird durch die behördlichen Feststellungen gestützt, dass das Engagement der praktizierenden Ärzteschaft in den Augen von Amtsärzten und Regierungsbehörden gering war.⁹¹²

⁹¹¹ Hierbei muss jedoch berücksichtigt werden, dass es sich bei den vorliegenden Zahlen vermutlich um Frauen und Männer handelte, die die Anstalten im Rahmen der Außenfürsorge erfasste, für die sie jedoch keinen Sterilisationsantrag stellen konnte. Vgl. Birk: Erbgesundheitswesen im bayerischen Schwaben, S. 55.

⁹¹² Vgl. Kap. 4.2.1.

Demgegenüber sind die erheblichen Unterschiede in der Anzeigenerstattung von „sonstigen Personen“ durchaus erstaunlich. In den Regierungsbezirken Magdeburg und Merseburg nahm diese Gruppe zu Beginn der nationalsozialistischen Zwangssterilisation eine maßgebliche Rolle ein und stellte zwischenzeitlich über 40 Prozent der jährlichen Anzeigen. Somit wurde zumindest zeitweise ein Großteil von Sterilisationsanzeigen durch Fürsorge-, Jugend-, Standes- oder Wohlfahrtseinrichtungen eingebracht, was sowohl auf Erfassungscoalitionen als auch Interessen der beteiligten Behörden hinweist. Der Anteil reduzierte sich anschließend auf rund ein Fünftel. Hingegen war die Bedeutung von „sonstigen Personen“ für die Anzeigenstellung im Regierungsbezirk Erfurt fortwährend gering und betrug maximal rund 11 Prozent.⁹¹³

In Anbetracht der Beteiligung der einzelnen Erfassungsgruppen kann festgehalten werden, dass die Bedeutung von beamteten Ärzten und psychiatrischen Anstalten für die Anzeigenstellung stark zunahm und in der zweiten Hälfte der 1930er-Jahre in allen Regierungsbezirken mindestens zwei Drittel ausmachte.⁹¹⁴ Dergestalt korrespondierte das Anzeigeverhalten mit der Gründung von staatlichen Gesundheitsämtern sowie den Systematisierungsbestrebungen der Erfassungsprozeduren im Rahmen der „erbbiologischen Bestandsaufnahme“, was eine Verlagerung von einer zumindest partiellen gouvernementalen Beteiligung zu einer herrschaftlichen Ermittlungstätigkeit von „erbkranken“ Personen im Dritten Reich hervorrief.

Gegenüber den Erfassungsprozeduren kann anhand der jährlich bearbeiteten Anzeigen die Leistungsfähigkeit der Gesundheitsämter und psychiatrischen Einrichtungen in den Blick genommen werden.

Von den mindestens 31 539 gestellten Anzeigen in der preußischen Provinz Sachsen wurden knapp 79 Prozent bearbeitet. Zwischen den Regierungsbezirken

⁹¹³ Es kann hierbei nicht ausgeschlossen werden, dass ein Teil der eingegangenen Anzeigen von „sonstigen Personen“ umdeklariert worden ist. Hinweise gibt es hierfür jedoch nicht.

⁹¹⁴ Im Vergleich zum Regierungsbezirk Minden unterschied sich das Anzeigeverhalten in der preußischen Provinz Sachsen sowie in den einzelnen Regierungsbezirken vor allem darin, dass die psychiatrischen Einrichtungen erheblich weniger Anzeigen erstatteten – im Regierungsbezirk Minden wurde über die Hälfte aller Sterilisationsanzeigen von psychiatrischen Einrichtungen gestellt. Demgemäß war der Anteil von Anzeigen von Gesundheitsämtern sowie von „sonstigen anzeigepflichtigen Personen“ erheblich geringer. Dagegen ist der Anteil von praktizierenden Ärzten vergleichbar. Diese Daten könnten für eine geringe Mitarbeit der Landesheilanstalten in der preußischen Provinz Sachsen sprechen, die durch beamtete Ärzte und Behörden ausgeglichen wurde. Vgl. Vossen: Gesundheitsämter im Nationalsozialismus, S. 319.

schwankte der Anteil zwischen rund 73 und über 86 Prozent.⁹¹⁵ Beispielsweise konnten im Regierungsbezirk Magdeburg von den im Jahr 1934 erstatteten 6636 Sterilisationsanzeigen 2776 und somit über 40 Prozent nicht bearbeitet werden und wurden übernommen. Dieser Bestand blieb bis zum Kriegsbeginn nahezu konstant und betrug im Jahr 1940 weiterhin 2765 offene Anzeigen. Unter Einbezug der einlaufenden Sterilisationsanzeigen konnten die Gesundheitsämter im Regierungsbezirk Magdeburg im Jahr 1940 rund 30 Prozent des aufgelaufenen Gesamtbestandes von Sterilisationsanzeigen bearbeiten.⁹¹⁶ Ein vergleichbares Bild kann für die Regierungsbezirke Merseburg und Erfurt konstatiert werden. Nach dem anfänglich hohen Anzeigevolumen wurden in Merseburg im Zeitraum von 1936 bis 1941 jährlich über 2200 Anzeigen unbearbeitet übernommen. Durchschnittlich konnten rund 38 Prozent des jährlichen Anzeigenbestandes bearbeitet werden. Dieser Anteil betrug im Jahr 1936 knapp 48 Prozent und sank bis 1939 zunächst auf 36 Prozent und schließlich auf circa 23 Prozent im Jahr 1941. Im Regierungsbezirk Erfurt stieg die Anzahl von 1039 übernommenen Sterilisationsanzeigen auf 1210 im Jahr 1941. Der durchschnittliche Anteil von bearbeiteten Anträgen betrug über 40 Prozent. Er pendelte zwischen 1937 und 1939 bei rund 50 Prozent und sank 1940 auf 25 Prozent ab.

Diese Ergebnisse verdeutlichen erhebliche Bearbeitungsprobleme in den Gesundheitsämtern, die vor allem durch personelle und materielle Probleme sowie die Durchführung von weiteren bevölkerungspolitischen Maßnahmen wie die „erbbiologische Bestandsaufnahme“ oder das „Ehegesundheitsgesetz“ hervorgerufen wurden. Die Produktivität des öffentlichen Gesundheitswesens war jedoch von Beginn an begrenzt und nahm im Verlauf der 1930er-Jahre stetig ab. Einen besonderen Einschnitt bildete die Gründung der staatlichen Gesundheitsämter im Jahr 1935, die im Zuge der Einrichtung nicht zu einer Steigerung, sondern zu einer Abnahme von bearbeiteten Anzeigen führte. Denn in allen drei Regierungsbezirken lag der Anteil im Vergleich zum Vorjahr bzw. nachfolgenden Jahr um etwa 50 Prozent niedriger. Die staatlichen Gesundheitsämter boten dementsprechend zwar die normativen Voraussetzungen, waren im Rahmen der nationalsozialistischen Zwangssterilisation jedoch nicht imstande, die ihnen zugewiesenen Erfassungsfunktionen zu erfüllen.

⁹¹⁵ Für diese Unterschiede können auch die jeweiligen Überlieferungszeiträume verantwortlich sein, da vor allem in den Anfangsjahren der Anteil von bearbeiteten Anzeigen aufgrund von begrenzten Kapazitäten und einer Vielzahl von Anzeigen geringer war.

⁹¹⁶ Die Bezugsgröße bildet die Addition von übernommenen und neu erstatteten Anzeigen.

Neben behördlichen Defiziten sowie veränderten Anforderungen an die Begutachtung von „erbkrank“ geltenden Frauen und Männern bildete auch die medizinische Überprüfung der eingegangenen Sterilisationsanzeigen einen wesentlichen Grund des geringen Bearbeitungsstandes. Hierbei ergab sich, dass ein erheblicher Anteil von Sterilisationsanzeigen unbegründet war und nicht weiterverfolgt wurde. Gleichzeitig bieten diese unbegründeten Anzeigen wichtige Hinweise zum Anzeigeverhalten, indem etwa fehlende Anordnungen, medizinische Unkenntnis, Eifer oder auch Veränderungen von Beurteilungskriterien nicht gerechtfertigte Anzeigen hervorriefen.⁹¹⁷

In der preußischen Provinz Sachsen wurden seit 1934 über die Hälfte der Sterilisationsanzeigen als unbegründet zurückgewiesen. Zwischen den Regierungsbezirken bestanden lediglich geringfügige Unterschiede. Tendenziell kann ein Anstieg von unbegründeten Anzeigen im Verlauf der 1930er-Jahre festgehalten werden, wobei quantitative Unterschiede bestanden. Anfang der 1940er-Jahre wurden etwa in den Regierungsbezirken Magdeburg und Merseburg über drei Viertel aller bearbeiteten Anzeigen als unbegründet zurückgewiesen. Hierbei handelt es sich im Vergleich zum Beginn der nationalsozialistischen Zwangssterilisation um einen Anstieg von 25 auf fast 50 Prozent. Hingegen war der Anteil im Regierungsbezirk Erfurt auf konstant hohem Niveau. Insgesamt wurden am Ende der 1930er-Jahre signifikant mehr Anzeigen abgelehnt als weiterverfolgt. Die stetige Erhöhung im Verlauf der 1930er-Jahre rekurriert auf veränderte Beurteilungsrichtlinien, etwa den Einbezug der Lebensbewahrung bei „angeborenem Schwachsinn“, sowie die unmittelbare Verknüpfung der Sterilisation mit der „besonderen Fortpflanzungsgefahr“ seit Kriegsbeginn. Trotz der amtlichen Zurückweisung muss jedoch davon ausgegangen werden, dass die angezeigten Frauen und Männer im Rahmen der „erbbiologischen Bestandsaufnahme“ katalogisiert wurden, um anderweitigen oder späteren selektiven Maßnahmen unterworfen zu werden.

Die zeitgenössischen Statistiken unterschieden zwischen „unbegründeten Anzeigen“, was auf eine unberechtigte Diagnose schließen lässt, „zu hohem Alter“, „nicht

⁹¹⁷ Demgegenüber muss die jeweilige Antragspraxis durch die beamteten Ärzte in Rechnung gestellt werden, sodass etwa Gutachten oder Sterilisationsanträge lediglich auf der Grundlage von Anzeigen erstellt wurden. Vgl. Kap. 5 und 6.

bestehender Fortpflanzungsfähigkeit (fortpflanzungsunfähig)“, „Alter unter 10 Jahren“ sowie „sonstige Gründe“.⁹¹⁸ Über 38 Prozent der unbegründeten Anzeigen entfielen auf eine unberechtigte medizinische Diagnose und rund 30 Prozent wurden aufgrund „sonstiger Gründe“ abgelehnt. Gegenüber diesen maßgeblichen Ablehnungsgründen spielten die übrigen Kategorien eine geringe Rolle. Dabei war die Anzeige von Kindern unter 10 Jahren mit rund 17 Prozent verhältnismäßig stark vertreten. Elf Prozent der unbegründeten Anzeigen wurden aufgrund zu hohen Alters und der damit bescheinigten geringen Fortpflanzungsgefahr der betroffenen Frauen und Männer abgelehnt. Eine bestehende Fortpflanzungsunfähigkeit besaß mit unter vier Prozent lediglich eine randständige Bedeutung und ist auf Erkrankungen, operative Eingriffe oder die körperliche Konstitution zurückzuführen.

Die unbegründete Diagnose als Ablehnungsgrund schwankte erheblich und betrug im Regierungsbezirk Magdeburg 27 Prozent, in Merseburg hingegen über 51 Prozent aller eingestellten Anzeigen. Unter zeitlichen Gesichtspunkten fanden geringere Schwankungen statt, wobei im Regierungsbezirk Erfurt nach einem starken Rückgang im Jahr 1940 auf knapp 19 Prozent der Anteil im Jahr 1941 auf über 52 Prozent anstieg. Diese Unterschiede verweisen im Allgemeinen auf regional differente Anzeige- und Begutachtungspraktiken. So könnten etwa im Regierungsbezirk Merseburg weit mehr Frauen und Männer aufgrund von Erkrankungen angezeigt wurden, die nicht unter das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ fielen. Gleichzeitig könnten die vorliegenden Daten auch auf eine auf das Sterilisationsgesetz enger zugeschnittene diagnostische Beurteilungspraxis hindeuten. Darüber hinaus verweist die Nicht-Verfolgung von Anzeigen aufgrund einer unbegründeten Diagnose auf Veränderungen von diagnostischen Beurteilungskriterien.

Der Anteil von unbegründeten Anzeigen aufgrund zu hohen Alters unterschied sich zwischen den Regierungsbezirken mit circa sieben und über 14 Prozent. Schwankungen traten in den Regierungsbezirken Erfurt und Merseburg kaum auf, dagegen sank der Anteil in Magdeburg bis 1940 um etwa 50 Prozent.⁹¹⁹ Die Sterilisation von

⁹¹⁸ Laut einer Dokumentation wurden unter „sonstigen Gründen“ beispielsweise der Tod der angezeigten Person, der Umzug in einen anderen Zuständigkeitsbereich, dauernde Anstaltsbedürftigkeit, eine Infektionskrankheit, wie etwa TBC, die weitere Beobachtung sowie auch Zeitmangel in der Bearbeitung zusammengefasst. Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 1, fol. 178. Der Hinweis auf Zeitmangel sowie der Zusammenhang von offenen Anzeigen und unbegründeten Anzeigen konnte nicht geklärt werden.

⁹¹⁹ Gegenüber diesen Entwicklungen kann die ausdrückliche Konzentration der nationalsozialistischen Zwangssterilisation auf „fortpflanzungsgefährliche“ Frauen und Männer seit 1939 dazu beigetragen haben, dass sich der Anteil von unbegründeten Anzeigen aufgrund des Alters erhöhte.

Kindern unter 10 Jahren wurde im Dezember 1933 untersagt, gleichwohl galt die frühzeitige Sterilisation als wesentliche Bedingung, um „erbkranken“ Nachwuchs konsequent und zielgerichtet zu verhindern. Die Anzeige von unter zehnjährigen Kindern umfasste in Merseburg und Erfurt etwa zehn bis 13 Prozent. Im Regierungsbezirk Magdeburg betrug der Anteil jedoch über 23 Prozent, was im Vergleich zu den anderen Regionen auf eine umfangreiche Anzeigenpraxis sowie auch die Beteiligung von Schulen und Erziehungseinrichtungen hinweisen könnte. Insgesamt spiegelt sich in der Anzeige sowohl von sehr jungen als auch von älteren Frauen und Männern ein partizipatorischer Sterilisationseifer der zur Anzeige verpflichteten Behörden und Berufsgruppen.⁹²⁰

Auf der Grundlage der vorliegenden statistischen Ergebnisse wird die Charakteristik der Erfassungsphasen weiter konturiert. Nach Beschluss des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ wurde eine vorbereitende Erfassung angeordnet. In diesem Kontext wurden kommunale Behörden, Amtspersonen und Ärzte aufgefordert, als „erbkrank“ geltende Frauen und Männer anzuzeigen. Das zum Teil starke Engagement auch über die Anfangszeit hinaus beförderte die Anzeige einer Vielzahl von „erbkrankverdächtigen“ Frauen und Männern. Dergestalt erweist sich die nationalsozialistische Zwangssterilisation nicht als eine einseitige herrschaftliche Maßnahme, sondern als eine biopolitische Technologie, an der eine Vielzahl von Behörden und Mitarbeitern aktiv und engagiert beteiligt waren. Mit der Systematisierung der Erfassungsprozeduren fand eine Verlagerung der Erfassungstätigkeit in die staatlichen Gesundheitsämter und psychiatrischen Einrichtungen statt. Dieser Wandel beruhte auf der zentralen Position der Gesundheitsämter im Sterilisationsverfahren und verdeutlicht die herrschaftliche Charakteristik von Erfassungsmaßnahmen seit Mitte der 1930er-Jahre. Trotz der organisatorischen Konzentration in den Gesundheitsämtern wurde die Erfassung von „Minderwertigkeit“ jedoch durch organisatorische Probleme und personelle Mängel beeinträchtigt, sodass zunehmend weniger Personen ermittelt und Anzeigen bearbeitet werden konnten.

⁹²⁰ Die Anzahl an Ablehnungen aufgrund von „sonstigen Gründen“ ist in den Regierungsbezirken Magdeburg und Merseburg nahezu identisch. Im Regierungsbezirk Erfurt wurden im Vergleich zu Magdeburg und Merseburg jedoch durchschnittlich zehn Prozent mehr Anzeigen aufgrund von „sonstigen Gründen“ eingestellt, und lediglich zu Beginn der 1940er-Jahre sank der Anteil auf das Niveau der anderen Regierungsbezirke. Diese Ergebnisse können auf Verhaltensweisen hinweisen, indem zu Beginn der nationalsozialistischen Zwangssterilisation viele betroffene Frauen und Männer versuchten, die Unfruchtbarmachung durch einen dauernden Anstaltsaufenthalt zu umgehen. Sie können zugleich auf einen stärkeren Widerstand hindeuten, aber auch auf die statistische Nachweisführung zurückzuführen sein, da ungeklärt bleibt, ob etwa in Erfurt unter „sonstigen Gründen“ auch Anzeigen gerechnet wurden, die aufgrund von Zeitmangel nicht bearbeitet werden konnten.

Ein charakteristisches Merkmal des Anzeigeverhaltens in der preußischen Provinz Sachsen war die hohe Anzahl von unbegründeten Sterilisationsanzeigen von bis zu 50 Prozent. Allein der Umfang eröffnet eine weitere wichtige Perspektive auf die Tätigkeit von Amtsärzten, die neben der zentralen Funktion innerhalb des Sterilisationsverfahrens auch eine maßgebliche Regulierungsfunktion übernahmen, indem sie eine erhebliche Anzahl von Sterilisationsanzeigen zurückwiesen.

Der große Umfang von unbegründeten Anzeigen beruhte einerseits auf den Veränderungen der medizinisch-juristischen Beurteilungskriterien im Verlauf der 1930er-Jahre, sodass Personen schließlich nicht mehr in das Sterilisationsverfahren einbezogen wurden, die zu Beginn der nationalsozialistischen Zwangssterilisation verfolgt worden waren. Andererseits weisen die Anzahl und auch die Gründe von unbegründeten Sterilisationsanzeigen auf das Erfassungssystem hin, an dem Behörden, Amtspersonen und Berufsgruppen beteiligt waren, die keine medizinischen Kenntnisse oder Erfahrungen besaßen, jedoch das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vor ihrem persönlichen und beruflichen Hintergrund sinnhaft ausfüllten und mit Eifer betrieben. Welche Motive und selektiven Kriterien für die einzelnen Berufsgruppen maßgebend waren, wird in den folgenden Kapiteln paradigmatisch untersucht.

4.3 Verpflichtung, Teilhabe und Verweigerung. Zur Beteiligung von einzelnen Berufsgruppen an der Erfassung von männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“

4.3.1 Vorbemerkungen

Die Untersuchung des Anzeigeverhaltens sowie die damit verbundene Einflussnahme auf die gutachterliche Eröffnung eines Sterilisationsverfahrens durch kommunale und lokale Amtsträger, Lehrer, praktizierende Ärzte sowie Fürsorgerinnen ergänzt die zeitliche, organisatorische und statistische Analyse anhand von Gesundheitsämtern und psychiatrischen Einrichtungen, indem die lokale Zusammenarbeit, die Erfassungsmodalitäten und auch Probleme der selektiven Ermittlungstätigkeiten ausgeleuchtet werden können.⁹²¹ So können neben dem behördlichen, professionsspezifischen und persönlichen Engagement sowie Motiven und Interessen auch soziobiologische Beurteilungskriterien von männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“ näher beschrieben werden. Dergestalt rekurren die folgenden Ausführungen auf Übersetzungsleistungen im Vorfeld der amtsärztlichen Diagnostik, die gesellschaftliche Vorstellungen von „minderwertig“ und „erbkrank“ transportierten und die im Sterilisationsverfahren zu rassenhygienischen Argumenten der Selektion medizinisch-psychiatrisch sowie rechtlich verdichtet wurden. Somit trägt die Betrachtung des Anzeigeverhaltens von ausgewählten Berufsgruppen zu einer weiteren Konturierung der selektiven Ausprägung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation bei, indem Handlungsräume und Motive der Verpflichtung, Teilhabe und Verweigerung perspektiviert werden können. Darüber hinaus können in Ergänzung zu überwölbenden rassenhygienischen Diskursen wichtige Selektionskriterien herausgearbeitet sowie die Personenkreise näher beschrieben werden, die als „erbkrank“ und „minderwertig“ angesehen und in das Sterilisationsverfahren einbezogen wurden.⁹²²

⁹²¹ Um Wiederholungen zu vermeiden sowie im Hinblick auf die von Amtsärzten und Psychiatern erstellten Sterilisationsgutachten wird im Folgenden auf eine Betrachtung der Erfassungstätigkeit im Rahmen von Gesundheitsämtern und psychiatrischen Einrichtungen verzichtet.

⁹²² Darüber hinaus dokumentiert die Überlieferung zum „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ oder zur Tätigkeit von Erbgesundheitsgerichten weitgehend Berichte und Auskünfte, die eine Sterilisation unterstützten. Dagegen wurden in erheblich geringem Maße Ermittlungsergebnisse archiviert, die keine „Minderwertigkeit“ oder „Erbkrankheit“ verzeichneten. Dementsprechend können die vorliegenden Ergebnisse keineswegs Allgemeingültigkeit beanspruchen, sondern bieten lediglich Hinweise auf die Beteiligung an der Erfassung von „erbkranken“ Frauen und Männern im Dritten Reich.

Die paradigmatische Fokussierung auf Amtsträger, Lehrer, praktizierende Ärzte sowie Fürsorgerinnen obliegt analytischen und heuristischen Gründen.⁹²³ Den ausgewählten Berufsgruppen wurden auf einer normativ-organisatorischen Ebene einerseits wichtige Erfassungstätigkeiten zugewiesen – hierzu zählten insbesondere lokale Amtsträger und Fürsorgerinnen als Bedienstete von Gesundheits- oder Fürsorgeämtern.⁹²⁴ Eine weitere Gruppe waren praktizierende Ärzte, die sich jedoch laut Verwaltungsberichten der preußischen Provinz Sachsen nur sporadisch beteiligten. Daneben übernahmen insbesondere Lehrer wichtige Erfassungsaufgaben, indem sie junge Frauen und Männer meldeten oder Hintergrundinformationen lieferten.

Hingegen können Meldungen durch Privatpersonen, denen in einzelnen Erbgesundheitsverfahren eine große Bedeutung bei der Erfassung von „erbkranken“ Frauen und Männern zugemessen wurde, aufgrund der Überlieferungslage nicht näher betrachtet werden.⁹²⁵ Da die Berichterstattung der beamteten Ärzte hierzu weitgehend schweigt, kann davon ausgegangen werden, dass Meldungen durch Privatpersonen für die Erfassungsprozeduren des nationalsozialistischen Sterilisationsverfahrens insgesamt keine überragende Rolle spielten. Die Bedeutung der Mitarbeit von Nachbarn, Mitbewohnern oder „Dorfältesten“ liegt vielmehr in Auskünften und informellen Hinweisen, die von anzeigepflichtigen Ärzten oder Fürsorgerinnen als Begründung einer Sterilisationsanzeige herangezogen wurden.⁹²⁶ Zudem erfolgten diese Auskünfte oder Hinweise auch nicht ausschließlich im engeren Rahmen der nationalsozialistischen Bevölkerungspolitik, sondern unterstützten vielmehr mittelbar die biopolitische Selektion.

⁹²³ Da eine Trennung zwischen Meldung und Anzeige ebenso vor dem Problem steht wie die Unterscheidung von eigenständigen Ermittlungen oder Auskünften im Rahmen von Sterilisationsverfahren, werden in den folgenden Ausführungen sowohl Überlieferungen zu Erfassungsmaßnahmen als auch amtsärztliche Ermittlungsberichte im Zuge von Sterilisationsverfahren berücksichtigt.

⁹²⁴ Die Mitarbeit von kommunalen Behörden und Einrichtungen kann aufgrund der Kategorie „sonstige anzeigepflichtige Personen“ lediglich summarisch betrachtet werden, aber es kann davon ausgegangen werden, dass sich vor allem MitarbeiterInnen von Wohlfahrts- und Fürsorgebehörden an der Erfassung von „erbkranken“ Frauen und Männern beteiligten. Eine erhebliche Schwierigkeit besteht in der beruflichen Zuordnung von Fürsorgerinnen, da anhand der Überlieferung zum Teil nicht entschieden werden kann, ob sie in Gesundheitsämtern, psychiatrischen Anstalten bzw. in Fürsorge- oder Wohlfahrtsbehörden tätig waren.

⁹²⁵ Unter Berücksichtigung der statistischen Nachweisführung ist es unwahrscheinlich, dass diese Hinweise unter „sonstigen anzeigepflichtigen Personen“ verzeichnet wurden, da Privatpersonen lediglich Meldungen erstatten konnten.

⁹²⁶ Die Untersuchung der Beteiligung von Privatpersonen ist in starkem Maße von der Überlieferungslage konturiert, da informelle Auskünfte und Berichte auch aufgrund ihrer verbalen Charakteristik nicht betrachtet werden können und somit wichtige gesellschaftliche Bereiche als Bestandteile von Erfassungsnetzwerken unberücksichtigt bleiben müssen. Die Beteiligung und Verhaltensweisen von Nachbarn oder Familienangehörigen werden in Kap. 8 eingehender betrachtet.

tion im Dritten Reich. Ein derartiges Beispiel bietet die Beteiligung eines evangelischen Pfarramtes, welches auf die die Sterilisation umgebenden und konstituierenden Triebkräfte und Ambivalenzen hinweist.

Es finden sich kaum konkrete Anhaltspunkte für die Beteiligung von evangelischen und protestantischen Geistlichen. Die Anzeige von „erbkrankverdächtigen“ Personen war ihnen nicht vorgeschrieben, sodass ihre Verweigerung an der Mitarbeit keine Konsequenzen nach sich zog. Die geringe Mitarbeit wurde durch religiöse Motive, die besondere Stellung in der Kirchengemeinde und die damit verbundene Schweigepflicht sowie den zu befürchtenden Vertrauensverlust in der hiesigen Bevölkerung gerechtfertigt.⁹²⁷ Insofern entfielen protestantische und katholische Geistliche als aktive und offizielle Anzeigensteller im Sterilisationsverfahren. Demgegenüber nahmen Geistliche jedoch zumindest mittelbaren Einfluss auf die nationalsozialistische Zwangssterilisation, indem sie Personen anzeigten, die gegen religiöse und kirchliche Vorstellungen verstießen. Einen wichtigen Beweggrund der Anzeige konnte etwa die Feststellung einer „wilden Ehe“ bilden.

So zeigte das Pfarramt Rohr eine „eheähnliche“ Beziehung bei der Polizei an, jedoch erbrachten die folgenden Ermittlungen keine adäquaten Ergebnisse. Daraufhin informierte das Pfarramt im November 1935 den Landrat von Schleusingen und betonte, dass im Interesse der Allgemeinheit entweder „die Eehinderungsgründe beseitigt werden oder den Genannten das besagte Verhältnis untersagt wird. Andernfalls könnten in vorliegender Form der Umgebung diesbez.[ügliche] Ehegesetze nur zu leicht illusorisch gemacht werden.“⁹²⁸ Dementsprechend drang das Pfarramt auf eine endgültige Entscheidung, indem ein scheinbar schwebendes Ehegesundheitsverfahren zum Abschluss gebracht werden sollte, um die Ehe zu legitimieren oder das Zusammenleben endgültig zu unterbinden. Kurz vor Weihnachten teilte der Landrat mit, dass beide Personen angehört worden seien und das Zusammenleben nicht weiter geduldet werden könne. Insofern trug die Mitteilung des Pfarramtes zu einer Zuspitzung in der Beurteilung der Sachlage bei.

Der Mann habe nun eine eigene Wohnung, aber weiterhin die Absicht, die Frau zu heiraten. Gegen ihn drohe ein Sterilisationsverfahren und er verweigere die freiwillige Unfruchtbarmachung. Insgesamt seien beide Personen „gesundheitlich nicht ganz

⁹²⁷ Die Ablehnung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ durch die katholische Kirche spielte für die preußische Provinz Sachsen aufgrund der protestantischen Prägung nur eine randständige Bedeutung.

⁹²⁸ ThStAG, Landratsamt des Kreises Schleusingen in Suhl Nr. 2088: Verhütung erbkranken Nachwuchses (1935), fol. 1.

auf der Höhe“.⁹²⁹ Im Hinblick auf die Wahrung christlicher Vorstellungen des Zusammenlebens nahmen also auch Geistliche zumindest mittelbaren Einfluss auf die Sterilisationspraxis oder das Ehegesundheitsgesetz, indem sie den verantwortlichen Behörden Personen anzeigten, Informationen lieferten oder sogar eine Entscheidung nachdrücklich einforderten. Die zielgerichtete Vorgehensweise beruhte auf der Ablehnung einer „wilden Ehe“, die ihrerseits durch Hinderungsgründe aufgrund des Ehegesundheitsgesetzes hervorgerufen wurde. Dementsprechend gingen bevölkerungspolitische Maßnahmen des Dritten Reiches mit religiös-kirchlichen Vorstellungen eine symbiotische Zweckverbindung ein. Darüber hinaus erweist dieses Beispiel die eigentümliche Gleichzeitigkeit von inkludierenden und exkludierenden Maßnahmen. Trotz der bevölkerungspolitischen Einflussnahme des Pfarramtes, die zu einer Auflösung der „wilden Ehe“ beitrug und die erbbiologische Begutachtung beschleunigte, wurde der betroffene Mann kompensatorisch mit einer Wohnung, einem Schlafplatz und Mahlzeiten versorgt.⁹³⁰

4.3.2 Wohlfahrts- und Fürsorgebehörden, Amtsträger und politische Organisationen⁹³¹

Außerhalb von Gesundheitsämtern und psychiatrischen Einrichtungen spielten kommunale und städtische Behörden eine maßgebliche Rolle in der Erfassung von „erbkranken“ Frauen und Männern in der preußischen Provinz Sachsen, indem sie als

⁹²⁹ ThStAG, Landratsamt des Kreises Schleusingen in Suhl Nr. 2088: Verhütung erbkranken Nachwuchses (1935), fol. 2.

⁹³⁰ Nach den Weihnachtsfeiertagen 1935 berichtete das Pfarramt schließlich, dass der Mann von der evangelischen Frauenhilfe mit einem Strohsack und 20 Mittagsmahlzeiten so lange unterstützt würde, bis er Arbeitslosengeld erhalte. ThStAG, Landratsamt des Kreises Schleusingen in Suhl Nr. 2088: Verhütung erbkranken Nachwuchses (1935), fol. 3.

⁹³¹ Im Zusammenhang der Erfassung von „erbkranken“ Frauen und Männern werden unter Amtsträgern vor allem Personen verstanden, die als Verantwortliche des Staates in den Kreisen, Städten und kleineren Gemeinden fungierten. Hierzu gehörten Landräte, Bürgermeister, Amtsvorsteher und Gemeindeschulzen. Von wesentlicher Bedeutung für die Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation waren Wohlfahrts-, Fürsorge- oder Jugendämter, die als öffentliche Behörden bezeichnet werden. Unter politischen Organisationen werden lokale und regionale Gliederungen der NSDAP verstanden. Das Fürsorgewesen in der preußischen Provinz Sachsen bestand aus dem Provinzialverband als Landesfürsorgeamt sowie Bezirksfürsorgeverbänden in den einzelnen Stadt- und Landkreisen. Die Fürsorge umfasste etwa Kriegsbeschädigte und Kriegshinterbliebene, Invaliden, Kleinrentner, Schwerbeschädigte, hilfsbedürftige Minderjährige, „Geisteskranke“ sowie die Armenfürsorge. Vgl. Giesau: Geschichte des Provinzialverbandes von Sachsen, S. 304–307.

„sonstige anzeigepflichtige Personen“ für durchschnittlich ein Fünftel der Sterilisationsanzeigen verantwortlich waren.⁹³² Wohlfahrts- und Fürsorgebehörden waren demnach wesentliche Eckpfeiler des Erfassungsnetzwerkes zur Ermittlung von „erbkrankverdächtigen“ Frauen und Männern. Die Zusammenarbeit insbesondere mit den Gesundheitsämtern umfasste unterschiedliche, ineinander verschränkte Tätigkeitsfelder. Im Rahmen eines kontinuierlichen und wechselseitigen Informationsaustauschs zeigten Wohlfahrts- und Fürsorgebehörden „erbkrank“ Personen an, übermittelten Daten für die erbbiologische Datenerhebung, stellten Daten für die Antragsstellung zur Verfügung oder führten Ermittlungen durch. Dagegen leiteten die Gesundheitsämter personenbezogene Auskünfte weiter, die zur „wertorientierten“ Bemessung von Fürsorge- und Unterstützungsleistungen benötigt wurden.

Eine wichtige Grundlage der Zusammenarbeit in der preußischen Provinz Sachsen bildete die Anordnung zur vorbereitenden Erfassung vom 24. August 1933 sowie die anschließenden gesetzlichen Durchführungsverordnungen. Im Februar 1934 forderte der Provinzialverband die Fürsorge- und Jugendämter explizit auf, „dem zuständigen Kreisärzte Mitteilung zu machen, wenn Sie Anlaß zu der Vermutung haben, daß die Ihrer Aufsicht anvertrauten Zöglinge erbkrank sind oder an schwerem Alkoholismus leiden“.⁹³³ In der Folge etablierten sich regionale „Erfassungsnetzwerke“, die aufgrund der jeweiligen kommunalen und städtischen Strukturen organisatorische Unterschiede aufwiesen, die die Ermittlung von „erbkranken“ Frauen und Männern und somit die Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation in unterschiedlicher Weise beeinflussten.

Im Februar 1934 teilte etwa das Stadtgesundheitsamt in Halle/Saale dem Oberbürgermeister mit, dass für die Überprüfung von Hilfsschulen dringend eine „Bezirksfürsorgerin des städt.[ischen] Jugend- und Fürsorgeamtes“ benötigt werde, um eine effiziente und umfassende Durchsetzung des Sterilisationsverfahrens zu gewährleisten.⁹³⁴ Damit einhergehend könnte eine „im Interesse des neuen Aufgabengebietes lie-

⁹³² Vgl. Tabellen zum Anzeigeverhalten siehe Anhang, I: Sterilisationsanzeigen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933; u. a. auch Vossen: Gesundheitsämter im Nationalsozialismus, S. 275–280.

⁹³³ StA Wernigerode, WR/II/Nr. 6615 (1933–1936), unfol.

⁹³⁴ „Schon zu Beginn dieser Arbeiten hat sich gezeigt, daß gleichzeitig weitreichende Erhebungen notwendig sind, die mehr fürsorgerischen Charakter tragen. Außer den sehr zeitraubenden und schwierigen Feststellungen über die Familienvorgeschichte handelt es sich dabei um Einsichtnahme in bereits beim Jugend- und Fürsorgeamt vorhandenes Aktenmaterial, um persönliche Besprechungen mit der jeweils zuständigen Bezirksfürsorgerin, um Anregungen zu Sterilisationsan-

gende besonders enge Zusammenarbeit zwischen Jugend- und Gesundheitsamt“ etabliert werden.⁹³⁵ „Dem Wunsche des Stadtgesundheitsamts entsprechend, wird eine Bezirksfürsorgerin von anderen Dienstgeschäften freigemacht, um mit dem betreffenden Arzt des Stadtgesundheitsamtes zusammen“ erbbiologische Überprüfungen der städtischen Bevölkerung vorzunehmen.⁹³⁶

Knapp einen Monat später drohte die vereinbarte Zusammenarbeit aufgrund von personellen Mängeln im haleschen Jugend- und Fürsorgeamt zu scheitern. Um eine effiziente Erfassung weiterhin zu ermöglichen, appellierte das Gesundheitsamt an den Dezernten des Jugend- und Fürsorgeamtes und betonte die besondere Bedeutung der Zwangssterilisation und der in Halle/Saale eingeleiteten Maßnahmen. „Sie haben damals mit besonderem Nachdruck darauf hingewiesen, dass die erheblichen Lasten der Stadtverwaltung auf dem Gebiete der Irrenfürsorge nur abgebaut werden können als Ergebnis einer künftigen Wirkung des Sterilisationsgesetzes. Für dieses Gesetz bedeutet die jetzt eingeleitete ersprießliche Zusammenarbeit von Jugend- und Fürsorgeamt und Stadtgesundheitsamt die Grundlage. Nur dann werden wir in absehbarer Zeit zahlenmäßig erfassbare Erfolge erzielen können, wenn wir mit möglichster Beschleunigung das reiche, bei uns anstehende Material zur gesetzlichen Entscheidung bringen.“⁹³⁷ Die gemeinsame Interessenlage von Stadt, Gesundheitsamt sowie Jugend- und Fürsorgeamt an der umfassenden Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ wurde durch die begrenzten Personalressourcen zunächst konterkariert. Die eklatanten Personalprobleme des Stadtgesundheitsamtes konnten erst im Verlauf des kommenden Jahres gelöst werden.

In der Mitte der 1930er-Jahre hatte sich in Erfurt ein wechselseitiger Informationsaustausch zwischen Gesundheitsamt und kommunalen Behörden und Einrichtungen etabliert. So hatte das Gesundheitsamt bereits frühzeitig eine Vereinbarung mit der Landesheilanstalt in Pfafferode getroffen und forderte im November 1934 das städtische Krankenhaus auf, „die Adressen sämtlicher dortigen Patienten, die unter das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses fallen, mit Angabe der Diagnose“

tragen in Fällen, in denen das Jugend- und Fürsorgeamt Vormund ist, um persönliche Fühlungnahme mit in Frage kommenden Familien durch Hausbesuche u. a.“ StA Halle/Saale, A. 2.9 Centralbüro Kap. II, Abt. E, Nr. 110: Stadtgesundheitsamt, Bd. 4 (1931–1936), unfol.

⁹³⁵ StA Halle/Saale, A. 2.9 Centralbüro Kap. II, Abt. E, Nr. 110: Stadtgesundheitsamt, Bd. 4 (1931–1936), unfol.

⁹³⁶ StA Halle/Saale, A. 2.9 Centralbüro Kap. II, Abt. E, Nr. 110: Stadtgesundheitsamt, Bd. 4 (1931–1936), unfol.

⁹³⁷ StA Halle/Saale, A. 2.9 Centralbüro Kap. II, Abt. E, Nr. 110: Stadtgesundheitsamt, Bd. 4 (1931–1936), unfol.

mitzuteilen.⁹³⁸ „Darüber hinaus würden wir es auch begrüßen, wenn sonstige eklatante Fälle, z. B. von ausgesprochen asozialen Psychopathen uns mitgeteilt würden, da nach einem Rundschreiben des Gemeindetages Fürsorgemaßnahmen für asoziale Personen sich auf das Notwendige beschränken sollen, und wir unsere vertrauensärztliche Stellungnahme danach richten müssen.“⁹³⁹ Daneben wurde auch eine Kooperation mit dem städtischen Einwohnermeldeamt vereinbart, die nach Ansicht des Gesundheitsamtes die Ermittlung von wichtigen erbbiologischen Daten erbringe. „Wenn auch festgestellt worden ist, dass von dieser Stelle aus uns schon laufend die gewünschten Mitteilungen auf unsere einzelnen Anfragen gegeben werden, so müssen wir doch allgemein darum bitten, dass in allen Fällen auf unsere einzelnen Ersuchen mit dem Kennwort ‚St‘ [Sterilisation] von vornherein“ alle notwendigen Personenstandsdaten übermittelt werden.⁹⁴⁰ Demgegenüber verfolgte das städtische Fürsorgeamt eine intensive erbbiologische Überprüfung von Antragsstellern bis hin zu Sippentafeln und konstatierte im April 1936, dass das Stadtgesundheitsamt Erfurt wiederholt entsprechende Anträge zu langsam bearbeite.⁹⁴¹ Dadurch könnten Versorgungsgelder oder Darlehen erst später ausgezahlt werden, was zu einer Benachteiligung der Antragssteller führe. Fürsorgeämter agierten also nicht ausschließlich als Informationszulieferer, sondern erwarteten seitens der Gesundheitsämter auch Zuarbeiten für die Vergabe von Fürsorge- und Unterstützungsleistungen. Die Vorgehensweise des Fürsorgeamtes in Erfurt, die zu einer weiteren Überlastung des Gesundheitsamtes beitrug, war in Anbetracht der Überlieferungslage eher unüblich und ging über die administrativen Anordnungen hinaus.⁹⁴²

⁹³⁸ StA Erfurt, Nr. 2/511–23045: Magistrat der Stadt Erfurt. Stadtgesundheitsamt, Erb- und Rassenpflege. Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, enthält u. a. Allgemeinen Schriftverkehr, Verordnungen und Richtlinien, Namenslisten der vom Erbgesundheitsgericht im Jahre 1935 erfassten Personen (1935–1944), unfol.

⁹³⁹ StA Erfurt, Nr. 2/511–23045: Magistrat der Stadt Erfurt. Stadtgesundheitsamt, Erb- und Rassenpflege. Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, enthält u. a. Allgemeinen Schriftverkehr, Verordnungen und Richtlinien, Namenslisten der vom Erbgesundheitsgericht im Jahre 1935 erfassten Personen (1935–1944), unfol.

⁹⁴⁰ Hierzu gehörten etwa alle Angaben zu Familienangehörigen, zur Staatsangehörigkeit, zur unehehlichen Geburt oder Zwillingsgeburt, weiterhin zum Heiratszeitpunkt, zum Ehescheidungsstermin, zum Todestag, zum Datum der Beendigung des Ehrverlustes sowie zum Datum des amtlichen Zu- und Abzugs unter Angabe wohin. Vgl. StA Erfurt, Nr. 2/511–23036: Magistrat der Stadt Erfurt. Stadtgesundheitsamt, Erb- und Rassenpflege. Vorbereitung der erbbiologischen Erfassung der Erfurter Bevölkerung (1935–1943), unfol.

⁹⁴¹ Vgl. StA Erfurt, 2/511–23033: Magistrat der Stadt Erfurt. Stadtgesundheitsamt, Erb- und Rassenpflege. Verordnung und Durchführung von Kinderbeihilfen für Familien, Alleinstehende und Erwerbsbeschränkte (1935–1944), unfol.

⁹⁴² Bereits im Oktober 1935 hatte das Reichinnenministerium angeordnet, dass für die Beurteilung von Familien bei der „Gewährung von Kinderbeihilfen an kinderreiche Familien“ andere Maßstäbe angelegt werden sollten als bei der Unfruchtbarmachung, dem Ehestandsdarlehen oder der Ehe-

Die Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsämtern und kommunalen Behörden gestaltete sich in der preußischen Provinz Sachsen weitgehend einträchtig, was auf den gemeinsamen Interessen an der Reduzierung von medizinisch-psychiatrisch, finanziell und sozial bedürftigen Frauen und Männern beruhte. Einzelne Probleme entstanden aufgrund der begrenzten personellen Ressourcen sowie der Bestimmungen zum Auskunftsrecht und zur Verschwiegenheitspflicht.⁹⁴³

Eine konfliktträchtige Entwicklung kann hingegen für Halberstadt festgestellt werden, indem der zuständige Kreisarzt aufgrund der lokalen Situation versuchte, dass Wohlfahrtsamt direkt in die Antragsstellung von „erbkranken“ Frauen und Männern einzubeziehen.⁹⁴⁴ Hierzu hatte er dem Wohlfahrtsamt 25 Anträge zugesandt und gebeten, die erforderlichen ärztlichen Untersuchungen zu veranlassen. Der Oberbürgermeister teilte dem Kreisarzt im April 1934 mit, dass das Wohlfahrtsamt die geforderte Unterstützung nicht leisten könnte. Einerseits befände sich unter den genannten Personen „eine größere Anzahl, die nicht hilfsbedürftig sind und vom Wohlfahrtsamt nicht betreut werden“.⁹⁴⁵ Andererseits bestünde keine gesetzliche Grundlage dafür, dass das Wohlfahrtsamt die ärztlichen Untersuchungen durchführen könne, sondern die Beurteilung obliege dem Kreisarzt. Das Wohlfahrtsamt übernehme lediglich die Kosten des chirurgischen Eingriffs.⁹⁴⁶ Trotz des Zuständigkeitskonfliktes versagte der Oberbürgermeister dem Kreisarzt nicht gänzlich die Unterstützung, sondern bot ihm an, „die als erbkrank gemeldeten Hilfsbedürftigen vorzuladen und vom Vertrauensarzt

schließung. „Es handelt sich also bei der Untersuchung und Beurteilung von Bewerbern um Kinderbeihilfen, nicht um Maßnahmen, die geeignet sind, erbkranken Nachwuchs zu verhüten. Ich halte es daher für vertretbar, wenn bei der Prüfung des Erbwertes der Familie ein anderer Maßstab angelegt wird und wenn auf die Untersuchung aller Familienmitglieder nur in begründeten Zweifelsfällen Wert gelegt wird.“ StA Erfurt, 2/511–23033: Magistrat der Stadt Erfurt. Stadtgesundheitsamt, Erb- und Rassenpflege. Verordnung und Durchführung von Kinderbeihilfen für Familien, Alleinstehende und Erwerbsbeschränkte (1935–1944), unfol.

⁹⁴³ So blieb das Auskunftsrecht über erbbiologische Erkenntnisse ausschließlich dem Amtsarzt vorbehalten, was bei Anfragen unter kommunalen Behörden zu Missverständnissen und unberechtigten Weiterleitungen führte. Vgl. ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19881: Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses und Schwangerschaftsunterbrechungen (1937–1944), fol. 174–175.

⁹⁴⁴ Bereits in Wernigerode hatte der Kreisarzt von Halberstadt unter Mitarbeit des Wohlfahrtsamtes die praktische Ärzteschaft in die Antragsstellung aktiv einbezogen.

⁹⁴⁵ StA Halberstadt, Magistrat, Gesundheitsamt, Nr. 2.20.255: Berichte über Infektionskrankheiten sowie Bildung des städtischen Gesundheitsamtes und Zulassung zur Wohlfahrtspraxis (1933–1946), unfol.

⁹⁴⁶ „Ich muss es hiernach ablehnen, die Bearbeitung der Ihnen als erbkrank gemeldeten Fälle in dem von Ihnen gewünschten Umfange dem Wohlfahrtsamt zu übertragen. [...] Weitergehenden Forderungen Ihrerseits, vor allem bezüglich der Bearbeitung von Fällen, die dem Wohlfahrtsamt überhaupt nicht bekannt sind, vermag ich nicht zu entsprechen.“ StA Halberstadt, Magistrat, Gesundheitsamt, Nr. 2.20.255: Berichte über Infektionskrankheiten sowie Bildung des städtischen Gesundheitsamtes und Zulassung zur Wohlfahrtspraxis (1933–1946), unfol.

untersuchen zu lassen. Dieser wird, wenn eine Unfruchtbarmachung begründet erscheint, die Erbkranken über Wesen und Folgen der Unfruchtbarmachung aufklären und ihnen nahe legen, beim Erbgesundheitsgericht einen Antrag auf Unfruchtbarmachung zu stellen.“⁹⁴⁷ Insofern sah der Oberbürgermeister die Aufgabe des Wohlfahrtsamtes in einer allgemeinen erbbiologischen Überprüfung sowie in der Aufklärung von „erbkrankverdächtigen“ Frauen und Männern. Im Hinblick auf die erforderlichen medizinischen Untersuchungen vertrat er die Meinung, dass „ein formloses freies Gutachten völlig ausreichend zur Klärung des Sachverhalts sein“ dürfte und im Bedarfsfalle der Kreisarzt weiterführende Angaben machen könne.⁹⁴⁸

Drei Jahre später fragte der neu eingesetzte Amtsarzt von Halberstadt auf der Grundlage eines informellen Gesprächs beim Halberstädter Oberbürgermeister an, ob das Wohlfahrtsamt zur Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation Fürsorgerinnen abstellen könne. „Es handelt sich dabei um vorwiegend erbbiologische Ermittlungen [...]. Die Fürsorgerinnen sind zu diesen Ermittlungen kraft ihrer Kenntnis der Bevölkerung und einzelnen Familien besonders in der Lage.“⁹⁴⁹ Der Amtsarzt betonte wiederholt, dass diese Unterstützungsleistung nur unter Berücksichtigung und Gewährleistung der übrigen Diensttätigkeiten erfolgen solle.⁹⁵⁰ Im Hinblick auf die Tätigkeit der Fürsorgerinnen würde der Amtsarzt eine kurze Schulung durchführen. Das Wohlfahrtsamt war mit dieser Zusammenarbeit einverstanden, betonte jedoch ausdrücklich, dass sich die Mitarbeit von Fürsorgerinnen aufgrund der starken dienstlichen Belastungen lediglich auf das Ausfüllen von Fragebögen beschränken werde.⁹⁵¹ Die aufgrund der hohen Erwartungshaltung des Kreisarztes schwierige Kooperation

⁹⁴⁷ StA Halberstadt, Magistrat, Gesundheitsamt, Nr. 2.20.255: Berichte über Infektionskrankheiten sowie Bildung des städtischen Gesundheitsamtes und Zulassung zur Wohlfahrtspraxis (1933–1946), unfol.

⁹⁴⁸ StA Halberstadt, Magistrat, Gesundheitsamt, Nr. 2.20.255: Berichte über Infektionskrankheiten sowie Bildung des städtischen Gesundheitsamtes und Zulassung zur Wohlfahrtspraxis (1933–1946), unfol.

⁹⁴⁹ StA Halberstadt, Magistrat, Gesundheitsamt, Nr. 2.20.255: Berichte über Infektionskrankheiten sowie Bildung des städtischen Gesundheitsamtes und Zulassung zur Wohlfahrtspraxis (1933–1946), unfol.

⁹⁵⁰ „Da die Zeit für die Ermittlungen nicht befristet ist, steht es völlig im freien Ermessen der Fürsorgerinnen wie und wann sie die Ermittlungen durchführen wollen. [...] Irgendeine besondere Inanspruchnahme der Dienstzeit der Fürsorgerinnen und somit eine Abhaltung von ihren Obliegenheiten wird sich demnach nicht ergeben.“ StA Halberstadt, Magistrat, Gesundheitsamt, Nr. 2.20.255: Berichte über Infektionskrankheiten sowie Bildung des städtischen Gesundheitsamtes und Zulassung zur Wohlfahrtspraxis (1933–1946), unfol.

⁹⁵¹ Vgl. StA Halberstadt, Magistrat, Gesundheitsamt, Nr. 2.20.255: Berichte über Infektionskrankheiten sowie Bildung des städtischen Gesundheitsamtes und Zulassung zur Wohlfahrtspraxis (1933–1946), unfol.

zwischen Gesundheitsamt und Wohlfahrtsamt in Halberstadt konnte infolge der Neu- besetzung der Halberstädter Amtsarztstelle und der diplomatischen Fühlungnahme mit dem Magistrat und Wohlfahrtsamt schließlich verbessert werden. Das starke Interesse und die diplomatische Vorgehensweise des Amtsarztes belegen die besondere Bedeu- tung von lokalen Behörden für die Durchführung der nationalsozialistischen Zwangs- sterilisation, da er ohne diese lokalen Unterstützungsleistungen nur über begrenzte Ressourcen verfügte, um eine umfassende Erfassung zu etablieren.

Daneben leisteten Landräte, Bürgermeister sowie weitere Amtsträger wie Ge- meindeschulzen oder Amtsvorsteher wichtige Koordinierungsaufgaben, indem sie Meldungen von kommunalen Behörden und Angestellten weiterleiteten und die Etab- lierung von Informationsnetzwerken unterstützten. Weiterhin meldeten sie „erb- kranke“ Frauen und Männer und gaben Einschätzungen und Beurteilungen im Rahmen von Sterilisationsverfahren ab. Vor allem in ländlichen Regionen fungierten Amtsvor- steher oder Gemeindeschulzen als maßgebliche Informanten, da sie über die persönli- che Lage oder familiäre Situation Auskunft geben konnten. Zudem stellten sie auf der Grundlage ihrer Amtsgewalt die Durchführung der nationalsozialistischen Zwangsste- rilisation sicher, indem sie bei Weigerungen polizeiliche Maßnahmen einleiteten, um die Begutachtung oder die Vornahme der Unfruchtbarmachung zu erzwingen. Die Meldung von „erbkranken“ Frauen und Männern durch Amtsträger wurde in Regie- rungskreisen bereits im Sommer 1934 kritisch eingeschätzt, da ihre Angaben teilweise jeglicher Grundlage entbehrten und nicht den medizinischen Anforderungen entspra- chen. „Die Angaben der Gemeinde- und Dorfschulzen bewegen sich meistens mehr in subjektiven Vorurteilen über die Familie als in sicheren der Nachprüfung standhalten- den Angaben.“⁹⁵² Da sie zur Mitarbeit am Sterilisationsgesetz aufgefordert waren, je- doch weder medizinisch-psychiatrisch qualifiziert waren noch über berufliche Erfah- rungen verfügten, um „erblich belastete“ Personen und Familien im Sinne des Geset- zes festzustellen, mussten die unteren lokalen Amtsträger die im Sterilisationsgesetz verzeichneten Erbkrankheiten auf die ihnen bekannten Personenkreise im Rahmen ih- rer persönlichen und beruflichen Erfahrungen anwenden. Diese Übersetzungsleistun- gen beruhten auf divergierenden persönlichen Vorstellungen, Zielen und Motiven und umfassten zielgerichtete Sterilisationsinteressen, Auskünfte sowie auch die Verteidi- gung von „erbkrankverdächtigen“ Frauen und Männern.

⁹⁵² LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 75–76.

So meldete Ende November 1933 ein Gemeindevorsteher eine unverehelichte schwangere Frau als erbkrank und fragte beim Kreisarzt nach, ob das Kind staatlicherseits abgetrieben werden könne. Den Hintergrund bildeten die soziobiologischen Erkenntnisse des Gemeindevorstehers: „Sie hat Verkehr gehabt mit einem in Halberstadt wohnenden Mann (der Name muss noch festgestellt werden), der an epileptischen Anfällen leidet. Sie selbst ist geistig minderwertig, hat bisher noch nie gearbeitet, und hat ein menschenscheues Wesen. Der Vater war starker Trinker und ist infolge seiner Trunksucht tödlich verunglückt. Das zu erwartende Kind wird sicherlich kein vollwertiges Mitglied der Menschheit werden, da es von beiden Elternteilen erblich belastet sein wird.“⁹⁵³ Die Sterilisation sollte nach Ansicht des Gemeindevorstehers jedoch nicht nur aufgrund der erblichen Belastung von Mutter und Vater erfolgen, sondern ebenso finanzielle Belastungen der Gemeinde verhindern. „Es ist mit Bestimmtheit damit zu rechnen, daß die Mutter und das Kind der Gemeinde zur Last fallen werden. Ich bitte falls irgend zugänglich hier eingreifen zu wollen.“⁹⁵⁴

Ein weiteres Beispiel bestätigt, dass lokale Behörden und Amtsträger eigenständige Ermittlungen durchführten: Im Zuge von Überprüfungen für die Vergabe von Kinderbeihilfen wurden in einer Gemeinde in der Altmark Hinweise ermittelt, die auf eine „Erbkrankheit“ in einem Fall schließen ließen. So urteilte eine Fürsorgerin, dass die Ehefrau einen „geistig beschränkten Eindruck“ mache, und der Bürgermeister veranlasste weitere Ermittlungen.⁹⁵⁵ Hierbei ergab sich eine erhebliche „erbliche Belastung“ der gesamten Familie infolge von „Geistesschwäche“, schlechten Schulleistungen und Alkoholismus. Diese Ermittlungsergebnisse leitete der Bürgermeister im Februar 1936 an das zuständige Gesundheitsamt weiter und bat um eine medizinische Untersuchung, „ob nicht das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses zumindest bei der Ehefrau anzuwenden ist“.⁹⁵⁶ Demgegenüber fungierten lokale Behörden als wichtige Informanten. Auf Anfrage des Erbgesundheitsgerichts in Stendal beschrieb ein Gemeindevorsteher im August 1934 die soziale und familiäre Lage eines „erbkranken“ Mannes. Zu den Eltern seien keine „Geisteskrankheiten“ oder „erblichen Gebre-

⁹⁵³ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 1, unfol.

⁹⁵⁴ Der verantwortliche Kreisarzt informierte seine vorgesetzte Behörde, die bereits einen Tag später konstatierte: „So wünschenswert im vorliegenden Falle die Unterbrechung der Schwangerschaft wohl erscheint, ist dieses indes nach den derzeitigen gesetzlichen Bestimmungen leider nicht statthaft.“ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 1, fol. 5

⁹⁵⁵ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945), Nr. 90, fol. 7.

⁹⁵⁶ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945), Nr. 90, fol. 7.

chen“ bekannt, jedoch müsse die Mutter als „geistig schwachsinnig“ gelten. Die Ehefrau wurde unehelich geboren und das Ehepaar müsse ebenfalls als „schwachsinnig“ gelten, was insbesondere die schwachen Schulleistungen des Kindes bestätigen würde. „Aus der gesamten Wirtschaftsweise kann man, u.[nd] das ist im ganzen Dorfe allgemein bekannt, zu keiner anderen Schlussfolgerung kommen.“⁹⁵⁷ Für weitere Auskünfte müsse jedoch der hiesige Arzt kontaktiert werden.

Bereits diese Beispiele verdeutlichen prägende Übersetzungsleistungen von lokalen Amtsträgern im Rahmen der Lokalisierung von männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“, indem sie insbesondere Personen meldeten, die eine geringe Leistungsfähigkeit zeigten und finanziell bedürftig waren oder soziale und geschlechtsspezifische Normverstöße begangen hatten, indem sie nach Ansicht der Auskunft gebenden Personen einen unsauberen Haushalt führten oder die Kindererziehung vernachlässigten.⁹⁵⁸

Die Beteiligung von lokalen Behörden und Amtsträgern verweist auf ein vielförmiges Panorama an Motiven, Interessen und Vorstellungen über männliche und weibliche „Minderwertigkeit“, welches im Rahmen des nationalsozialistischen Sterilisationsverfahrens selektiert werden konnten. Hierzu gehörte auch die Meldung von unliebsamen Personen und Familien, die eine soziale, finanzielle und kriminelle Belastung der Gemeinde darstellen würden. Der Bürgermeister einer Gemeinde bei Halle/Saale informierte im Sommer 1939 auf der Grundlage eines Berichts der Gendarmerie den Landrat über eine Familie mit mindestens sechs Kindern, die in sehr schlechtem Rufe stehe und unehrlich, unsauber sowie verwahrlost sei. Die Mutter erfülle ihre häuslichen Pflichten nicht, gebe Geld für unnütze Sachen aus, vernachlässige den Haushalt und die Erziehung der Kinder. Aus diesem Grund könnten die Kinder „nie vollwertige Volksgenossen zu werden, im Gegenteil: Sie werden für die Gemeinde, wo sie einmal ansässig sein werden, eine ständige Belastung in finanzieller, krimineller und sittlicher Hinsicht.“⁹⁵⁹ Im Hinblick auf die geschilderten Zustände und

⁹⁵⁷ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945), Nr. 212, fol. 10.

⁹⁵⁸ Der Bürgermeister einer kleinen Gemeinde im Kreis Jerichow II schilderte im März 1936 ebenso die soziale Situation einer jungen Frau und betonte die unzureichende Erfüllung der weiblichen Pflichten im Haushalt und in der Kindererziehung. Sie mache den Eindruck „einer äußerst unintelligenten Person“ und sähe wie ihre Kinder unordentlich aus. „Ihre Wohnung befindet sich nach meinen Feststellungen in einem unsauberen Zustande. Sie erfüllt demnach die ihr als Frau und Mutter obliegenden Pflichten nicht, wie es sich gehört.“ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 104, fol. 7.

⁹⁵⁹ StA Halle/Saale, A 6.1 REI Nr. 650, Bd. 1 (1931–1950), unfol.

den offenkundigen Geschlechtstrieb der Eltern müsse geprüft werden, „ob einer der Eheleute oder gar beide unfruchtbar gemacht“ werden können, „was bestimmt dem gesunden Volksempfinden entsprechen würde“.⁹⁶⁰ Weiterhin sollten die Kinder anderweitig untergebracht werden, „damit wenigstens einigermaßen brauchbare Menschen und Volksgenossen aus ihnen werden“.⁹⁶¹ Die Berichte zielten vor allem auf Aspekte wie etwa die private Wirtschaftsleistung, den Haushalt oder abweichende Verhaltensweisen wie Unsauberkeit, Hausieren oder Kriminalität ab, die auch in der Öffentlichkeit wahrgenommen wurden und ihrer Meinung nach als hinlängliches Indiz für eine „Erbkrankheit“ dienten. Dementsprechend stellten sie ebenso Zusammenhänge vor allem mit der Diagnose „angeborener Schwachsinn“ her und betrieben das Ziel einer Unfruchtbarmachung.

Die Vorgehensweise rekuriert auf eine aktive Teilhabe an der nationalsozialistischen Zwangssterilisation zugunsten der Gemeinde, um bedürftige sowie verhaltensauffällige Personen und Familien auszuschließen. Die in den Meldungen und Berichten vorkommenden vereinzelt Hinweise auf eine zusätzliche Befragung von praktizierenden Ärzten übernahmen dabei die Funktionen einer persönlichen Entlastung und medizinischen Bestätigung, indem die vorgenommenen Einschätzungen nicht als ausschlaggebende Grundlage des Sterilisationsverfahrens dienen sollten, sondern prinzipiell auch von ärztlicher Seite bestätigt werden sollten bzw. könnten.⁹⁶²

Gegenüber den zielgerichteten Versuchen der Stigmatisierung als „minderwertig“ und „erbkrank“ gaben Bürgermeister und Amtsvorsteher auch sachlich-nüchterne Ermittlungsberichte, die keine zielstrebigsten Abwertungen zum Ausdruck brachten und sogar den ärztlichen oder gerichtlichen Sterilisationsinteressen konkret widersprachen. So teilte ein Bürgermeister aus der Magdeburger Börde im Rahmen eines Sterilisationsverfahrens gegen einen jungen Mann mit, dass in der Familie keine „Erbkrankheiten“ bekannt seien, niemand die Hilfsschule besucht habe, es keine Suizide sowie auch

⁹⁶⁰ StA Halle/Saale, A 6.1 REI Nr. 650, Bd. 1 (1931–1950), unfol.

⁹⁶¹ StA Halle/Saale, A 6.1 REI Nr. 650, Bd. 1 (1931–1950), unfol.

⁹⁶² Der Rekurs auf eine medizinische Einschätzung betraf etwa Fälle, in denen Amtspersonen das Vorliegen einer „Erbkrankheit“ als nicht eindeutig beurteilten. So bewertete ein Bürgermeister einer kleinen Gemeinde bei Halle/Saale die Leistungen eines jungen Mannes als ambivalent. Er gehe einer geregelten Arbeit nach, jedoch besitze er nicht die Fähigkeiten „eines ausgelernten Landwirtschaftsgehilfen“. Dementsprechend könne er nicht als vollwertiger Arbeiter gelten. „Ob er später in der Lage ist, Kinder ordnungsgemäß zu erziehen, möchte ich bezweifeln. Ich bitte jedoch diesbezüglich meinem Urteil keine entscheidende Bedeutung beimessen zu wollen. Es dürfte sich nach meinem Dafürhalten vielmehr empfehlen, den jungen Mann, wenn möglich, auf 1 bis 2 Wochen in ärztliche Beobachtung zu nehmen und danach Entschlüsse zu fassen.“ StA Halle/Saale, A 6.1 REI Nr. 650, Bd. 1 (1931–1950), unfol.

keine „Verbrecher oder Dirnen“ gäbe.⁹⁶³ Die Eltern seien gesund und fleißig, der Vater habe im Ersten Weltkrieg gekämpft und wurde mehrfach ausgezeichnet. „Er ist hier als ordentlicher und nüchterner Mensch bekannt, der in erster Linie für seine Familie sorgt und gegen Ehefrau und Kinder gut ist.“⁹⁶⁴ Der Junge sei nach Ansicht des Bürgermeisters „zwar unbegabt, mache aber keinen schwachsinnigen Eindruck“.⁹⁶⁵ Es kann an dieser Stelle nicht geklärt werden, ob die Auskünfte auf der Grundlage eines Fragebogens erfolgten. Jedoch versuchte der Bürgermeister, alle potentiellen Hinweise auf eine „Erbkrankheit“ zu entkräften, indem er die familiäre Situation positiv schilderte und etwaige erbbiologische Belastungen ausschloss. Ein Bürgermeister aus dem Kreis Haldensleben teilte im März 1937 entgegen dem negativen Bericht einer Gesundheitsfürsorgerin ebenfalls mit, dass es in der besagten Familie keine „Trinker“ gäbe, auch seien sowohl die Eltern als auch die Kinder „nicht schwachsinnig und auch nicht beschränkt“.⁹⁶⁶ Der Ehemann sei als Bergmann tätig, und eine Tochter habe die Volksschule besucht. In Anbetracht der unterschiedlichen persönlichen Vorstellungen und Motive entstanden in den Ermittlungen auch Differenzen darüber, ob Frauen und Männer als „erbkrank“ gelten könnten. So schilderte ein Bürgermeister eine junge Frau als „schwachsinnig“, da ihre Arbeitsleistung sehr gering sei, sie keine Lust zum Arbeiten habe und auch ihr Kind „verschiedene Male nicht versetzt wurde“.⁹⁶⁷ Demgegenüber vertrat der Ortsbauernführer eine andere Ansicht und betonte, „dass es auf dem Lande doch viele Menschen mit geringem Schulwissen gäbe, die auch nicht alle sterilisiert werden könnten“.⁹⁶⁸

Insbesondere in kleineren Gemeinden konnten lokale Amtsträger in eine schwierige Situation geraten, wenn sie Bewohner meldeten oder Auskünfte gaben und infolgedessen Unruhe und persönliche Konflikte entstanden. Im Gegensatz zu praktizierenden Ärzten wurde lokalen Amtsträgern oder Polizisten keine gesonderte Anonymität gewährt, sodass betroffene Personen spätestens in Gerichtsbeschlüssen die Namen von Gemeindevorstehern als Auskunftspersonen erfahren konnten. Dies führte

⁹⁶³ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 228, fol. 11.

⁹⁶⁴ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 228, fol. 11.

⁹⁶⁵ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 228, fol. 11.

⁹⁶⁶ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 165, fol. 12.

⁹⁶⁷ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 150, fol. 7.

⁹⁶⁸ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 150, fol. 7.

bereits frühzeitig zu lokalen Auseinandersetzungen, und Amtsträger wandten sich an die vorgesetzten Behörden oder Erbgesundheitsgerichte und baten um Anonymisierung, die jedoch auf der Grundlage einer ministeriellen Anordnung vom 10. Juli 1934 nicht gewährt wurde.⁹⁶⁹ Im September 1934 beschwerte sich im Namen eines Gemeindegeschulzen ein Landrat beim Regierungspräsidenten über die namentliche Nennung in einem Beschluss des Erbgesundheitsgerichts Erfurt. „Der Beschwerdeführer hält es für untragbar, daß das Erbgesundheitsgericht dem Betroffenen einen Beschluß überlässt, in welchem zweimal der Antragssteller [...] in den Vordergrund gestellt wird. [...] Durch eine solche Handlungsweise spielt man ja den Betroffenen direkt gegen den Schulzen aus und schafft einen dauernden Unruheherd. Der Schulze, der verpflichtet ist, solche Dinge zur Anzeige zu bringen, wird sich angesichts solcher Zustände überhaupt nicht mehr bereitfinden, irgendeinen Bericht oder Anzeige zu erstatten. Die Auswirkungen von solchen verkehrten Handlungsweisen sind einfach verheerend.“⁹⁷⁰ Der Regierungspräsident von Erfurt konnte die unangenehme Situation des Gemeindegeschulzen nachvollziehen, jedoch sei die Namensnennung für die Beweisführung unerlässlich. Zudem könnten auch andere Beamte, wie etwa Polizisten, in eine vergleichbare Lage kommen. „Da dem Beamten sein Verhalten hier aber von dem Gesetze vorgeschrieben wird, darf er sich nicht durch eine unzulässige Rücksichtnahme beirren lassen, es auszuführen, andernfalls würde er sich dem Verdacht einer Pflichtverletzung aussetzen.“⁹⁷¹

Trotz dieses deutlichen Hinweises stellte der Regierungspräsident in Aussicht, die Justizbehörden zu informieren. Die Stellungnahmen der Erbgesundheitsgerichte Erfurt und Nordhausen betonten den notwendigen Einbezug von Gemeindevorstehern als wichtigen Auskunftspersonen, und jede Verweigerung würde die Ermittlungen erheblich erschweren.⁹⁷² Jedoch wäre für die gerichtliche Beweisführung und Beschlussfassung die namentliche Nennung unerlässlich und eine grundsätzliche Anonymisierung könne nicht erfolgen. Denn es müsse nach Ansicht des Erbgesundheitsrichters

⁹⁶⁹ Vgl. MbliV, Jg. 95 (1935), Sp. 965.

⁹⁷⁰ ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19883: Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses im Kreis Langensalza und Mühlhausen (1935–1945), unfol.

⁹⁷¹ ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19883: Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses im Kreis Langensalza und Mühlhausen (1935–1945), unfol.

⁹⁷² „Es geht natürlich nicht an, und würde die Tätigkeit des Erbgesundheitsgerichtes recht erschweren, wenn ein Gemeindevorsteher aus Furcht, sich bei Gemeindeangehörigen unbeliebt zu machen, seine Anhörung zu vermeiden sucht. Wird er aber verhört oder vernommen, so muss das Erbgesundheitsgericht, wie jedes andere Zivil- oder Strafgericht, in dem zu erlassenden Beschlusse auf seine Angaben Bezug nehmen.“ ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19883: Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses im Kreis Langensalza und Mühlhausen (1935–1945), unfol.

von Erfurt berücksichtigt werden, „dass es sich bei der Sterilisierung um einen äusserst schwerwiegenden Eingriff handelt, und dass es unter Umständen für den Betroffenen notwendig sein kann, genau zu erfahren, auf welche Tatsachen und welches Beweismittel der die Unfruchtbarmachung anordnende Beschluss gestützt wird“.⁹⁷³ Die Probleme des Gemeindegeschulzen könne er verstehen, jedoch verwies er auf seine beruflichen Erfahrungen sowie die Notwendigkeit einer rechtskonformen und überzeugenden Beweisführung. „Ich selbst kenne aus meiner mehr als 12jährigen Tätigkeit als Amtsrichter in einer kleinen Stadt mehr als genügend die Abhängigkeitsverhältnisse, die das Leben in einer kleinen Gemeinde mit sich bringt, und die Gehässigkeiten der Bevölkerung. Ich bin deshalb bei jedem Beschluss, den ich absetze, bemüht, alles zu vermeiden, was geeignet sein kann, einer Auskunftsperson oder einem Zeugen Unannehmlichkeiten in der Bevölkerung zu machen, soweit dies möglich ist, insbesondere bei Beschlüssen, die den Beteiligten selbst zugestellt werden.“⁹⁷⁴ In Anbetracht dieser Diskussionen mussten Amtsträger die Veröffentlichung ihrer Namen und Auskünfte im Zuge des Sterilisationsverfahrens einbeziehen, und es blieb schlussendlich den Gerichten überlassen, in welcher Form sie ihre Auskunftspersonen unmittelbar in dem Gerichtsbeschluss verzeichneten.

Innerhalb dieser Verantwortungsbereiche und Handlungszwänge informierte der Bürgermeister einer kleinen Gemeinde bei Salzwedel das Erbgesundheitsgericht in Stendal über mehrere Aussprachen mit der Mutter eines „erbkrankverdächtigen“ Jungen. Der Bürgermeister teilte dem Gericht die großen Sorgen der Mutter mit und versuchte vorsichtig, auf das Sterilisationsverfahren zugunsten der Familie Einfluss zu nehmen, indem er das Vorliegen von „angeborenem Schwachsinn“ bezweifelte und die wirtschaftlichen Leistungen vor allem der Mutter ausdrücklich lobte. Im Hinblick auf das gerichtliche Verfahren bat er das Erbgesundheitsgericht, seine Mitteilung vertraulich zu behandeln, um Auseinandersetzungen zu vermeiden. „Von meiner sonstigen Stellungnahme weiß sie nichts und bitte ich, um des Friedens im Dorfe, nichts davon zu erwähnen.“⁹⁷⁵ Neben der Vermeidung von Auseinandersetzungen innerhalb

⁹⁷³ ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19883: Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses im Kreis Langensalza und Mühlhausen (1935–1945), unfol.

⁹⁷⁴ ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19883: Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses im Kreis Langensalza und Mühlhausen (1935–1945), unfol.

⁹⁷⁵ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 27, fol. 29–30.

der Dorfgemeinschaft deutet der Hinweis des Bürgermeisters auch auf einen Gewissenskonflikt hin, indem er ein vertrauliches Gespräch zum Gegenstand eines offiziellen Gerichtsverfahrens machte.

Dieses Beispiel rekurriert auf den Umstand, dass sich Amtsvorsteher auch als Verantwortliche für ihre Gemeinden verstanden und Schutzfunktionen übernahmen. In diesem Sinne unternahmen sie auch Versuche, ihrer Meinung nach ungerechtfertigte Unfruchtbarmachungen zu verhindern. Nach dem rechtskräftigen Beschluss des Erbgesundheitsgerichts Magdeburg bat der Landrat den Amtsarzt von Jerichow I, die Aussetzung des Verfahrens zu beantragen.⁹⁷⁶ Der Landrat begründete diese Anfrage damit, dass ein durchgeführter Intelligenztest die Diagnose „angeborener Schwachsinn“ widerlege. Zudem habe er den Arbeitgeber kontaktiert, der die junge Frau „als fleißige, ordentliche und in jeder Hinsicht zuverlässige Arbeiterin und Hausfrau“ beurteilte.⁹⁷⁷ Aus diesen Gründen würde es sich um ein Fehlurteil handeln. Zudem habe der Ehemann „tätlichen Widerstand“ angedroht, „weil sein ganzes Familienglück zerstört würde. Meines Erachtens ist es nicht zu verantworten, diese Gefahr für Leben und Gesundheit der Familie [...] herauf zu beschwören“.⁹⁷⁸ Ebenso berichtete ein Bürgermeister einer kleinen Gemeinde dem Landrat von Wernigerode im Juli 1935, dass er nach Aufforderung einer Fürsorgeschwester sieben Personen „nach bestem Wissen und Gewissen“ gemeldet habe, von denen er annehme, dass sie „erbkrank“ im Sinne des Sterilisationsgesetz seien.⁹⁷⁹ Später stellte er jedoch fest, dass fünf weitere Frauen und Männer angezeigt wurden und er vom Kreisarzt aufgefordert wurde, diese Personen ärztlich untersuchen zu lassen. Er hielt diese Personen nicht für „erbkrank“ und teilte dem Kreisarzt mit, „daß ich als Leiter der Gemeinde niemals die Verantwortung dafür übernehmen könnte u.[nd] würde, daß diese Leute amtlich wegen erblichen Schwachsinn untersucht würden“.⁹⁸⁰ Diese Personen hätten zwar Veranlagungen zu Nervenkrankheiten, aber eine Vorladung würde sie stark belasten und er lehne eine ärztliche Untersuchung kategorisch ab. Daraufhin drohte der Kreisarzt mit einer Beschwerde. Der Bürgermeister bat daraufhin den Landrat, dass der Kreisarzt die anonyme Anzeige zurücknehme oder die ärztliche Untersuchung persönlich veranlasse.

⁹⁷⁶ Vgl. LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 194, fol. 37.

⁹⁷⁷ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 194, fol. 37.

⁹⁷⁸ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 194, fol. 37.

⁹⁷⁹ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 5, fol. 8.

⁹⁸⁰ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 5, fol. 8.

„Ich kann die Verantwortung für eine derart falsche Anwendung des an und für sich so segensreichen Gesetzes nicht übernehmen. Dazu ist mein Verantwortungsgefühl als Leiter der Gemeinde meinen Volksgenossen in der Gemeinde gegenüber zu groß.“⁹⁸¹ Auf der Grundlage dieser Mitteilung informierte der Landrat den Regierungspräsidenten von Magdeburg und deutete die anonyme Nennung von fünf Personen in der Gemeinde als Racheakt und forderte den Regierungspräsidenten auf, den verantwortlichen Kreisarzt von der Schweigepflicht zu entbinden. „Da es sich bei der Nennung der 5 angeblich erbkranken Personen anscheinend um einen Racheakt handelt, bitte ich zur Verfolgung der Angelegenheit auf dem Parteiwege den hiesigen Amtsarzt von seiner Schweigepflicht entbinden zu wollen.“⁹⁸² Der Regierungspräsident entgegnete hingegen, dass der Amtsarzt nicht von seiner Amtsverschwiegenheit entbunden werden könne.⁹⁸³ Diese Art von Konflikt fand vor allem in ländlichen Gemeinden statt, in denen der verantwortliche Amtsvorsteher die betroffenen Personen persönlich kannte und womöglich gute Beziehungen bestanden. Im Zuge der Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation trafen demnach unterschiedliche kreisärztliche und politische Vorstellungen von „erbkrank“ aufeinander, die in kleinen Gemeinden erhebliche Konflikte auslösen und auch Widerstand hervorrufen konnten. Diese Auseinandersetzungen erfuhren beispielsweise an Schärfe, wenn lokale Behörden unterschiedliche Auffassungen über den „Erbwert“ von Frauen oder Männern vertraten, so dass das Sterilisationsverfahren als ungerechtfertigt oder gar als persönlicher Racheakt erschien.⁹⁸⁴

Lokale Behörden, wie vor allem Fürsorge- oder auch Jugendämter, und Amtsträger, wie Bürgermeister, Amtsvorsteher oder Gemeindegemeinschaften, übernahmen in der Erfassung von „erbkrankverdächtigen“ Frauen und Männern eine maßgebliche Rolle. Die Bewertungsmaßstäbe von lokalen Amtsträgern umfassten soziobiologische und

⁹⁸¹ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 5, fol. 8.

⁹⁸² LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 5, fol. 7.

⁹⁸³ Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 5, fol. 9.

⁹⁸⁴ So schrieb ein Vater im September 1935 einen Brief an die „Kanzlei des Führers“ und bat Adolf Hitler, die drohende Sterilisation seiner Söhne abzuwenden. Der Ortsschulze habe seinen Sohn als „erbkrank“ gemeldet und „als Vater habe [ich] mich natürlich sehr dagegen aufgelehnt, da ich vermute und behaupte, dass die Sache nur aus Rache geschehen ist“. Einen maßgeblichen Beweis sah der Vater in einer Einschätzung des vorherigen Ortsschulzen, der seinen Sohn nicht als „erbkrank“ eingestuft hatte. Als weitere Belege führte der Vater an, dass sein Sohn gesund sei, einer regelmäßigen Arbeit nachgehe und einen guten Ruf in der Gemeinde besäße. Zudem sei er zur Musterung zugelassen worden, was gegen das Vorliegen eines „angeborenen Schwachsinn“ spräche. Vielmehr müssten andere Personen im Ort als „erbkrank“ gelten und „entmannt“ werden. Hier „gibt es aber bestimmt noch mehrere, wovon man sagen kann, dass diese bestimmt dem Entmannungsgesetz unterliegen, von diesen schweigt man“. ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19883: Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses im Kreis Langensalza und Mühlhausen (1935–1945), unfol.

geschlechtsspezifische Kriterien, die in einen engeren Bezug zur Gemeinde gestellt wurden. So wurden geringe intellektuelle Fähigkeiten sowie finanzielle Bedürftigkeit insgesamt und bei Frauen im Besonderen eine schlechte Haushaltsführung sowie die ungenügende Erziehung und Versorgung von Kindern als Indizien von „angeborenem Schwachsinn“ bewertet. Die aktive Teilhabe am Sterilisationsverfahren umfasste aber auch Versuche, „erbkrankverdächtige“ Personen der Gemeinde vor einer Unfruchtbarmachung zu schützen. Hierzu wurden ebenso unter Einbezug von sozialen und geschlechtsspezifischen Rollenvorstellungen etwa positive Einschätzungen von Schul- und Arbeitsleistungen, eine gute Wirtschaftsleistung oder ein ordentlicher Haushalt herangezogen. Diese Schutzfunktionen zielten nicht gegen das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“, sondern gegen die in den Augen von Amtsträgern un gerechtfertigte Sterilisation. Neben etwaigen persönlichen Beziehungen verdeutlichen diese Beispiele ein zumindest administratives Verantwortungsbewusstsein, um Unruhe und Konflikte in der Dorfgemeinschaft zu unterbinden.

Die Bedeutung von parteipolitischen Organisationen und Verbänden bei der Erfassung von „erbkranken“ Frauen und Männern kann aufgrund der Überlieferung nur ansatzweise beleuchtet werden.⁹⁸⁵ Es ist jedoch davon auszugehen, dass parteipolitische Organisationen der NSDAP im nationalsozialistischen Sterilisationsverfahren eine begrenzte Rolle spielten.⁹⁸⁶ Trotz der beträchtlichen Anzahl von Mitgliedern meldeten parteipolitische Organisationen scheinbar nur in geringem Maße Mitglieder, die ihrer Meinung nach als „erbkrank“ gelten konnten. Demgegenüber gaben sie auf Anfrage von Gesundheitsämtern Auskünfte über Parteimitglieder und Angehörige von Verbänden und traten als Leumund auf. Wenn Ärzte der „Ämter für Volksgesundheit“ Anzeigen zur Sterilisation stellten, dann vermutlich in ihrer Funktion als praktizierende Ärzte oder Amtsärzte. Eine weitere Funktion bestand in der zusätzlichen gesellschaftlichen Kontrolle und Überprüfung, wobei die Handlungsspielräume etwa der „Ämter für Volksgesundheit“ aufgrund der geringen Ausstattung sowie fehlender staatlicher Funktionen stark begrenzt waren. Dennoch wurde beispielsweise in Magdeburg für das Jahr 1934 betont, dass es „durch die Zusammenarbeit mit den Organisationen der NSDAP, wie HJ, BdM, Frauenschaft und NSV, gelang [...], weiter in

⁹⁸⁵ Vgl. Kap. 2.3. Da in den Überlieferungen der Erbgesundheitsgerichte keine Anzeigen überliefert sind, können kaum Hinweise auf eine aktive Beteiligung von parteipolitischen Organisationen erschlossen werden.

⁹⁸⁶ Der geringe Einfluss der NSDAP auf die nationalsozialistische Zwangssterilisation spiegelt sich etwa darin, dass sie weder Personen anzeigen noch Gerichtsverfahren lenken konnte. Sie konnte lediglich Einfluss nehmen und als Leumund auftreten.

fürsorgebedürftige Kreise einzudringen. Es war wieder möglich, wenn auch erst in geringem Umfange, eine vorbeugende Fürsorge zu treiben und Erkenntnissen nationalsozialistischer Erziehungsarbeit Geltung zu verschaffen.“⁹⁸⁷ Weiterhin wurden Kooperationen und Dienstversammlungen zwischen den staatlichen Gesundheitsämtern und parteipolitischen „Ämtern für Volksgesundheit“ angeregt, deren konkreter Einfluss auf die Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation jedoch eher gering gewesen sein dürfte.⁹⁸⁸ In diesem Zusammenhang muss auch auf die starke Konkurrenz sowie heftigen Auseinandersetzungen zwischen Staat und Partei hingewiesen werden.

Im Rahmen der bevölkerungspolitischen Selektion von als „minderwertig“ und „erbkrank“ geltenden Frauen und Männern bestand ein für die NSDAP nicht unerhebliches Problem darin, dass sie keine Informationen darüber besaß, welche Parteigenossen seit 1934 unfruchtbar gemacht wurden und somit als „erbkrank“ im Sinne des Sterilisationsgesetzes galten. Aus diesem Grund fragte etwa das „Amt für Volksgesundheit“ beim Kreisarzt von Magdeburg an, ob ein Verzeichnis über die bislang sterilisierten Frauen und Männer der Stadt übermittelt werden könnte. Der Kreisarzt äußerte sich in Anbetracht der gesetzlichen Regelungen gegenüber dem Regierungspräsidenten kritisch.⁹⁸⁹ Daraufhin prüfte das Reichsinnenministerium im Juni 1935 die Möglichkeit einer Auskunft an die „Ämter für Volksgesundheit“ und ordnete Ende August an, dass die Gesundheitsämter etwa Anfragen zu beantworten haben, wenn sie von einem „leitenden Arzt eines Amtes für Volksgesundheit der Partei“ ersucht werden, „insoweit die Auskunft von Fall zu Fall insbesondere zur Beurteilung der Erbgesundheit einer Person verlangt wird. Die Mitteilung ist in derartigen Fällen gewissenmaßen als eine solche von Arzt zu Arzt zu betrachten und muss daher auf Gegenseitigkeit beruhen.“⁹⁹⁰ Dergestalt konnten die „Ämter für Volksgesundheit“ lediglich fallbezogene Informationen erfragen, die Übermittlung von Sterilisationsverzeichnissen war nicht vorgesehen.

⁹⁸⁷ StA Magdeburg, 150/35:4°: Verwaltungsbericht der Stadt Magdeburg 1933 und 1934, S. 112.

⁹⁸⁸ Vgl. LASA, C 20 I, Ib Nr. 1545: Öffentliche Gesundheitspflege. Zusammenarbeit der staatlichen Gesundheitsämter (mit den Ämtern für Volksgesundheit der NSDAP) (1934–1936); LASA, C 48 II, Nr. 132/2: Versammlungen der Medizinalbeamten (1935–1946).

⁹⁸⁹ Vgl. LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 178.

⁹⁹⁰ LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 182.

Dem erheblichen Informationsdefizit versuchte das Oberste Parteigericht der NSDAP im Herbst 1936 mit einem erneuten Versuch zu begegnen, indem es die Gesundheitsämter ersuchte, „ihnen die unfruchtbar gemachten Parteimitglieder namhaft zu machen“.⁹⁹¹ Dieses Ersuchen stieß jedoch wiederum auf erhebliche Probleme hinsichtlich der Wahrung des Auskunftsrechts und der Schweigepflicht. Darüber hinaus ging aus der Buchführung zur Durchführung des Sterilisationsgesetzes auch keineswegs zweifellos die Parteimitgliedschaft hervor. Auch verheimlichten Frauen und Männer ihre Mitgliedschaft in der NSDAP vor etwaigen Konsequenzen. Der Medizindezernent der Regierung in Magdeburg informierte den Regierungspräsidenten und bat im Hinblick auf die Bedeutung der Anfrage um weitere Anordnungen. „Wegen der grundsätzlichen Bedeutung der Angelegenheit, die eine zentrale Regelung erfordert, bitte ich um die dortige Entscheidung und Anweisung, ob und in welcher Weise dem Ersuchen der Partei stattgegeben werden kann.“⁹⁹² Daraufhin setzte sich der Regierungspräsident von Magdeburg mit dem Reichsinnenministerium in Verbindung, das einen Monat später im November 1936 anordnete, dass das Auskunftsrecht vorerst nicht geändert werden würde.⁹⁹³ Bis Kriegsende blieb das Auskunftsrecht unverändert.

Für einzelne Sterilisationsverfahren können personenbezogene Auskünfte seitens der NSDAP konstatiert werden. Beispielsweise erkundigte sich die Landesheilanstalt Haldensleben im Mai 1941 beim hiesigen Ortsgruppenleiter um die Einschätzung eines Mannes, der aufgrund von „chronischem Alkoholismus“ in der Anstalt behandelt wurde und zur Unfruchtbarmachung rechtskräftig verurteilt worden war. Den Hintergrund der Anfrage bildete ein Brief an Adolf Hitler, in dem er bat, „von der Vornahme der Unfruchtbarmachung im Interesse der Kinder Abstand nehmen zu lassen“.⁹⁹⁴ Zwei Monate später teilte der Gauleiter von Anhalt-Dessau der „Kanzlei des Führers“ mit, dass die eingeholten Erkundigungen „eine denkbar ungünstige Beurteilung“ abgaben und der Leiter des „Gauamtes für Volksgesundheit“ keine Veranlassung habe, „für den Gesuchsteller einzutreten. Ich lehne daher eine Befürwortung seines Antrages ab.“⁹⁹⁵ Im Zuge eines Sterilisationsverfahrens gegen einen Mann, der an Epilepsie erkrankt

⁹⁹¹ LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 2: 1937–1944, fol. 14.

⁹⁹² LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 2: 1937–1944, fol. 14.

⁹⁹³ Vgl. LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 2: 1937–1944, fol. 17.

⁹⁹⁴ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 3, fol. 482.

⁹⁹⁵ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 3, fol. 483.

sei, wurde seitens des Erbgesundheitsgerichts eine Anfrage an die SA gestellt. Daraufhin wurden innerhalb der SA unterschiedliche Auskunftspersonen kontaktiert.⁹⁹⁶ Die Auskunftspersonen innerhalb der SA äußerten sich zum Teil sehr negativ und beschrieben den Mann als „geistig nicht ganz vollwertig“, auch hätten sie Kenntnisse von Krampfanfällen. Dementsprechend fungierte die SA keineswegs als ausschließliche Schutzbastion vor der Zwangssterilisation, vielmehr bestätigten und unterstützten einzelne Mitglieder die bisherigen Erkenntnisse, die schließlich zur Unfruchtbarmachung führten.⁹⁹⁷

Neben diesen Auskünften leiteten parteipolitische Organisationen auch Informationen über Personen und Familien weiter, die ihren Vorstellungen nach als „asozial“, „minderwertig“ und „erbkrank“ galten und sterilisiert werden müssten. So leitete die Gauleitung Thüringen im Juli 1944 zwei Berichte über „asoziale Großfamilien“ in Heiligenstadt an das Ministerium für Volksbildung in Weimar mit der Bitte „um Kenntnisnahme und gegebenenfalls weitere Veranlassung“ weiter.⁹⁹⁸ Das „Amt für Volkswohlfahrt“ in Heiligenstadt hatte Anfang Juli einen Bericht über zwei Familien verfasst. Eine Familie habe neun Kinder, die als „asozial und geistig anormal auffallen.“⁹⁹⁹ Der Großteil sei nicht bildungsfähig, teilweise „diebisch“, eine Tochter habe mit 15 Jahren ein Kind geboren und der Vater sei im Gefängnis. Aus diesen Gründen hätte das „Amt für Volkswohlfahrt“ beim Gesundheitsamt in Worbis eine Sterilisation angeregt, welche jedoch aufgrund der Kriegsverhältnisse nicht durchgeführt werden könnte. Daher bat der Amtsleiter seine vorgesetzte Dienststelle, „eine Sterilisation, u.[nter] U.[mständen] an höchster Stelle zu erwirken. Ich bitte mir mitzuteilen, ob die anderweitige Unterbringung der in der Klassengemeinschaft störenden Elemente durch eine Zwangsmaßnahme möglich ist.“¹⁰⁰⁰ Die andere Familie habe acht Kinder,

⁹⁹⁶ „In einer gesundheitsfürsorgerischen Angelegenheit werden sie ersucht, sich dahingehend zu äußern, ob ihnen bekannt ist, dass der [Mann] an Krämpfen leidet, ob sie derartige Fälle beobachtet haben, welcher Art sie sich abgespielt haben und wie oft, gegebenenfalls wann sie aufgetreten sind. (...) Die Angelegenheit ist strengstens vertraulich zu behandeln und darf auf keinen Fall zur Kenntnis des [betroffenen Mannes] oder eines sonstigen SA-Angehörigen gelangen.“ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 32, fol. 22.

⁹⁹⁷ Beispiele, in denen die NSDAP oder parteipolitische Organisationen Einfluss auf das Sterilisationsverfahren nahmen, werden im Kap. 8 diskutiert.

⁹⁹⁸ ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19862: Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses in den Kreisen Suhl, Weißensee und Worbis (1935–1944), unfol.

⁹⁹⁹ ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19862: Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses in den Kreisen Suhl, Weißensee und Worbis (1935–1944), unfol.

¹⁰⁰⁰ ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19862: Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses in den Kreisen Suhl, Weißensee und Worbis (1935–1944), unfol.

die ebenfalls als bildungsunfähig und „charakterlich minderwertig“ beschrieben wurden. Nach Ansicht des Amtsleiters würden die Kinder den Schulunterricht in hohem Maße stören, weil die Schule zusätzlich evakuierte Kinder aufgenommen habe. „Bei dieser Überfüllung ist es an sich schon untragbar, dass der knappe Raum durch Idioten mit-überfüllt wird. Ich bitte, mir mitzuteilen, ob es irgendeine Möglichkeit gibt, solche störenden Elemente aus der gesunden Volksgemeinschaft herauszunehmen und sie irgendwo zwangsweise unterzubringen.“¹⁰⁰¹ Darüber hinaus wurde die Sterilisation der Eltern als dringend notwendig erachtet, die jedoch wiederum durch das Gesundheitsamt Worbis abgelehnt worden sei. Da der Leiter des „Amtes für Volkswohlfahrt“ keine weiteren Kompetenzen besaß, fragte er nach, ob es nicht bei dieser Sachlage die Möglichkeit gäbe, „dennoch die Sterilisation auch der jetzt heranwachsenden Kinder durchzuführen?“¹⁰⁰² Das Ministerium für Volksbildung leitete den Bericht zuständigkeitshalber an den Regierungspräsidenten von Erfurt weiter, der daraufhin das Gesundheitsamt in Worbis um eine Einschätzung bat. Bezugnehmend auf die erste Familie konstatierte der Amtsarzt eine mangelnde Begabung und auch einen Verdacht auf eine „Erbkrankheit“ der Eltern, wobei eine Sterilisation aus Altersgründen entfallen würde. Für die andere Familie bestätigte der Amtsarzt nur teilweise die Einschätzungen des nationalsozialistischen Amtsträgers. Die Ehefrau mache einen „ordentlichen und sauberen Eindruck“, zudem sei der Haushalt in gutem Zustand. Hingegen würden die Kinder den Unterricht stören und hätten die schlechten Eigenschaften des Vaters geerbt. Dieser sei zänkisch, jähzornig und könne nur als Hilfsarbeiter eingesetzt werden. Darüber hinaus sei er kriminell. „So verbüßte er 1942 eine Gefängnisstrafe von 6 Wochen, weil er den HJ-Führer des Ortes verhauen hat, der angeblich seinen Jungen beim Geländespiel geschlagen hat.“¹⁰⁰³ Ende August 1944 teilte der Regierungspräsident von Erfurt mit, dass für die Durchführung der Sterilisation zunächst die weitere Entwicklung der Kinder abgewartet werden müsse. Mitte September wurde schließlich konstatiert, dass der kriminelle Vater nicht „schwachsinnig“ im Sinne des Sterilisationsgesetzes sei. „Es handelt sich vielmehr um Beschränktheit gepaart mit Ungewandtheit und Starrköpfigkeit.“¹⁰⁰⁴ Dementsprechend hatte die Initiative des „Amtes für

¹⁰⁰¹ ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19862: Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses in den Kreisen Suhl, Weißensee und Worbis (1935–1944), unfol.

¹⁰⁰² ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19862: Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses in den Kreisen Suhl, Weißensee und Worbis (1935–1944), unfol.

¹⁰⁰³ ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19862: Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses in den Kreisen Suhl, Weißensee und Worbis (1935–1944), unfol.

¹⁰⁰⁴ ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19862: Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses in den Kreisen Suhl, Weißensee und Worbis (1935–1944), unfol.

Volkswohlfahrt“ mit dem Ziel der Unfruchtbarmachung und Anwendung von weiteren erzieherischen Zwangsmaßnahmen keinen Erfolg. Wesentliche Gründe für den Misserfolg müssen in der Kriegslage in der zweiten Jahreshälfte 1944 und den damit verbundenen Einschränkungen der nationalsozialistischen Zwangssterilisation gesehen werden. Darüber hinaus erscheint eine Diskrepanz in der Wahrnehmung und Deutung der beiden Familien durch nationalsozialistische Organisationen und die staatlichen Gesundheitsämter. Das „Amt für Volkswohlfahrt“ entwarf ein hochgradig negatives Bild und versuchte unter Einbezug von Regierungsebenen die Zwangssterilisation zu erwirken. Demgegenüber urteilte das Gesundheitsamt in Worbis differenzierter und betonte auch positive Leistungen von Familienmitgliedern. Die Motive können in unterschiedlichen Beurteilungsparametern, persönlichen Auseinandersetzungen sowie auch in der Konkurrenz zwischen staatlichen und parteipolitischen Stellen gesehen werden. Eine Sterilisationsmüdigkeit kann lediglich bedingt angeführt werden, da das Gesundheitsamt in Worbis noch im Februar 1945 einen Sterilisationsantrag einreichte.¹⁰⁰⁵

4.3.3 Volkspflegerin und Fürsorgerinnen. Eine besondere weibliche Rolle?

Als Mitarbeiterinnen von Gemeinden, von Wohlfahrts-, Fürsorge- und Jugendämtern oder von Gesundheitsämtern waren Gemeindegewestern, Gesundheitspflegerinnen und Fürsorgerinnen maßgeblich an der Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ beteiligt.¹⁰⁰⁶ So konstatierte etwa der Regierungspräsident von Merseburg im März 1936, dass ein Großteil von Sterilisationsanzeigen von Fürsorgerinnen gestellt werden würde.¹⁰⁰⁷ Dieses Ergebnis wird durch die historische Forschung gestützt, welche weiterführende Ergebnisse zur Tätigkeit von Fürsorgerinnen

¹⁰⁰⁵ Vgl. ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19862: Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses in den Kreisen Suhl, Weißensee und Worbis (1935–1944), unfol.

¹⁰⁰⁶ Vgl. Tabellen zum Anzeigeverhalten siehe Anhang, I: Sterilisationsanzeigen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933. Im Nationalsozialismus wurde die Bezeichnung „Volkspflegerin“ eingeführt, die in der vorliegenden Überlieferung jedoch nicht erscheint. Das genaue Tätigkeitsfeld sowie die jeweilige Behörde, wie etwa Fürsorge-, Wohlfahrtsamts- oder Gesundheitsamt, können aufgrund der Überlieferungslage nicht immer zweifelsfrei geklärt werden. Aus diesem Grund kann keine Unterscheidung der Beteiligung von Fürsorgerinnen, Gesundheitspflegerinnen oder Gemeindegewestern verschiedener Ämter vorgenommen werden. Da konsistente Belege fehlen, werden die sogenannten „NS-Schwester“ nicht behandelt und bleiben hier unberücksichtigt.

¹⁰⁰⁷ Vgl. LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 312.

im Nationalsozialismus erarbeitet und die aktive Beteiligung an bevölkerungspolitischen Maßnahmen im Dritten Reich betont hat.¹⁰⁰⁸ Gleichwohl würde der Blick verengt werden, indem Fürsorgerinnen oder Gesundheitspflegerinnen kategorisch als Täterinnen beschrieben werden würden. Sie müssen ebenso wie andere Berufsgruppen in einen Lebens- und Berufskontext verortet werden, in dem sie über Handlungsspielräume verfügten. Es kann an jedoch dieser Stelle keine erschöpfende Darstellung der Herkunft, der Arbeitsweise, der persönlichen Haltung sowie auch von Motiven und Interessen vorgenommen werden. Vielmehr wird versucht, die aktive Beteiligung von Fürsorgerinnen und anderen Mitarbeiterinnen an der nationalsozialistischen Zwangssterilisation als Bestandteil ihres Berufsfeldes im Dritten Reich zu beschreiben.

Die konkrete Erfassungstätigkeit umfasste die Durchsicht von behördlichen Verzeichnissen, die Bereitstellung von persönlichen Daten für die Gesundheitsämter sowie Ermittlungen im Zuge von Sterilisationsverfahren. Die Bedeutung von Fürsorgerinnen für die nationalsozialistische Zwangssterilisation beruhte neben der beruflichen Qualifikation und Erfahrung auch in der Kenntnis von fürsorgebedürftigen und damit potentiell „erbkranken“ Personen, die vor allem in ländlichen Regionen eine wertvolle Quelle für erbbiologische Ermittlungen bildete. Daneben bestand auch nicht selten ein persönlicher Kontakt, sodass Fürsorgerinnen als Vermittlerinnen fungieren konnten, um über die Ziele der Unfruchtbarmachung aufzuklären und somit Unruhe und Widerständen vorzubeugen.

Diese besondere Bedeutung kann exemplarisch anhand des beruflich-biographischen Hintergrunds von zwei Mitarbeiterinnen vertieft werden. Eine in Magdeburg tätige Gesundheitspflegerin arbeitete seit 1922 als Kindergärtnerin und ab 1926 als Jugendleiterin. Im Rahmen ihrer beruflichen Stationen sammelte sie Erfahrungen in der „Provinz-Krüppelfürsorgestelle in Magdeburg“, in der „Heil- und Erziehungsanstalt für abnorme Kinder in Nordhausen“, als Erzieherin in der Landesheilanstalt Stadtroda für vorwiegend „psychopathische“ und „schwachsinnige“ Kinder sowie als Leiterin eines Sonderhortes für schwererziehbare Kinder in Berlin. Ihre berufliche Tätigkeit wurde positiv beurteilt, und ihr wurde eine „besondere Befähigung zur Entwicklung von Kindern, die Weiterbildung von Praktikantinnen, gute Sachkenntnis auf sozialem Gebiet, Hingabe, liebevolle Sorgfalt, Arbeit als Lebensaufgabe“ attestiert.¹⁰⁰⁹

¹⁰⁰⁸ Vgl. u. a. Schubert-Lehnhardt: Beteiligung von Frauen; Lehnert: Die Beteiligung von Fürsorgerinnen; Kundrus: Kriegerfrauen; Kompisch: Täterinnen; Steppe, Hilde: Krankenpflege ab 1933. In: Dies. (Hrsg.): Krankenpflege im Nationalsozialismus, 10. aktual. und erw. Aufl., Frankfurt/Main 2013, S. 67–92.

¹⁰⁰⁹ StA Magdeburg, PA Nr. 1507, unfol.

Im April 1935 bewarb sie sich initiativ beim Stadtgesundheitsamt in Magdeburg und verwies unter Berücksichtigung ihrer beruflichen Erfahrungen auf ihre besondere Befähigung in der „Erb- und Rassenpflege“: „In meiner Eigenschaft als Erzieherin und Heimleiterin [habe ich] vorwiegend mit körperlich und geistig Behinderten zu tun gehabt“ und glaube, „im Verkehr mit den für die Erb- und Rassenpflege in Frage kommenden Bevölkerungsgruppen nicht ganz ungeübt zu sein“.¹⁰¹⁰ Auch wenn dieser exemplarische biographische Hinweis nicht verallgemeinert werden darf, so kann davon ausgegangen werden, dass ein nicht unerheblicher Teil der angestellten Gesundheitsfürsorgerinnen über langjährige berufliche Erfahrungen in der Fürsorge, Wohlfahrt oder Betreuung verfügte und auch umfangreiche Kenntnisse von sozial oder medizinisch bedürftigen Personengruppen besaß.¹⁰¹¹ Insofern konnten sie bestehende Informationsdefizite der vormaligen Kreisärzte nicht nur ausgleichen, sondern die Ermittlungspraxis aktiv unterstützen.

Diese herausgehobene Funktion kann exemplarisch an einem Einstellungsgesuch des Gesundheitsamtes Langensalza vom September 1936 beschrieben werden. Die vom Gesundheitsamt favorisierte Kreisfürsorgerin habe „17 Jahre die gesundheitlichen Belange des Kreises mitbearbeitet“ und „in dieser Zeit eine eingehende Kenntnis der Kreisbevölkerung erworben, die sich für die Arbeiten des Gesundheitsamtes als außerordentlich vorteilhaft herausgestellt hat“.¹⁰¹² Zudem zeige sie „größtes Verständnis für die Aufgabengebiete, die ihr im Bereich des Gesundheitsamtes zugewiesen worden sind“.¹⁰¹³ Mithilfe der beruflichen und persönlichen Kenntnisse einer erfahrenen Fürsorgerin sah das Gesundheitsamt die Chance, die Ermittlungen von erbbiologischen Daten effizienter zu gestalten. Dazu sollten die Kenntnisse sowie der Bekanntheitsgrad in der lokalen Bevölkerung beitragen.

Um die erbbiologischen Kenntnisse der angestellten Fürsorgerinnen zu vertiefen und die Erfassungstätigkeit zu intensivieren, wurde die „Erb- und Rassenpflege“ in den Lehrplan bei der Ausbildung von Fürsorgerinnen aufgenommen, und die verantwortlichen Amtsärzte gaben auch Einführungen in die erbbiologische Ermittlungstätigkeit. Darüber hinaus wurden rassenhgienische Schulungen durchgeführt.¹⁰¹⁴ Auf

¹⁰¹⁰ StA Magdeburg, PA Nr. 1507, unfol.

¹⁰¹¹ Eine weitere Mitarbeiterin arbeitete seit 1930 als Fürsorgerin. Vgl. StA Magdeburg, PA Nr. 8293, unfol.

¹⁰¹² ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 26361: Personalakte der Gesundheitspflegerin (...) in Langensalza (1936–1949).

¹⁰¹³ ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 26361: Personalakte der Gesundheitspflegerin (...) in Langensalza (1936–1949), unfol.

¹⁰¹⁴ So veranstaltete die Gauleitung Magdeburg-Anhalt im Februar 1943 einen rassenspolitischen Kurzlehrgang und lud MitarbeiterInnen der Gesundheitsämter, der Jugendämter sowie der Wohlfahrts-

dem Programm standen Vorträge zur „Vererbung körperlicher und geistig-seelischer Anlagen“, zum nationalsozialistischen Weltbild und Rassenbegriff sowie zu „Fremdvolksfragen im Alltag“.

Vor dem Hintergrund der personell und materiell angespannten Situation nicht nur in den Gesundheitsämtern absolvierten Fürsorgerinnen und Gesundheitspflegerinnen ein erhebliches Arbeitspensum. So nahmen die Gesundheitspflegerinnen des Gesundheitsamtes in Magdeburg allein für die nationalsozialistische Zwangssterilisation etwa im Berichtsjahr 1938 über 1800 Hausbesuche vor.¹⁰¹⁵ In ländlichen Regionen war die Tätigkeit von Gesundheitspflegerinnen und Fürsorgerinnen besonders wertvoll, da sie oftmals über Informationsnetzwerke verfügten oder sogar in persönlichem Kontakt zu „erbkrankverdächtigen“ Frauen und Männern standen. So berichtete eine Mitarbeiterin im Januar 1937, dass sie durch Hausbesuche sowie den Hinweis einer Hebamme auf eine Frau aufmerksam wurde. Im Zuge von Nachforschungen konstatierte sie schwache Schulleistungen, zudem stamme die Frau aus einer kinderreichen Familie, und alle Geschwister müssten als dumm gelten. Sie bewähre sich auch kaum im praktischen Leben, führe ihren Haushalt „leidlich“ und könne ihre Kinder nicht erziehen.¹⁰¹⁶ Gegenüber den offensichtlichen Hinweisen auf „angeborenen Schwachsinn“ musste die Gesundheitsfürsorgerin jedoch zugeben, dass die Familie „zum Zwecke der Siedlung untersucht worden ist. Sie ist damals für gesund befunden worden.“¹⁰¹⁷

Eine andere Pflegerin wurde von einer Schule im Frühjahr 1940 auf einen „schwachsinnigen“ Schüler hingewiesen. Die Nachforschungen hätten insbesondere schwache Schulleistungen ergeben, daneben sei die Arbeitsleistung gering. Ein Bruder bewähre sich ebenfalls nicht und eine Cousine sei bereits sterilisiert. Neben konkreten Hinweisen auf „erbkrank“ Personen konnte die Erfassung auch zufällig erfolgen. So zeigte eine Mitarbeiterin eine Frau aufgrund von „angeborenem Schwachsinn“ an, die

und Fürsorgebehörden ein. Referenten waren ausschließlich politische Funktionäre der Region, wie etwa Gaugesundheitsführer Dr. Gustav Schmischke. Vgl. StA Salzwedel, Karton 32 (Nr. 13976), Az: 5.7.10.2. Der Bürgermeister der Stadt Salzwedel. Runderlasse über Verhütung erbkranken Nachwuchses (1934–1944), fol. 22–23

¹⁰¹⁵ Vgl. StA Magdeburg, StA 150/35:4°, Verwaltungsbericht der Stadt Magdeburg 1938/39, Teil 1, fol. 43.

¹⁰¹⁶ Vgl. LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 142, fol. 9.

¹⁰¹⁷ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 142, fol. 9.

ihr „vor einigen Wochen bei einem zufälligen Zusammentreffen im Hause ihrer Eltern“ aufgefallen war.¹⁰¹⁸ Die anschließenden Ermittlungen hätten ebenfalls schwache schulische Leistungen ergeben, zudem sei die Frau nicht in der Lage, die Erziehung der zwei Kinder sowie den Haushalt „ordnungsgemäß zu führen. Das Zimmer, das die Eheleute [...] bewohnen, ist maßlos schmutzig und unaufgeräumt.“¹⁰¹⁹ Das Verhältnis der Eheleute sei zerrüttet und der Ehemann trage an der Situation eine Teilschuld. Weiterhin habe die Frau Blutschande mit ihrem Bruder verübt, der ebenso in Verdacht stehe, sich an einem Kind seiner Schwester „vergriffen“ zu haben. Zudem sei ein Onkel bereits sterilisiert und eine Cousine „ebenfalls schwachsinnig und voraussichtlich vollkommen bildungsunfähig“.¹⁰²⁰ Die Initiative der Gesundheitspflegerin erbrachte somit nicht nur aussagekräftige Belege für den „angeborenen Schwachsinn“ der „erbkrankverdächtigen“ Frau, sondern bot überdies die Möglichkeit für weitere Ermittlungen.

Die Einschätzungen einer Jugendfürsorgerin vom Februar 1936 aus der Region Stendal ähneln sich in der abwertenden Beschreibung frappierend und verweisen auf die besondere Verankerung von Fürsorgerinnen in ländlichen Gebieten. Die Mutter eines „erbkrankverdächtigen“ arbeitslosen jungen Mannes mache „einen zweifellos wenig geweckten Eindruck. Sie gilt im landläufigen Sinne als dumm.“¹⁰²¹ Zudem müsse eine Schwester ebenfalls als schwachsinnig gelten. Die beiden Kinder hätten jedoch nicht die Hilfsschule besucht, da es in der ländlichen Gegend keine entsprechende Einrichtung gegeben hätte. Die Eheleute würden häufig streiten, die Ehefrau sei „herrschaftlich“ und würde die Kinder gegen ihren Ehemann aufbringen. Die gesammelten Informationen erhielt die Jugendfürsorgerin von einer Bewohnerin, die bereitwillig die familiäre Situation seit den 1920er-Jahren beschrieb. So habe der Ehemann während der schweren wirtschaftlichen Krise einen Suizidversuch unternommen und auch gegenüber dem Bürgermeister Selbstmordabsichten erwähnt. Darüber hinaus behauptete die Informantin, dass der Ehemann nicht der Vater der zwei jüngsten Kinder sei, die einen „gesunden“ Eindruck machen würden. Diese Ansicht vertrete auch der Ehemann und würde die Vaterschaft in einem etwaigen Scheidungsprozess prüfen

¹⁰¹⁸ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 224, fol. 8.

¹⁰¹⁹ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 224, fol. 8.

¹⁰²⁰ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 224, fol. 8.

¹⁰²¹ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 94, fol. 16–17.

lassen. Die Fürsorgerin bezeichnet ihre Auskunftsperson explizit als „Dorffama“,¹⁰²² was eine Frau beschreibt, die Gerüchte und Gerede verbreitet oder als Spiegel der öffentlichen Meinung fungiert.¹⁰²³ Insofern bezog die Fürsorgerin ihre Informationen aus dem Dorfklatz, der durch die ungeprüfte Weiterleitung zu einem Bestandteil der ärztlichen Begutachtung gerann und als Beweisgrundlage im Sterilisationsverfahren herangezogen wurde.

Die Bedeutung der Ermittlungsergebnisse von Fürsorgerinnen und Gesundheitspflegerinnen der staatlichen Gesundheitsämter für die nationalsozialistische Zwangssterilisation kann kaum unterschätzt werden. Im Zuge ihrer Tätigkeit ermittelten sie „erbkrankverdächtige“ Frauen und Männer, sammelten weiterführende Beweise und bezogen etwa Dokumentationen von Fürsorge- oder Jugendämtern, Schulen oder Arbeitsgebern ein. Dabei wurden tautologische erbbiologische Bezüge zwischen Eltern und Kindern, Arbeit und Leistungsfähigkeit sowie Handlungsweisen und Devianz hergestellt. Diese fundierten Berichte wurden seitens der antragsberechtigten Ärzte wortwörtlich übernommen. Beispielsweise übernahm ein Amtsarzt die Ermittlungsergebnisse der Gesundheitsfürsorgerin nahezu unbegründet und stützte den Sterilisationsantrag auf die Feststellung, dass die betroffene Frau in wilder Ehe lebe, mehrere uneheliche Kinder geboren habe, „geistig beschränkt, männertoll und verlogen“ sei und ihre Kinder zum Lügen anhalte.¹⁰²⁴

Im Hinblick auf die Ermittlungstätigkeit ist es bereits an dieser Stelle notwendig, die Charakteristik von Anzeigen, Berichten und Auskünften im Zuge der nationalsozialistischen Zwangssterilisation zu skizzieren.¹⁰²⁵ Die Berichte erfolgten nicht anhand von standardisierten Untersuchungsbögen, sondern in offener Textform und orientierten sich an den ermittelten Informationen. Dabei wurden Beurteilungsschwerpunkte gesetzt, die die Anzeige oder angewiesene Ermittlung stützen sollten. Auch ohne konkrete Formalisierung offenbaren die Berichte von Fürsorgerinnen ein stillschweigendes Muster, das sich an der beruflichen Qualifikation und persönlichen Interessen der betrachtenden Person einerseits und der wahrgenommenen „Minderwertigkeit“ der betrachteten Frauen und Männer andererseits orientierte.

¹⁰²² LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 94, fol. 16–17.

¹⁰²³ Vgl. Etymologisches Wörterbuch des Deutschen, erarb. unter Leitung von Wolfgang Pfeifer, 8. Aufl., München 2005, S. 322.

¹⁰²⁴ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 196.

¹⁰²⁵ Die Antragsstellung durch beamtete Ärzte wird in Kap. 5 behandelt.

Die Ermittlungsberichte umfassen als Beurteilungskriterien den individuellen Leistungsgrad, die Herkunft und Familiensituation, das Verhalten sowie Erkrankungen. Diese Kategorien dienten als maßgebliche Referenz für den Nachweis aller gesetzlich definierten „Erbkrankheiten“, und es wurden konkrete Beziehungen zwischen den einzelnen Beurteilungskategorien und dem Vorwurf einer „Erbkrankheit“ hergestellt. In den Berichten traten die Kriterien nie einzeln auf, sondern ergänzten sich, gingen fließend ineinander über und umfassten unterschiedliche Grade und Ausformungen. Dementsprechend fungierten der Leistungsgrad, die Familie, das Verhalten sowie Erkrankungen als Variablen, die für die Nachweisführung einer „Erbkrankheit“ ausgetauscht, kombiniert und in wechselseitige Beziehung gestellt werden konnten.

Die Ermittlungsberichte von Fürsorgerinnen und Gesundheitspflegerinnen können als sozial-biologische Dossiers charakterisiert werden, mit dem Ziel, die Unfruchtbarmachung zu begründen. Die einzelnen Beurteilungskategorien wurden variabel eingesetzt und betrafen nicht nur die „erbkrankverdächtige“ Person, sondern ebenso die Familie. Insofern nahmen die Berichte auch den Charakter von biographisch-familiären Kurzgeschichten aus dem Blickwinkel von Amtsvertreterinnen an, die die persönliche Leistungsfähigkeit, die Familiensituation, Verhaltensweisen oder Erkrankungen anhand von gesetzlich definierten „Erbkrankheiten“ bewerten und einordnen sollten. In Bezug auf die Ermittlungsergebnisse eines Bürgermeisters und eines Kreisamtsleiters beschrieb eine Gesundheitspflegerin im Februar 1936 nahezu idealtypisch die Familiensituation einer als „schwachsinnig“ geltenden Frau: Der Ehemann „macht einen geistig beschränkten Eindruck. Er hat das Ziel der Volksschule nicht erreicht. Körperlich fällt auf, dass er X-Beine hat wie sein Sohn. [Die Frau] scheint intellektuell sehr schwach zu sein. Sie fiel mir auf bei Anlegung eines Krüppelmeldebogens für ihren Sohn, wobei sie nicht die Geburtsdaten und -jahre ihrer Kinder angeben und überhaupt keine Frage richtig beantworten konnte. Ihre Häuslichkeit ist sehr einfach, aber ganz ordentlich und sauber. [Sie] genießt in sittlicher Beziehung einen schlechten Ruf. Sie soll Umgang mit anderen Männern haben. Beweise hierfür sind jedoch nicht vorhanden. [Die Frau] stammt aus einer sehr berüchtigten Familie [...], die durch Generationen im Armenhaus gewohnt hat und in fast allen Gliedern als asozial, arbeitsscheu und geistig primitiv“ gelte.¹⁰²⁶

Neben den jeweiligen Beurteilungskategorien und Schwerpunktsetzungen unterschieden sich die Berichte durch den inhaltlichen Aufbau, den Umfang und die

¹⁰²⁶ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 90, fol. 9–10.

sprachliche Gestaltung. Teilweise wurden die Ermittlungsergebnisse nüchterner und ohne konkrete Abwertungen verzeichnet. In seltenen Fällen wurden in Anbetracht der vorgeworfenen „Erbkrankheit“ auch einzelne Aspekte positiv beurteilt, indem etwa die solide Arbeitsleistung betont wurde. Einzelne Ausnahmen deuten darauf hin, dass Fürsorgerinnen die bereits bestehenden Verdächtigungen nicht generell zu bestätigen suchten. So hielt eine Gesundheitspflegerin im Juli 1939 fest, dass ein Sohn im Betrieb seines Vaters fleißig arbeite. „Er kann lesen, schreiben und beteiligt sich auch an Gesprächen. Er ist jedoch nicht fähig, allein mit dem Leben fertig zu werden. Die Eltern und Geschwister [...] sind geistig gesund und gut beleumdet. Erb leiden sind in der Sippe nicht bekannt.“¹⁰²⁷

Im Zuge von Ermittlungen gegen einen jungen Mann wegen „erblicher Blindheit“ konstatierte eine Kreisfürsorgerin im Mai 1936, dass die Mutter und eine Schwester ebenfalls an einer Augenkrankheit litten. Der Haushalt sei aber „tadellos“ in Ordnung, zudem gäbe es auch zwei weitere gesunde Kinder. „Meines Erachtens kann man von einer Minderwertigkeit des Kranken nicht sprechen. Dass er es bis zur Unterprima brachte, setzt doch schon eine gewisse Intelligenz voraus.“ Das Kreiswohlfahrtsamt schloss sich gegenüber dem Erbgesundheitsgericht in Stendal der Einschätzung an und konstatierte, dass der seit Jahren bekannte junge Mann nicht als geistig oder körperlich minderwertiger Mensch gelten könne. „Aus der Tatsache, daß er sich auf seiner jetzigen Arbeitsstelle aus der Masse der Arbeiter herausgeschält hat und mit Spezialarbeiten beschäftigt wird, dürfte doch seine Vollwertigkeit bewiesen sein.“ Zudem gehöre er dem Spielmannszug der SA an. In größerem Maße nahmen sie jedoch starke Abwertungen vor und unterstützten ausdrücklich die Zwangssterilisation. Die jeweiligen Abstufungen umfassten die Beschreibung von „minderwertigen“ Attributen, den Hinweis auf notwendige medizinische Überprüfungen zur Durchführung der Sterilisation oder die Feststellung, dass das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses [...] in diesem Falle so früh wie möglich angewendet werden müsse“.¹⁰²⁸

Zuweilen erscheinen auch persönliche Interessen der Mitarbeiterinnen an der Zwangssterilisation. „Die Familie ist ja wohl die asozialste, die es gibt, der Vater war

¹⁰²⁷ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 41.

¹⁰²⁸ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 68.

schon im Arbeitshaus und ist jetzt im Gefängnis, wahrscheinlich bekommt er Sicherung.“¹⁰²⁹ Insofern eigneten sich Fürsorgerinnen eine Beurteilungskompetenz an und konstatierten bereits in ihren Berichten eine „Erbkrankheit“ im Sinne des Gesetzes. So erstattete eine Hilfsfürsorgerin aus der Region Magdeburg im Februar 1944 einen ausführlichen Bericht über die soziale und familiäre Situation eines 16-jährigen Mädchens. Dabei betonte sie die „erblich belastete“ Familie. Die Mutter sowie eine Tochter seien bereits unfruchtbar gemacht worden, ein Bruder verstarb an „Krämpfen“ und ein weiterer besuche die Hilfsschule. Die häuslichen Verhältnisse seien nach Ansicht der Fürsorgerin sehr schlecht, die sechsköpfige Familie bewohne lediglich einen Raum und müsse vom Großvater versorgt werden. Die junge Frau könne nicht arbeiten, „sie sitzt ständig am Fenster und versucht ab und zu, ihre Strümpfe zu stopfen“. Die abschließende Einschätzung der Hilfsfürsorgerin war eindeutig. „Es liegt ein Schwachsinn erheblichen Grades vor.“¹⁰³⁰

Die Beteiligung von Fürsorgerinnen und Pflegerinnen an der nationalsozialistischen Zwangssterilisation kann nicht als herrschaftliche Okkupation verstanden werden, vielmehr engagierten sie sich aktiv und initiativ an der Erfassung von „erbkranken“ Frauen und Männern. Die Ermittlungen sowie Berichte von Fürsorgerinnen und Gesundheitspflegerinnen stellten eine wesentliche Informationsbasis der amtsärztlichen Antragsstellung dar, indem sie einen Verdacht äußerten, bestehende Hinweise bestätigten und Ermittlungsergebnisse ergänzten.

Auf der Grundlage der lokalen Vernetzung mit Schulen, Behörden und Privatpersonen ermittelten sie soziobiologische Ergebnisse, die insbesondere die Leistungsfähigkeit, die Familiensituation und das Verhalten beschrieben oder weitere Erkrankungen aufzählten. Im Vordergrund stand der gesellschaftliche und individuelle Wert, der an geringem schulischen und beruflichen Erfolg, an medizinischer und finanzieller Bedürftigkeit sowie an abweichenden Verhaltensweisen bemessen wurde. Dieser an gesellschaftlichen Werten orientierte Beurteilungskanon wurde durch die Betrachtung der Familiensituation sowie das Vorhandensein von Krankheitsformen als rassenhygienische Beweisformeln ergänzt. Auch für Fürsorgerinnen und Gesundheitspflegerinnen spielten geschlechtsspezifische Vorstellungen und Abweichungen von überkommenen Geschlechtermustern eine gewichtige Rolle, indem Frauen und Männer anhand

¹⁰²⁹ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 98.

¹⁰³⁰ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 98.

von Verletzungen ihrer Geschlechterrolle bemessen und als „minderwertig“ beurteilt wurden. So galten Männer als „erbkrank“, wenn sie ihrer Rolle als Ernährer der Familie nicht gerecht wurden oder kriminell waren.¹⁰³¹ Hingegen wurden Frauen an der Bewältigung von Haushaltspflichten, der Erziehung von Kindern sowie vor allem am Sexualverhalten bewertet. Vor allem Frauen wurden unsittliche Verhaltensweisen unterstellt oder das Sexualverhalten als Hinweis auf „angeborenen Schwachsinn“ gewertet. Hinlängliche Beweise bestanden in der Geburt von unehelichen Kindern, im „Herumtreiben“ mit Männern oder dem Geschlechtsverkehr mit anderen Männern während bzw. außerhalb der Ehe.¹⁰³² Dergestalt orientierte sich der Erfassungskatalog an einem tradierten bürgerlichen Wertekanon, von dem sich die Nationalsozialisten im Hinblick auf die Schaffung einer „Volksgemeinschaft“ hingegen zu distanzieren versuchten. Die Betonung des Sexualverhaltens von Männern bestand vor allem in Hinweisen auf Übergriffe. Entsprechend dieser Ergebnisse zur Beteiligung und zu Beurteilungsformen von „erbkrankverdächtigen“ Frauen und Männern hatte das Geschlecht von Personen, die an der nationalsozialistischen Zwangssterilisation beteiligt waren, keine ausschlaggebende Bedeutung. Männliche wie weibliche Protagonisten des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ waren zwar in unterschiedlichen Funktionen an der Durchführung beteiligt, jedoch stimmten ihre geschlechtsspezifischen Beurteilungs- und Selektionskriterien in hohem Maße überein. Die inhaltliche, sprachliche und intentionale Gestaltung von Ermittlungsberichten verweist insgesamt auf eine aktive Beteiligung, indem Fürsorgerinnen „erbkrankverdächtige“ Frauen und Männer teilweise erheblich abwerteten, weitergehende Ermittlungen durchführten sowie die Sterilisation forderten. Inwiefern sie ihre Handlungsspielräume zugunsten von betroffenen Frauen und Männern nutzten und die Sterilisation bisweilen auch verhinderten, kann nicht abschließend geklärt werden.

¹⁰³¹ So wurde die Feststellung eines geringen schulischen Erfolges in direkten Bezug zur Arbeitsleistung gestellt. So habe ein Mann nach der Schulentlassung keine berufliche Tätigkeit begonnen und arbeitete schließlich als Knecht. „Hier muss er ständig unter Aufsicht gehalten werden, sonst steht er nur herum, läßt seine Arbeit ruhen, um sich mit Kindern zu beschäftigen oder mit irgendwelchen Leuten ein Gespräch anzuknüpfen.“ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 236.

¹⁰³² Eine Frau könne nach Ansicht einer Fürsorgerin den Haushalt nicht führen und die Wohnung sei unsauber. Zudem sei sie nicht in der Lage, die Kinder zu erziehen. Ein Kind sei in Anstaltserziehung, das andere wiese einen ungenügenden Ernährungsstand auf, weil sie „nicht in der Lage ist, das Kind richtig zu pflegen und zu ernähren“. LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 65.

Hebammen zählten ebenso zur Gruppe „sonstiger anzeigepflichtiger Personen“, jedoch beteiligten sie sich scheinbar nur in geringem Maße an Erfassungsmaßnahmen.¹⁰³³ In welchem Maße sie Informationen mündlich weiterleiteten oder im Rahmen von Sterilisationsverfahren informelle Auskünfte gegenüber beamteten Ärzten gaben, wie das obige Beispiel aufzeigt, kann kaum näher betrachtet werden. Es ist aber insgesamt davon auszugehen, dass sich ihre geringe Beteiligung durch berufsspezifische Interessen und ein tradiertes Vertrauensverhältnis vor allem in ländlichen Regionen begründete. Hebammen besaßen trotz der seit dem 18. Jahrhundert eintretenden Modernisierungs- und Professionalisierungstendenzen eine erhebliche Vertrauensstellung in ländlichen Gemeinden und übernahmen wichtige staatliche und kirchliche Funktionen in der Betreuung von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.¹⁰³⁴ Infolge der schweren finanziellen Krisen in der Weimarer Republik geriet der Beruf der Hebamme in eine ökonomische und personelle Schiefelage.¹⁰³⁵ Die Nationalsozialisten versuchten seit 1933, den Hebammenberuf zu modernisieren und Hebammen in die bevölkerungspolitischen Maßnahmen aktiv einzubinden. Die Beteiligung am nationalsozialistischen Sterilisationsverfahren wurde zunächst diskutiert, da Hebammen nach Auslegung der ersten Durchführungsverordnung nicht „mit der Heilbehandlung, Untersuchung oder Beratung von Kranken“ befasst seien.¹⁰³⁶ Im Hinblick auf einen Reputationsgewinn sowie Kompetenzerweiterungen betonte aber auch die „Reichsfachschaft Deutscher Hebammen“ die Anzeigepflicht für Hebammen, die schließlich 1934

¹⁰³³ Nach Ausweis der überlieferten Materialien ergeben sich keine stichhaltigen Hinweise, die auf eine größere Anzeigetätigkeit von Hebammen schließen lassen. Somit kann berechtigterweise davon ausgegangen werden, dass sich Hebammen nur geringfügig an der Anzeige von „erbkranken“ Frauen und Männern beteiligten. Die Überlieferung zu Hebammen und zum Hebammenwesen im Hinblick auf bevölkerungspolitische Maßnahmen im Dritten Reich ist für die preußische Provinz Sachsen äußerst spärlich. Die überlieferten Materialien geben kaum weiterführende Hinweise auf erbbiologische Tätigkeitsfelder, auch wurden Teile der Überlieferung kassiert. Vgl. LHASA MD Rep. 28 I g Kap. V – von den Hebammen wurde der Großteil 1972 kassiert. Weiterführend: LASA, C 20 I, Ib, Nr. 1490: Hebammen, Bd. 9: 1928–1935; Bd. 10: 1936–1944; LASA, C 20 I, Ib Nr. 1491: Prüfung der Hebammenschülerinnen, Bd. 2: 1930–1943; LASA, C 20 I, Ib Nr. 1571: Hebammenangelegenheiten, Bd. 7: 1930–1939; LASA, C 28 Ig, Nr. 258: Ehrenurkunden, Auszeichnungen für Hebammen (enthält Namenslisten) (1938–1944 LASA, C 28 Ig, Nr. 236: Prov. Hebammen Institut Magdeburg (enthält Namenslisten, Prüfungsergebnisse sowie Materialien zur Ausbildung) (1906–1938); LASA C 28 Ig, Nr. 259: Prüfung der Hebammen (enthält Prüfungsergebnisse, personenbezogene Vorgänge sowie Geburtsberichte) (1938–1946); LASA, C 48 Ii, Nr. 457, Bd. 12: Das Hebammenwesen (1933/1946); LASA, C 53 Gesundheitsamt Eisleben, Nr. 8: Hebammenangelegenheiten (1939–1950); LASA, C 53 Gesundheitsamt Eisleben, Nr. 25: Überreichung von Ehrenurkunden an Hebammen (1930–1943).

¹⁰³⁴ Vgl. Lisner: „Hüterinnen der Nation“, S. 7–23; Labouvie, Eva: Beistand in Kindsnöten. Hebammen und die Gemeinschaft der Frauen auf dem Land (1550–1910), Frankfurt 1999.

¹⁰³⁵ Zur Lage im Regierungsbezirk Merseburg siehe LASA, C 48 Ii, Nr. 458: Das Hebammenwesen (1926–1946), unfol.

¹⁰³⁶ Vgl. Lisner: „Hüterinnen der Nation“, S. 262.

angeordnet wurde.¹⁰³⁷ In der Folge wurden auch die Ausbildungspläne von Hebammen durch erbbiologische Schulungen ergänzt sowie Fortbildungskurse durchgeführt. Das Ziel bestand darin, Hebammen als Mitarbeiterinnen für bevölkerungspolitische Maßnahmen im Dritten Reich zu gewinnen. Daneben sollten sie in ihrer Tätigkeit als spezielle Beraterinnen auftreten und für die Zwangssterilisation oder den Schwangerschaftsabbruch werben.¹⁰³⁸

Im Gegensatz zu der geringen Beteiligung von freipraktizierenden Ärzten wurde die Mitarbeit von Hebammen weder gesondert betont noch kritisiert.¹⁰³⁹ In Anlehnung an Wiebke Lisner könnte dieser Befund darauf hinweisen, dass Hebammen entweder ihrer Anzeigepflicht nachkamen oder es seitens der Kreisärzte bzw. Amtsärzte nicht möglich war, „ihnen die Unterlassung nachzuweisen“.¹⁰⁴⁰ Das Interesse an der strafrechtlichen Verfolgung aufgrund ungenügender Mitarbeit war insgesamt gering, und es wurden weder freipraktizierende Ärzte noch Fürsorgerinnen oder andere Berufsgruppen belangt. Dementsprechend bestand auch gegenüber Hebammen kein systematisches Verfolgungsinteresse.¹⁰⁴¹

Der wesentliche Grund für die geringe Anzeigetätigkeit muss vor allem in der Vertrauensstellung in der Gemeinde sowie gegenüber den betreuten Frauen und Familien gesehen werden. Anzeigen hätten diese Vertrauensposition nachhaltig erschüttert. Dieser Vertrauensverlust hätte für die Hebammen erhebliche berufliche und vor allem ökonomische Konsequenzen gehabt. Auch nach der nationalsozialistischen Machtübernahme bestanden erhebliche finanzielle Schwierigkeiten, die Konflikte und einen Konkurrenzkampf zwischen Hebammen in der Betreuung von schwangeren Frauen hervorriefen.¹⁰⁴² In dieser angespannten Situation hätte die Anzeige von „erbkranken“ Frauen und Männern die gesamte berufliche Existenz bedrohen können, da sich Frauen und Familien wohl vermehrt an diejenigen Hebammen gewandt hätten, von denen sie keine Anzeige befürchten mussten. Diesbezüglich spielten offenbar berufliche und ökonomische Motive eine wesentliche Rolle für das geringe Anzeigeverhalten von

¹⁰³⁷ Vgl. Lisner: „Hüterinnen der Nation“, S. 263.

¹⁰³⁸ Vgl. Lisner: „Hüterinnen der Nation“, S. 265–266.

¹⁰³⁹ Dieser Befund deckt sich mit den Ergebnissen von Lisner: „Hüterinnen der Nation“, S. 265. Die fehlende Berücksichtigung in der Berichterstattung könnte auch auf der geringen medizinischen Reputation von Hebammen beruhen, sodass ihnen von Seiten der beamteten Ärzte keine wichtige Rolle in der Anzeige von „erbkrankverdächtigen“ Frauen und Männern zugestanden wurde.

¹⁰⁴⁰ Lisner: „Hüterinnen der Nation“, S. 265.

¹⁰⁴¹ Beispielsweise konnten keine Untersuchungen gegen Hebammen aufgrund der unterlassenen Anzeigepflicht nachgewiesen werden. Vgl. LASA, C 48 Ii, Nr. 524, Bd. 11: Beschwerden und Untersuchungen gegen Hebammen (1932–1944), unfol.

¹⁰⁴² Vgl. LASA, C 48 Ii, Nr. 524, Bd. 11: Beschwerden und Untersuchungen gegen Hebammen (1932–1944), unfol.

Hebammen. Ob hiermit eine ablehnende Haltung gegenüber der nationalsozialistischen Zwangssterilisation in Verbindung gebracht werden kann, sollte nicht ausgeschlossen, muss jedoch bezweifelt werden. Hierfür sprechen die Veränderungen von Ausbildungsstandards, die gesellschaftliche Propaganda, die Betonung hochwertiger Nachkommen sowie auch die jahrelangen beruflichen Erfahrungen von Hebammen mit Familien, die sich in großer wirtschaftlicher Not befanden, in denen Alkohol und Gewalt grassierte und kranke Kinder kaum versorgt werden konnten. Diese allgemeinen gesellschaftlichen Vorstellungen und Vorurteile betrafen Hebammen ebenso wie Fürsorgerinnen oder Gesundheitspflegerinnen. Jedoch waren die berufliche Existenz und der finanzielle Verdienst von Hebammen im Gegensatz zu Fürsorgerinnen und Gesundheitspflegerinnen unmittelbar an Familien und Geburten gebunden.

4.3.4 Lehrerschaft

Schulen und Betreuungseinrichtungen stellten für die Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation ein besonderes Erfassungsreservoir von männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“ dar, da die überlieferten Register insbesondere von Hilfsschulen, Erziehungsheimen oder auch Blinden- und Taubstummenanstalten eine wertvolle Quelle für Ermittlungen, für die Antragsstellung und gerichtliche Entscheidungen, bildeten, da die von ihr betreute Klientel als spezielle Sammelbecken von fortpflanzungsgefährlicher „Minderwertigkeit“ im Dritten Reich galten. Zudem konnten in Schulen als „erbkrank“ geltende Jungen und Mädchen ermittelt werden, die weder verheiratet noch Kinder hatten und vor der Geschlechtsreife unfruchtbar gemacht werden konnten.

Nach zeitgenössischen Vorstellungen bot etwa die Überprüfung von Hilfsschulen oder Erziehungsheimen die Möglichkeit zur Ermittlung von Jungen und Mädchen, die aufgrund von Verhaltensweisen, Straftaten, finanzieller und medizinischer Bedürftigkeit sowie geringen intellektuellen Fähigkeiten als „schwachsinnig“ und „minderwertig“ galten.¹⁰⁴³ Hierfür bildeten die schulärztlichen Untersuchungen eine kameralistische Basis, da die Feststellung eines „medizinischen oder pädagogischen

¹⁰⁴³ Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 91–96. Die Stellung, Funktion aber auch Entwicklung von Sonder- und Hilfsschulen sowie einer Sonderschulpädagogik im Dritten Reich und ihre Verbindungen zur Erb- und Rassenpflege wurden bislang zwar untersucht, jedoch erscheinen aufgrund von ambivalenten Entwicklungen und auch Positionierungen weitere und insbesondere differenzierende historische Untersuchungen notwendig, um auch praktische Beteiligung, die funktionale Bedeutung und den Stellenwert von Hilfs- und Sonderschulen an erb- und rassenspezifischen Maßnahmen im Nationalsozialismus zu bestimmen. Als Beispiel der bestehenden Ambivalenzen kann auf Dr. Karl Tornow verwiesen werden, der als Hauptschriftleiter der Zeitschrift „Die Deutsche Sonderschule. Zeitschrift der Reichsfachschaft V im NSLB“ fungierte und seit 1937

Schwachsinn“ als Voraussetzung der Aufnahme in eine Hilfsschule galt.¹⁰⁴⁴ Zwischen dem Besuch einer Hilfs- und Sonderschule und „angeborenem Schwachsinn“ bestand damit eine Kausalbeziehung. Aus diesem Grund umfassten Fragebögen von Erbgesundheitsgerichten und Gesundheitsämtern sowie auch die Karteikarten der „erbbiologischen Bestandsaufnahme“ explizite Kategorien zur Schule und zum schulischen Erfolg. Die Klientel dieser Einrichtungen war erbbiologisch stigmatisiert, und der Hilfsschulbesuch trug im Sterilisationsverfahren maßgeblich zu einer Präjudizierung als „erbkrank“ bei. Die gesellschaftliche Stigmatisierung von Bevölkerungskreisen mit besonderen schulischen oder erzieherischen Bedürfnissen als „minderwertig“, dumm oder unproduktiv war jedoch keineswegs neu, sondern erhielt infolge des nationalsozialistischen Sterilisationsgesetzes eine erbbiologische Begründung.¹⁰⁴⁵

Deshalb wurden bereits in den vorbereitenden Registrierungsprozeduren Schulen und Betreuungseinrichtungen in die Ermittlungen einbezogen. Der Schwerpunkt lag zunächst auf den Hilfsschulen. Im Verlauf der 1930er-Jahre und der Durchführung der „erbbiologischen Bestandsaufnahme“ wurden auch Berufs- und Volksschulen systematischer erfasst.¹⁰⁴⁶ Im Hinblick auf den organisatorischen Einbezug sowie die Entwicklungstendenzen bis zum Ende der 1930er-Jahre kann von einer erbbiologischen Hierarchisierung gesprochen werden, indem für die nationalsozialistische Zwangssterilisation zunächst vor allem männliche und weibliche Hilfsschüler erfasst werden sollten. Berufs- und Volksschulen spielten ebenfalls keine unwichtige Rolle, wurden

als Rektor der Pestalozzischule in Magdeburg agierte. Einerseits forcierte Karl Tornow eine Modernisierung der Sonderschulpädagogik mit nicht unwesentlichen Erfolgen, andererseits integrierte er die Erb- und Rassenpflege in sonderpädagogische Konzepte. Dr. Karl Tornow (1900–1985), Volks- und Hilfsschullehrer, 1932 zur Hilfsschulpädagogik promoviert, diverse Funktionen als Hilfsschullehrer, seit 1934 Hauptschriftleiter „Die deutsche Sonderschule“, 1937 Rektor der Pestalozzischule in Magdeburg, seit 1938 Mitarbeiter der Reichsleitung des Rassenpolitischen Amtes der NSDAP, seit 1942 Schulrat für Hilfsschulfragen des Provinzialschulkollegiums Berlin, nach 1945 u. a. Leiter des psychotherapeutischen Instituts in Hannover. Karl Tornow gilt als maßgeblicher Sonderpädagoge im Dritten Reich. Vgl. und weiterführend: Klee: Personenlexikon, S. 628; Bauer, Rudolph: Tornow, Karl. In: Hugo Maier (Hrsg.): Who is who der Sozialen Arbeit, Freiburg 1998, S. 590–591; Brill, Werner: Pädagogik der Abgrenzung. Die Implementierung der Rassenhygiene im Nationalsozialismus durch die Sonderpädagogik, Bad Heilbrunn 2011; Hänsel, Dagmar: Sonderschule im Nationalsozialismus. Die Magdeburger Hilfsschule als Modell, Bad Heilbrunn 2019; Tornow, Karl: Die Mitarbeit des Sonderschullehrers bei der Verwirklichung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. Aus der Praxis der Gutachter Tätigkeit des Hilfsschullehrers. In: Die deutsche Sonderschule, Jg. 3 (1936), H. 5, S. 321–332; Tornow, Karl/Weinert, Herbert: Erbe und Schicksal. Von geschädigten Menschen, Erbkrankheiten und deren Bekämpfung, Berlin 1942.

¹⁰⁴⁴ Schneider: Bedeutung für die Hilfsschule, S. 401–402.

¹⁰⁴⁵ Vgl. Schneider: Bedeutung für die Hilfsschule, S. 408.

¹⁰⁴⁶ Teilweise wurden bereits seit 1933 auch Berufs- oder Volksschulen einbezogen. Beispielsweise teilte die kaufmännische Berufsschule in Oschersleben dem Kreisarzt im Oktober 1933 mit, dass keine „erbkranken“ Schüler ermittelt werden konnten. Vgl. StA Oschersleben, P VI/43: Akten der Polizeiverwaltung betreffend erbkranken Nachwuchses (1933–1945), fol. 19.

jedoch erst im Zuge der „erbbiologischen Bestandsaufnahme“ systematischer erfasst. So wandte sich das Stadtgesundheitsamt von Erfurt im Frühjahr 1937 an das städtische Schulamt und bat, alle an Ostern entlassenen VolksschülerInnen zu melden. „Ich bitte an alle Volksschulen ein Rundschreiben zu richten, mit dem Ersuchen, der Erbbiologischen Abteilung des Stadtgesundheitsamtes alle Schüler und Schülerinnen unter Angabe des Namens, der Wohnung, der Geburtsdaten zu melden, die Ostern 1937 aus der 3., 4. und 5. Klasse zur Entlassung kamen.“¹⁰⁴⁷ Demgegenüber wurden Mittelschulen oder Gymnasien in die Erfassung von „erbkranken“ Frauen und Männern nicht einbezogen.¹⁰⁴⁸ Der Schwerpunkt lag somit insbesondere auf SchülerInnen, die aufgrund des Besuchs von niederen Schulformen, von geringeren intellektuellen Fähigkeiten sowie „Verhaltensauffälligkeiten“ als „erbkrank“ und „minderwertig“ galten.

Der Provinzialverband von Sachsen leistete bei der Erfassung maßgebliche Unterstützung, indem er die ihm unterstehenden Erziehungsheime bereits frühzeitig anwies, „erbkrankverdächtige“ Jugendliche umfassend zu melden. „Ich gebe mich der bestimmten Erwartung hin, daß die Heimleitungen sich mit ganzer Kraft einsetzen werden, dass für die Gesundung des deutschen Volks überaus wichtige Gesetz innerhalb ihres Wirkungskreises zur Durchführung zu bringen.“¹⁰⁴⁹ Der frühzeitige organisatorische Einbezug von Schulen und Betreuungseinrichtungen und die damit einhergehende Intensität der Erfassung verliefen jedoch regional unterschiedlich, auch als Konsequenz der Vorgehensweise der Kreisärzte und der Etablierung von Informationsnetzwerken.

In Erfurt waren bis März 1934 insgesamt 76 Sterilisationsanzeigen eingegangen, von denen über 75 Prozent Hilfsschüler betrafen.¹⁰⁵⁰ Ebenso wurden in Halle/Saale frühzeitig Überprüfungen von Hilfsschulen zur Sterilisation durchgeführt.¹⁰⁵¹ Der Regierungspräsident von Magdeburg konstatierte hingegen im Herbst

¹⁰⁴⁷ StA Erfurt, Nr. 2/511–23037: Magistrat der Stadt Erfurt. Stadtgesundheitsamt, Erb- und Rassenpflege. Erfassung von vorzeitigen Schulentlassungen aus Volksschulen in den Jahren 1933–1938 für die erbbiologische Kartei (1937–1938), unfol.

¹⁰⁴⁸ Im Zuge der Recherchen konnte kein Nachweis erbracht werden, dass höhere Schulen in die Erfassungsmaßnahmen zur Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation zielgerichtet einbezogen wurden.

¹⁰⁴⁹ StA Wernigerode, WR/II/Nr. 6615 (1933–1936), unfol.

¹⁰⁵⁰ Vgl. StA Erfurt, Nr. 2/511–23045: Magistrat der Stadt Erfurt. Stadtgesundheitsamt, Erb- und Rassenpflege. Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, enthält u. a. Allgemeinen Schriftverkehr, Verordnungen und Richtlinien, Namenslisten der vom Erbgesundheitsgericht im Jahre 1935 erfassten Personen (1935–1944), unfol.

¹⁰⁵¹ Vgl. StA Halle/Saale, A. 2.9 Centralbüro Kap. II, Abt. E, Nr. 110: Stadtgesundheitsamt, Bd. 4 (1931–1936), unfol.

1934, dass „die Schulen [...] noch zur Erfassung der Schwachsinnigen mit herangezogen werden“ müssten.¹⁰⁵² In Magdeburg wurde nach Beschluss der 3. Gesundheitsfürsorgebesprechung vom September 1934 mit der Erfassung „der Ostern 1935 zur Entlassung kommenden Schüler der Hilfsschulen“ zielgerichtet begonnen.¹⁰⁵³ Diese Erfassungsprozedur wurde im folgenden Jahr wiederholt, zudem wurden die Ermittlungsmaßnahmen systematisiert, da den Gesundheitsämtern ab April 1935 die Schulaufsicht übertragen worden war. Hierbei übernahmen die jeweiligen Schulärzte eine wichtige Funktion, indem sie für die Antragsstellung und Begutachtung verantwortlich waren. In Magdeburg waren die Schulärzte im April 1936 aufgrund der Vielzahl von „erbkrankverdächtigen“ Hilfsschülern jedoch nicht in der Lage, ihre diagnostischen Aufgaben zu erfüllen und übersandten dem Gesundheitsamt zunächst nur Sterilisationsanzeigen.¹⁰⁵⁴

Insoweit die jeweiligen Einrichtungen eine aktive Zusammenarbeit zumindest nicht aktiv mitgestalteten, darüber hinaus personelle Mängel bestanden oder entsprechende Verzeichnisse fehlten, stieß die Erfassung auf größere Probleme. Aus diesem Grund gerieten einzelne Einrichtungen erst später in das Blickfeld der erbbiologischen Erfassung. Im Kreis Halberstadt wurden im Jahr 1935 insgesamt 716 Frauen und Männern von „sonstigen meldepflichtigen Personen“ als „erbkrank“ angezeigt.¹⁰⁵⁵ Auf Rückfrage teilte das Gesundheitsamt in Halberstadt mit, „dass die große Zahl der von sonstigen Personen gemeldeten Erbkranken sich aus einer Durchsicht der Liste sämtlicher früherer Hilfsschüler erklärt“.¹⁰⁵⁶ Die intensive Erfassung im Kreis Halberstadt fand somit mit zeitlichen Verzögerungen statt, wurde jedoch zielgerichtet vorbereitet und führte zu einer Vielzahl von Sterilisationsanzeigen aufgrund der soziobiologischen Stigmatisierung als „Hilfsschüler“.

Ein wesentlicher Bestandteil des Einbezugs von Schulen und Betreuungseinrichtungen bildete die aktive Mitarbeit von Lehrern und Rektoren. Im August 1934 konstatierte der Regierungspräsident von Erfurt die gute Zusammenarbeit mit den

¹⁰⁵² LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 1, fol. 179.

¹⁰⁵³ StA Magdeburg, Rep. 38 J V. Nr. 1: Erb- und Rassenpflege (1926–1943), Bd. 2: 1933–1940, fol. 107.

¹⁰⁵⁴ „Da den Schulärzten die sofortige Stellung der vielen Sterilisationsanträge nicht möglich ist, sollen dem Amtsarztbüro nur die Anzeigen eingereicht und die entsprechenden Anträge später nachgesandt werden.“ StA Magdeburg, Rep. 38 J V. Nr. 1: Erb- und Rassenpflege (1926–1943), Bd. 2: 1933–1940, fol. 107.

¹⁰⁵⁵ Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 6, fol. 162.

¹⁰⁵⁶ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 6, fol. 164.

Lehrern des Regierungsbezirks, da sie im Gegensatz zu praktischen Ärzten oder Amtspersonen nicht nur sehr gut mitarbeiten, sondern auch wichtige Daten liefern würden.¹⁰⁵⁷ „Die wertvollsten Angaben auf erbbiologischem Gebiet liefern die Schulen, da die Lehrer in überwiegender Zahl sehr eifrig und auch mit Verständnis auf erbbiologischem Gebiet mitarbeiten, und auch die Hemmungen die für Erwachsene auf dem Gebiet der Erbforschung bei Angabe anlässlich ärztlicher Untersuchungen vielfach gegeben sind, in der Schulerhebung keine überwiegende Rolle spielen.“¹⁰⁵⁸ Insgesamt wurde die Beteiligung von Lehrern und Rektoren an der Ermittlung von „erbkrankverdächtigen“ SchülerInnen in der preußischen Provinz Sachsen bereits in der Frühphase der nationalsozialistischen Zwangssterilisation als hoch eingeschätzt.¹⁰⁵⁹ Widerstände oder Weigerungen wurden lediglich im Zuge der intensiveren Kontrollen in den Jahren 1935/36 festgestellt.¹⁰⁶⁰ So wurden im Kreis Wernigerode zwei Lehrer gemeldet, die sich einerseits als Gegner des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ bezeichneten und andererseits die Erfassung von Hilfsschulkindern behindern würden. Die folgenden Ermittlungen ergaben keine Beweise, die eine strafrechtliche Ahndung gerechtfertigt hätten.¹⁰⁶¹

Die Zusammenarbeit mit kommunalen Behörden wurde teilweise durch Personalprobleme behindert. So teilte etwa der Rektor der Hilfsschulen in Wernigerode dem zuständigen Kreisarzt im Mai 1934 mit, dass alle entlassenen Schüler über das Verzeichnis der Schule erfasst werden könnten. Er könne die erforderliche Durchsicht jedoch nicht persönlich vornehmen, da „er sich in nächster Zeit besonders um die Erfassung der Eltern von Hilfsschülern bemühen will“.¹⁰⁶² Aus diesem Grund solle ein Mitarbeiter des Wohlfahrtsamtes die Registratur in Zusammenarbeit mit dem Rektor übernehmen und hierzu eine Namensliste mit Geburtstag erstellen. „Sodann würde sich dieser Beamte zweckmässig auf das Einwohnermeldeamt begeben, um daselbst die

¹⁰⁵⁷ Dies kann ebenso für die unterschiedlichen Betreuungseinrichtungen in Verantwortung des Provinzialverbandes gelten, für die jedoch eine entsprechende Nachweisführung nicht möglich ist. Der erhebliche Verlust der Überlieferung des preußischen Provinzialverbandes verhindert eine detaillierte Prüfung der Erfassung und anschließenden Sterilisation von Frauen und Männern, die in provinzialeigenen Einrichtungen betreut wurden. Vgl. Kap. 2.3.

¹⁰⁵⁸ LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 75–76.

¹⁰⁵⁹ Hierfür könnten auch die statistischen Ergebnisse zum Anzeigeverhalten von „sonstigen anzeigepflichtigen Personen“, die trotz regionaler Unterschiede und Schwankungen durchschnittlich etwa ein Fünftel des Gesamtvolumens ausmachten und womöglich Lehrer einschlossen, sprechen.

¹⁰⁶⁰ Vgl. Kap. 8.2.

¹⁰⁶¹ Vgl. Kap.8; weiterführend etwa LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 249; LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 4, fol. 569; LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 6, fol. 382.

¹⁰⁶² StA Wernigerode, WR/II/Nr. 6615 (1933–1936), unfol.

jetzige Anschrift festzustellen. Für jede Person bitte ich einen besonderen (halben) Bogen anzulegen, da nach Verabredung mit dem Herrn Rektor später noch besondere Bemerkungen beigelegt werden sollen.“¹⁰⁶³ Am Beispiel von Wernigerode zeigt sich exemplarisch die aktive Mitarbeit, im Rahmen derer in Ergänzung der Erfassung von männlichen und weiblichen Hilfsschülern ebenso die Eltern nach auffälligen „minderwertigen“ Merkmalen verzeichnet wurden.

Das Engagement ging auch über die Registratur und Weiterleitung hinaus, so dass etwa der Regierungspräsident von Erfurt die Zusammenarbeit zwischen Berufsschulen, Gesundheitsämtern und Erbgesundheitsgerichten im Juni 1938 klären musste. Den Hintergrund bildete die Anfrage eines Berufsschulleiters an den Vorsitzenden eines Erbgesundheitsgerichts, „ob die Schule bei schwachsinnigen Schülern den Antrag auf Unfruchtbarmachung stellen solle“.¹⁰⁶⁴ Der Regierungspräsident begrüßte diese Initiative, musste jedoch das eifrige Engagement bremsen, da für die Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation der amtliche Verfahrensweg eingehalten werden müsse und die Aufgabe von Schulleitern darin bestehe, den verantwortlichen Amtsärzten die entsprechenden Meldungen zuzusenden.

Gegenüber der reibungslosen Zusammenarbeit erwiesen sich die Ermittlungen in Hilfsschulen im Kreis Wanzleben problematischer. Der Kreisarzt konstatierte im August 1934, dass einzelne Hilfsschulen keine Gesundheitsbögen führen würden, wonach es sich „insbesondere für die heutige Zeit“ um einen „unhaltbaren Mangel“ handeln würde, der sofort behoben werden müsse.¹⁰⁶⁵ Hinsichtlich einer effektiven Erfassung empfahl er unterschiedliche Formularfragen, die das Vorliegen einer „Erbkrankheit“ oder von „Minderwertigkeit“ klären sollte. Eine Frage zielte auf „charakterliche Absonderheiten, seelische Abnormitäten, körperliche Leiden sowie Blutsverwandtschaft aller Grade“ ab.¹⁰⁶⁶ Eine weitere Frage betraf die Entwicklung in der Schulzeit zuzüglich einer Charakterschilderung, „besonderer Schwächen oder Begabungen, Unarten, Grausamkeiten, Rücksichtslosigkeiten, Beispiele un- oder asozialen Verhaltens, sexuelle Verirrungen, Nägelkauen und andere Zeichen psychopathischer Veranlagung“.¹⁰⁶⁷ Diese Vorschläge rekurrieren auf die Ermittlungsinteressen des Kreisarztes und verweisen zugleich auf gesellschaftliche Vorstellungen von als „minderwertig“

¹⁰⁶³ StA Wernigerode, WR/II/Nr. 6615 (1933–1936), unfol.

¹⁰⁶⁴ ThStAG, Regierung Erfurt, Staatliches Gesundheitsamt Mühlhausen (1906–1952) Nr. 29: Erbgesundheitsangelegenheiten (1935–1940), unfol.

¹⁰⁶⁵ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 1, fol. 52.

¹⁰⁶⁶ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 1, fol. 52.

¹⁰⁶⁷ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 1, fol. 52.

geltenden Jungen und Mädchen, indem „Absonderheiten und Abnormitäten“ im Verhalten als Merkmale von „Erbkrankheiten“ verzeichnet werden sollten. Diese Vorgaben eröffneten eine umfassende Erfassungstechnologie, die die Übersetzungsleistungen von Lehrern konturieren kann, indem etwa Nägelkauen mit „anderen Zeichen psychopathischer Veranlagungen“ nahezu gleichgesetzt werden konnte. Aufgrund von „ungünstigen Erfahrungen“ in seinem Amtsbezirk unterließ der Kreisarzt jedoch explizite sprachliche Hinweise auf „Erbkrankheiten“ im Sinne des Sterilisationsgesetzes. „Da das Laienpublikum seine eigenen unbelehrbaren Ansichten“ habe, müssten „solche Entscheidungen aber allein dem Arzt überlassen bleiben.“¹⁰⁶⁸

Mithilfe von Gesundheitsbögen gaben Kreis- oder später Amtsärzte ein spezifisches Erfassungsinstrument vor, welches die Erfassung von „erbkranken“ Jungen und Mädchen beförderte. In Anbetracht der regelmäßigen Überprüfungen durch die Gesundheitsämter, die aktive Mitarbeit von Lehrern und Direktoren erfuhren insbesondere Hilfsschulen den Charakter eines Panoptismus, in dem intellektuelle, soziale und finanzielle „Minderwertigkeit“ jederzeit erfasst, dokumentiert und im Zuge des nationalsozialistischen Sterilisationsgesetzes selektiert werden konnte.

Ein wichtiger Tätigkeitsschwerpunkt von Lehrern bestand neben der registrierten Unterstützung in der Erstellung von personenbezogenen Beurteilungen im Rahmen von amtsärztlichen und gerichtlichen Ermittlungen.¹⁰⁶⁹ Diese Beurteilungen umfassten die schulischen Leistungen, das Verhalten, den Charakter, aber auch familiäre Hintergründe. Die jeweiligen Informationen beruhten auf persönlichen Erfahrungen im Verlauf des Schulbesuchs sowie auf Einschätzungen, die von anderen Lehrern angefertigt und in Schulkarteien hinterlegt worden waren. So konnte ein Lehrer einer Volksschule in Stendal auf Anfrage des Gesundheitsamtes in Stendal im Oktober 1943 lediglich die Einschätzungen einer anderen Schule mitteilen und ein „unkindliches“ Verhalten sowie einen „unregelmäßigen Schulbesuch“ konstatieren.¹⁰⁷⁰ Der Direktor der Friedrich-Wilhelms-Provinzial-Blindenschule in Barby konnte im März 1945 keine konkreten Auskünfte zu einer „Erbkrankheit“ eines ehemaligen Schülers liefern,

¹⁰⁶⁸ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 1, fol. 52.

¹⁰⁶⁹ Für das Gesundheitsamt Mühlhausen konnte eine Sammelakte erschlossen werden, die Bilder von Personen, teilweise mit näheren persönlichen Angaben, Abgangszeugnisse, größtenteils Sippentafeln, Gutachten von Schulen sowie amtsärztliche Gutachten umfasst. Vgl. ThStAG, Regierung Erfurt, Staatliches Gesundheitsamt Mühlhausen (1906–1952) Nr. 30: Sterilisationsakten (1934–1944), unfol.

¹⁰⁷⁰ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 4, fol. 13.

sondern lediglich auf die nachlassenden schulischen Leistungen verweisen.¹⁰⁷¹ Ebenso betonte ein Rektor einer Volksschule im Januar 1939 hauptsächlich die schwachen schulischen Leistungen, die durch „Zerfahrenheit“ und schwache Gedächtnisleistungen hervorgerufen würden.¹⁰⁷² Im Zuge von Ermittlungen des Erbgesundheitsobergerichts Naumburg im April 1944 beschrieb ein Schulleiter aus dem Kreis Salzwedel das Verhalten und die Schulleistungen einer jungen Frau. Ihr Verhalten sei „albern und flatterhaft“ gewesen, und sie habe häufig den Unterricht gestört.¹⁰⁷³ Die schulischen Leistungen waren „damals völlig ungenügend“ und ihre geistige Befähigung sei „hilfsschul- und sonderschulreif“.¹⁰⁷⁴ „Soweit ich mich erinnere, litt sie auch an Krämpfen.“¹⁰⁷⁵

Die Einschätzungen unterscheiden sich vor allem in Umfang, Inhalt und Sprachgebrauch. Teilweise gaben Lehrer kurze summarische Einschätzungen und beschrieben das Verhalten und die schulischen Leistungen. Hierbei bezogen einzelne Lehrer auch die familiären Verhältnisse ein und betonten die problematische Entwicklung von Kindern. Ein Volksschullehrer hielt gegenüber dem Kreisarzt von Jerichow I fest, dass ein junger Mann ein „durchweg genügendes Abgangszeugnis“ der zweiten Klasse erreicht habe. Die schulischen Leistungen wären jedoch bei hinreichenden familiären Verhältnissen wesentlich besser gewesen. „Bei besseren häuslichen Verhältnissen – die Mutter hatte sich mit den 2 jüngeren Kindern im Jahre 1920 vom Manne getrennt – sodaß [er] mit dem Vater, der immer mehr herunterkam, hier allein zurückblieb, hätte die Entwicklung des gutartigen Jungen sich anderes gestaltet.“¹⁰⁷⁶ Vergleichbare differenzierte Einschätzungen, die die sozialen Verhältnisse von Schülern reflektieren, finden sich jedoch selten. Demgegenüber urteilten Lehrer mitunter sehr drastisch, konstatierten eine „Erbkrankheit“ im Sinn des Sterilisationsgesetzes und forderten die Unfruchtbarmachung. So beurteilten sie männliche und weibliche Schüler etwa als „stumpfsinnige Geschöpfe“ und sprachen ihnen menschliche Eigenschaften

¹⁰⁷¹ Vgl. LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 49, fol. 9.

¹⁰⁷² LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 199, fol. 19.

¹⁰⁷³ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 1, fol. 24.

¹⁰⁷⁴ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 1, fol. 24.

¹⁰⁷⁵ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 1, fol. 24.

¹⁰⁷⁶ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 104, fol. 8.

ab.¹⁰⁷⁷ Auf der Grundlage von mangelhaften mündlichen und schriftlichen Leistungen sowie einem verschlossenen und „wenig kameradschaftlichen und wahrheitsliebenden“ Charakter hielt ein Hilfsschullehrer eine Schülerin „für so belastet, dass sie unter das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses fällt“.¹⁰⁷⁸ Nach Ansicht eines Volksschullehrers aus der Nähe von Tangermünde handelte es sich bei einem jungen Mann ebenfalls um einen „offenbar geistig minderwertigen Mensch[en]“, der „im Erscheinungsbild geistesschwach“ sei.¹⁰⁷⁹ Die Einschätzungen vom Januar 1936 betrafen vor allem die Schulleistungen sowie das Verhalten, wobei wiederholt Bezüge hergestellt wurden, die die kriminelle Karriere seit der Schulzeit erbbiologisch beweisen sollten. Dementsprechend trat der Lehrer im Zuge der Anfrage quasi als Staatsanwalt auf und versuchte, eine lückenlose Beweiskette herzustellen. „Eine freie Willensentscheidung zum Rechten habe ich nicht bei ihm gefunden. Der Hang zu Dummheiten machte sich immer bemerkbar. Wieder und wieder mußte zum Beispiel das Ausnehmen von Nestern unterdrückt werden.“¹⁰⁸⁰ Zum Abschluss seiner Stellungnahme hielt er fest: „Ich glaube nicht, daß er überhaupt erkennt, was es bedeutet, wegen einer straffälligen Handlung vor Gericht gestellt zu sein.“¹⁰⁸¹ Ebenso schätzte ein Volksschullehrer aus der Nähe von Arendsee die Schulleistungen einer Frau, die 1905 geboren worden war, im Jahr 1938 als mäßig ein. „Aber moralisch war das Mädchen von vornherein minderwertig, haltlos. Es liegt m. E. eine erbliche Belastung nach dieser Seite hin vor. [...] Wenn [sie] einen Mann hat, der ebenfalls minderwertig ist, so kann ich mir von den Nachkommen nichts versprechen.“¹⁰⁸² Die Beurteilung verweist paradigmatisch auf eine Internalisierung eines erb- und soziobiologischen Diktats, sodass Verhaltensweisen, die nicht den moralischen Vorstellungen von vorwiegend männlichen Lehrern entsprachen, als „erbkrank“ und „minderwertig“ gedeutet werden konnten. Im Ergebnis führte diese Einschätzung zu der tautologischen Feststellung, dass eine „erblich belastete“ Frau mit einem ebenfalls „erbkranken“ Mann lediglich „minderwer-

¹⁰⁷⁷ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 169, fol. 9.

¹⁰⁷⁸ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 222, unfol.

¹⁰⁷⁹ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 74, unfol.

¹⁰⁸⁰ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 74, unfol.

¹⁰⁸¹ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 74, unfol.

¹⁰⁸² LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 190, fol. 10.

tige“ Kinder gebären würde. Die Darlegung des Lehrers, die auf Einschätzungen beruhte, die vermutlich knapp zwanzig Jahre alt waren, offenbart daneben auch abwertende Vorstellungen von männlichen und weiblichen Hilfsschülern bereits vor der nationalsozialistischen Machtübernahme. Diese latenten Werturteile gegenüber Hilfsschülern beiderlei Geschlechts, in denen intellektuelle, soziale und geschlechtsspezifische Vorurteile und Normvorstellungen verschmolzen, gewannen im Kontext der nationalsozialistischen Zwangssterilisation eine besondere Bedeutung, indem sie nun als „Erbkrankheit“ definiert werden konnten, um die Unfruchtbarmachung zu rechtfertigen.

Die aktive Mitarbeit im nationalsozialistischen Sterilisationsverfahren konnte bei Bekanntwerden vor allem in ländlichen Gebieten größere persönliche und berufliche Konsequenzen haben, indem sich die betroffenen Frauen und Männer oder Familienangehörige gegen Lehrer wandten. Im Vergleich zu Kreisärzten oder auch kommunalen Amtspersonen lassen sich jedoch kaum Belege und Hinweise für Zurechtweisungen, Beleidigungen und Drohungen bis hin zu körperlichen Übergriffen finden.¹⁰⁸³ Der nationalsozialistische Staat versuchte diese Angriffe auf die überwiegend männliche Lehrer- und Ärzteschaft bereits frühzeitig zu unterbinden, indem sie etwaige Übergriffe als „Hetze“ gegen das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ werteten.¹⁰⁸⁴ Daneben wies etwa der Vorsitzende des Erbgesundheitsgerichts Erfurt in einem Bericht an den Landtagspräsidenten im Mai 1935 darauf hin, dass sowohl Gemeindevorsteher als auch Lehrer ausdrücklich auf ihre Verschwiegenheitspflicht hingewiesen werden müssten, um Gerüchten oder auch Auseinandersetzungen vorzubeugen.¹⁰⁸⁵

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Lehrer und Direktoren von Schulen und Betreuungseinrichtungen wichtige Aufgaben in der Ermittlung von „erbkranken“ und „minderwertigen“ Frauen und Männern besaßen und ihre Beteiligung

¹⁰⁸³ Ein wichtiger Grund kann in der gesetzlichen Definition von Lehrern gesehen werden, die nicht als anzeige-, sondern als meldepflichtige Personen galten. Es könnte vermutet werden, dass die amtsärztliche und gerichtliche Schweigepflicht seit Mitte der 1930er-Jahre besser gewahrt wurde, sodass Auskunft gebende Lehrer anonym blieben.

¹⁰⁸⁴ ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19862: Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses in den Kreisen Suhl, Weißensee und Worbis (1935–1944), unfol.

¹⁰⁸⁵ Vgl. ThStAG, Amtsgericht Erfurt Nr. 623: Allgemeine Anordnungen in Erbgesundheitsachen (1934–1936), fol. 13. Im Regierungsbezirk Merseburg behauptete in der Mitte der 1930er Jahre ein Lehrer, dass die Schweigepflicht im Sterilisationsverfahren nicht eingehalten worden sei und er nun von einem Betroffenen bedroht werden würde. Das Ermittlungsverfahren wurde schließlich vom Regierungspräsidenten übernommen und festgestellt, dass die Situation vom Lehrer hervorgerufen worden war und es sich um einen Einzelfall handelte. Vgl. LASA, C 128 Landgericht Naumburg, Nr. 140: Einzelsachen der Erbgesundheitsgerichte und Ernennung der richterlichen und ärztlichen Mitglieder (1936), fol 56–69.

auch in der preußischen Provinz Sachsen als sehr engagiert eingeschätzt werden muss.¹⁰⁸⁶ Die Mitarbeit umfasste die Zusammenstellung von Namensregistern zu SchülerInnen und Familienangehörigen, Unterstützungsleistungen bei der Überprüfung von Schulverzeichnissen sowie die Anfertigung von Beurteilungen auf der Grundlage von amtsärztlichen oder gerichtlichen Anfragen. Diese Einschätzungen weisen größtenteils einen abwertenden Charakter auf und beschreiben die betroffenen Jungen und Mädchen als bildungsschwach, unproduktiv und verhaltensauffällig. Dabei kommen auch geschlechtsspezifische Zuschreibungsmuster zum Ausdruck, die insbesondere männlich mit kriminell und weiblich mit abweichendem Sexualverhalten und unehelicher Geburt kombinieren. Über die Beschreibung von männlicher und weiblicher Devianz hinaus maßen sich Lehrer auch eine erbbiologische Beurteilungskompetenz an, indem sie aufgrund ihrer beruflichen Erkenntnisse das Vorliegen einer „Erbkrankheit“ konstatierten und die Unfruchtbarmachung quasi forderten. Den Hintergrund und Nährboden dieser Beurteilungen bildeten die jahrelangen beruflichen Erfahrungen, die alltägliche Konfrontation mit sozial- und bildungsschwachen Jugendlichen sowie überkommene und nationalsozialistisch geprägte Wert- und Moralvorstellungen. Die vorliegenden Ergebnisse deuten somit darauf hin, dass die beteiligten Lehrer die nationalsozialistische Zwangssterilisation zumindest teilweise als eine bildungspolitische Maßnahme verstanden, die die bestehenden Erziehungs- und Ausbildungsprobleme in einer modernen Gesellschaft zu lösen versprach. Ebenso sah sich ein Teil der Lehrerschaft aufgrund seiner beruflichen Profession in der Pflicht, an dieser selektiven Lösung aktiv mitzuwirken.

4.3.5 Ärzteschaft

In Hinblick auf die Erfassung, aber auch die Unterstützung des Sterilisationsverfahrens durch eine ergänzende Auskunftserteilung über die gesundheitliche Entwicklung von „erbkrankverdächtigen“ Frauen und Männern wurde den praktische Ärzten seitens der nationalsozialistischen Machthaber eine bedeutende Rolle zugeordnet.¹⁰⁸⁷ Diese herausgehobene Rolle muss auch im Kontext der im Dritten Reich Ärzten zugewiesenen Funktion als „Hüter der Volksgesundheit“ gesehen werden. Im Vergleich zu anderen Berufsgruppen verfügten sie über eine medizinische Ausbildung und Qualifikation. Und im Rahmen ihrer ärztlichen Tätigkeit betreuten sie eine Vielzahl von Patienten

¹⁰⁸⁶ Vgl. Birk: *Erbgesundheitswesen im bayerischen Schwaben*, S. 75–80.

¹⁰⁸⁷ Die besondere Bedeutung kommt auch dadurch zum Ausdruck, dass ihre Mitarbeit als einzige Berufsgruppe in der regelmäßigen Berichterstattung der Kreisärzte/Amtsärzte eingeschätzt werden musste.

und besaßen Personenverzeichnisse, Krankenblätter und weitere medizinische Unterlagen, die für die diagnostische Nachweisführung von „Erbkrankheiten“ eine wertvolle kameralistische Ressource darstellten. Dementsprechend galten sie einerseits als Anzeigensteller besonders befähigt, andererseits verfügten sie als Auskunftspersonen über medizinische Dokumentationen, was eine umfassende und effiziente Durchführung gewährleisten sollte.

Die Anzeige von „erbkranken“ Frauen und Männern wurde nicht-beamteten Ärzten in der ersten Durchführungsverordnung vom 5. Dezember 1933 gesetzlich auferlegt und die ärztliche Schweigepflicht aufgehoben. Verstöße wurden, wie bei allen anzeigepflichtigen Berufsgruppen, mit bis zu 150 Reichsmark geahndet.¹⁰⁸⁸ Ende Januar 1934 wies der preußische Minister des Innern die Oberpräsidenten an, Einfluss auf die Ärztekammern zu nehmen und für die Mitarbeit am „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ zu werben. „Aufgabe der Ärztekammer wird es sein, die gesamte Ärzteschaft zu einer tatkräftigen, im Sinne des Gesetzes gelegenen, verständnisvollen Mitwirkung aufzurufen.“¹⁰⁸⁹ Die Mitarbeit sollte Anzeige, Auskunft sowie Aufklärung der Bevölkerung über die Ziele der Unfruchtbarmachung umfassen, um Widerstände zu unterbinden und eine effiziente Durchführung zu gewährleisten. „Insbesondere muß der praktische Arzt bei jeder sich bietenden Gelegenheit bemüht sein, durch geeignete Belehrung und Aufklärung dahin zu wirken, daß die Bevölkerung in der Unfruchtbarmachung eine der Allgemeinheit zugutekommende Maßnahme erblickt, die dem Betroffenen keinen Schaden zufügt, sondern ihm manche Vorteile bietet. [...] Auf diese Weise wird es in vielen Fällen zu erreichen sein, dass der Eingriff freiwillig beantragt wird und dass Zwangsmaßnahmen entsprechend dem wachsenden Verständnis der Bevölkerung mehr und mehr ausgeschaltet werden können.“¹⁰⁹⁰

Die aktive Beteiligung der deutschen Ärzteschaft erforderte offenkundig spezifische Regelungen und am 2. August 1934 verwies das Reichsinnenministerium gegenüber dem preußischen Minister des Innern auf die besondere Anzeigepflicht der nicht-beamteten Ärzte. Daraufhin informierte das preußische Innenministerium Ende August 1934 die Regierungspräsidenten.¹⁰⁹¹ Die Anzeigepflicht für praktische Ärzte

¹⁰⁸⁸ Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 172.

¹⁰⁸⁹ LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 25–27.

¹⁰⁹⁰ LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 25–27.

¹⁰⁹¹ LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 63; ThStAG, Regierung Erfurt, Staatliches Gesundheitsamt Mühlhausen (1906–1952) Nr. 29: Erbgesundheitsangelegenheiten (1935–1940), fol. 104–105; StA Erfurt, Nr. 2/511–23045: Magistrat der Stadt Erfurt. Stadtgesundheitsamt, Erb- und Rassenpflege. Durchführung des

betreffe Personen, die im Sinne des Sterilisationsgesetzes als „erbkrank“ zu gelten hätten und nach dem 1. Januar 1934 im Zuge der „Berufstätigkeit bekannt werden“.¹⁰⁹² „Hierzu werden auch solche Kranke usw. gerechnet werden können, die sich zwar vor diesem Zeitpunkt in die Behandlung des Arztes begeben haben, aber am 1. Januar 1934 noch in seiner Behandlung standen, und ferner solche, die dem Arzt zwar von früher bekannt sind, mit denen er aber nach dem 1. Januar 1934 erneut durch seine Berufstätigkeit in Beziehung tritt.“¹⁰⁹³ Entsprechend dieser gesetzlichen Verpflichtung und der schwierigen strafrechtlichen Verfolgung umfasste die Anzeigepflicht keine Patienten, die ausschließlich vor 1934 in Behandlung waren. Sollte ein Arzt jedoch Patienten anzeigen, die diesen Regelungen nicht entsprächen, so würde die ärztliche Schweigepflicht ebenso entfallen. „Denn die Verhütung erbkranken Nachwuchses steht als öffentliches Interesse so stark im Vordergrund gegenüber dem privaten Interesse des Erbkranken an der Geheimhaltung seiner Erbkrankheit, daß in diesem Falle die Anzeige des Arztes mit dem Ziele der Sterilisierung keine ‚unbefugte‘ Offenbarung eines Privatgeheimnisses im Sinne jener Strafvorschrift darstellen würde.“¹⁰⁹⁴ In Anbetracht dieser Regelungen wurde den nicht-beamteten Ärzten die erbbiologische Kontrolle und Überprüfung ihrer Patienten seit 1934 zur Pflicht gemacht. Demgegenüber wurde den Ärzten aber auch ein größerer Handlungsspielraum der aktiven Beteiligung zugestanden, indem sie selbstständig Patienten melden konnten, die sie vor 1934 behandelt hatten.

Im Sinne der nationalsozialistischen Machthaber sah die Mitarbeit von praktischen Ärzten etwa folgendermaßen aus: Ein Augenarzt aus Stendal zeigte im Januar 1939 einen Patienten aufgrund einer „Erbkrankheit“ beim zuständigen Amtsarzt in Gardelegen an. „In meiner Sprechstunde untersuchte ich heute [einen Patienten]. Es besteht eine Pigmentdegeneration der Netzhäute. Ich melde den Patienten auf Grund des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses zwecks Sterilisierung.“¹⁰⁹⁵ Ste-

Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, enthält u. a. Allgemeinen Schriftverkehr, Verordnungen und Richtlinien, Namenslisten der vom Erbgesundheitsgericht im Jahre 1935 erfassten Personen (1935–1944), unfol.

¹⁰⁹² LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 63.

¹⁰⁹³ LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 63.

¹⁰⁹⁴ LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 63.

¹⁰⁹⁵ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 175, fol. 7.

rilisationsanzeigen von Ärzten umfassten neben konkreten medizinischen Einschätzungen auch allgemeine soziobiologische Abwertungen auf der Grundlage persönlicher Einschätzungen von Verhaltensweisen oder des Intellekts. So informierte im Mai 1936 ein Facharzt für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten das staatliche Gesundheitsamt im Mühlhausen über den Verdacht einer „Erbkrankheit“: „Ich möchte Ihnen heute kurz Meldung erstatten. [...] Die betr.[effende] Frau erschien gestern in meiner Sprechstunde mit ihrem 4-jährigen Jungen [...] mit belanglosen Ohrenscherzen. Es fiel mir auf, dass das Kind geistig nicht normal ist, sondern einen deutlich imbezillen Eindruck macht. Das Kind ist unehelich, über den Vater konnte mir die Mutter keine Auskunft geben. Ob hier erbliche Minderwertigkeit vorliegt oder nicht, vermochte ich bei der kurzen Untersuchung nicht festzustellen, ich halte es jedoch für meine Pflicht, auf diese Frau aufmerksam zu machen.“¹⁰⁹⁶ Hiernach genügte auch einem Arzt bereits der Eindruck eines „schwachsinnigen“ Kindes für die Anzeige als „erbkrank“. Als wesentliche Merkmale dieser flüchtigen erbbiologischen Beurteilung dienten das „geistig nicht normale“ Verhalten sowie die uneheliche Geburt.

Wie die Gesamtstatistik zum Anzeigeverhalten in der preußischen Provinz Sachsen dokumentiert, war die aktive Beteiligung von nicht-beamteten Ärzten jedoch keineswegs die Regel.¹⁰⁹⁷ Vielmehr wurde bereits frühzeitig eine geringe Mitarbeit konstatiert, was erhebliche Defizite bei der Ermittlungsarbeit auslöste.¹⁰⁹⁸ In diesem Zusammenhang irritiert die große Anzahl von Sterilisationsanzeigen durch nicht-beamtete Ärzte im Jahr 1934, die jedoch größtenteils von Ärzten vorgenommen wurden, die zu diesem Zeitpunkt in kommunalen Gesundheitsämtern oder Fürsorgeämtern tätig waren. So wurden beispielsweise im Kreis Magdeburg im Jahr 1934 insgesamt 373 Personen von nicht-beamteten Ärzten angezeigt. Knapp 80 Prozent entfielen auf „kommunalärztliche Dienststellen und insbesondere die Fürsorgestellen“.¹⁰⁹⁹ Im Hinblick auf die verhältnismäßig geringe Beteiligung der Ärzteschaft unterschied sich die preußische Provinz Sachsen nicht von anderen Regionen.

¹⁰⁹⁶ ThStAG, Regierung Erfurt, Staatliches Gesundheitsamt Mühlhausen (1906–1952) Nr. 33: Erbgesundheitsgerichtsangelegenheiten (1934–1939), unfol.

¹⁰⁹⁷ Vgl. Tabellen zum Anzeigeverhalten siehe Anhang, I: Sterilisationsanzeigen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933; siehe auch Kap. 4.2.3.

¹⁰⁹⁸ Vgl. Kap. 4.2.1.

¹⁰⁹⁹ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 1, fol. 310. Dementsprechend muss die statistisch ausgewiesene hohe Beteiligung der Ärzteschaft bis zur Gründung der staatlichen Gesundheitsämter im April 1935 relativiert werden. Somit sank auch das Anzeigeverhalten bis 1935/36 erheblich weniger und umfasste im Zeitraum von 1934 bis 1945 durchschnittlich ein Fünftel der Anzeigen.

Ein Zwischenbericht zur Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation im Regierungsbezirk Magdeburg hielt im Herbst 1934 fest, dass sich die praktischen Ärzte in Magdeburg nur „dürftig“ engagieren würden. „In anderen Kreisen haben sich die praktischen Ärzte bereitwillig beteiligt.“¹¹⁰⁰ Im Jahresbericht 1934 wurde hingegen eine grundsätzlich geringe Mitarbeit im Regierungsbezirk Magdeburg verzeichnet. Nach den Berichten der einzelnen Kreisärzte unterschied sich das Anzeigeverhalten regional, wobei größtenteils eine geringe Mitarbeit betont wurde. Der Kreisarzt von Magdeburg konstatierte, dass sich die „Mitarbeit der freiberuflichen Ärzte und Fachärzte [...] mit wenigen Ausnahmen in bescheidenen Grenzen gehalten“ habe.¹¹⁰¹ Der Kreisarzt von Calbe/Saale beurteilte die Mitarbeit hingegen als „bereitwillig“.¹¹⁰² Der Kreisarzt von Neuhaldensleben stellte eine „teilweise“ Beteiligung fest und der von Gardelegen verwies auf vier praktische Ärzte im Kreis, die Sterilisationsanzeigen weiterleiten würden.¹¹⁰³ Demgegenüber führte der Kreisarzt von Wanzleben aus: „Die nicht beamteten Ärzte haben bereitwillig an der Durchführung des Gesetzes mitgearbeitet. Freilich beschränkt sich diese Mitarbeit auf besondere Anfragen und auf Zeugenschaft vor Gericht. Sonst hat der Kreisarzt keinerlei Erleichterung durch irgendwelche Mitarbeit der praktischen Ärzteschaft.“¹¹⁰⁴ Ein vergleichbar differentes Bild ergab sich für den Regierungsbezirk Erfurt. Der Regierungspräsident hielt im August 1934 „gewisse Schwierigkeiten“ fest, die teilweise darauf beruhen würden, „dass diese Ärzte in ihrer großen Mehrheit noch nicht durchgängig erbbiologisch geschult“ seien.¹¹⁰⁵ Zudem würden die Patienten aus Sorge „vor Nachteilen“ kaum erbbiologisch verwertbare Angaben machen, zudem seien die Aussagen größtenteils wertlos oder „irreführend“.¹¹⁰⁶

¹¹⁰⁰ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 1, fol. 179.

¹¹⁰¹ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 1, fol. 310.

¹¹⁰² LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 1, fol. 312.

¹¹⁰³ Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 1, fol. 315–316. Nach Ansicht des Kreisarztes von Weissensee hätten sich die praktischen Ärzte im Jahr 1934 „zum Teil“ an der Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation beteiligt. Vgl. ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19863: Einrichtung und Aufgaben der Erbgesundheitsgerichte (1934–1945), fol. 22.

¹¹⁰⁴ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 1, fol. 324.

¹¹⁰⁵ LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 75–76.

¹¹⁰⁶ LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 75–76.

Der Beteiligungsgrad änderte sich nach Ansicht der Kreisärzte auch nicht im Jahr 1935 und wurde weiterhin als „verhältnismäßig“ gering beurteilt.¹¹⁰⁷ Der Kreisarzt von Magdeburg konstatierte wiederholt die eingeschränkte Beteiligung praktischer Ärzte.¹¹⁰⁸ Nach Ansicht des Kreisarztes von Wolmirstedt erstreckte sich die Mitarbeit „auf die Erstattung von Anzeigen, die ordnungsgemäß erfolgt“.¹¹⁰⁹ Der Kreisarzt von Stendal wiederum konstatierte, dass sich die Mitarbeit im Jahr 1934 aufgrund eines Rundschreibens verbessert, jedoch im Jahr 1935 wieder wesentlich abgenommen habe.¹¹¹⁰ Das Stadtgesundheitsamt Erfurt urteilte für das Jahr 1935 hingegen, dass sich „die den praktischen Ärzten auferlegte Mitarbeit an dem Gesetz reibungslos einge spielt“ habe. „Verstöße gegen die Anzeige- bzw. Meldepflicht sind nicht zur Kenntnis gekommen.“¹¹¹¹

Dagegen verwies der Regierungspräsident von Merseburg gegenüber dem Oberpräsidenten der preußischen Provinz Sachsen ausdrücklich auf die geringe Mitarbeit der Ärzteschaft im Jahr 1935, welche zu Erfassungsschwierigkeiten beitragen würde. „Von einer Reihe von Amtsärzten wird darüber Klage geführt, dass das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses bei einem Teil der praktischen Ärzte noch nicht dem genügenden Interesse begegnet, und die Befolgung der Meldepflicht zu wünschen übrig lässt.“¹¹¹² Der Großteil der Anzeigen von „erbkranken“ Frauen und Männern würde nicht von Ärzten erbracht, sondern vor allem von Fürsorgerinnen und Schulleitern. Der Regierungspräsident vertrat die Ansicht, dass die geringe Mitarbeit „vielfach noch auf Unkenntnis der gesetzlichen Bestimmungen“ beruhe.¹¹¹³ Aus diesem Grund seien bislang keine Verfahren gegen „säumige Ärzte“ eingeleitet worden.

¹¹⁰⁷ LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 311.

¹¹⁰⁸ Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 4, fol. 151.

¹¹⁰⁹ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 6, fol. 143.

¹¹¹⁰ Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 6, fol. 145.

¹¹¹¹ StA Erfurt, Nr. 2/511–23042: Magistrat der Stadt Erfurt. Stadtgesundheitsamt, Erb- und Rassenpflege. Monats- und Jahresberichte des Gesundheitsamts zur Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, des Ehegesundheitsgesetz und dem § 6 der ersten Verordnung zum Blutschutzgesetz, enthält u. a. Monats- und Jahresberichte über die Erfurter Kliniken durchgeführten Sterilisationen (1934–1945), unfol.

¹¹¹² LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 312.

¹¹¹³ LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 312. Aus diesem Grund würden die Amtsärzte versuchen, die praktische Ärzteschaft über das Sterilisationsgesetz und die damit verbundenen Anzeigepflichten aufzuklären, und das Stadtgesundheitsamt von Halle/Saale veröffentliche ein wöchentliches Mitteilungsblatt für praktizierende Ärzte, „in dem in Abständen immer wieder auf die Anzeigepflicht hingewiesen wird“. LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 1, fol. 25. In Anbetracht der nationalsozialistischen Propaganda, der Einbindung in unterschiedliche politische Organisationen, wie etwa die „Ämter für Volksgesundheit“, der staatlichen Einflussnahme auf die jeweiligen regionalen Ärztekammern als Dachverbände sowie der Aufklärung durch Kreisärzte

Die geringe Kenntnis der gesetzlichen Bestimmungen sowie die fehlende Bestrafung können insgesamt dazu beigetragen haben, dass sich die praktischen Ärzte ihrer Anzeigepflicht nicht bewusst waren oder diese auch im Hinblick auf die zusätzliche Arbeitszeit ohne Vergütung ignorierten.

In der Konsequenz wurde versucht, die Ärzteschaft über das Sterilisationsgesetz und ihre Verpflichtungen aufzuklären. So informierte die ärztliche Bezirksvereinigung der Reichsärztekammer des Regierungsbezirks Erfurt im Oktober 1936 die praktischen Ärzte über die gesetzlichen Anordnungen, erstellte ein Merkblatt und forderte zu einer intensiveren Mitarbeit auf. „Über die gesetzlichen Bestimmungen, welche bei einer aus gesundheitlichen Gründen geplanten Schwangerschaftsunterbrechung oder Unfruchtbarmachung beachtet werden müssen, bestehen vielfach noch Unklarheiten. Ich habe daher alle diese Gesetze, Anordnungen und Bestimmungen zu einem Merkblatt zusammengefasst, das ich allen Berufskameraden hiermit zugehen lasse. Ich bitte, dieses Merkblatt genau durchzulesen und aufzuheben. Ich weise besonders auf die Bestimmungen über die Meldepflicht, die ich genau zu beachten bitte. Die für den Amtsarzt bestimmte Meldung ist bisher regelmäßig vergessen worden. Vielfach ist auch Amtsleiter und Amtsarzt verwechselt worden.“¹¹¹⁴ Diese Informationsinitiativen, die ursächlich auch von beamteten Ärzten ausgelöst wurden, blieben jedoch weitgehend erfolglos.¹¹¹⁵

Die Beteiligung der praktischen Ärzteschaft wurde von den Regierungen sowie von beamteten Ärzten der preußischen Provinz Sachsen häufig als zu niedrig eingeschätzt. Hierdurch könne keine effiziente Erfassung von „erbkranken“ Frauen und Männern gewährleistet werden. Demgegenüber verweisen einzelne Einschätzungen auf eine gute Zusammenarbeit. Diese Beurteilungen können einerseits auf regionale

verliert dieses Argument jedoch an Gewicht, und es ist keineswegs anzunehmen, dass sich die praktischen Ärzte aufgrund von „Unkenntnis“ nur bedingt am nationalsozialistischen Sterilisationsverfahren beteiligten.

¹¹¹⁴ StA Erfurt, Nr. 2/511–23030: Magistrat der Stadt Erfurt. Stadtgesundheitsamt, Erb- und Rassenpflege. Verordnungen, Verfügungen übergeordneter Dienststellen auf Reichs- und Landesebene für das Referat Erb- und Rassenpflege u. a. zum Erbgesundheitsgesetz (1935–1945), unfol.

¹¹¹⁵ So kann die geringe Mitarbeit in der Anfangszeit zum Teil auf Versäumnisse der Kreisärzte zurückgeführt werden, indem den praktischen Ärzten die notwendigen Formulare nicht zur Verfügung gestellt wurden. Beispielsweise stellte der Kreisarzt von Wanzleben im April 1935 fest, dass er keine Anzeigen erhalte und schloss daraus, dass die entsprechenden Anzeigeformulare nicht vorlägen. „Auch ist die ganze Aertzteschaft noch nicht mit den erforderlichen Vordrucken versehen, sodass Anzeigen unterbleiben.“ Infolge dieses Berichtes handelte sich der Kreisarzt eine scharfe Zurechtweisung des Regierungspräsidenten ein und wurde darauf hingewiesen, dass er für die Verteilung der Formulare verantwortlich sei. „Sie hätten schon vor 2 Monaten übersehen können, daß sie mit Ihren Vordrucken nicht ausreichen und den entsprechenden Bedarf melden müssen, noch dazu Sie ja auch die Ärzte usw. mit Vordrucken zu versehen haben.“ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 1, fol. 23.

Unterschiede hindeuten, indem praktische Ärzte in einzelnen Kreisen und Städten für die Mitarbeit am „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ gewonnen werden konnten.¹¹¹⁶ So erfuhr etwa die Mitarbeit von praktischen Ärzten in Wernigerode im Jahr 1934 eine Sonderregelung, die für die preußische Provinz Sachsen als Ausnahme angesehen werden muss.

Anfang Juni 1934 übersandte der Kreisarzt von Halberstadt dem Wohlfahrtsamt in Wernigerode Vordrucke von Antragsstellungen „für Personen, deren Unfruchtbarmachung beantragt werden soll“.¹¹¹⁷ Damit verbunden bat er das Wohlfahrtsamt, diese Vordrucke den Ärzten der Stadt zu übersenden, damit sie die Sterilisationsanträge erstellen könnten. Den Hintergrund bildete die Überlastung des verantwortlichen Kreisarztes, der zu diesem Zeitpunkt für die Kreise Halberstadt und Wernigerode zuständig war und es gänzlich ausgeschlossen sei, dass er die „Fülle der vorliegenden und noch zu erwartenden Meldungen“ bearbeiten könne.¹¹¹⁸ Aus diesem Grund habe sich der „Führer der Ärzte“ zu dieser Sonderregelung entschieden. Dementsprechend solle „jeder Arzt, der Allgemeinpraxis treibt, sowie jeder Facharzt für Kinder-, Nerven-, innere, Ohren- und Augenkrankheiten, letztere im Rahmen ihres Faches, [...] gehalten sein, in jedem Vierteljahre fünf Fälle unentgeltlich zu bearbeiten“.¹¹¹⁹

Die Auswahl solle sich an der persönlichen Kenntnis der betroffenen Frauen und Männer sowie weitergehenden Informationen vor allem zur Familiengeschichte orientieren, sodass gegebenenfalls auch Familienangehörige angezeigt werden könnten. Die Unterstützung des Wohlfahrtsamtes sah der Kreisarzt in den gemeinsamen Interessen hinsichtlich der schweren finanziellen Belastungen durch „erbkrank“ Frauen und Männer. „Da niemand ein grösseres Interesse daran hat, erbkranken Nachwuchs zu verhindern als gerade die Wohlfahrtsämter, denen Erbkrankte doch einmal zur Last fallen werden, kann wohl erwartet werden, dass Sie die verhältnismäßig geringe Mühe übernehmen, die von mir zugehenden Vordrucke unter die Ärzte“ zu verteilen.¹¹²⁰ Aufgrund der Regelung sollten die praktischen Ärzte in Wernigerode aktiv

¹¹¹⁶ So meldete in der ersten Jahreshälfte 1934 etwa ein „N.S.-Arzt“ aus Reideburg bei Halle/Saale, der auch für die N.S.-Volkswohlfahrt tätig war, insgesamt 14 Personen, die an Epilepsie oder Diplegie erkrankt waren, „idiotisch“ oder imbezill waren oder die er als „Säufer“ und Verbrecher bezeichnete. StA Halle/Saale, A 6.1 REI Nr. 650, Bd. 1 (1931–1950), unfol.

¹¹¹⁷ StA Wernigerode, WR/II/Nr. 6615 (1933–1936), unfol.

¹¹¹⁸ StA Wernigerode, WR/II/Nr. 6615 (1933–1936), unfol. Vgl. auch Kap. 3.4.1.

¹¹¹⁹ StA Wernigerode, WR/II/Nr. 6615 (1933–1936), unfol. An dieser Stelle kann nicht genau geklärt werden, wer als „Führer der Ärzte“ bezeichnet wurde und die Sonderregelung anordnete.

¹¹²⁰ StA Wernigerode, WR/II/Nr. 6615 (1933–1936), unfol.

in die Antragsstellung einbezogen werden, die rechtlich in den Verantwortungsbereich der Kreisärzte fiel.

Die Beteiligung von Ärzten in Wernigerode lässt sich kaum nachweisen, und es muss weitgehend offenbleiben, in welchem Maße sie der Verpflichtung von fünf Gutachten nachkamen. Es kann lediglich auf ein Verzeichnis hingewiesen werden, wonach ein Arzt aus Wernigerode im Zeitraum zwischen Mai und Juli 1934 insgesamt 129 Sterilisationsgutachten angefertigt haben soll.¹¹²¹ Im Hinblick auf diese Bündelung von Sterilisationsanträgen kann angenommen werden, dass die Unterstützungsleistung in Wernigerode hauptsächlich durch diesen Arzt erfolgte.

Demgegenüber bringen die Einschätzungen zur ärztlichen Beteiligung auch die persönliche Sichtweise zum Ausdruck, sodass kritische oder überlastete Kreisärzte die geringe Beteiligung von praktischen Ärzten eher kritisierten. Hierzu gehört ebenso die Frage, welche Erwartungshaltung die Kreisärzte an die Mitarbeit von praktischen Ärzten hatten. Einzelne Einschätzungen deuten an, dass die Anzeigenerstattung den gesetzlichen Anforderungen genügte und somit eine hinreichende Zusammenarbeit etabliert war. Nach Ansicht einzelner Kreisärzte erscheint die ordnungsgemäße Anzeige oder Auskunftserteilung jedoch nicht als ausreichender Beleg für eine gute Zusammenarbeit, und sie erwarteten eine intensivere Unterstützung. Trotz der wiederholt konstatierten geringen Beteiligung am Anzeigevolumen in der gesamten preußischen Provinz Sachsen konnte kein einziger Fall ermittelt werden, in dem ein praktischer Arzt aufgrund der ungenügenden Mitarbeit oder einer Pflichtverletzung bestraft wurde.¹¹²²

Von der verhältnismäßig geringen Beteiligung der praktischen Ärzteschaft auf Widerstand oder Ablehnung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation zu schließen, würde die vielfältigen persönlichen und beruflichen Motive sowie administrativen Hintergründe ausblenden. Natürlich kann nicht ausgeschlossen werden, dass Ärzte die gesetzlichen Regelungen, die Vorgehensweise, die Auswahl von „Erbkrankheiten“, die medizinisch-juristische Nachweisführung oder den Zwangscharakter des Sterilisationsgesetzes kritisierten und sich deshalb nicht oder nur geringfügig beteiligten. Ebenso muss eine Ablehnung der Sterilisation als selektive Maßnahme von männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“ in Erwägung gezogen werden, die jedoch in

¹¹²¹ Vgl. StA Wernigerode, WR/II/Nr. 6615 (1933–1936), unfol.

¹¹²² Vgl. Hierbei spielte der schwierige rechtliche Nachweis eine nicht unerhebliche Rolle. Daneben sollten sicherlich auch Unruhe unter der Ärzteschaft sowie Konflikte zwischen beamteten und nicht-beamteten Ärzten vermieden werden.

Anbetracht der zeitgenössischen medizinischen, sozial- und rassenhygienischen Diskussionen sowie des geringen katholischen Bevölkerungsanteils in Mitteldeutschland kaum eine Rolle gespielt haben dürfte.

Eine besondere Bedeutung kann die Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht gespielt haben, die Ärzte trotz staatlicher Aufforderungen nicht brechen wollten. Ein weiterer Grund kann in den geringen medizinischen Erfahrungen und diagnostischen Kenntnissen in der Rassenhygiene und Vererbungswissenschaft gesehen werden. Bereits im Zuge der Diskussion über die Einrichtung von Eheberatungsstellen im Verlauf der 1920er-Jahre wurde darauf hingewiesen, dass die Anzahl von „erbwissenschaftlich vorgebildeten Ärzten sehr gering“ und die Durchführung von Schulungskursen notwendig sei.¹¹²³ Unter professionsspezifischen bzw. berufsständischen Gesichtspunkten können die geringen medizinischen Kenntnisse zu Hemmungen im Anzeigeverhalten geführt haben, indem praktische Ärzte keine Personen zu Unrecht als „erbkrank“ anzeigen wollten, da hierdurch ihre medizinische Reputation innerhalb der Ärzteschaft gelitten hätte.

Hinsichtlich des bereits oben zitierten Beispiels einer Anzeige aufgrund einer erheblicher Sehschwäche erkundigte sich der Amtsarzt von Gardelegen nach weiteren medizinischen Befunden, jedoch konnte der Augenarzt keine detaillierten Angaben machen. „Ich habe meinem Schreiben vom 10. Januar 1939 eigentlich nicht viel hinzuzufügen. Das linke Auge ist infolge von Pigmentdegenerationen, welche fast den gesamten Augenhintergrund einnehmen, erblindet. Das Auge steht in Schielstellung.“¹¹²⁴ Im Verlauf des anhängigen Sterilisationsverfahrens wurde schließlich ein Facharzt für Augenkrankheiten, der auch als Beisitzer des hiesigen Erbgesundheitsgerichtes fungierte, mit einem Gutachten beauftragt. Dieser Facharzt konnte keine Hinweise auf eine „Erbkrankheit“ finden, sondern sah eine Infektion mit Syphilis als Grund der Erkrankung an.¹¹²⁵ Dieses Beispiel verweist exemplarisch auf die unterschiedliche Diagnostik und Beurteilung innerhalb medizinischer Fachbereiche und damit einhergehende Kontroversen zwischen Medizinern. In diesem Zusammenhang wurden günstige medizinische Einschätzungen von Ärzten auch von betroffenen

¹¹²³ LASA, C 48 II, Nr. 922, Bd. 1: Einrichtung von Eheberatungsstellen. Ehegesundheitsgesetz. Blutschutzgesetz Bde. (1926–1947), fol. 24.

¹¹²⁴ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 175, fol. 8.

¹¹²⁵ Vgl. LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 175, fol. 25.

Frauen und Männern zielgerichtet instrumentalisiert und als Grundlage von Widersprüchen genutzt. Im Zuge eines Sterilisationsverfahrens aufgrund von Epilepsie versuchte eine betroffene junge Frau das gerichtliche Urteil anzufechten und verwies dabei auf ein Attest eines Arztes ihrer Heimatgemeinde. Er behandle sie seit ihrem „13. Lebensjahre“ und habe „nie echte epileptische Anfälle oder Zungenbisse feststellen können“.¹¹²⁶ Daneben habe auch die Nervenklinik in Magdeburg-Sudenburg im Dezember 1933 eine Epilepsie nicht „einwandfrei und eindeutig“ feststellen können.¹¹²⁷

Ein wichtiger Grund des geringen Anzeigeverhaltens muss deshalb vor allem in für möglich erachteten beruflichen Nachteilen gesehen werden. Neben der fehlenden Vergütung der Mitarbeit konnte die Anzeige von Patienten zu einer erheblichen Schädigung beitragen, indem sowohl die ärztliche Expertise bezweifelt als auch bei Bekanntwerden der Anzeige das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patienten zerstört und die Praxis fortan gemieden worden wäre. Infolgedessen bestand die Gefahr des finanziellen Bankrotts.¹¹²⁸

Aus diesem Grund unternahm das Reichsinnenministerium bereits im August 1934 den Versuch, die namentliche Nennung von anzeigenden Ärzten im Urteil von Erbgesundheitsgerichten zu unterbinden.¹¹²⁹ Im Zuge eines Rundschreibens, das vor allem auf eine Reduzierung von Todesfällen abzielte, wurde „nochmals auf die strengste Befolgung der Vorschriften über die Dienstverschwiegenheit aller in Betracht kommenden Stellen“ hingewiesen. „Mit der Schweigepflicht ist es auch nicht vereinbar, wenn dem von der Anzeige Betroffenen der Name des anzeigenden Arztes bekannt gegeben wird.“¹¹³⁰ Im November 1934 wiederholte das Reichsinnenministerium diese Forderung und wies darauf hin, dass auch in den Anträgen für die Erbgesundheitsgerichte die anzeigende Person nicht namentlich zu nennen ist. Der antragsstellende Arzt sei nur nach Aufforderung des Erbgesundheitsgerichtes verpflichtet, den Namen zu nennen. Der Hintergrund dieser Regelung lag auf der Hand: „In fast

¹¹²⁶ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 122, fol. 38.

¹¹²⁷ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), 122, fol. 38.

¹¹²⁸ Im Gegensatz zur diskutierten Eheberatung in den 1920er-Jahren konnten praktische Ärzte keinerlei berufliche Vorteile aus der Anzeige von „erbkranken“ Frauen und Männern ziehen. Vgl. LASA, C 48 Ii, Nr. 922, Bd. 1: Einrichtung von Eheberatungsstellen. Ehegesundheitsgesetz. Blutschutzgesetz Bde. (1926–1947), fol. 24.

¹¹²⁹ Vgl. Kap. 4.2.1.

¹¹³⁰ LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 54.

tächlich an mich gelangenden Beschwerden wird auf die Nachteile hingewiesen, die Medizinalpersonen, welche Anzeige erstattet haben oder von den Erbgesundheitsgerichten als Zeugen oder Sachverständige vernommen worden sind, infolge des Bekanntwerdens ihres Namen, erwachsen.“¹¹³¹ Nach Ansicht des Reichsinnenministeriums seien diese Klagen berechtigt und fortan sollte die Namensnennung von anzeigenden Personen und insbesondere von „approbierten Ärzten“ im nationalsozialistischen Sterilisationsverfahren unbedingt vermieden werden. Diese Anordnung verfolgte einerseits den Schutz von anzeigenden beamteten und nicht-beamteten Ärzten, indem sie keine beruflichen Nachteile oder auch persönlichen Beleidigungen und Angriffe erfahren sollten. Andererseits verfolgte diese Anordnung das Ziel, das geringe Anzeigeverhalten von praktischen Ärzten zu steigern, indem ihnen vollständige Anonymität zugesichert wurde. Dieses im Vergleich zu Amtsvorstehern und Gemeindegemeinschaften größere Zugeständnis hatte in Anbetracht des Anzeigeverhaltens jedoch keinen nachhaltigen Erfolg.¹¹³² Insofern ist davon auszugehen, dass insbesondere die Befürchtung von beruflichen Nachteilen, die fehlende Vergütung sowie der schwache strafrechtliche Verfolgungsdruck maßgeblich für die geringe Beteiligung verantwortlich waren. Dementsprechend hatten professionsspezifische, finanzielle und auch soziale Interessen anscheinend eine größere Bedeutung für die praktischen Ärzte als die aktive Teilnahme an der nationalsozialistischen Rassenutopie.

¹¹³¹ LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 96.

¹¹³² Auch wenn nach Ansicht des Kreisarztes von Stendal eine Steigerung des Anzeigeverhaltens im Verlauf des Jahres 1934 eintrat, die mit Einschränkungen auch für den Regierungsbezirk Magdeburg konstatiert werden kann, indem der Umfang knapp 30 Prozent betrug, so verblieb das Anzeigevolumen in den folgenden Jahren auf einem vergleichbar niedrigen Niveau.

4.4 „Alles darf sterilisiert werden, nur nicht das Sterilisationsgesetz.“¹¹³³ Die Erfassung von „erbkrankverdächtigen“ Frauen und Männern als präjudizierende Konstruktion von „Minderwertigkeit“

Die Erfassungsmaßnahmen zur Lokalisierung von „erbkrankverdächtigen“ Frauen und Männern hatten für die nationalsozialistische Zwangssterilisation eine konstitutive Funktion, indem im Sinne der rassenhygienischen Ziele eine Vielzahl von „minderwertig“, krank und „erbkrank“, leistungsschwachen sowie sozial und ökonomisch bedürftigen Frauen und Männern ermittelt werden konnte. Unter zeitlich-administrativen Gesichtspunkten zeichnen sich zwei charakteristische Erfassungsphasen ab: Die zunächst kaum reglementierten Erfassungsmaßnahmen nach Beschluss des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ im Juli 1933 im Rahmen der dualistischen Strukturen des öffentlichen Gesundheitswesens riefen unter der aktiven Beteiligung von kommunalen Behörden, öffentlichen Einrichtungen sowie unterschiedlichen Berufsgruppen und Amtsträgern ein explosionsartiges Anzeigeverhalten aus. Infolge von ersten Systematisierungsbestrebungen und der Gründung der staatlichen Gesundheitsämter entstanden im Verlauf der 1930er-Jahre regionale „Erfassungsnetzwerke“, die die zielgerichtete Erfassung und Begutachtung gewährleisten und forcieren sollten. Die Durchführung der „erbbiologischen Bestandsaufnahme“, welche die medizinisch-soziobiologische Katalogisierung der deutschen Bevölkerung verfolgte, trug dabei zur Systematisierung der Erfassungsprozeduren bei. Demgegenüber übernahm die nationalsozialistische Zwangssterilisation eine katalytische Funktion, da die Erfahrungen sowie Ergebnisse der anfänglichen Ermittlungsverfahren für eine systematisch-mechanisierte Erfassung des deutschen Volkskörpers genutzt wurden.

Die entscheidende Rolle in der Erfassung von „erbkranken“ Frauen und Männern übernahmen die staatlichen Gesundheitsämter und psychiatrischen Einrichtungen, die seit Mitte der 1930er-Jahre rund zwei Drittel der Sterilisationsanzeigen stellten.¹¹³⁴ Dabei blieb der Anteil von psychiatrischen Anstalten mit circa 20 bis 30 Prozent in der preußischen Provinz Sachsen weitgehend konstant. Hingegen stieg der Anzeigenumfang durch Amtsärzte von etwa 20 auf rund 40 Prozent beträchtlich. Demnach transformierte die zunächst unter einer Vielzahl von engagierten Einrichtungen

¹¹³³ Zitat von Karl Astel (1898–1945), zwischen 1944–1945 u. a. Präsident des Thüringisches Landesamtes für Rassewesen. ThHStAW, Thüringisches Ministerium des Innern Nr. E 1730: Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses im Land Thüringen im Allgemeinen (1933–1934), fol. 259.

¹¹³⁴ Vgl. Kap. 4.2.3.

und Personen fluktuierende Erfassungsmacht, die seit Sommer 1933 eine außerordentliche Anzahl von „erbkranken“ Personen hervorrief und den gouvernementalen Charakter der nationalsozialistischen Zwangssterilisation verdeutlicht, seit 1935 in eine herrschaftliche Erfassungsmechanik, in der insbesondere die Gesundheitsämter als erbbiologisches Scharnier bzw. als Transmissionsriemen agierten.

Dabei leisteten die psychiatrischen Einrichtungen der preußischen Provinz Sachsen wichtige Unterstützungsleistungen.¹¹³⁵ Die besondere Bedeutung lag einerseits in der Versorgung von männlichen und weiblichen Patienten, denen im Rahmen der Erfassung von „erbkrankverdächtigen“ Frauen und Männern eine große Bedeutung beigemessen wurde. Andererseits übernahmen diese Einrichtungen unterschiedliche kombinatorische Funktionen, die Anzeige, Begutachtung und chirurgischen Eingriff umfassen konnten. Im Zuge von Ermittlungen oder Hinweisen zu außerhalb der Anstalt lebenden Personen zogen die psychiatrischen Einrichtungen jedoch nicht jedes Verfahren heran, sondern leiteten Informationen zu „erbkrankverdächtigen“ Frauen und Männern an die Gesundheitsämter weiter. So übermittelte etwa die Landesheilanstalt Haldensleben dem zuständigen Gesundheitsamt im Zeitraum von 1934 bis 1942 mindestens 1860 als „erbkrank“ geltende Personen.¹¹³⁶ Der Großteil der Meldungen, mit 1159 Frauen und Männern, erfolgte bis Frühjahr 1936. Im gleichen Zeitraum stellte die Anstalt 368 Anträge und führte 333 Operationen durch.¹¹³⁷ Dergestalt leisteten die psychiatrischen Anstalten eine wichtige medizinisch-administrative Beihilfe. Wichtige Faktoren der Beteiligung waren die organisatorische Verankerung im Kreis, etwa in Form der Außenfürsorge oder Familienpflege, die etablierte und zielgerichtete Zusammenarbeit mit dem zuständigen Gesundheitsamt, die personelle Ausstattung sowie das Engagement der Klinikdirektion. Hierzu gehörte insbesondere der Datenaustausch. Da in den Augen der Kreisärzte wichtige Daten für die Unfruchtbarmachung in den Krankenakten fehlten, wurden die Landesheilanstalten der preußischen Provinz Sachsen im Februar 1934 angewiesen, die Untersuchungsbögen von neu aufgenom-

¹¹³⁵ Der Umfang von Sterilisationsanträgen sowie durchgeführten Unfruchtbarmachungen deutet darauf hin, dass sich die psychiatrischen Einrichtungen in unterschiedlichem Ausmaß engagierten. Ein detaillierter Vergleich mit anderen Einrichtungen der preußischen Provinz Sachsen ist jedoch aufgrund der Überlieferungslage nicht möglich. Vgl. Kap. 2.3.

¹¹³⁶ Vgl. Bastian: Haldensleben, S. 140.

¹¹³⁷ Da die Anstalt zur Durchführung des operativen Eingriffs zugelassen war, wurden in der Landesheilanstalt Haldensleben auch Personen zwangssterilisiert, die nicht als Patienten betreut wurden. In den folgenden Jahren sank der Umfang an Meldungen rapide und umfasste bis Kriegsbeginn durchschnittlich etwa 143 Personen jährlich. Demgemäß ist für die Landesheilanstalt Haldensleben als anzeigeberechtigte Einrichtung sowohl ein grundsätzlicher Rückgang der Anzeigetätigkeit als auch von Sterilisationsmeldungen zu konstatieren.

menen männlichen und weiblichen Patienten ausführlicher auszufüllen. „Um in Zukunft von vornherein die nötigen Unterlagen für Anzeigen und Anträge auf Grund des Ges.[etzes] zu haben, ist es erforderlich, daß die Angaben über die erbliche Belastung, vor allem über das Vorkommen von Geisteskrankheiten in der Familie der Kranken in dem Aufnahmebogen besonders sorgfältig gemacht werden.“¹¹³⁸

Auch dieses Beispiel verdeutlicht die erheblichen Startschwierigkeiten sowie Etablierungsprozesse infolge des Erlasses des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“. Denn das Fehlen von gesetzlichen Durchführungsbestimmungen bis Dezember 1933 rief erhebliche administrative Probleme hervor, die wiederum für die hohe Anzahl von Sterilisationsmeldungen und Anzeigen verantwortlich waren. So erkundigte sich etwa der Kreisarzt von Wanzleben beim Regierungspräsidenten im September 1933, „ob bei den für die Sterilisierung in Vorschlag zu bringenden Personen eine Altersgrenze in Frage kommt, oder ob nur die im geschlechtsreifen Alter stehenden Personen (vom welchem Alter an?) auf die Vorschlagsliste zu setzen sind. Im Gesetz selbst ist darüber keinerlei Hinweis enthalten.“¹¹³⁹ Diese Nachfrage zielte insbesondere auf die Registratur und das damit verbundene behördliche Arbeitsvolumen ab. Zwei Wochen später antwortete der Regierungspräsident und verwies auf eine zukünftig erscheinende Ausführungsbestimmung.¹¹⁴⁰ Auch nach dem Erlass der ersten Durchführungsbestimmungen am 5. Dezember 1933 konstatierten die Kreisärzte gesetzliche Lücken, die die Ermittlung von „erbkranken“ Frauen und Männern beeinträchtigten. Der Kreisarzt von Gardelegen informierte Anfang Januar 1934 den Regierungspräsidenten von Magdeburg über die bisherigen Ermittlungen durch die beteiligten Dienststellen. Für die weitere medizinische Überprüfung und zur Antragstellung müsste der Kreisarzt weitere Informationen einholen, die ohne genaue Untersuchung und Prüfung der Familienverhältnisse an Ort und Stelle in der Regel nicht gewonnen werden könnten.¹¹⁴¹ Dementsprechend benötigte er finanzielle Mittel zur Deckung der Reisekosten, darüber hinaus beständen erhebliche Mängel in der Auskunftspflicht von betroffenen Personen sowie aussagekräftigen Behörden. „Wie soll sich der Med.[izinal]Beamte die für sein Gutachten unerlässlichen Unterlagen verschaffen, wenn ihm

¹¹³⁸ StA Erfurt, 1–2/531–633: Verhütung erbkranken Nachwuchses, Verordnung und Gesetze, Beschlüsse des Erbgesundheitsgerichts (1933–1939), Bd. 1: 1933–1939, fol. 19.

¹¹³⁹ LASA, C 28 Ig, Nr. 371: Erbkrankheiten (1934–1938), Bd. 1: 1934–1938, fol. 9.

¹¹⁴⁰ Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 371: Erbkrankheiten (1934–1938), Bd. 1: 1934–1938, fol. 10.

¹¹⁴¹ Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 371: Erbkrankheiten (1934–1938), Bd. 1: 1934–1938, fol. 11.

jederzeit die Tür gewiesen werden kann.“¹¹⁴² Der Regierungspräsident konnte die angesprochenen Defizite nicht lösen und gab lediglich Hinweise zur finanziellen Regelung.

Auch riefen die Erfassungsprozeduren vor allem in der Anfangsphase Widerstände und Kritik von betroffenen Frauen und Männern, Familienmitgliedern oder Nachbarn hervor, was neben persönlichen Ängsten vor der Zerstörung der Fortpflanzungsfähigkeit und Stigmatisierung auch auf die Neuartigkeit des Sterilisationsgesetzes hinweist. So berichtete ein Kreisarzt, dass er im Zuge der Überprüfung von Personen auf einer Vorschlagsliste einen „erbkrankverdächtigen“ Mann „in Gegenwart von 2 Vertretern des Gemeindevorstandes“ in ein Lokal einlud.¹¹⁴³ Den Anfangsverdacht eines „angeborenen Schwachsinn“ sah der Arzt bestätigt, er „war immerhin kein Idiot, aber Aushändigen des Merkblattes u.[nd] Erläuterung der Gründe der Untersuchung ließ[en] ihn kalt, so daß er den Anlaß offenbar nicht begriff“.¹¹⁴⁴ Nach Auskunft des Kreisarztes wurde er auf dem Rückweg von dem Vater des betroffenen Mannes verfolgt, der ihm schließlich in einem Nachbarort eine „Scene“ machte und angab, dass sein Sohn kein „Idiot“ wäre, „sonst sei [sein] Sohn, er selbst u.[nd] die ganze Familie blamiert. Er wolle unbedingt wissen, wer seinen gesunden Sohn auf die Idiotenliste zur Unfruchtbarmachung gesetzt hätte.“¹¹⁴⁵ Neben diesen unmittelbaren Auseinandersetzungen wurde Kreisärzten eine medizinisch ungenügende Überprüfung und Antragstellung vorgeworfen, die regional Unruhe und Widerstände beförderte.

Trotz der Etablierung von Erfassungsnetzwerken und zielgerichteten administrativen Bestrebungen der Systematisierung von Erfassungsprozeduren seit Mitte der 1930er-Jahre wurde die Lokalisierung von männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“ von den geringen materiellen und personellen Ressourcen geprägt. Dabei belegen die Stellungnahmen der Regierungspräsidenten eine erhebliche Unzufriedenheit, die neben den mangelnden kreis- und amtsärztlichen Kapazitäten von regionalspezifischen Kontroversen oder unzureichenden gesetzlichen Reglementierungen hervorgerufen wurde.¹¹⁴⁶ So teilte im Mai 1936 der Regierungspräsident von Erfurt den Gesundheitsämtern seine Unzufriedenheit über den bisherigen Arbeitsstand der national-

¹¹⁴² LASA, C 28 Ig, Nr. 371: Erbkrankheiten (1934–1938), Bd. 1: 1934–1938, fol. 15.

¹¹⁴³ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 1: 1934–1938, fol. 37.

¹¹⁴⁴ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 1: 1934–1938, fol. 37.

¹¹⁴⁵ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 1: 1934–1938, fol. 37.

¹¹⁴⁶ Konkrete Hinweise auf eine zielgerichtete Verschleppung oder sogar Widerstände seitens der Kreisärzte wurden nicht konstatiert.

sozialistischen Zwangssterilisation. Dabei bezog er sich nicht auf die Sterilisationspraxis in den Regierungsbezirken Magdeburg und Merseburg, sondern auf Thüringen und erwartete eine Intensivierung der Unfruchtbarmachungen. „Ein Vergleich der Einzelstatistiken des Landes Thüringen mit denen des Regierungsbezirkes Erfurt zeigt, daß einzelne Ämter im Bezirk der Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses nicht die erforderliche Beachtung geschenkt haben. Der Abstand vom Land Thüringen ist sehr bedeutend. Ich erwarte bestimmt, daß nunmehr alle Ämter dieses Teilgebiet ihrer Aufgaben mehr als bisher bearbeiten. Im Zusammenhang hiermit ist der Ausbau der Erbkartei, die gleichfalls teilweise noch sehr weit zurück ist, zu beachten. Mein medizinischer Sachbearbeiter wird sich demnächst von dem Fortschritt der Arbeiten in den Ämtern überzeugen.“¹¹⁴⁷ Diese politische Orientierung des Regierungsbezirks Erfurt war einerseits der historischen Entstehung der preußischen Provinz Sachsen geschuldet und eröffnete eine intensivere Sterilisationspraxis, da das Sterilisationsgesetz in Thüringen im Vergleich zu anderen Regionen rigide umgesetzt wurde. Hierzu gehörte auch eine schärfere Kontrolle der Kreisärzte, sodass ihnen in Anbetracht der frühzeitig entstehenden Problemfelder sogar vom Präsidenten des „Landesamtes für Rassewesen“, Karl Astel, eine „passive Resistenz“ vorgeworfen wurde.¹¹⁴⁸ Andererseits gehörte der Regierungsbezirk Erfurt auf der politischen Landkarte zum Gau Thüringen. Diese Zugehörigkeit hatte etwa zur Folge, dass das rassenpolitische Amt Thüringens spezifische Schulungen von staatlichen Gesundheitspflegerinnen durchführte, was wiederum Einfluss auf die Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation nehmen konnte.¹¹⁴⁹ Vergleichbare konkrete staatliche Einflussnahmen sowie Forderungen nach einer intensiveren Sterilisationspraxis lassen sich für die preußische Provinz Sachsen in der Form nicht nachweisen.

Für die preußische Provinz Sachsen konnten 31 539 Sterilisationsanzeigen ermittelt werden. Aufgrund der stark beeinträchtigten Überlieferung muss von einem weitaus höheren Anzeigen- und Meldevolumen ausgegangen werden. Einen wichtigen bürokratischen Bestandteil des Ermittlungsverfahrens stellte die Überprüfung und Durchsicht von bestehenden medizinischen, psychiatrischen und fürsorglichen Registern dar. In Verkehrung der sozialstaatlichen Interessen und Fürsorgepflichten der

¹¹⁴⁷ ThStAG, Regierung Erfurt, Staatliches Gesundheitsamt Mühlhausen (1906–1952) Nr. 31: Erbgesundheitsangelegenheiten (1940–1944), unfol.

¹¹⁴⁸ ThHStAW, Thüringisches Ministerium des Innern Nr. E 1730: Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses im Land Thüringen im Allgemeinen (1933–1934), fol. 259.

¹¹⁴⁹ Vgl. StA Erfurt, Nr. 2/511–23030: Magistrat der Stadt Erfurt. Stadtgesundheitsamt, Erb- und Rassenpflege. Verordnungen, Verfügungen übergeordneter Dienststellen auf Reichs- und Landesebene für das Referat Erb- und Rassenpflege u. a. zum Erbgesundheitsgesetz (1935–1945), unfol.

Weimarer Republik wurden diese behördlichen Verzeichnisse als Ermittlungsreservoirs herangezogen und zielgerichtet gegen medizinisch, finanziell oder sozial bedürftige Personengruppen eingesetzt. Dementsprechend wurden kameralistische Grundelemente der öffentlichen Gesundheitsversorgung zweckentfremdet und zugunsten exkludierender bevölkerungspolitischer Maßnahmen im Dritten Reich eingesetzt. Die nationalsozialistische Gesundheits- und Sozialpolitik erforderte die rassistisch-erbbiologische Verwertung von bestehenden gesundheitlichen und fürsorglichen Verzeichnissen. Gleichzeitig gestattete sie auch die organisatorische Konkretisierung und rassistische Durchsetzung von überkommenen Kontroll-, Überwachungs- und Schutzinteressen, zu deren Zweck die seit Jahrzehnten von Wohlfahrtsbehörden, kommunalen Gesundheitsämtern oder psychiatrischen Einrichtungen geführten Verzeichnisse von kranken oder bedürftigen Frauen und Männern angelegt und geführt worden waren.

Hinsichtlich der buchhalterischen Erfassung handelt es sich um einen bürokratischen Handlungsakt, indem Frauen und Männer aufgrund einer staatlichen Anweisung ermittelt und anhand der Kriterien des nationalsozialistischen Sterilisationsgesetzes erfasst und dokumentiert wurden. Die konkrete personenbezogene Ermittlung kann jedoch keineswegs als ein mechanistischer Akt, sondern muss als ein vielschichtiger und dynamischer Übersetzungsprozess verstanden werden. Denn professionsspezifische, organisatorische, rassistisch-ideologische, persönliche oder lokale Hintergründe der an der Erfassung beteiligten männlichen und weiblichen Ärzten, Amtsträgern, Lehrern oder Fürsorgerinnen nahmen einen erheblichen Einfluss, indem sie den alltäglichen Ermittlungsprozeduren eine disparate Charakteristik verliehen und spezifische Erkenntnis- und Bewertungsprozesse auslösten, um die „Erbkrankheit“ oder „Minderwertigkeit“ von Frauen und Männern als Gegenstand der Ermittlungen zu begründen.

Die Erfassung erforderte das „Wahrnehmen“, „Bewusstmachen“, „Erkennen“ und „Bewerten“ von Frauen und Männern, die als „erbkrank“ gelten könnten. Damit einher ging das „asymptotische Ausmessen“ von Individuen an den gesetzlich definierten „Erbkrankheiten“ als konkreter und an der nationalsozialistischen „Volksgemeinschaft“ und damit verbundenen tradierten gesellschaftlichen Vorstellungen von Männlichkeit und Weiblichkeit, Leistungsfähigkeit und sozialem Nutzen als imaginäre Normen. Innerhalb dieses suchenden und erfassenden Vollzugs bemächtigen sich die ermittelnden Berufsgruppen einer Beurteilungskompetenz und ergriffen dementsprechend sowohl faktischen als auch diskursiven Besitz über Personen, soziobiologische Daten und Wertmaßstäbe. Hierbei handelte es sich um einen alltäglichen Prozess, der

„Minderwertigkeit“ manifestierte und reproduzierte, indem fortlaufend Frauen und Männer aufgespürt, bemessen, dazu gezählt und einbezogen wurden. Technologisch handelt es sich um eine kameralistische Entpersonalisierung, durch die das katalogisierte Individuum als ein spezifischer Informationsgegenstand generiert wurde.¹¹⁵⁰

Der personenbezogenen Registratur wohnte demgegenüber eine Individualisierung inne, die es ermöglichte, die erfassten Frauen und Männer mit einem biopolitisch delinquenten Subjekt zu doppeln, das dann in der vermeintlich logischen Konsequenz der nationalsozialistischen Sterilisation unterworfen werden musste.¹¹⁵¹ Die herrschaftlichen Zugriffsmöglichkeiten im Dritten Reich waren grenzenlos und nie abgeschlossen, denn sie stellten den Ausgangspunkt eines sowohl fortwährenden als auch im Hinblick auf das relationale Verhältnis zwischen Individuum und Herrschaft sich verändernden Überprüfungsprozesses dar.¹¹⁵²

Unter einem prozessgeschichtlichen Blickwinkel können für die Erfassungsprozeduren als Praxis vor allem für die erste Phase bis etwa 1934/35 Unsicherheiten und Unklarheiten in der Anzeige und Meldung von „erbkranken“ Frauen und Männern konstatiert werden. Insgesamt benötigten die beteiligten Behörden und Personen aber keinen Lernprozess, sodass die soziobiologische Vorfeldaulesung zur Unfruchtbarmachung von „erbkranken“ Frauen und Männern keine spezielle Einübung erforderte.¹¹⁵³ Die Auswahl von „erbkrankverdächtigen“ Frauen und Männern verdeutlicht prägende Elemente und Topoi der Übersetzungsleistungen. Die Übersetzung in „minderwertig“ oder „erbkrank“ korrelierte insbesondere mit der intellektuellen und beruflichen Leistungsfähigkeit, der Fähigkeit der Selbstversorgung sowie sozialen Verhaltensweisen, die nach Ansicht der erfassenden und beurteilenden Personen nicht den gesellschaftlichen Vorstellungen und Maßstäben entsprachen. Dementsprechend wurde eine erbbiologische „Minderwertigkeit“ mit geringer Leistungsfähigkeit sowie sozialer Auffälligkeit oder Unangepasstheit übersetzt, was eine utilitaristische wie gesellschaftlich vereinheitlichende Charakteristik der selektierenden Exklusionspraktiken verdeutlicht. Als maßgebende Beurteilungsvariablen dienten der geringe schulische und berufliche Erfolg, medizinische oder finanzielle Bedürftigkeit sowie unterschiedliche abweichende Verhaltensweisen wie Kriminalität, Sexualverhalten, Vernachlässigung

¹¹⁵⁰ Vgl. Foucault: Überwachen und Strafen, S. 291.

¹¹⁵¹ Foucault: Die Anormalen, S. 33.

¹¹⁵² Vgl. Foucault: Überwachen und Strafen, S. 291–292.

¹¹⁵³ Gegen die Vorstellung einer Einübung spricht auch der Anstieg von unbegründeten Anzeigen, die jedoch auch von geänderten medizinischen und juristischen Beurteilungsmaßstäben hervorgerufen wurden.

des Haushalts oder die ungenügende Erziehung der Kinder. Bei diesen Selektionskriterien im Vorfeld des Sterilisationsantrages handelte es sich um geschlechtsspezifisch und soziobiologisch konnotierte Variablen, deren Grenzen fließend und kombinierbar waren. Vor allem die Beurteilungen von abweichenden Verhaltensweisen verdeutlichen nicht nur die Variabilität von Beurteilungskriterien, sondern ebenso die unterschiedlichen Maßstäbe, die von beteiligten Lehrern, Fürsorgerinnen oder Ärzten vor dem Hintergrund ihrer habituellen Prägungen angewandt wurden.

Im Zentrum der Erfassung als präjudizierendes Konstruktionsverfahren standen somit Frauen und Männer, die nicht nur im nationalsozialistischen Sinne als „erbkrank“ und „minderwertig“ galten. Vielmehr bestanden diese Vorurteile bereits vor 1933.¹¹⁵⁴ In diesem Sinne eröffnete das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ die Möglichkeit der aktiven Teilnahme an gesellschaftlichen Veränderungen und bot Handlungsspielräume, die von allen gesellschaftlichen Bereichen aktiv genutzt werden konnten. Unter den prägenden Diskursbestandteilen von Rasse, Rassenhygiene und „Volksgemeinschaft“, die „dem Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ einen gesellschaftlich, ökonomisch, ideologisch und wissenschaftlich begründeten Sinn verliehen, wurde die Möglichkeit der Zwangssterilisation als eine Option wahrgenommen und eingesetzt, um bestehende und überkommene soziale Probleme chirurgisch zu lösen. Diese Ergebnisse zum Anzeigeverhalten sowie zur herrschaftlichen Etablierung von Erfassungsnetzwerken unter der engagierten Beteiligung von unterschiedlichen Behörden, Einrichtungen und Berufsgruppen verdeutlichen eine Charakteristik, die biopolitische Wesenszüge einer zunehmenden „herrschaftlichen Radikalisierung“, einer medizinischen „Verwissenschaftlichung des Sozialen“, von „Rasse als sozialer und gesellschaftlicher Praxis“ sowie eines herrschaftsbezogenen „Entgegenarbeitens“ zur Durchsetzung bevölkerungspolitischer Maßnahmen offenbart.

¹¹⁵⁴ Vgl. etwa Zaft, Matthias: Der erzählte Zögling. Narrative in den Akten der deutschen Fürsorgeerziehung, Bielefeld 2011.

5 Die gutachterliche Konstruktion von „Erbkrankheiten“ im nationalsozialistischen Sterilisationsverfahren

5.1 Vorbemerkungen: Der Sterilisationsantrag als Zentrum der Herstellung von männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“

Der Sterilisationsantrag und das damit verbundene „amtsärztliche-ärztliche“ Gutachten stellen das Zentrum des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ als selektive Praxis dar. Denn in der amtsärztlichen Begutachtungsphase wurden die gesammelten erb- und soziobiologischen Vorwürfe zu einem offiziellen Dossier verdichtet, welches als Grundlage für die gerichtliche Entscheidung diente. Dabei stimmten bekanntlich die Erbgesundheitsgerichte mit rund 80 Prozent größtenteils den „amtsärztlichen-ärztlichen“ Beurteilungen zu. Deshalb kommt der medizinisch-psychiatrischen Begutachtung eine herausgehobene Bedeutung im Sterilisationsverfahren zu, da sich innerhalb der Gutachten wie in keiner anderen Überlieferung zur rassenhygienischen Praxis im Dritten Reich die Konstruktionsformen von männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“ kristallisieren. Hier vollzog sich die rassenhygienisch-gesellschaftliche Herstellung und Normierung von „Erbkrankheiten“ als gesundheitliche, ökonomische und soziale Devianz.

Das Gutachten oder genauer: die ärztliche Begutachtungsprozedur erweist sich dementsprechend als entscheidende Phase eines Selektionsverfahrens in Form einer Codierungsmatrize. Als hermeneutisches Instrument macht die amtliche Begutachtung eine physische wie psychische Abweichung sichtbar, indem es die erbbiologische Verfehlung im Sinne der Rassenhygiene als anerkannte Wissensformation objektiviert, um die betroffenen Frauen und Männer schließlich einer selektiven Prozedur unterwerfen zu können. Der Sterilisationsantrag, bestehend aus Gutachten und Begutachtungen, hatte demnach die Aufgabe, individuelle Abweichungen objektivier- und selektierbar zu machen, und fungierte somit als das zentrale Instrument innerhalb der Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ als Exklusionsverfahren. Eine maßgebliche Anleitungsfunktion übernahm dabei der von Arthur

Gütt, Ernst Rüdin und Falk Ruttke verfasste „Gesetzeskommentar“,¹¹⁵⁵ der in keinem Gesundheitsamt oder Erbgesundheitsgericht fehlen durfte.¹¹⁵⁶

In einem alltäglichen und minutiösen Prozess wurden Formen von gesundheitlicher, geschlechtsspezifischer, ökonomischer oder sozialer Devianz mithilfe des rassenhygienischen Paradigmas codiert, um ihre männlichen und weiblichen Träger verurteilen zu können. Der entscheidende Effekt dieser Prozedur bestand in einer Transformation, indem aus den ursprünglich erfassten Frauen und Männern „Erbkranke“ wurden, die zur vermeintlichen Gesundung des deutschen Volkskörpers unfruchtbar gemacht werden mussten. Das Gutachten fungierte somit als ein zugleich gigantischer wie mikroskopischer Dopplungsmechanismus.¹¹⁵⁷

Die Begutachtung war der zentrale Vorgang, in dem eine „Erbkrankheit“ im Sinne des nationalsozialistischen Sterilisationsgesetzes konstruiert und anschließend einem Gericht zur Entscheidung vorgelegt wurde. Genau hier fand die Entwertung menschlichen Lebens eine medizinisch-psychiatrische wie rassenhygienische Begründung und wurde zum konkreten Gegenstand der gerichtlichen Verurteilung. Hierbei wurde Subjekte zu „erbkranken“ Objekten gemacht. Dementsprechend spiegeln Gutachten das Innenleben von selektiven Konstruktionsverfahren wider und geben Hinweise auf Verfahrenstechniken, Beurteilungsmechanismen und Zuschreibungsprozeduren quasi als alltäglich-minutiöse Spulen, Zylinder oder Walzen eines biopolitisch-selektiven Räderwerks, das zum Ziel die endgültige Verhinderung „minderwertigen“ Erbgutes hatte.

Insofern begegnen in Fallakten und insbesondere Sterilisationsgutachten keineswegs Frauen und Männer, wie sie waren, sondern wie sie im Rahmen eines rassen-

¹¹⁵⁵ Vgl. Vgl. Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen. Der „inoffizielle“ Gesetzeskommentar, welcher von Astrid Ley ausführlich behandelt wurde, wird hier nicht separat untersucht, sondern innerhalb der einzelnen Kapitel zum Ablauf, Vorgehen wie zu den „Erbkrankheiten“ diskutiert. Vgl. Ley: Zwangssterilisation und Ärzteschaft, S. 45–63. Vgl. auch Kap. 2.3.

¹¹⁵⁶ So wurde im MBliV am 27. Juni 1934 festgehalten: „Für den Dienstgebrauch der medizinischen Sachbearbeiter bei den Regierungen werde ich je ein Stück des Kommentars zum Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses von Gütt, Rüdin und Ruttke überweisen. Auch den Kreisärzten, den mit der selbstständigen Wahrnehmung von amtsärztlichen Dienstgeschäften betrauten Med.-Assessoren und den Gerichtsärzten wird der Kommentar geliefert werden. Die erforderliche Stückzahl wird den Reg-Präs. zur Verteilung an die Kreis- und Gerichtsärzte zugehen. Das Buch ist zu inventarisieren.“ Vgl. LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 55.

¹¹⁵⁷ In der Konsequenz gewinnt die diagnostische Feststellung einer medizinisch-psychiatrisch begründeten „Erbkrankheit“ auch nachträglich an Plausibilität, indem geistig und körperlich kranke, erkrankte oder behinderte Menschen ebenso wie sozial Unangepasste oder Frauen und Männer mit abweichenden und kriminellen Verhaltensweisen als „erbkrank“ diagnostiziert wurden. So etwa Heitzer: Zwangssterilisation in Passau, S. 359; Braß: Zwangssterilisation und „Euthanasie“, S. 125–127.

hygienischen Diskurses und in den Augen von mehrheitlich männlichen Ärzten gesehen und beurteilt wurden. Deshalb waren die Begutachtungspraxis im Zuge des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ und der damit einhergehende selektive Exzess im Dritten Reich auch keineswegs durch Fehldiagnosen, ärztlichen Machtmissbrauch und parteipolitisch-ideologische Überzeugungen gekennzeichnet. Vielmehr ist der Einschätzung von Gisela Bock und Klaus Dörner zuzustimmen, dass mit dem nationalsozialistischen Sterilisationsverfahren eine neuartige und dynamische Begutachtungspraxis von männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“ entstand, die die ursprünglichen medizinischen Kategorien aushöhlte und zu Begriffen ‚sui generis‘ transformierte.¹¹⁵⁸ Mehr noch: Das Tuscheln von und über männliche und weibliche „Minderwertigkeit“ als eine Form volksgemeinschaftlicher „Infamie“ und schließlich die medizinisch-psychiatrische Diagnose von erbbiologischer „Minderwertigkeit“ von zwangssterilisierten Frauen und Männern im Dritten Reich sind „nur eine Modalität der universalen Fama“ biopolitisch initiiertes Selektion zum Zweck sowohl individueller als auch gesellschaftlicher Optimierung.¹¹⁵⁹

Gutachten und Begutachtungsprozess sind dabei nicht identisch, sondern stehen in Wechselbeziehung und leiten sich gegenseitig an.¹¹⁶⁰ Auch sind Gutachten und Begutachtung nicht statisch, sondern bewegliche und zu besetzende Positionen in einem Herstellungs- und Selektionsverfahren. Darüber hinaus sind sie Bestandteile einer biopolitischen Diskursformation, die sich fortlaufend bestätigen sowie reproduzieren müssen. Derart kann die Bewertung menschlichen Lebens im Sterilisationsgutachten als ein Akt verstanden werden, der diskursiven, formalen wie rituellen Richtlinien und Vorstellungen folgt und in Anlehnung an Michel Foucault einen Exklusionsmechanismus offenbart, „der eine bestimmte Form der Machtausübung mit einem bestimmten Typ der Wissensformierung kombiniert“.¹¹⁶¹ Gutachten und Begutachtung sind inhärente Bestandteile einer Exklusionstechnologie, welche „selbst entscheidend an der systematischen Schaffung, Klassifikation und Kontrolle der Anomalien des Gesellschaftskörpers beteiligt sind“.¹¹⁶²

¹¹⁵⁸ Vgl. Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 310. Siehe auch Dörner: Nationalsozialismus und Lebensvernichtung, S. 131.

¹¹⁵⁹ Foucault: Das Leben der infamen Menschen, S. 22. Weiterführend auch Geisenhanslücke/Löhnig: Infamie; Geisenhanslücke: Sprache der Infamie. Vgl. Kap. 2.2.

¹¹⁶⁰ Weiterführend die Ausführungen von Michel Foucault zur Prüfung. Vgl. Foucault: Überwachen und Strafen, S. 238–250.

¹¹⁶¹ Foucault: Überwachen und Strafen, S. 241.

¹¹⁶² Dreyfus/Rabinow: Jenseits von Strukturalismus und Hermeneutik, S. 227.

In der historischen Forschung blieb die Funktion und Charakteristik des Gutachtens und des Begutachtungsprozesses im Sterilisationsverfahren bislang weitgehend unberücksichtigt, sodass sowohl die Konstruktionsprozeduren als auch die soziobiologischen und geschlechtsspezifischen Konstruktionsgrade nur gelegentlich ausgeleuchtet wurden. Hinsichtlich ihrer unterschiedlichen und vielschichtigen Facetten wird die ärztliche Antragsstellung zur Begründung einer „Erbkrankheit“ deshalb im Folgenden auf drei Ebenen untersucht: Zunächst werden das Gutachten sowie der Intelligenzprüfungsbogen als Begutachtungsinstrumente analysiert. Hierbei stehen neben zeitgenössischen Diskussionen, etwa zur Aussagekraft der Intelligenzprüfung als diagnostischer Beweis von „angeborenem Schwachsinn“, insbesondere der Aufbau und Inhalt sowie auch geschlechtsspezifische Konnotationen im Vordergrund. In einem zweiten Schritt wird das Antragsverhalten in der preußischen Provinz Sachsen analysiert. Ausgangspunkt bildet ein Überblick über den Umfang und die quantitativen Entwicklungen von Sterilisationsanträgen bzw. Verfahren.¹¹⁶³ Hierdurch kann eine erste Annäherung an die Anzahl von unfruchtbar gemachten Frauen und Männern geleistet werden. Daneben werden Bedingungen und Triebkräfte von Sterilisationsgutachten und des gesamten Begutachtungsprozesses in den Blick genommen, die die Beurteilung des männlichen und weiblichen Lebenswertes sowie die Konstruktion von „Erbkrankheiten“ im Sinne des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ konturierten. Ein spezifischer Zugang bildet dabei die Analyse des ärztlich-habituellen Blicks auf Frauen und Männer, die zum Zweck der erbbiologisch-rassenhygienischen Untersuchung ins Gesundheitsamt vorgeladen wurden. Auch wenn diese Beschreibungen teilweise die personenbezogenen Bewertungen der anschließenden erbbiologischen Untersuchung vorzeichnen, so prägen und determinieren die hierin zum Ausdruck kommenden Vorstellungen von sozialer, ökonomischer, intellektueller und geschlechtsspezifischer Devianz nachhaltig die soziobiologische Konstruktion von „Erbkrankheiten“, insbesondere des „angeborenen Schwachsinn“.

Im Zentrum des Kapitels steht die Analyse der gutachterlichen Konstruktion von als „erbkrank“ diagnostizierten Frauen und Männern, welche auf der Grundlage einer quantitativen und qualitativen Auswertung von insgesamt 619 Fallakten der Erb-

¹¹⁶³ Ebenso wie Gisela Bock werden auch in der vorliegenden Arbeit die Begriffe Sterilisationsantrag und Sterilisationsverfahren unter quantitativen Gesichtspunkten synonym benutzt. Zu den hiermit verbundenen methodischen Problemen der statistischen Berechnungen zur Gesamtzahl von Zwangssterilisationen im Dritten Reich siehe Benzenhöfer/Ackermann: Zahl der Verfahren, S. 9–13.

gesundheitsgerichte Magdeburg und Stendal vorgenommen wurde. Einen Schwerpunkt bildet die Diagnose des „angeborenen Schwachsinn“ als hauptsächliche Sterilisationsdiagnose für Frauen und Männer, daneben werden die auf eine Diagnose von Schizophrenie und Epilepsie hinauslaufenden Sterilisationsgutachten untersucht. Als wesentliches Kriterium der soziobiologischen und geschlechtsspezifischen Wertbemessung ergaben die überlieferten Fallakten vor allem die Familie als erbbiologische Metaebene. In jeweiliger geschlechtsspezifischer Ausprägung spielten weiterhin vor allem die Leistungsfähigkeit, das Geschlechtsleben sowie die Lebenswelt eine ausschlaggebende Bedeutung.

Die gewählte Vorgehensweise eröffnet eine differenzierte Analyse der soziobiologischen Selektionskriterien von männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“, die im Anschluss an die maßgebliche Studie von Gisela Bock sukzessive aus dem Blick geraten sind. Darüber hinaus können die Charakteristik der Beweisführung, ihre jeweilige Datengrundlage sowie auch die persönlichen Interessen von Ärzten, Lehrern, Gemeindevertretern oder Fürsorgerinnen mikroskopisch nachgezeichnet werden. Im Ergebnis verfolgt das vorliegende Kapitel einen quasi rassenhygienisch-selektiven Entstehungsprozess von als „erbkrank“ geltenden Frauen und Männern, die es realiter jedoch keineswegs gab.¹¹⁶⁴ Stattdessen wird in diesem Kapitel der Herstellungsprozess von infamen Menschen beschrieben – von „Leben, die sind, als ob sie nicht existiert hätten, Leben, die nur vom Zusammenstoß mit einer Macht überleben, welche sie nur vernichten oder zumindest wegwischen wollte, Leben, die uns nur wiederkommen dank vielfältigen Zufällen“.¹¹⁶⁵ In einem genuinen und sich selbst konstituierenden und reproduzierenden Begutachtungsverfahren, welches zugleich als biopolitische Chance und Aufforderung für ein besseres und leistungsfähigeres Leben fungierte, wurde diese infamen Frauen und Männer als „minderwertig“ und „erbkrank“ gebrandmarkt und unter den Bedingungen der nationalsozialistischen Herrschaft selektiert.

¹¹⁶⁴ Vor allem die Sterilisationsanträge bilden eine Begegnung mit der Biomacht im Dritten Reich ab und behandeln das Leben von Frauen und Männern, von deren „Existenz“ wir nur durch diese Begegnung und durch deren besonderen Zugriff wissen. „Was sie der Nacht entreißt, in der sie hätten bleiben können und vielleicht für immer bleiben sollen, das ist die Begegnung mit der Macht: ohne diesen Zusammenstoß wäre gewiß kein Wort mehr da, um an ihren flüchtigen Durchgang zu erinnern. Die Macht, die diesen Leben aufgelaert hat, die sie verfolgt hat, die ihren Klagen und ihrem kleinen Lärmen, sei es auch nur einen Augenblick, Aufmerksamkeit geschenkt hat und sie mit ihrem Prankenschlag gestempelt hat, sie ist es, die die wenigen Wörter hervorgerufen hat, die uns von ihnen bleiben. [...] aufzufinden sind sie nur gefangen in den Deklamationen, den taktischen Parteilichkeiten, den gebieterischen Lügen der Spiele der Macht und der Verhältnisse mit ihr.“ Foucault: *Das Leben der infamen Menschen*, S. 16–17.

¹¹⁶⁵ Foucault: *Das Leben der infamen Menschen*, S. 22.

5.2 Das Sterilisationsgutachten und der Intelligenzprüfungsbogen als zentrale diagnostische Begutachtungsinstrumente

Das sechsseitige Sterilisationsgutachten beruhte auf standardisierten Formularen und umfasste den Antrag an das zuständige Erbgesundheitsgericht sowie ein amtsärztliches-ärztliches Gutachten, auf welchem die begutachtenden Ärzte die vorliegenden rassenhygienisch-erbbiologischen Beweismittel zu verzeichnen hatten. Die Verwendung des Gutachtens war vorgeschrieben und konnte durch weitere Formulare oder Krankenberichte ergänzt werden.¹¹⁶⁶ Für die diagnostische Feststellung des „angeborenen Schwachsinn“ war zusätzlich ein Intelligenzprüfungsbogen vorgesehen.¹¹⁶⁷ Die maßgebliche Funktion der gutachterlichen Formulare bestand darin, das Vorliegen einer „Erbkrankheit“ hinreichend diagnostisch darzulegen, sodass die entscheidungsbefugten Erbgesundheitsgerichte über eine dokumentarische Urteilsgrundlage verfügten und die Unfruchtbarmachung anordnen konnten. „Das ärztliche Gutachten dient zur Glaubhaftmachung der dem Antrag zugrundeliegenden Tatsachen, das sind die dem verhandelten Einzelfalle angehörigen, konkreten, nach Zeit und Raum bestimmten Geschehnisse und Zustände der Außenwelt wie des menschlichen Seelenlebens (sogenannte innere Tatsachen), die zu Tatbeständen zusammengefasst und deren Subsumtion unter die Rechtssätze die Richteraufgabe darstellt.“¹¹⁶⁸

Der hierin zum Ausdruck kommenden diagnostisch-anthropologischen Unterscheidung in „Außenwelt“ und „Seelenleben“ zur Bemessung des männlichen und weiblichen Lebenswertes wurde innerhalb des Gutachtens Rechnung getragen, indem soziale, sozio-biologische, physiologische und psychische Informationen zu „näheren Familienangehörigen“, zur „eigenen Vorgeschichte“ sowie zur körperlichen Konstitution verzeichnet werden konnten. Wie bereits die Funktion eines Antrages impliziert, unterschied das Gutachten nicht zwischen gesund, krank oder „erbkrank“, sondern es fungierte als diagnostischer Beweis und Begründung einer „Erbkrankheit“, deren Träger unter erbbiologischen Gesichtspunkten mindestens als „minderwertig“ und potentiell „erbkrank“ galt.¹¹⁶⁹ Der Begutachtung wohnte funktional also eine Präjudizierung

¹¹⁶⁶ Vgl. Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 141.

¹¹⁶⁷ Laut Gesetzeskommentar war die Verwendung des Intelligenzprüfungsbogens bei „angeborenem Schwachsinn“ nicht zwingend vorgeschrieben, sondern nur in den Fällen, in denen die Nachweisführung „notwendig erschien“. Vgl. Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 141.

¹¹⁶⁸ Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 143.

¹¹⁶⁹ So betont etwa Jürgen Simon, dass es nicht wichtig war, dass eine medizinisch begründete, sondern eine „Erbkrankheit“ im Sinne des Gesetzes vorlag. Vgl. Simon: Kriminalbiologie, S. 211.

inne, zumal bereits die Erfassung im Vorfeld der Antragsstellung sowohl Verdachtsmomente als auch Zweifel am gesundheitlichen, erbbiologischen und sozialen Status geweckt hatte.¹¹⁷⁰ Der Sterilisationsantrag und das dazugehörige medizinische Gutachten verfolgten somit keineswegs die Absicht einer ausführlichen und differenzierten Krankheitsbeschreibung, sondern das Ziel, die Unfruchtbarmachung einer aufgrund der Sterilisationsanzeige präjudizierten Person zu ermöglichen.

Im Sinne der „Gesetzeskommentatoren“ sei es jedoch nicht notwendig, dass die begutachtenden Ärzte die einzelnen Untersuchungskategorien penibel auszufüllen hätten. Vielmehr solle das Gutachten als Untersuchungsleitfaden dienen und den begutachtenden Ärzten schlussendlich überlassen bleiben, wie sie die Untersuchung durchführten und die vorgegebenen Formulare einsetzten. „Es sei auch hier noch besonders betont, dass der Gesetzgeber für diesen Gang der Untersuchung zwar Richtlinien aufstellt, dass er aber im allgemeinen den Ärzten freie Hand lassen will, was besonders daraus zu entnehmen ist, dass sämtliche Fragen des Intelligenzprüfungsbogens mit Klammern versehen worden sind.“¹¹⁷¹ Somit wurden den untersuchenden Ärzten erhebliche Spielräume zugestanden, die sowohl mit den jeweiligen Krankheitsbildern und rassenhygienischen Vorwürfen als auch mit den diagnostischen und rassenhygienischen Qualifikationen korrelierten. Die sogenannte „freie Hand“ schmälert jedoch nicht die zentrale Bedeutung des Gutachtens im Sterilisationsverfahren, sondern sie verdeutlicht vielmehr die funktionelle Bedeutung der einzelnen Untersuchungsparameter und der Begutachtung insgesamt als ein variables, bewegliches und dehnbares Bewertungsinstrument.

Die sogenannte Außenwelt von begutachteten Frauen und Männern wurde anhand von „Angaben über die näheren Familienangehörigen“ sowie die „eigene Vorgeschichte des E.[rbkranken]“ erfasst. Zum Seelenleben gehörten der körperliche und psychische Befund. Die Dokumentation von Familienangehörigen umfasste postalische Angaben zum Ehegatten und zu den Eltern. Im Kern zielte diese Untersuchungskategorie darauf ab, in Erfahrung zu bringen, ob Eltern oder weitere Angehörige wie „Kinder, Geschwister, Halbgeschwister, Großeltern oder sonstige Blutsverwandte“ an einer Krankheit im Sinne des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ leiden

¹¹⁷⁰ Aus diesem Grund finden sich im Gutachten auch keine Hinweise auf persönliche Attribute, die der Konstruktion einer „Erbkrankheit“ widersprechen würden. Es handelt sich weder um Krankenakten noch um medizinische Unterlagen zur Beschreibung von Erkrankungen, von Verlaufskurven oder Heilungschancen. Stattdessen handelt es sich beim Sterilisationsgutachten um Materialien, die ausschließlich zum Zweck der Sterilisation angefertigt wurden. Das Gutachten ist abgedruckt in Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetzeskommentar, S. 70–75. Zur Funktion siehe auch Kap. 2.2.

¹¹⁷¹ Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 48

würden.¹¹⁷² Weiterhin sollte verzeichnet werden, ob innerhalb der Familienverwandtschaft „andere körperliche oder geistige Leiden oder Abnormitäten erblicher oder nichterblicher Natur vorgekommen“ seien.¹¹⁷³ Hierzu zählten physische und psychische Erkrankungen ebenso wie Suchtkrankheiten, Suizide, „auffallende Charaktere, verbrecherische oder asoziale Veranlagungen“.¹¹⁷⁴

Das hier erscheinende genealogische Prinzip war aufgrund einer fehlenden erbbiologischen Diagnostik von maßgeblicher Bedeutung. Einerseits belegte es nahezu unwiderruflich eine „Erbkrankheit“ im Sinne des rassenhygienischen Paradigmas. Andererseits konnten Familienangehörige und Blutsverwandte als Träger und Überträger von „Erbkrankheiten“ ermittelt werden. Mithilfe von Sippentafeln sollten die genealogischen Maschen des erfassten Verwandtschaftsnetzes möglichst klein gehalten werden, um jedwede familiäre Abweichung erfassen und Verbindungslinien zu betroffenen Personen herstellen zu können. Aus diesem Grund wurden neben konkreten Bemessungskriterien, wie eine „Erbkrankheit“ im Sinne des Sterilisationsgesetzes, auch weitere Erkrankungsformen, die nicht als „Erbkrankheit“ galten bis hin zu sozialen und soziobiologischen Merkmalen, wie vor allem Selbstmorde oder Kriminalität, abgefragt. Denn Suizide und kriminelle Verhaltensweisen dienten sowohl als Indizien einer „Erbkrankheit“ als auch als soziobiologische Prädisposition für eine erbbiologisch bedingte „Minderwertigkeit“.

Der Untersuchungsteil zur „eigenen Vorgeschichte“ besaß deshalb eine zentrale Funktion im Gutachten und fungierte als wesentliches Codierungsparadigma, indem es den sozialen, oder besser volksgemeinschaftlichen Wert des Einzelnen für die Gesamtheit abzubilden versprach. Er umfasste soziale, soziobiologische und auch kulturelle Bewertungskriterien, die mit den Ermittlungsergebnissen zu „näheren Familienangehörigen“ korrelierten. So wurden die „geistige Entwicklung“ anhand der Schulleistungen oder des Interesses an Politik und die „soziale Entwicklung“ auf der Grundlage des beruflichen Erfolges, krimineller Verhaltensweisen oder Rauschmittelkonsums bemessen. Bereits an dieser Stelle wird deutlich, dass sich innerhalb der diagnostischen Begutachtung eine soziale Auslese verbarg, die zugleich ein inhärenter Teil der medizinisch-psychiatrischen Anamnese und Nosologie war. Denn innerhalb des biopolitischen Bemessungsfeldes bestanden unmittelbare Verhältnisse und Wechselbeziehungen zwischen dem Erfolg, Misserfolg oder der Devianz in Schule, Beruf

¹¹⁷² Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 71.

¹¹⁷³ Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 71.

¹¹⁷⁴ Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 71.

oder auch als abweichend geltenden und kriminellen Verhaltensweisen und dem bemessenen individuell-gesellschaftlichen Wert von Frauen und Männern.

Eine für die Sterilisationspolitik wichtige Beurteilungskategorie bildete das Sexualleben, das eine soziale, physische wie physiologische Stoßrichtung besaß, um die individuelle Fortpflanzungsgefahr zu bestimmen. Hatten die betroffenen Frauen und Männer ein regelmäßiges Sexualverhalten, bestanden Abweichungen in Form von wechselnden Geschlechtspartnern oder häufigem Geschlechtsverkehr? Die Fragen zum Sexualverhalten verweisen zudem auf den einzigen, normativ kenntlich gemachten, geschlechtsspezifischen Code, indem seitens der begutachtenden Ärzte Regel- und Schwangerschaftsstörungen in Erfahrung gebracht werden sollten.

Der zweite Untersuchungsteil zielte auf das sogenannte Seelenleben und den männlichen wie weiblichen Körper als Organismus ab und war in einen physischen und einen psychischen Teil aufgegliedert. In Ergänzung der sozialen Anamnese handelte es sich um eine medizinisch-psychiatrische sowie biologische Vermessung des delinquenten männlichen und weiblichen Körpers. Der physische Befund hatte die Beschreibung anhand des „Allgemeinzustandes“, der Organe oder des Nervensystems sowie von Störungen des Bewegungsablaufs vorzunehmen. Der psychische Befund umfasste sieben Kategorien wie „Allgemeines Verhalten“, „Stimmungs- und Affektlage“, „Willenssphäre“, „Gedankenablauf“ oder „sexuelle Perversionen“. Abgesehen von „sexuellen Perversionen“ waren allen diagnostischen Kategorien wertende Beschreibungen als Beurteilungsmaßstäbe vorgegeben, die gegebenenfalls zu unterstreichen waren. Die einzelnen charakteristischen Bezeichnungen waren dabei nahezu gänzlich negativ besetzt, sodass etwa die Beschreibungen der „Stimmungs- und Affektlage“ mit „stumpf, gleichgültig, läppisch, traurig, ängstlich, ratlos, entschlossen, albern, zornig oder sexuell zudringlich“ konnotiert waren. Die Vorgaben zum „Gedankenablauf“ waren ausschließlich negativ, die Beschreibung des „Allgemeinen Verhaltens“ ließ hingegen die Möglichkeit zu, das Auftreten als „zugänglich“ und „freundlich“ zu beschreiben.¹¹⁷⁵

Die negativen Besetzungen stehen in engem Zusammenhang mit der Funktion des Gutachtens und der Präjudizierung der begutachteten Frauen und Männer als „erbkrank“. Sie bringen jedoch ebenso eine psychiatrische Diagnostik zum Ausdruck, die mithilfe einer metaphorischen Charakteristik das Ziel verfolgt, Devianz zu markieren

¹¹⁷⁵ Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 74.

und gesunde Personen von kranken Frauen und Männern zu unterscheiden.¹¹⁷⁶ Darüber hinaus dienten die Konnotationen zur Bemessung des individuellen Abweichungsgrads. Das heißt: Der Abstand zu einer medizinisch-psychiatrischen wie auch gesellschaftlich-volksgemeinschaftlichen Norm sowie die graduelle Ausprägung von Abweichung werden anhand von vorab definierten charakteristischen Bezeichnungen kenntlich und sichtbar gemacht, die ihren Nährboden und Stellenwert in psychiatrischen und rassenhygienischen Diskursen haben.

Innerhalb der Messung und Beurteilung des psychischen Befundes spielte das individuelle Sexualverhalten wiederum eine herausgehobene Rolle, indem „sexuelle Perversionen“ in Erfahrung gebracht werden sollten. Hierunter konnte jede sexuelle Praktik verstanden werden, die den zeitgenössischen Vorstellungen nicht entsprach. Abweichungskriterien konnten etwa die Häufigkeit, der Sexualpartner, das Sexualobjekt, der Sexualakt oder die Sexualpraktik sein. Die Sexualität besetzte dementsprechend als notwendiger Akt zur Fortpflanzung eine herausgehobene Position in der biopolitischen Selektionsprozedur der nationalsozialistischen Zwangssterilisation.

Aufbau und Anlage des Gutachtens orientierten sich insgesamt an einem Fragebogen, der soziale, medizinische und biologische Bemessungskriterien beinhaltete.¹¹⁷⁷ Im Vordergrund standen die Familie als Träger von Krankheiten, die deviante Sozialität sowie der psychische und physische Körper der betroffenen Frauen und Männer. Die gutachterliche Ausrichtung orientierte sich dabei an einem Sichtbarkeits- und Wissensparadigma, das den sichtbaren Körper sowie die unsichtbare Psyche herrschenden Wertvorstellungen unterwarf und sie als „erbkrank“ objektivierte.¹¹⁷⁸ In der Abweichung, die vom untersuchenden Arzt erkannt und verzeichnet wurde, erscheint die nationalsozialistische Volksgemeinschaft als Beurteilungsspiegel. Die Bevölkerung war nicht physisch, sondern diskursiv anwesend in Form von normierenden medizinischen, sozialen, ökonomischen oder geschlechtsspezifischen Vorstellungen. Die ärztlichen Gutachter traten als autorisierte Stellvertreter auf, und das Gutachten diente

¹¹⁷⁶ Vgl. etwa Foucault: Foucault, Michel: *Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft*, 8. Aufl., Frankfurt/Main 1989; auch Szasz, Thomas S.: *Psychiatrie. Die verschleierte Macht. Essays über die psychiatrische Entmenschung des Menschen*, Frankfurt/Main 1978, S. 22–37, 148–181.

¹¹⁷⁷ Johannes Vossen charakterisiert das Gutachten als „multiple-choice-Verfahren“. Vossen: *Gesundheitsämter im Nationalsozialismus*, S. 285.

¹¹⁷⁸ Vgl. Schuller, Marianne: *Aufstieg und Fall von „Krankheitsbildern“ in der Psychiatrie. Hysterie und Melancholie. Zum Sichtbarkeits- und Wissensparadigma der Moderne*. In: Kaupen-Haas, Heidrun/Rothmaler, Christiane (Hrsg.): *Naturwissenschaften und Eugenik*, Frankfurt/Main 1994, S. 41.

als Instrument, um den jeweiligen Abstand, der als erbbiologische „Minderwertigkeit“ verstanden wurde, zu messen und festzulegen.

Die zugrundeliegenden Beurteilungskategorien verdeutlichen die Bandbreite von Kriterien, die auf eine „Erbkrankheit“ hinweisen konnten und sollten. Die diagnostische Offenheit des gutachtlichen Fragebogens als Codierungsinstrument wird auch dadurch betont, dass lediglich eine geringe Korrelation zwischen der Anlage des Gutachtens und den gesetzlich definierten neun „Erbkrankheiten“ bestand. In diesem Zusammenhang verfolgte das Gutachten auch keine ganzheitliche Begutachtung und Würdigung der untersuchten Frauen und Männer, sondern im Rahmen des erbbiologischen Diktats galt bereits der Verstoß bzw. die Erfüllung von wenigen einzelnen Beurteilungskriterien als hinlänglicher Beweis für das Vorliegen einer „Erbkrankheit“. Darüber hinaus bestanden auch im Hinblick auf die Funktion des Gutachtens vielfältige diagnostische Variationsmöglichkeiten, um eine Erkrankung im Sinne des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ zu begründen.

Eine spezifische Unterscheidung zwischen einem „erbkranken“ männlichen und weiblichen Körper bestand nicht. Lediglich im Hinblick auf das Sexualverhalten wurde die biologische Funktion der Gebärfähigkeit als spezifisch weibliche Körperfunktion sondiert. Auf der Grundlage des Gutachtens erscheint somit keine explizite Unterscheidung zwischen „erbkranken“ Frauen und Männern. Vielmehr erweist sich der „erbkranken“ Körper zunächst als geschlechtslos, indem geschlechtsneutrale Kriterien als Codes verwendet wurden. Diese normative Ausrichtung darf jedoch nicht zu der Annahme verleiten, dass der „erbkranken“ Körper kein männliches oder weibliches Geschlecht besaß. Vielmehr verbarg sich in den einzelnen sozialen, soziobiologischen sowie physischen und psychischen Untersuchungsteilen eine Vielzahl von geschlechtsspezifischen Codierungsoptionen, wie etwa schulischer Erfolg, Beruf oder soziale Entwicklung, die von den begutachtenden Ärzten gemäß den überkommenen Geschlechtervorstellungen ausgefüllt werden konnten.

Für den diagnostischen Nachweis des „angeborenen Schwachsinn“ war zusätzlich die Durchführung einer Intelligenzprüfung vorgesehen. Dieser Test zielte auf die Messung der intellektuellen Leistungen ab, sodass der bis dato erhobene anthropologische Befund der deskriptiven psychiatrischen Diagnostik mit einem psychologisch-neurologischen Maßstab ergänzt wurde.¹¹⁷⁹ Der Psychiater und vermeintliche Spezialist für „angeborenen Schwachsinn“, Alfred Dubitscher, betonte die Bedeutung

¹¹⁷⁹ Vgl. Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 313.

des Intelligenzprüfungsbogens als Messinstrument folgendermaßen: „Finden sich eindeutig Intelligenzausfälle quantitativer und qualitativer Art, die als Schwachsinnleistungen angesprochen werden müssen, so ist der Schwachsinn sichergestellt, auch wenn die übrigen Kriterien keine weiteren Anhaltspunkte geben.“¹¹⁸⁰ Die intellektuelle Leistungsfähigkeit wurde demnach in einen quantifizierbaren Umfang einerseits sowie andererseits in das Vermögen unterschieden, besondere und anspruchsvollere geistige Leistungen zu vollbringen. Die messbare Intelligenz bzw. die Abweichung von einem normierenden Intelligenzdurchschnitt lieferte in den Augen Alfred Dubitschers somit den unwiderruflichen Nachweis von „angeborenem Schwachsinn“ – der Erfolg im Berufsleben, die eigenständige Bewältigung und Gestaltung des Privatlebens spielten gegenüber den festgestellten Intelligenzausfällen hingegen keine Rolle.

Die Verwendung des Intelligenzprüfungsbogens galt bereits im Jahr 1933 als umstritten.¹¹⁸¹ So wurde kritisiert, dass sich der Test vornehmlich an bürgerlichen Vorstellungen orientierte. Die standardisierte Vorlage bot zwar die Möglichkeit der Vergleichbarkeit der Untersuchungsergebnisse, damit einhergehend konnten jedoch Bildungsunterschiede insgesamt sowie auch zwischen städtischen und ländlichen Regionen nicht adäquat berücksichtigt werden. Weiterhin wurden frühzeitig Probleme der flächendeckenden Anwendung konstatiert, die konzeptionelle Veränderungen in der Durchführung des Intelligenzprüfungsbogens erforderten. Beispielsweise war die normierte Vorlage keineswegs geschützt oder geheim, sondern wurde etwa im „Gesetzeskommentar“ oder in der medizinisch-psychiatrischen Fachpresse abgedruckt, sodass die Lösungen für die Aufgaben des Prüfungsbogens teilweise auswendig gelernt wurden.¹¹⁸²

Die unzureichende Evidenz der Intelligenzprüfung im nationalsozialistischen Sterilisationsverfahren wurde bereits 1935 vom damaligen Erbgesundheitsrichter Martin Grunau öffentlich scharf kritisiert.¹¹⁸³ Im Zuge der internen Kontroverse über die Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ kritisierte

¹¹⁸⁰ Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 309. Alfred Dubitscher, 1905–1978, war Psychiater, Experte für „angeborenen Schwachsinn“ sowie „asoziale Sippen“. Seit 1934 im Reichsgesundheitsamt tätig, dort u. a. stellv. Leiter der Abteilung Erb- und Rassenpflege. Wichtige Publikationen waren etwa Dubitscher: Der Schwachsinn; ders.: Asoziale Sippen. Erb- und sozialbiologische Untersuchungen, Leipzig 1942. Zur Person siehe Klee: Personenlexikon, S. 120; auch Doetz: Alltag und Praxis der Zwangssterilisation, S. 128–146.

¹¹⁸¹ Die Diskussionen über die Messung und den Stellenwert von Intelligenzquotienten und Intelligenzmessung halten bis heute an. Weiterführend etwa Haller/Niggenschmidt: Mythos vom Niedergang.

¹¹⁸² Vgl. Kap. 8.

¹¹⁸³ Vgl. Grunau: Schwachsinn im Erbgesundheitsverfahren.

schließlich Reichsgesundheitsführer Gerhart Wagner vor allem die kategoriale und schablonenartige Anwendung des Intelligenzprüfungsbogens, die zur Unfruchtbarmachung von ganzen Familien aufgrund von fehlender oder geringer Volksschulbildung zumeist in ländlichen Regionen geführt hätte.¹¹⁸⁴ Die Diskussionen, die vor dem Hintergrund der Bemessungskriterien für den Lebenswert von als „minderwertig“ geltenden Frauen und Männern insbesondere herrschaftliche Auseinandersetzungen zwischen Partei und Staat um die Hoheit über die Sterilisationspraxis abbilden, standen im Kontext einer Beurteilungspraxis des „angeborenen Schwachsinn“, die seit 1936 verstärkt die soziale Bewährung von als „erbkrank“ geltenden Frauen und Männern berücksichtigen sollte.

In der Konsequenz sollte der Intelligenztext künftig anhand frei gewählter Fragen des begutachtenden Arztes durchgeführt werden, um auch den persönlichen Lebenssituationen stärker Rechnung tragen zu können. Zudem wurde der Untersuchungsteil zu „sittlichen Allgemeinvorstellungen“ gestrichen. Die freie Gestaltung rief jedoch wiederum Beurteilungsschwierigkeiten sowie Probleme in der Vergleichbarkeit der durchgeführten Tests hervor. So konstatierte der Psychiater Günter Liermann im Jahr 1939: „Der jetzt den Amtsärzten bei der Durchführung der Intelligenzuntersuchung zur Verfügung stehende Bogen ohne Vordrucksfragen muss meines Erachtens infolge der Unterschiedlichkeit der Persönlichkeit der Untersuchenden bei der Auswertung zu erheblichen Schwierigkeiten Anlass geben.“¹¹⁸⁵

Trotz anhaltender Diskussionen fand letztlich eine Verschiebung der Intelligenzprüfung von einer rein statistischen Bemessung zugunsten einer stärkeren Bewertung von individuellen Lebensleistungen im Zuge der nationalsozialistischen Zwangssterilisation statt, der sich auch Alfred Dubitscher anschloss: „Es kommt zu einer Abkehr von einer schematischen Intelligenzuntersuchung, Kenntnisleistungen verlieren an Bedeutung, und schließlich verliert die Intelligenzuntersuchung überhaupt zuneh-

¹¹⁸⁴ Vgl. Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 338; Vossen: Gesundheitsämter im Nationalsozialismus, S. 287.

¹¹⁸⁵ Deshalb würde weiterhin der „Intelligenzprüfungsbogen [der] Anlage 5a des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses [...] bei richtiger Anwendung einen wesentlichen Beitrag zur Diagnose Schwachsinn“ liefern. Liermann, Günter: Der Intelligenzprüfungsbogen nach Anlage 5a der Ersten Verordnung zur Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses in seiner Anwendung bei Jugendlichen in der Stadt Königsberg i.Pr. und dem Samland im Alter von 14–18 Jahren. In: Der öffentliche Gesundheitsdienst, Jg. 5 (1939/40), S. 245, 254.

mend an Bedeutung zugunsten des ‚allgemeinen Eindrucks‘ und der ‚praktischen Bewährung‘.¹¹⁸⁶ Alfred Dubitscher verweist hier auf die diagnostische Klausel der Lebensbewährung, die seit 1935/36 eine stärkere Berücksichtigung individueller Leistungen eröffnete und zugleich als ein wesentlicher Anzeiger einer an sozialen und soziobiologischen Werten orientierten Selektionspolitik von männlicher und weibliche „Minderwertigkeit“ fungierte.¹¹⁸⁷ Trotz der Kritik an der medizinisch-psychiatrischen Evidenz sowie der schablonenartigen Bemessung männlicher und weiblicher Intelligenzleistungen blieb der Intelligenzprüfungsbogen ein wesentliches Begutachtungsinstrument für den Nachweis von intellektuell bedingtem „angeborenem Schwachsinn“.

Die beständige Kritik sowie die praktischen Veränderungen verdeutlichen insgesamt, dass die nationalsozialistische Zwangssterilisation als biopolitische Maßnahme keine willkürliche Maßnahme sein sollte, sondern quasi eine chirurgische Sezierung „minderwertigen Erbguts“ gewährleisten sollte. Zugleich bringen die medizinisch-psychiatrischen, rechtlichen und politischen Diskussionen zum Ausdruck, dass die Anlage und Anwendung des Intelligenzprüfungs bogens weniger zu einer selektiven Effektivität und diagnostischen Eingrenzung, sondern stattdessen zu einer Entgrenzung soziobiologischer Exklusion im Dritten Reich beigetragen haben.

Der seit 1934 genutzte standardisierte Intelligenzprüfungsbogen umfasste sieben Fragekomplexe, wie zum Beispiel „Orientierung“, „Schulwissen“, „Allgemeines Lebenswissen“, „Geschichtserzählung und Sprichworterklärung“ oder „Sittliche Allgemeinvorstellungen“.¹¹⁸⁸ Daneben hatten die begutachtenden Ärzte das Verhalten der

¹¹⁸⁶ Dubitscher, Alfred: Abgrenzung des Schwachsinn (Sonderdruck aus „Die Erbkrankheiten“, März 1936, hier zitiert nach: Liermann: Intelligenzprüfungsbogen, S. 244.

¹¹⁸⁷ Diese Position vertrat auch der am Krankenmord beteiligte Direktor der thüringischen Landesheilanstalt Stadroda, Gerhard Kloos (1906–1988), der 1941 eine Anleitung zur Intelligenzprüfung im Erbgesundheitsgerichtsverfahren publizierte, die 1965 sogar in einer fünften Auflage veröffentlicht wurde. Vgl. Kloos, Gerhard: Anleitung zur Intelligenzprüfung im Erbgesundheitsgerichtsverfahren, Jena 1941; hier zitiert nach ders.: Anleitung zur Intelligenzprüfung in der psychiatrischen Diagnostik, 5., unveränderte Aufl., Stuttgart 1965. Die hier verwendete Auflage lässt die Entstehungszeit sowie die Prägung des Autors erahnen. Ein Zeichen der Prägung, darüber hinaus aber der psychiatrischen Praxis in den 1960er-Jahren, zeigen Begriffe wie „Auslese, Versagen, Dummheit, Kulturvolk, erbliche Belastung und gemeinschaftsstörende Charaktermängel“. Einen Hinweis zur fachlichen Einstellung bezüglich der Sterilisationspraxis im „Dritten Reich“ ist unter anderem: „Außerdem gingen die früheren Abgrenzungen der drei Schwachsinngrade von einer fälschlich zu hoch angesetzten Durchschnittsintelligenz aus“ Kloos: Anleitung zur Intelligenzprüfung, S. 8.

¹¹⁸⁸ Vgl. Rüdin/Gütt/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 76–78. Auch in Liermann: Intelligenzprüfungsbogen, S. 249–252. Die einzelnen Kategorien waren: 1. Orientierung, 2. Schulwissen, 3. Allgemeines Lebenswissen, 4. Spezielle Fragen aus dem Beruf, 5. Geschichtserzählung und Sprichworterklärung, 6. Sittliche Allgemeinvorstellungen, 7. Gedächtnis und Merkfähigkeit. Die zugrunde gelegten Kriterien beruhten auf einer Kompilation von international anerkannten Kriterien, bürgerlichen Normvorstellungen sowie speziell erbbiologischen Fragekomplexen. Vgl. Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 311.

untersuchten Frauen und Männer zu beschreiben. Der Aufbau orientierte sich an einem Ratespiel, jedoch bleibt unklar, wie der Intelligenzbogen ausgewertet werden und welche Defizite vorliegen sollten, um einen intellektuell bedingten „angeborenen Schwachsinn“ hinreichend zu begründen.¹¹⁸⁹

Der Untersuchungsteil zur „Orientierung“ umfasste Fragen zur Person, wie etwa zum Namen, Alter und Wohnort, weiterhin zum aktuellen Datum sowie zum Untersuchungsort. Dabei wurden die Kompetenzverteilung und das herrschaftliche Machtverhältnis zwischen Ärzten und den untersuchten Frauen und Männern mit den Fragen „Was sind Sie“ und „Wer bin ich?“ bereits zu Beginn der Intelligenzprüfung explizit verdeutlicht. Die Fragen zum Schulwissen umfassten ebenso Aspekte der Orientierung, indem die Wochentage sowie Monate abgefragt werden sollten. Die übrigen Fragen waren geographisch und historisch besetzt: Wie heißen die Hauptstädte von Deutschland und Frankreich oder wer waren Luther und Bismarck? Ein weiterer Prüfungsbestandteil zielte auf das Rechenvermögen ab. Die einzelnen Aufgaben umfassten dabei vor allem die Grundrechenarten.

Das „allgemeine Lebenswissen“ gliederte sich in astronomische, physikalische, chemische, soziokulturelle und ökonomische Sachverhalte. So sollten die untersuchten Frauen und Männer erklären, warum es Tag und Nacht werde, warum Feuer Luft benötige, Kinder in die Schule gehen sollten oder wie viel der Versand einer Postkarte koste. Ein wesentliches Codierungsparadigma von männlicher und weiblicher Intellektualität bestand somit im Verstehen und Erklären der Welt in einem astronomischen sowie physikalisch-chemischen Gefüge sowie in der Internalisierung von gesellschaftlichen Alltäglichkeiten. Die Höhe der Portokosten ebenso wie die astronomischen Kenntnisse, dass der Mond um die Erde und diese wiederum um die Sonne kreisten, dienten somit als Referenz, um „angeborenen Schwachsinn“ nachzuweisen und die unwiderrufliche Zerstörung der männlichen und weiblichen Fortpflanzungsorgane zu begründen.

Die Untersuchungskomplexe zu „speziellen Fragen aus dem Beruf“ sowie „Geschichtserzählung und Sprichwörterklärung“ behandelten die sprachliche Begabung sowie die Abstraktionsfähigkeit und müssen in ihrer grundsätzlichen Natur betrachtet werden, indem Sprechen, Schreiben sowie Denken als Merkmale und Voraussetzung

¹¹⁸⁹ In dieser Studie wird nicht die medizinhistorische Frage verfolgt, ob der Intelligenzprüfungsbogen damals gültigen medizinisch-wissenschaftlichen Maßstäben entsprach. So könne nach Christoph Braß einigen Fragen der verschiedenen Wissenskomplexe ihre diagnostische Relevanz zur Ermittlung der Kombination- und Merkfähigkeit grundsätzlich nicht abgesprochen werden. Vgl. Braß: Zwangssterilisation und „Euthanasie“, S. 72.

für Menschsein galten.¹¹⁹⁰ Damit verbunden spiegelt etwa die Aufforderung zur Satzbildung aus den Worten „Soldat, Krieg, Vaterland“ oder „Schule, Bildung, Leben“ auch militärisch, nationalistisch, ökonomisch sowie traditionell-bürgerlich geprägte Gesellschaftsvorstellungen wider. Einen politischen und gesellschaftlichen Hintergrund hatten ebenso die Fragen zu „sittlichen Allgemeinvorstellungen“. So konnte etwa gefragt werden, „Was ist Treue, Frömmigkeit, Ehrerbietung, Bescheidenheit?“ oder „Was ist das Gegenteil von Tapferkeit?“¹¹⁹¹ Die thematische Auswahl zielte jedoch nicht vordergründig darauf ab, eine politisch oder nationalsozialistisch konforme Gesinnung zu erfragen. Stattdessen spiegeln diese Themen einen zeitgenössischen und überkommenen bürgerlichen, konservativen und nationalen Tugendkanon wider, der über die diskursiven Grenzen des Nationalsozialismus hinaus grundsätzliche Bestandteile von männlichem und weiblichem Menschsein ausdrückte. Die Sprichwörterklärung „Der Apfel fällt nicht weit vom Stamm“ enthält dabei im Sterilisationsverfahren zugleich einen spöttischen und zynischen Charakter. Gleichwohl spiegelt dieses Sprichwort auch die zeitgenössischen Vorstellungen von Familie, Blut und Vererbung wider, die die Grundlage der bevölkerungspolitischen Maßnahmen im Dritten Reich bildeten. Somit verfolgte dieses Sprichwort auch eine erzieherische Funktion.

Die abschließende Beschreibung des Verhaltens umfasste wiederum zentrale menschliche Merkmale und kann in mindestens zwei Kategorien unterschieden werden. Haltung, Augen und Mimik können als Kriterien einer physischen Präsenz verstanden werden. Stimme, Aussprache, Wortfolge oder Promptheit der Antwort rekurrieren wiederum auf sprachliche Fähigkeiten und das Denkvermögen als psychische Präsenz. Hierzu können zudem Zugänglichkeit und Anteilnahme gezählt werden, die das Verhalten ebenso wie die interaktive Wechselbeziehung zwischen Ärzten und „erbkrankverdächtigen“ Frauen und Männern dokumentieren sollen. Diese Beurteilungskategorien können als ein Deutungsschema akzentuiert werden, das zwischen Physis und Psyche, zwischen Körper und Geist unterschied und als Bemessungskriterium von intellektuellen Fähigkeiten fungierte. Die einzelnen Kriterien stehen dabei für eine Vorstellung von gesunden Menschen, die einer Untersuchung als gesellschaftliche Situation physisch und psychisch gewachsen sind, indem sie eine entsprechende Haltung einnehmen und mit ihren Augen und ihrer Mimik den Eindruck vermitteln,

¹¹⁹⁰ Vgl. Bauer, Axel W.: Was ist der Mensch? Antwortversuche der medizinischen Anthropologie. In: Fachprosaforchung – Grenzüberschreitungen, Jg. 8/9 (2012/2013), S. 437–453.

¹¹⁹¹ Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 78.

der Untersuchungssituation als Miniatur von gesellschaftlicher, volksgemeinschaftlicher Interaktion gewachsen zu sein. Haltung, Augen und Mimik stehen dabei explizit für die physische Gesundheit. Hiermit verbunden sind die psychischen Leistungen, indem die untersuchten Frauen und Männer in der Lage sein sollen, deutlich sprechen, Sätze bilden und Sachverhalte lösen zu können. Ein weiterer Bestandteil besteht darin, das Ziel des Intelligenzprüfungsbogens zu verstehen und aktiv mitzuwirken. Dementsprechend können eine abwehrende oder verkrümmte Haltung auf physische Schwächen, dagegen Stottern, eine fahrigte Aussprache oder langes Nachdenken auf psychische Defekte hindeuten.

Zusammenfassend lässt sich hier festhalten, dass das amtsärztliche-ärztliche Gutachten sowie der Intelligenzprüfungsbogen als formalisierte diagnostische Instrumente zur Bemessung des männlichen und weiblichen Lebenswertes dienten. Einerseits dienten sie als gutachterliche Formulare, um die im Vorfeld oder im Zuge der ärztlichen Begutachtung gesammelten Daten zu verzeichnen. Andererseits dienten sie wie der Intelligenzprüfungsbogen als unmittelbares Begutachtungsinstrument. Die intellektuelle Leistungsfähigkeit diente dabei als wesentliches Kriterium zur Bestimmung von „angeborenem Schwachsinn“. Jedoch dokumentieren die Diskussionen über die individuelle Lebensbewährung und die damit verbundenen Veränderungen der Intelligenzprüfung die maßgebliche Bedeutung von gesellschaftlich-volksgemeinschaftlichen sowie soziobiologischen Beurteilungskriterien von als „erbkrank“ geltenden Frauen und Männern. Bevor jedoch die selektive Handhabung und die Ausgestaltung der gesetzlich definierten „Erbkrankheiten“ detailliert betrachtet werden können, müssen neben quantitativen Merkmalen vorab sowohl mittelbar als auch unmittelbar wirkende Einflussfaktoren und Dynamiken analysiert werden. Eine besondere, inhärente wie determinierende, Perspektive bildet dabei der ärztliche Blick auf die „erbkrankverdächtige“ Personengruppe.

5.3 Bedingungen des Antragsverhaltens in der preußischen Provinz Sachsen

5.3.1 Quantitative Entwicklungen der Antragstellung

In der preußischen Provinz Sachsen wurden im Zeitraum von 1934 bis 1945 nachweislich 13 799 Sterilisationsverfahren eingeleitet.¹¹⁹² Das Geschlechterverhältnis war nahezu identisch.¹¹⁹³ Aufgrund der eingeschränkten Überlieferung handelt es sich um eine untere Grenze und es muss davon ausgegangen werden, dass insgesamt rund 19 000 Sterilisationsanträge gestellt wurden.¹¹⁹⁴ Insofern muss davon ausgegangen werden, dass gegen circa 0,41 bis 0,5 Prozent der männlichen und weiblichen Bevölkerung der preußischen Provinz Sachsen Sterilisationsverfahren aufgrund einer „Erbkrankheit“ eröffnet. Im Vergleich zu anderen Regionen handelt es sich um einen durchschnittlichen Anteil.¹¹⁹⁵

Unter Berücksichtigung der nachgewiesenen 31 539 Sterilisationsanzeigen wurden circa 44 Prozent als Sterilisationsanträge weiterverfolgt. Dieses Verhältnis bestätigt die herausragende Bedeutung der Erfassungsmaßnahmen von als „erbkrank“ geltenden Frauen und Männern. Zugleich betont die verhältnismäßig geringe Anzahl von weiterverfolgten Sterilisationsanzeigen einerseits die zentrale Bedeutung der Begutachtung und Antragstellung als selektive Filter. Andererseits rekuriert dieser vergleichsweise geringe Anteil explizit auf die die diagnostische Begutachtung beeinflussenden mittelbaren wie unmittelbaren strukturellen, organisatorischen und personellen Faktoren.

Zwischen den Regierungsbezirken Erfurt, Magdeburg und Merseburg bestanden größere quantitative Unterschiede, was auf eine divergente Durchführungsintensität hinweisen könnte. So wurden im Regierungsbezirk Merseburg gegen 0,36 Prozent und im Regierungsbezirk Magdeburg gegen 0,45 der männlichen und weiblichen Bevölkerung Sterilisationsanträge gestellt. Eine unterschiedliche Intensität lässt sich auch aus der vergleichenden Betrachtung der Antragszahlen für die Jahre 1935 und 1936 ableiten, da in diesem Zeitraum im bevölkerungsärmeren Regierungsbezirk

¹¹⁹² Vgl. Tabellen zu Sterilisationsanträgen siehe Anhang, II: Sterilisationsanträge nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933.

¹¹⁹³ Der männliche Anteil lag mit knapp 52 Prozent etwas höher.

¹¹⁹⁴ Die Schätzung beruht auf der begründeten Annahme, dass rund 80 Prozent der eingeleiteten Sterilisationsverfahren zur Unfruchtbarmachung führten. Weiterführend siehe Kap. 7.4.

¹¹⁹⁵ Vgl. Vossen: Gesundheitsämter im Nationalsozialismus, S. 320.

Magdeburg rund 400 Anträge pro Jahr mehr gestellt wurden als im Bezirk Merseburg.¹¹⁹⁶

Höhepunkt der Antragstellung war der Zeitraum von 1934 bis 1936. In dieser Periode wurden über zwei Drittel der für die preußische Provinz Sachsen nachgewiesenen Sterilisationsanträge eingereicht. Seit 1937 nahm der Umfang bis zu einem Drittel stark ab. Die mit Kriegsbeginn eingeleiteten Einschränkungen der nationalsozialistischen Zwangssterilisation führten zu einem weiteren Rückgang auf etwa 20 Prozent des Anfangsniveaus. Mit Fortschreiten des Zweiten Weltkrieges wurden lediglich noch sporadisch Sterilisationsanträge gestellt. Dabei wurden nachweislich bis 1945 Sterilisationsverfahren eingeleitet und betrieben.¹¹⁹⁷

Unter zeitlichen Aspekten können insgesamt keine größeren Schwankungen konstatiert werden, vielmehr ist die quantitative Entwicklung von Sterilisationsanträgen in allen drei Regierungsbezirken tendenziell als weitgehend konstant zu beschreiben. Die Einheitlichkeit überrascht umso mehr, da nachweislich keine Absprachen oder regelmäßigen Konsultationen zwischen den einzelnen Regierungsbezirken über Vorgehensweise und Ziele dokumentiert sind. Stattdessen muss davon ausgegangen werden, dass die Einleitung und Durchsetzung von Sterilisationsverfahren weitgehend abgeschlossen in den jeweiligen Regierungsbezirken stattfand.

Eine Ausnahme bildet der Regierungsbezirk Erfurt, der sich aufgrund seiner territorialen Geschichte stärker an die politischen Entwicklungen in Thüringen orientierte, und auch umgekehrt.¹¹⁹⁸ In diesem Zusammenhang konstatierte der Regierungspräsident von Erfurt Anfang Mai 1936, dass die Durchführung des Sterilisationsgesetzes im Vergleich zu Thüringen zurückstände und die eingetretenen Verzögerungen zeitnah behoben werden müssten. „Ein Vergleich der Einzelstatistiken des Landes Thüringen mit denen des Regierungsbezirkes Erfurt zeigt, daß einzelne Ämter im Bezirk der Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses nicht die erforderliche Beachtung geschenkt haben. Der Abstand vom Land Thüringen ist sehr bedeutend. Ich erwarte bestimmt, daß nunmehr alle Ämter dieses Teilgebiet ihrer Aufgaben mehr als bisher bearbeiten. Im Zusammenhang hiermit ist der Ausbau der Erb-

¹¹⁹⁶ Gegenüber den unterschiedlichen Ausprägungen bilden die statistischen Ergebnisse zum Regierungsbezirk Erfurt mit 0,41 Prozent einen Mittelwert.

¹¹⁹⁷ Vgl. etwa LASA, C 136 Erbgesundheitsobergericht Naumburg, Nr. 6: (...) 1922, Schizophrenie (1941–1947); LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, Nr. 1: Register des EGG Magdeburg (1934).

¹¹⁹⁸ Vgl. Kap. 2.3.

kartei, die gleichfalls teilweise noch sehr weit zurück ist, zu beachten. Mein medizinischer Sachbearbeiter wird sich demnächst von dem Fortschritt der Arbeiten in den Ämtern überzeugen.“¹¹⁹⁹ Eine entscheidende Veränderung oder gar Intensivierung der Sterilisationspraxis im Regierungsbezirk Erfurt kann allerdings nicht nachgewiesen werden.¹²⁰⁰

Der Anteil von freiwilligen Sterilisationsanträgen betrug unter fünf Prozent, sodass das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ zurecht als Zwangssterilisation bezeichnet werden muss. Den maßgeblichen Anteil an der Einleitung von Sterilisationsverfahren hatten die Kreisärzte bzw. Amtsärzte der preußischen Provinz mit circa 74 Prozent. Im Regierungsbezirk Magdeburg lag der Anteil mit circa 67 Prozent unter dem Durchschnitt, hingegen zeichneten sie im Regierungsbezirk Merseburg für nahezu 80 Prozent der Anträge verantwortlich. Der Anteil erhöhte sich bis zu Beginn der 1940er-Jahre auf über 80 bis nahezu 90 Prozent. Diese Ergebnisse belegen nachdrücklich die außerordentliche Bedeutung von Amtsärzten für die Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation.

Der Anteil von durch die Landesheilanstalten der Provinz eingeleiteten Sterilisationsverfahren betrug knapp ein Fünftel und nahm im Verlauf der 1930er-Jahre sukzessive ab. Zwischen den Regierungsbezirken bestanden größere Unterschiede. Beispielsweise lag der Anteil im Regierungsbezirk Magdeburg bis Mitte der 1930er-Jahre bei über 20 Prozent. In den übrigen Bezirken lag er deutlich niedriger und nahm keine kontinuierliche Entwicklung, sodass Verzögerungen zu verzeichnen sind und im Regierungsbezirk Merseburg im Jahr 1938 und in Erfurt im Jahr 1939 Höchstwerte von jeweils knapp 20 Prozent auftraten. Die regionalen Unterschiede der Beteiligung von psychiatrischen Einrichtungen wurden teilweise durch die höhere Dichte im Regierungsbezirk Magdeburg mit insgesamt drei großen Landesheilanstalten in Haldensleben, Jerichow und Uchtspringe hervorgerufen.

Die psychiatrischen Einrichtungen übernahmen insbesondere in der Anfangsphase eine zentrale Funktion bei der Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“, indem sie die ihnen überantworteten männlichen und weiblichen psychiatrischen Patienten begutachteten und Sterilisationsanträge stellten. In der

¹¹⁹⁹ ThStAG, Regierung Erfurt, Staatliches Gesundheitsamt Mühlhausen (1906–1952) Nr. 29: Erbgesundheitsangelegenheiten (1935–1940), unfol.

¹²⁰⁰ Im Vergleich zum Regierungsbezirk Merseburg blieb der Umfang von Sterilisationsanträgen zwischen 1937 und 1938 nahezu konstant, darüber hinaus erhöhte sich der Anteil von Anträgen durch die verantwortlichen Amtsärzte um fünf Prozent. Mit größeren Einschränkungen könnte von einer, zumindest zeitweise, intensiveren Sterilisationspraxis gesprochen werden.

zweiten Hälfte der 1930er-Jahre gingen die Antragszahlen aufgrund der fehlenden bzw. bereits begutachteten Personengruppen zurück, sodass den psychiatrischen Einrichtungen insgesamt keine überragende Bedeutung mehr zukam. Die Beteiligung der Psychiatrie an der nationalsozialistischen Zwangssterilisation ist stattdessen in einer wichtigen Ergänzungsfunktion zu verorten, etwa bei der Antragstellung der Frühphase sowie bei der rassenhygienischen Überprüfung im Zuge der Außenfürsorge oder speziellen Begutachtungen.¹²⁰¹

Die gemeinschaftliche und zielorientierte Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsämtern und psychiatrischen Einrichtungen verlief am Beispiel des Kreises Jerichow II folgendermaßen: Der Amtsarzt von Jerichow II beauftragte die Landesheilanstalt Jerichow, ein Gutachten über eine verheiratete Frau anzufertigen, die in Verdacht stünde, an „angeborenem Schwachsinn“ zu leiden. Der Anstaltsdirektor nahm die entsprechenden Untersuchungen vor und teilte dem Amtsarzt schließlich am 30. Oktober 1937 mit: „Die Ehefrau [...], deren Ehemann jetzt in Rathenau wohnt, wurde am 15. Oktober 1937 zur Beobachtung und Begutachtung in ihrer Erbgesundheitssache der Landesheilanstalt Jerichow zugeführt. Die Beobachtung hat ergeben, daß angeborener Schwachsinn anzunehmen ist. Dementsprechend wird wahrscheinlich das Erbgesundheitsgericht auf Unfruchtbarmachung erkennen.“¹²⁰² Jedoch ergab sich nunmehr das Problem, dass die Frau aus der Einrichtung entlassen werden müsse und bis zur Gerichtsverhandlung und zum operativen Eingriff viel Zeit vergehen würde, sodass die Gefahr bestünde, dass sie erneut schwanger werden würde. Wie bereits im Antrag an das Erbgesundheitsgericht gleich anfangs betont wurde, „ist zu befürchten, daß die Frau [...], sobald sie aus dem Krankenhaus (bzw. jetzt aus der Landesheilanstalt) entlassen wird und zu ihrem asozialen Mann kommt, gleich wieder geschwängert wird. Es dürfte sich daher empfehlen, amtsärztlicherseits den Antrag zu stellen, daß Frau [...] auch nach abgeschlossener Beobachtung bis zur Entscheidung des Erbgesundheitsgerichts und gegebenenfalls der Durchführung der Unfruchtbarmachung in der Landesheilanstalt Jerichow weiter verpflegt wird. Eine Heilanstaltsbe-

¹²⁰¹ Weiterführend etwa Vossen: Gesundheitsämter im Nationalsozialismus, S. 357–371; zur Beteiligung der Psychiatrie etwa Cranach/Siemen (Hrsg.): Psychiatrie im Nationalsozialismus.

¹²⁰² LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 208.

dürftigkeit würde sich u. E. mit dem geistigen Schwächezustand [...] ausreichend begründen lassen.“¹²⁰³ Dergestalt arbeiteten beide medizinisch-gesundheitlichen Behörden einverträglich zusammen und gaben sich bürokratische Hinweise, um der scheinbar bestehenden hohen Fortpflanzungsgefahr der Frau zu begegnen und eine weitere Schwangerschaft bis zur operativen Unfruchtbarmachung zu verhindern.

Die statistischen Ergebnisse zum Umfang von eingeleiteten Sterilisationsverfahren in den einzelnen Gesundheitsämtern deuten gegenüber der tendenziell gleichförmigen Umsetzung auf eine unterschiedliche lokale Durchführungsintensität hin. Beispielsweise erstellten die Kreisärzte des Regierungsbezirks Magdeburg im Jahr 1934 insgesamt 1259 Sterilisationsanträge. Davon entfielen allein 449 Anträge auf den Zeitraum von Oktober bis Dezember.¹²⁰⁴ Einzelne Gesundheitsämter verfolgten dabei seit Anfang 1934 eine intensive Antragstellung, sodass etwa die Kreisärzte von Gardelegen, Oschersleben und Quedlinburg zwischen 134–150 Sterilisationsanträge einreichten.¹²⁰⁵ Demgegenüber stellten die Kreisärzte in Jerichow I im Jahr 1934 lediglich neun und in Jerichow II insgesamt 32 Sterilisationsanträge.¹²⁰⁶ Vergleichbare Unterschiede lassen sich für die gesamte Provinz dokumentieren. So waren im Jahr 1937 die Gesundheitsämter der ländlich geprägten Kreise Heiligenstadt, Worbis und Ziegenrück nur für einen geringen Anteil der Sterilisationsanträge im Regierungsbezirk Erfurt verantwortlich. Hingegen stellten das Stadtgesundheitsamt Erfurt sowie das Gesundheitsamt in Mühlhausen nahezu 50 Prozent aller Sterilisationsanträge im Regierungsbezirk Erfurt. Demgegenüber bildete der überaus hohe Anteil von Sterilisationsanträgen des Gesundheitsamtes Weißensee mit etwa 20 Prozent eine Ausnahme.

Die Unterschiede können etwa durch die städtisch oder ländlich geprägte Region und damit einhergehende Erfassungsmöglichkeiten, die Bevölkerungsanzahl im Kreis, die personelle und materielle Ausstattung der einzelnen Gesundheitsämter, die Zusammenarbeit mit einer psychiatrischen Einrichtung, die Vernetzung mit kommunalen Behörden sowie schließlich auch durch die Person und das Engagement der verantwortlichen Amtsärzte hervorgerufen worden sein.¹²⁰⁷ Hier kann etwa auf die ziel-

¹²⁰³ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 208.

¹²⁰⁴ Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 1, fol. 178, 307.

¹²⁰⁵ Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 1, fol. 316, 318, 320.

¹²⁰⁶ Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 1, fol. 313, 314.

¹²⁰⁷ Zu den strukturellen und personellen Hintergründen siehe Kap. 4.

gerichteten Initiativen des Kreisarztes von Oschersleben hingewiesen werden, der bereits in der zweiten Hälfte des Jahres 1933 eine umfassende Erfassung von als „erbkrank“ geltenden Frauen und Männern forcierte.¹²⁰⁸

Die prozentuale Verteilung der den Sterilisationsanträgen zugrundeliegenden „Erbkrankheiten“ war in der preußischen Provinz Sachsen mit wenigen Ausnahmen verhältnismäßig identisch und bestätigt darüber hinaus bisherige Forschungsergebnisse. Mit durchschnittlich 66 Prozent wurden Sterilisationsverfahren mehrheitlich aufgrund von „angeborenem Schwachsinn“ gegen Frauen und Männer eröffnet. Mit großem Abstand folgten Epilepsie mit 13 Prozent und Schizophrenie mit rund zehn Prozent. Der verhältnismäßig geringe Anteil von Schizophrenie ist vermutlich überlieferungsbedingt und dokumentiert keine spezifische Ausrichtung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation in der preußischen Provinz Sachsen.¹²⁰⁹ Die übrigen Erbkrankheiten spielten nahezu keine Rolle und pendelten bei 0,5 bis 2,5 Prozent.

Zwischen den Regierungsbezirken bestanden kaum signifikante Unterschiede bei der statistischen Verteilung von „Erbkrankheiten“. Lediglich der „angeborene Schwachsinn“ lag im Regierungsbezirk Magdeburg mit fast 71 Prozent deutlich über dem Provinzdurchschnitt. Dagegen betrug der Anteil im Regierungsbezirk Erfurt lediglich rund 62 Prozent. Dieser vergleichsweise geringe Anteil korrelierte im Bezirk Erfurt wiederum mit einem höheren Anteil an Schizophrenie mit über 14 Prozent.

Die geschlechtsspezifische Analyse der Antragsdiagnose ergibt explizite Hinweise für die Konstruktionsformen von einzelnen „Erbkrankheiten“. Beispielsweise figurierte der schwere Alkoholismus als nahezu ausschließlich männlich besetzte „Erbkrankheit“. Jedoch spielte er für die männliche Gruppe mit etwa zwei bis drei Prozent insgesamt lediglich eine randständige Rolle. Das manisch-depressive Irresein weist hingegen keine geschlechtsspezifische Konnotation auf und traf sowohl für Männer als auch für Frauen mit etwa ein bis zwei Prozent zu.¹²¹⁰ Demgegenüber entfiel die Diagnose Epilepsie mit fünf bis zehn Prozent auf Männer wesentlich häufiger als auf Frauen, obwohl bis heute keine geschlechtsspezifische Erkrankungshäufigkeit bewiesen ist.¹²¹¹ Der erhöhte männliche Anteil könnte demnach auf sozialen Aspekten,

¹²⁰⁸ Vgl. Kap. 4.2.1.

¹²⁰⁹ Zur eingeschränkten Überlieferung von Statistiken sowie zur Spezifik der überlieferten Fallakten der Erbgesundheitsgerichte Magdeburg und Stendal siehe Kap. 2.3. und 5.4.1.

¹²¹⁰ Somit entsprechen die statistischen Ergebnisse heutigen Forschungsergebnissen, die beispielsweise ein vergleichbares Erkrankungsrisiko für Frauen und Männer im Hinblick auf die bipolare Störung betonen. Vgl. Assion, Hans-Jörg/Vollmoeller, Wolfgang: Handbuch bipolare Störungen, Stuttgart 2006.

¹²¹¹ Vgl. Krämer, Günter: Epilepsie. Die Krankheit erkennen, verstehen und gut damit leben. 4. Aufl., Stuttgart 2013.

wie etwa Erfassungs- und Kontrollmechanismen, beruhen. So könnte etwa die mehrheitliche Berufstätigkeit von Männern die Gefahr erhöht haben, dass epileptische Anfälle öffentlich oder bei Arbeitgebern bekannt wurden. Gegenüber der stärker männlichen Besetzung von Epilepsie diente der „angeborene Schwachsinn“ mit rund zehn Prozent signifikant häufiger für Frauen als Antragsdiagnose. Dieses Ergebnis wird durch den Einbezug des schweren Alkoholismus für Männer nur teilweise ausgeglichen. Insofern deuten sich auch für den „angeborenen Schwachsinn“ geschlechtsspezifische Ausprägungen an, die ihre Motivation in sozialen Vorbehalten und insbesondere in sozialen Beurteilungsschwerpunkten, wie insbesondere Sexualverhalten und Geschlechtsleben ebenso wie Haushalt und Kindererziehung, haben könnten.

In Anbetracht der vorliegenden Ergebnisse ergeben sich für das Antragsverhalten in der preußischen Provinz Sachsen drei wesentliche Faktoren. Der zeitliche Schwerpunkt der nationalsozialistischen Zwangssterilisation lag im Zeitraum von 1933/34 bis 1936. Bereits von Beginn an waren Kreisärzte bzw. Amtsärzte maßgeblich für die Einleitung von Sterilisationsverfahren verantwortlich. Psychiatrische Einrichtungen übernahmen hingegen eine wichtige, aber keineswegs zentrale Ergänzungsfunktion in der Begutachtung von „erbkrankverdächtigen“ Frauen und Männern. Die maßgebliche Antragsdiagnose bildete der „angeborene Schwachsinn“, der mit rund zwei Dritteln dominierte und die soziobiologische Selektionspraxis des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ bestätigte. Demgegenüber müssen aber auch regionale Unterschiede, insbesondere zwischen einzelnen Gesundheitsämtern, und damit verbundene divergente Intensitäten sowie variable Durchführungspraktiken berücksichtigt werden, die für die medizinische Untersuchung und Antragstellung keineswegs folgenlos waren.

5.3.2 Triebkräfte der Begutachtung

Ebenso wie die dem Sterilisationsantrag zugrundeliegenden Formulare von Ärzten und medizinischem Personal benutzt wurden, die damit einhergehend eine selektive Variabilität auslösten, so war auch die alltägliche Begutachtungssituation keineswegs statisch, sondern dynamisch und arbiträr und unterlag kurz- wie langfristigen Veränderungen. Hierbei handelte es sich um Einflussfaktoren, die die Begutachtung des männlichen und weiblichen Lebenswertes mittelbar und unmittelbar beeinflussten und kennzeichneten. Hierzu gehört etwa auch die Frage, ob und in welchem Umfang „erbkrankverdächtige“ Frauen und Männer zu einer persönlichen Untersuchung vorgela-

den wurden oder die erbgerichtlichen Beweismittel weitgehend aus biopolitischen Registern, wie Kranken- oder Fürsorgeakten, zusammengestellt wurden.¹²¹² Insbesondere für die Anfangsjahre ist dabei davon auszugehen, dass die überwiegende Mehrheit der Sterilisationsanträge im Zusammenhang mit der unzureichenden personellen Ausstattung der Gesundheitsämter ohne eine persönliche Untersuchung gestellt wurde.¹²¹³ Daneben belegen einzelne Beispiele, dass bis in die zweite Hälfte der 1930er-Jahre keine hinreichenden medizinisch-diagnostischen Untersuchungen vorgenommen wurden. So leitete der Amtsarzt von Jerichow II, Dr. Overlack, Ermittlungsergebnisse der psychiatrischen Außenfürsorge an das zuständige Erbgesundheitsgericht Magdeburg weiter, ohne zunächst eigene Ermittlungen oder Untersuchungen vorgenommen zu haben. Aufgrund von Beschwerden des Erbgesundheitsgerichts stellte der Regierungspräsident von Magdeburg im Februar 1936 fest: „In der Weise, wie Herr Dr. Overlack schon wiederholt Anträge eingereicht hat – nämlich ohne Gutachten – sind diese unvollständig. Das Erbgesundheitsgericht erhält von anderen Stellen grundsätzlich die Gutachten gleichzeitig mit dem Antrag. Es ist nicht angängig, daß das Gericht seinerseits den Antrag vervollständigen muß. [...] Im übrigen ist der Amtsarzt verpflichtet, auf Erfordern des Gerichts den Unfruchtbarzumachenden selbst zu untersuchen und von vornherein geeignete Unterlagen zur Erleichterung der Beurteilung zu beschaffen. [...] Ich ersuche, in Zukunft den Anträgen bei dem Erbgesundheitsgericht entweder ein amtsärztliches oder ein ärztliches Gutachten beizufügen“, um die zugrundeliegenden Tatsachen des Vorliegens einer „Erbkrankheit“ hinreichend zu belegen.¹²¹⁴

Insgesamt ist es statthaft, davon auszugehen, dass die unterschiedlichen Durchführungsphasen der nationalsozialistischen Zwangssterilisation mit der Antragstellung korrelierten, indem die jeweilige periodische Charakteristik von Auftakt, Konsolidierung bis zum Rückgang die Formen der Begutachtung sowie den Umfang, die Vorbe-

¹²¹² Die persönliche Untersuchung war laut Gesetzeskommentar nicht zwingend vorgeschrieben. In den durchaus offenen Darlegungen stand vielmehr die Glaubhaftmachung des Antrages, die unausgesprochen auch ohne persönliche Untersuchung erreicht werden könne. Vgl. Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 141–143.

¹²¹³ An dieser Stelle werden insbesondere die Triebkräfte und Bedingungen für die Begutachtung in Gesundheitsämtern durch Amtsärzte skizziert. Eine vergleichende Betrachtung zur Antragsstellung für psychiatrische Einrichtungen ist nicht möglich. Es ist jedoch davon auszugehen, dass auch die Begutachtung in psychiatrischen Kliniken von vergleichbaren Problemen und Triebkräften beeinflusst wurde, obgleich die Materiallage, etwa in Form von Krankenakten, weitaus besser war.

¹²¹⁴ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 198.

reitung und zeitliche Dauer der medizinischen Untersuchung einschließlich der Anfertigung des Sterilisationsgutachtens prägte. In Wechselbeziehung mit organisatorisch-strukturellen, personellen, habituellen und qualifikatorischen Aspekten spielte insbesondere Zeit eine maßgebliche Rolle.

Die durch das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ hervorgerufene dienstliche Belastung wurde mehrheitlich von den leitenden Kreis- bzw. Amtsärzten der preußischen Provinz Sachsen bis in die zweite Hälfte der 1930er-Jahre hinein nahezu gleichlautend als „enorm“ und „sehr stark“ beschrieben.¹²¹⁵ So teilte der Regierungspräsident von Merseburg gegenüber dem Oberpräsidenten der preußischen Provinz Sachsen am 23. März 1936 mit, dass die Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation weiterhin erhebliche Probleme bereite und die notwendigen medizinisch-diagnostischen Untersuchungen viel Zeit in Anspruch nehmen würden.¹²¹⁶ Das Gesundheitsamt in Magdeburg bezifferte die wöchentliche Arbeitszeit im Sterilisationsverfahren mit zwei Dritteln für einen Medizinalassessor und etwa einem Viertel für den Kreisarzt.¹²¹⁷ Für andere Kreisärzte umfasste die wöchentliche Arbeitszeit bis zu 20 Stunden. Für die beamteten Ärzte in den Gesundheitsämtern bedeutete die Etablierung und Durchführung des Sterilisationsgesetzes, wie bereits Alfons Labisch und Florian Tennstedt betonten, in erster Linie eine erhebliche dienstliche Mehrbelastung.¹²¹⁸ Demgegenüber erfuhr die nationalsozialistische Zwangssterilisation als praktiziertes Selektionsverfahren eine besondere Charakteristik, da die eklatanten personellen Mängel weder ein hinreichend gesichertes noch überprüfbares bzw. überprüfbares Verfahren erlaubten. Diese Lage wurde durch die Übertragung weiterer erbbiologischer Aufgabengebiete, wie des sogenannten Ehegesundheitsgesetzes oder der „erbbiologischen Bestandsaufnahme“, noch verschärft. Dementsprechend kollidierte seit 1934 die geringe Ausstattung der Gesundheitsämter mit der Übertragung von bevölkerungspolitischer Selektionsmaßnahmen, was durch personelle und materielle Ergänzungen in der zweiten Hälfte der 1930er-Jahre teilweise abgebaut werden konnte.¹²¹⁹

¹²¹⁵ Vgl. die unzähligen Berichte der Kreisärzte vor allem für die Jahre 1933–1935, siehe LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 1.

¹²¹⁶ Vgl. LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 312.

¹²¹⁷ Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 1, fol. 307.

¹²¹⁸ Weiterführend Kap. 3.4.

¹²¹⁹ Zu diesem Zeitpunkt war die Etablierung der staatlichen Gesundheitsämter in der preußischen Provinz Sachsen teilweise noch nicht abgeschlossen. Siehe Kap. 3.4.1.

In den Augen der verantwortlichen männlich dominierten Ärzteschaft bestand die überaus starke Arbeitsbelastung einerseits in dem umfangreichen Schriftverkehr mit betroffenen Frauen und Männern, mit Erbgesundheitsgerichten, anderen Gesundheitsämtern sowie regionalen Behörden. Andererseits wurde auf die außerordentlich hohe zeitliche Beanspruchung durch die medizinisch-diagnostische Ermittlung und Untersuchung sowie die damit verbundene Anfertigung von Gutachten und Intelligenzprüfungsbogen verwiesen. Nach Ansicht der antragsberechtigten Ärzte wurde die Begutachtung vor allem in den Fällen erschwert, für die keine medizinischen Unterlagen, wie etwa Krankenakten, ermittelt werden konnten. So teilte der leitende Arzt des Stadtgesundheitsamtes in Erfurt seiner vorgesetzten Behörde Ende September 1934 mit: „Die zeitliche Beanspruchung durch die Untersuchungen der Erbkranken ist sehr erheblich. Bestimmte Angaben über die aufgewendete Zeit können nicht gemacht werden. Verhältnismäßig schnell sind Gutachten bei solchen Kranken anzufertigen, die sich im Krankenhaus befinden, und bei denen eine ausführliche, gut geführte Krankengeschichte vorliegt. In anderen Fällen aber sind häufig umfangreiche Erhebungen bei Angehörigen, auch in der Häuslichkeit der Kranken, beim Polizeirevier, in der Siechenanstalt oder bei Fürsorgepersonen erforderlich. In einigen Fällen musste ich mit auswärtigen Angehörigen einen Briefwechsel führen oder den Kranken, der bettlägerig war, in seiner Wohnung untersuchen. Fernerhin sind häufiger umfangreiche Akten – Fürsorgeakten, Gerichtsakten und andere Unterlagen – durchzuarbeiten, und besonders zeitraubend ist die Führung der Listen und Akten, die angelegt werden müssen.“¹²²⁰ Ebenso konstatierte der Kreisarzt von Wanzleben im Januar 1935: „Die Arbeiten des Sterilisierungsgesetzes nehmen immer noch täglich einen solchen Umfang ein, dass die bisherige übliche kreisärztliche Tätigkeit dagegen vollständig in den Hintergrund tritt. Der tägliche Ein- und Ausgang der Post betrifft ganz überwiegend Sterilisierungsangelegenheiten, und auch der Zeitverbrauch für Untersuchungen von Erbkranken zwecks Ausfüllung der erforderlichen Formulare ist ein ganz erheblicher; besonders unbeliebt sind daher leider die größte Zahl [zu] stellende[r] Anträge von Schwachsinn, bei denen die Intelligenzprüfung eine arge Belastung für den Kreisarzt bildet.“¹²²¹ Die Durchführung der nationalsozialistischen Sterilisation wurde in den

¹²²⁰ StA Erfurt, Nr. 2/511–23042: Magistrat der Stadt Erfurt. Stadtgesundheitsamt, Erb- und Rassenpflege. Monats- und Jahresberichte des Gesundheitsamts zur Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, des Ehegesundheitsgesetz und dem § 6 der ersten Verordnung zum Blutschutzgesetz, enthält u. a. Monats- und Jahresberichte über die Erfurter Kliniken durchgeführten Sterilisationen (1934–1945), unfol.

¹²²¹ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 1, fol. 324.

Anfangsjahren als erhebliche berufliche und persönliche Belastung beschrieben, aufgrund dessen kein geregelter kreisärztlicher Dienst möglich war. Gleichzeitig wurde die Durchführung des Sterilisationsverfahrens als ein schriftlicher Massenbetrieb geschildert. Dabei wurde die Erstellung von Gutachten und Intelligenzprüfungsbogen nicht als eine genaue medizinisch-diagnostische Prozedur beschrieben, sondern als ein mechanisch-bürokratischer Akt, der in Anbetracht der zu begutachtenden Klientel insbesondere eine quantitative Herausforderung bedeutete. „Zeit“ als ein Gegenstand im Begutachtungsverfahren, der für die Untersuchung zur Verfügung stand sowie in Anspruch genommen wurde, spielte demzufolge eine beträchtliche Rolle und hatte erhebliche Konsequenzen für die Begutachtungspraxis von als „erbkrank“ geltenden Frauen und Männern.

In der Konsequenz wurden Sterilisationsanträge etwa durch Hilfsärzte erstellt sowie Intelligenzprüfungen von medizinischem Personal durchgeführt und anschließend durch Amtsärzte schriftlich bestätigt. Zudem wurden Sterilisationsanträge ohne gesicherte Informationsbasis, ohne medizinische Untersuchung oder persönlichen Kontakt eingereicht. Als ein Spiegel dieser Begutachtungspraxis können die überlieferten Sterilisationsanträge der preußischen Provinz Sachsen herangezogen werden, die entweder kaum, nur notdürftig oder sehr oberflächlich ausgefüllt wurden.¹²²² Neben den persönlichen Daten wurden vereinzelt summarische Stichpunkte gemäß dem formalen Gutachten sowie der Diagnose im Sinne des Sterilisationsgesetzes verzeichnet. Dementsprechend wurde die abschließende Angabe einer „Erbkrankheit“ kaum oder lediglich unzureichend begründet. Zudem wurden nur selten Ermittlungsergebnisse der verantwortlichen Kreisärzte verzeichnet, was darauf hindeutet, dass das Sterilisationsverfahren hauptsächlich auf der Grundlage der Vorbehalte und Beweise der Sterilisationsanzeige eröffnet wurde. Diese hermeneutische Charakteristik betont die außerordentliche Bedeutung der Erfassungsphase von als „erbkrank“ geltenden Frauen und Männern vor allem für die Anfangsphase der nationalsozialistischen Zwangssterilisation.¹²²³

¹²²² Siehe hierzu Kap. 2.3 sowie insbesondere die Fallaktenbestände der Erbgesundheitsgerichte Magdeburg und Stendal. Vgl. LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)); KrA Salzwedel, Bestand Gardelegen, Gesundheitswesen (GW), einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z), 147 Fallakten.

¹²²³ Als ein weiteres Indiz kann die häufige handschriftliche Bearbeitung der Gutachten dienen. Es soll dabei keineswegs das Fehlen einer entsprechenden Schreibmaschine oder einer Schreibkraft ausgeschlossen werden, jedoch deutet die Art der Bearbeitung auf eine Massenbegutachtung und Schnellverfahren hin, sodass die handschriftlichen Angaben nicht in Reinschrift als Basis der gerichtlichen Verhandlung und Entscheidung übertragen wurden.

Diese Aspekte verweisen auf eine Begutachtungssituation, die der medizinischen Begutachtungsprozedur wenig Zeit und diagnostische Bedeutung einräumte. Deshalb kann die Antragstellung im Zuge der nationalsozialistischen Zwangssterilisation mit Schnellverfahren verglichen werden, die zugunsten der zeitnahen Antragstellung, der Bewältigung von zahlreichen Sterilisationsanzeigen sowie auch in qualifikatorischer Unkenntnis medizinisch-diagnostischer Untersuchungsstandards eine eingehende Anamnese und eine hinreichende Begründung des vermeintlichen Krankheitsbildes unterließen.

Im Zuge des Rückgangs sowie der ministeriellen Debatten um die medizinische Begutachtungspraxis in der zweiten Hälfte der 1930er-Jahre veränderten sich die Formen der Antragstellung. Als ein Spiegel dieser Veränderungen kann für die preußische Provinz Sachsen konstatiert werden, dass die Sterilisationsanträge eine umfangreichere medizinische Befundbeschreibung auch auf der Grundlage von Ermittlungen und Gutachten aufwiesen. Der Rückgang der Sterilisationsanzeigen sowie die Debatte um die Sterilisationspraxis veränderten die Antragsstellung zumindest insoweit, als nunmehr der vorgegebene medizinische Leitfaden ausführlicher berücksichtigt wurde. Die bis dahin prägende Charakteristik der Antragstellung als Schnellverfahren trat somit teilweise in den Hintergrund zugunsten einer Verfahrensweise, die nun ausführlicher auf die erb- und soziobiologische Bewertung des männlichen und weiblichen Lebenswertes abhob.

Auch der Kreisarzt von Calbe/Saale unterstrich die zeitraubende Anfertigung von Gutachten und Intelligenzprüfungsbogen, die vor allem für die „Feststellung der Diagnose bei Psychopathen außerordentlich viel Zeit in Anspruch nimmt“.¹²²⁴ Daneben würden insbesondere die betroffenen Frauen und Männer den Begutachtungsprozess teilweise erheblich verzögern. So würden die „Vorgeladenen oder deren Angehörige aus Krankheitsgründen oder Scheingründen nicht erscheinen und, wenn sie vom Arzt in der Wohnung aufgesucht werden, [versuchen,] sich der Untersuchung zu entziehen“.¹²²⁵ Die Begutachtung und Antragstellung kann somit keineswegs als schematisch-selektive Bewertungsprozedur charakterisiert werden. Vielmehr muss bereits der Bewertungsprozess als dynamisches Verfahren verstanden werden, beeinflusst von einer Vielzahl von Sterilisationsanzeigen, einem umfangreichen und zeitraubenden Postverkehr, zielgerichtete oder unverschuldete Verhaltensweisen von betroffenen Frauen und Männern bis hin zu geringen beruflich-qualifikatorischen Erfahrungen der

¹²²⁴ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 1, fol. 312.

¹²²⁵ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 1, fol. 312.

begutachtenden Ärzte. In der Konsequenz entstanden jedoch nicht nur zeitliche Verzögerungen, sondern die einzelnen Einflussfaktoren konnten auch den Begutachtungsprozess des männlichen und weiblichen Lebenswertes beeinflussen. So konnten Verzögerungen oder widerständige Verhaltensweisen negativen Einfluss auf die diagnostische Bewertung nehmen, indem sie im Rahmen eines präjudizierten Verfahrens das Vorliegen einer „Erbkrankheit“ quasi bestätigten.

Die bereits hier angedeuteten Formen der rassenhygienischen Schnellverfahren und parteilichen erbbiologischen Massenbegutachtung sind charakteristisch für die nationalsozialistische Zwangssterilisation als biopolitische Selektionsprozedur im Dritten Reich. Diese variierenden Konstruktionsbedingungen waren Bestandteile und zugleich Effekte einer herrschaftlichen Dynamik sowie eines ideologisch-rassenhygienischen Diskurses im Dritten Reich. Die Massenbegutachtung wurde durch den nationalsozialistischen „Willen“ zur Sterilisation sowie einen latenten rassenhygienisch-eugenischen Diskurs ausgelöst wie angeleitet. Insofern kann vor allem für die Anfangszeit von einer Koinzidenz und Dynamik sowohl von diskursiven Formationen und herrschaftlichen Praktiken als auch von Herausforderungen gesprochen werden, die in Wechselbeziehung und Abhängigkeitsverhältnissen standen und eine genuin „nationalsozialistische“ Sterilisationspraxis produzierten. Es handelte sich hierbei weder um ein zielgerichtetes, feinjustiertes noch um ein wahlloses oder willkürliches Ausleseverfahren, sondern um die medizinisch-bürokratische Bewältigung der explosionsartigen Entladung eines biopolitischen Selektionspotentials, ausgelöst durch die nationalsozialistische Machtergreifung und die damit verbundene Euphorie zur endgültigen Lösung aktueller wie überkommener sozialer, ökonomischer und gesellschaftlicher Probleme.

5.3.3 Der ärztliche Blick auf männliche und weibliche „Minderwertigkeit“

Während der amtsärztlichen Untersuchung trafen die begutachtenden Ärzte und die bereits als „erbkrankverdächtig“ geltenden Frauen und Männer persönlich aufeinander. Ein Bestandteil der medizinisch-psychiatrischen Begutachtung war die Beschreibung von Verhaltensweisen, Umgangsformen sowie Aussehen und Auftreten als Ausdrucksformen des individuellen Erbworthes. Im Gegensatz zu sowie in Ergänzung von Registern, Ermittlungsberichten oder Nachforschungen beruhten die hier geschilderten Verhaltensweisen und persönlichen Attribute auf einem persönlichen Kontakt zwischen Ärzten und Betroffenen als herrschaftlichen Antipoden eines biopolitischen Selektionsverfahrens. Für die betroffenen Frauen und Männer, denen mehrheitlich eine

derartige Untersuchungssituation unbekannt war, handelte es sich um die direkte Begegnung mit der exklusionswilligen medizinischen Herrschaft im Dritten Reich.

Die vorliegenden ärztlichen Beschreibungen verfolgen keine differenzierte Analyse, sondern zeichnen insbesondere ein Bild, wie die vorgeladenen Frauen und Männer von begutachtenden Ärzten im Zuge des Sterilisationsverfahrens als Exklusionsprozedur gesehen wurden. Dabei sind die abwertenden Deskriptionen als ein inhärenter Bestandteil sowohl einer einseitigen und zugleich medizinisch-herrschaftlich aufgeladenen Machtsituation als auch der rassenhygienischen Begutachtung des individuellen männlichen und weiblichen Lebenswertes zu charakterisieren.¹²²⁶ In diesem Sinne sind die ärztlichen Beschreibungen von Aussehen und Kleidung oder von Umgangsformen und Verhaltensweisen weit mehr als Teilaspekte der Antragstellung. Sie sind Spiegel und zugleich Projektionen eines radikalen rassenhygienischen „Minderwertigkeitsdiskurses“, der keineswegs versuchte, die betroffenen Frauen und Männer realiter abzubilden, sondern stattdessen bemüht war, individuell-volksgemeinschaftliche Portraits von „schwachsinnigen“, „schizophrenen“, „fallsüchtigen“ und „minderwertigen“ Frauen und Männern herzustellen. Die entworfenen Bilder männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“ spiegeln also weniger die persönlichen Eigenschaften und Fähigkeiten der begutachteten Personen wider, sondern projizieren die medizinisch-psychiatrischen, habituellen und soziokulturellen Vorstellungen von „Abnormität“ und Abweichung der begutachtenden Amtsärzte.

In einer strategischen Verkehrung, indem jegliche Handlungen und Verhaltensweisen als Ausdruck von „Minderwertigkeit“ erschienen, wurden fundamentale Eigenschaften wie Sprechen, Konversation und Interaktion, Gestik und Mimik sowie Aussehen und Kleidung zielgerichtet „entmenschlicht“, sodass die Betroffenen nicht länger als Subjekte, sondern als „erbkrank“ Objekte erschienen. In der letzten Konsequenz bestand das Ziel darin, die „erbkrankverdächtigen“ Frauen und Männer mit degenerativen Kreaturen und Unmenschen als monströse Schreckensbilder völkisch-rassistischer Entartung zu doppeln, um ihre Selektion endgültig zu begründen, denn das im Zuge der nationalsozialistischen Zwangssterilisation untersuchte männliche und weibliche Leben konnte nur „stumpfsinnig“, „primitiv“, „albern“, und „untauglich“ sein.

¹²²⁶ Zu den Verhaltensweisen von betroffenen Frauen und Männern, wie etwa Widerständen, siehe Kap. 8.3.2. Demgegenüber lassen einzelne Äußerungen von Ärzten auch ein größeres persönliches Interesse an der Unfruchtbarmachung von Frauen und Männern erkennen.

Die deskriptiv-kategorialen Abwertungen sind jedoch nicht nur Ergebnis einer ärztlichen Begutachtung, sondern sie sind der rassenhygienisch intendierten Selektionsprozedur zugleich inhärent und vorgelagert, sodass sie die konkreten Konstruktionsformen von Minderwertigkeit sowohl vorwegnahmen als auch kennzeichneten. Deshalb werden die ärztlichen Beschreibungen von Verhaltensweisen, Mimik, Gestik oder Sprache als Hinweise auf das Verhältnis zwischen vornehmlich männlichen Ärzten und Betroffenen einerseits sowie als Bestandteil der Bewertung von männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“ andererseits bereits an dieser Stelle skizziert.

Ein nicht unwesentlicher Teil der „erbkranken“ Bebilderung betraf die aktive Anteilnahme und Akzeptanz der medizinisch-psychiatrischen Untersuchung. In den vorliegenden Fällen wurde das Verhalten häufiger als „zugänglich“ oder „ruhig“ beschrieben. Die entsprechenden Gegensatzpaare „ablehnend“ oder „gleichgültig“ finden sich hingegen seltener. Dies könnte mit Einschränkungen als Hinweis dafür gesehen werden, dass ein größerer Teil der Untersuchungen weniger von offener Ablehnung oder Widerständen gekennzeichnet war.¹²²⁷ Die Betonung einer aus ärztlicher Sicht komplikationslosen Begutachtung, die gleichermaßen die „Minderwertigkeit“ einer jungen Frau betonte, lautete etwa: Sie sei „sehr schwerfällig, leicht lenkbar und beeinflussbar, lächelt gewöhnlich blöde vor sich hin, ruhig“.¹²²⁸ Die abwertende Zuspitzung einer durchaus konfliktfreien Untersuchungssituation konnte etwa mit der Beschreibung als „zutraulich“ dokumentiert werden, sodass die untersuchten Frauen und Männer zumindest indirekt mit Kindern und Haustieren verglichen und gedoppelt wurden.

Dagegen finden sich verhältnismäßig selten ärztliche Beschreibungen, die auf aggressiven, auflehrenden oder ablehnenden Verhaltensweisen während der Untersuchungssituation insistieren. „Als ihr eröffnet wird, dass beim Erbgesundheitsgericht ein Antrag auf Unfruchtbarmachung gestellt wird, wird sie sehr lebhaft und frech.“¹²²⁹ Die geringe Anzahl solcher Überlieferungen könnte darauf hinweisen, dass die von der Sterilisation bedrohten Frauen und Männer in der Untersuchungssituation tatsächlich nur selten Ablehnung äußerten oder widerständige Verhaltensweisen ausübten.

¹²²⁷ Natürlich bestanden vielfältige Abstufungen. So wurde die ungenügende geistige Teilnahme an der Begutachtung auch als „stumpf“, „wenig regsam“ oder „gehemmt“ bezeichnet. Andere Beschreibungen, wie „läppisch“ oder „albern“, dienten dazu, das Verhalten der vorgeladenen Frauen und Männer als „kindlich“, „töricht“ und „wertlos“ zu charakterisieren. Vgl. Kap. 5.2.

¹²²⁸ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 185.

¹²²⁹ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 53.

Daneben wurden Verhaltensweisen verzeichnet, die nicht in das dichotome Schema von Teilnahme und Widerstand eingeordnet werden können. Wurden etwa aus Sicht von Ärzten ihr persönlich-beruflicher Stand oder die wohl definierte Macht-situation in der medizinischen Amtsstube von den „erbkrankverdächtigen“ Frauen und Männern nicht hinreichend akzeptiert, galten diese als „ungeniert“, „ungehemmt“ und „distanzlos“.

Als ein Beurteilungskriterium zur Dokumentation der Anteilnahme und Mitarbeit an der Begutachtung diente die Beschreibung von Mimik und Gestik. So sei das Gesicht einer jungen Frau „stumpf“ und „ausdruckslos“. Damit verbunden wurden der Gesichtsausdruck oder das Aussehen auf der einen Seite verallgemeinernd als „schwachsinnig“ oder „minderwertig“ beschrieben.¹²³⁰ Auf der anderen Seite wurde die Gebärde detailliert beschrieben. Eine junge Frau „sieht mit seitlich nach unten geneigtem Kopf [...] und fingert mit ihrer Handtasche umher. Die Antworten kommen leise, fast unverständlich heraus. Man weiß nicht immer genau, ob sie eine Frage beantworten kann oder ob sie aus Verlegenheit unbeantwortet bleibt.“¹²³¹ Auch galt ein flacher, regungsloser oder stoischer Gesichtsausdruck als Hinweis auf geringe intellektuelle Fähigkeiten. Damit verbunden wurde unterstellt, dass die betroffenen Frauen und Männer die Bedeutung der medizinischen Untersuchung nicht verstanden. „Verändert während der gesamten Untersuchung kaum seine Miene. Auch bei den Fragen aus der Intelligenzprüfung merkt man ihm keine geistige Anstrengung an – immer der gleiche Ausdruck, ob er versagt oder richtig antwortet. Ein gewisser Grad an Stumpfheit ist nicht zu verkennen.“¹²³² Als ein wichtiges spezifisches Beurteilungskriterium galt dabei die Augenaktivität. So wurde wiederholt der „Blick ins Leere“ betont, um geringe intellektuelle Fähigkeiten sowie die Interessenlosigkeit der vorgeladenen Frauen und Männer zu dokumentieren. „Sein Gesicht verändert sich kaum, ist ausdruckslos und stumpf, die Augen stieren meistens nichtssagend ins Leere.“¹²³³

Daneben wurde die Körperhaltung als Ausdruck von „Minderwertigkeit“ beschrieben. Hierzu zählte etwa ein regelmäßiges Wippen des Körpers oder von Füßen,

¹²³⁰ Vgl. LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 203, Nr. 205.

¹²³¹ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 184.

¹²³² LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 21.

¹²³³ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 89.

das ständige Augenzwinkern, das Händekratzen, das Kinnreiben bis hin zur Sitzhaltung. Sie „sitzt auf dem Stuhl, spielt immer mit den Händen, lacht läppisch vor sich hin. Wenn sie etwas nicht weiß, dreht sie sich weg, sieht auf den Boden.“¹²³⁴

Bereits auf Grundlage der Beschreibungen von Anteilnahme, Körperhaltung und Augenbewegung bzw. Gestik und Mimik wurden die betroffenen Frauen und Männer als zum Teil hochgradig „minderwertige“ und „erbkrankte“ Personen stilisiert. „Sie überlegt immer sehr lange, ohne in den meisten Fällen zu einem Ergebnis zu kommen. Sie reibt sich dauernd das Kinn und flüstert vor sich hin.“¹²³⁵ Eine andere (männliche) Person „starrt bei der ganzen Untersuchung stumpfsinnig vor sich hin, kratzt dabei immer mit der re[chten] Hand in der Handfläche der linken Hand, ist äußerst primitiv und stupide“.¹²³⁶ Die variierenden abwertenden Beschreibungen verdeutlichen die alltägliche wie minutiöse Konstruktion von biopolitischen, ja infamen „Unmenschen“ im Zuge des nationalsozialistischen Sterilisationsverfahrens. Methodisch und strategisch handelt es sich um ein funktionales wie dynamisches Wechselspiel der konstruktiven Darlegung von körperlichen und psychischen Defiziten zur Herstellung von männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“ und „Abnormität“.

Ein zentraler Beurteilungsschwerpunkt bildeten die sprachlichen Fähigkeiten in Form von Wortwahl, Sprachduktus und Betonung. Diese Aspekte dienten als wesentliche Hinweise für die intellektuelle und berufliche Leistungsfähigkeit, als unentbehrliche Grundlage von sozialem Handeln sowie als Voraussetzung zur Teilnahme am gesellschaftlichen Geschehen und Alltag. „Patient stottert stark, so dass eine längere Unterhaltung mit ihm nur schwer möglich ist. Worte werden schwer herausgebracht, dabei zwinkert Pat[ient] mit den Augen.“¹²³⁷ Eine gewichtige Rolle spielten demnach Ausspracheprobleme wie Stottern, eine „verwaschene“ Artikulation oder eine „auseinandergerissene“ Wortfolge. „Die Stimme ist langweilig und monoton, die Aussprache verwaschen und undeutlich, keine Artikulation. Im Satz wird selten gesprochen, meist nur in Wortbrocken.“¹²³⁸ Oder: „In Sätzen spricht er nicht. Es kommen

¹²³⁴ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 75.

¹²³⁵ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 76.

¹²³⁶ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 151.

¹²³⁷ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 27.

¹²³⁸ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 31.

nur einige Wortbrocken, die dazu noch gänzlich unverständlich und stotternd hervorgebracht [werden], aus ihm heraus.“¹²³⁹ Die ungewohnte Untersuchungssituation sowie das Befinden der betroffenen Frauen und Männer wurden seitens der begutachtenden Ärzte nur selten berücksichtigt. Stattdessen galten Stottern oder Wortbrocken als intellektuelles Versagen und zugleich als Hinweis und Bestätigung einer „Erbkrankheit“ im Sinne des Sterilisationsgesetzes. Geringe sprachliche Fähigkeiten dienten ebenso wie abweichende Verhaltensweisen oder Teilnahmslosigkeit während der Begutachtung als zentrales Selektionskriterium.

Eine erhebliche Steigerung der Abwertung trat ein, wenn die untersuchten Frauen und Männer lediglich mit Kopfschütteln oder Achselzucken antworteten. „Eine Verständigung mit dem Untersuchten ist nicht möglich. Sämtliche Fragen werden nicht verstanden, auch Sprechen ist nicht möglich. Er nimmt an seiner Umgebung kaum Anteil und lacht nur blöde vor sich hin.“¹²⁴⁰ Anhand fehlender psychischer Anteilnahme, ungebührlichen persönlichen Auftretens oder ungenügender Sprachfähigkeit wurde das Bild von „abnormen“ Frauen und Männern gezeichnet, denen angeblich fundamentale menschliche Eigenschaften fehlten. Damit einhergehend wurde ihnen der Lebenswert weitgehend abgesprochen, da den untersuchten Frauen und Männern maßgebliche soziale Eigenschaften, wie die Konversationsfähigkeit, oder als gültig angesehene Umgangsformen abgesprochen oder indem sie als kindlich beschrieben wurden.

Die Darlegung von Abnormitäten besaß zudem eine geschlechtsspezifische Konnotation, um eine spezifisch männliche und weibliche „Minderwertigkeit“ zu betonen. So konstatierte etwa ein männlicher Arzt über eine junge Frau: „Dicke, stark aufgeworfene Lippen, flache Stirn. Macht schon rein äußerlich einen schwachsinnigen Eindruck. Sitzt mit offenem Mund da und redet nach jeder gestellten Frage diese mehrere Male vor sich her.“¹²⁴¹ Somit wurde aus männlicher Perspektive der weibliche Körper, die Gesichtszüge und damit verbunden die weibliche Attraktivität bewertet und in die Beurteilung aufgenommen. Die geschlechtsspezifisch konnotierten Beschreibungen waren sowohl kategorial als auch im Hinblick auf das Geschlecht der

¹²³⁹ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 89.

¹²⁴⁰ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 98.

¹²⁴¹ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 199.

Gutachter und Begutachteten keineswegs dichotom, sondern vielmehr variabel. In diesem Sinne vermerkte eine Hilfsärztin zu einem jungen Mädchen. „Sie ist auffällig anreißerisch mit langen Ohrringen und einem bunten Seidenkleid bekleidet und hat nachgezogene Augenbrauen.“¹²⁴² Dementsprechend interpretierte die Ärztin Kleidung und Auftreten des Mädchens als „dirnenhaft“, was ihren eigenen Vorstellungen vom weiblichen Rollenbild, vom weiblichen Auftreten und Verhalten, zuwiderlief – in der Folge brandmarkte sie das Mädchen als „erbkrank“ und befürwortete seine zeitnahe Unfruchtbarmachung.

Demgegenüber verzeichnete ein Hilfsarzt des Gesundheitsamtes Calbe/Saale im Juli 1939, dass ein Mann infolge der Feststellung seines Analphabetismus weinte. „Schreiben kann er mit Ausnahme seines Namens kein Wort, auch Lesen kann er nicht. Als er aufgefordert wird, etwas zu schreiben, fängt er an zu weinen.“¹²⁴³ Die Dokumentation des Verhaltens diente weniger der Darlegung der emotionalen Betroffenheit oder gar Empathie, sondern vor allem der geschlechtsspezifischen Diskreditierung des Mannes als weinender männlicher Analphabet.

Schließlich stellte der wertende ärztliche Blick einen Zusammenhang zwischen vorgeladenen „erbkrankverdächtigen“ Frauen und Männern mit Auseinandersetzungen während der Untersuchungssituation her, um ihre „Minderwertigkeit“ zu markieren. Derartige Beschreibungen brachten auch drastische Abwertungen zum Ausdruck, die auf eine persönliche Abneigung der begutachtenden Ärzte hindeuten könnten. So hielt eine Assistenzärztin gegenüber einer jungen Frau fest: „Die Intelligenzprüfung wurde durch das impertinente Wesen des Mädchens sehr erschwert.“¹²⁴⁴ Eine Hilfsärztin beschrieb das Verhalten einer jungen Frau als das einer „törichten 12jährigen“,

¹²⁴² LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 115.

¹²⁴³ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 31.

¹²⁴⁴ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 98.

da sie sich im Verlauf der medizinischen Begutachtung „ängstlich an die Mutter geklammert“ habe.¹²⁴⁵ Infolgedessen sei sie „absolut unselbstständig [...] gehemmt, verlangsamt, albern und läppisch“.¹²⁴⁶ Ein anderes Mädchen neige zu „impulsiven Handlungen“ und zeige „keinerlei Verständnis für die Bestimmungen des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“.¹²⁴⁷

Das Verhalten von Männern wurde entweder als aggressiv oder als gleichgültig beschrieben. So „brauste“ ein junger Mann „stark auf“, als er hörte, „weshalb er hier ist [...]. Will sich das Leben nehmen.“¹²⁴⁸ Im März 1937 beschrieb der Amtsarzt von Calbe/Saale einen „erbkrankverdächtigen“ Mann folgendermaßen: „Ist gleich zu Beginn der Untersuchung ziemlich erregt, hält aber noch mit Mühe an sich. Als dann nach der Vorgeschichte seiner Familie gefragt wird, braust er auf, schlägt mit der Faust auf den Tisch [...]. Wenn auch seine Erregung verständlich ist, so ist ein gewisser derb-drohender, fast brutaler Zug in seinem Wesen nicht verkennbar. Die Art verliert sich auch nur teilweise, als er nach gütlichem Zureden umgänglicher wird.“¹²⁴⁹

Emotionale, widerständige und abwehrende Verhaltensweisen von Männern wurden ebenso wie aufgebrachte oder ängstliche Handlungen von Frauen als Bestätigung einer vorliegenden „Erbkrankheit“ funktionalisiert. Hierzu gehörten insbesondere auch Handlungsweisen, die die begutachtenden Ärzte provozierten und die einseitige medizinische Machtsituationen herausforderten. In den Augen des stellvertretenden Amtsarztes von Magdeburg wirkte ein Mann bereits zu Beginn der Untersuchung als „schwachsinnig“. „Als der Proband das Untersuchungszimmer betritt, zieht er ohne Aufforderung die Jacke aus und wirft sie mit elegantem Schwung auf das Untersuchungsbett [...]. Er wirkt im Ganzen non chalant.“¹²⁵⁰ Dieses Verhalten stellte in den Augen des Arztes eine ungehörige Provokation der medizinischen Macht dar und bezeugte insofern die intellektuellen Defizite des Mannes. Aus diesem Grund ging der Amtsarzt zum Gegenangriff über, mit dem Ziel, das Machtverhältnis und seine ärztli-

¹²⁴⁵ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 5.

¹²⁴⁶ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 5.

¹²⁴⁷ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 53.

¹²⁴⁸ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 31.

¹²⁴⁹ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 32.

¹²⁵⁰ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 163.

che Machtposition wiederherzustellen. „Als ihm der Zweck der Untersuchung mitgeteilt und ihm die Aufklärungsschrift über die Sterilisation ausgehändigt wird, nimmt er das ohne Gegenrede völlig gleichgültig hin.“¹²⁵¹ Der Arzt hatte damit die Machtverhältnisse in gewissem Sinne wieder zurechtgerückt.

In den Beschreibungen der ärztlichen Gutachter wurden insbesondere Verhaltensweisen, Reaktionen und Aussehen sowie sprachliche Fähigkeiten bewertet, um die vorgeladenen Frauen und Männer rassenhygienisch zu diskreditieren und mit einem erbbiologisch Anderen zu doppelten. Einen wichtigen Bezugspunkt bildeten dabei gesellschaftliche Vorstellungen über soziale Umgangsformen, intellektuelle Anforderungen sowie geschlechtsspezifische Rollenbilder im Einklang mit Vorbehalten gegenüber armen und ungebildeten Bevölkerungsgruppen. Die Formen sowie die Intensität der Abwertung rekurrten auf eine sukzessive Entmenschlichung der als „erbkrank“ geltenden Frauen und Männer als inhärenter Bestandteil der Sterilisationspolitik als biopolitische Selektionsprozedur. Zugleich spiegelte sich in den einzelnen Beschreibungen das Bild von „lebensunwertem“ Leben, das die nationalsozialistische Propaganda beschwor, in Form von diversen Einschätzungen und Bewertungen wider.¹²⁵² Damit verbunden fand in den Amtsstuben auch eine Bestätigung und Reproduktion gesellschaftlicher Vorurteile und Wertmaßstäbe von als „minderwertig“, „unwert“ oder „asozial“ geltenden Frauen und Männern statt, die sowohl vor 1933 als auch noch nach 1945 kursierten.¹²⁵³

Gegenüber den skizzierten Beurteilungskriterien, die bereits auf wesentliche Merkmale der medizinischen Konstruktion von „Erbkrankheiten“ hinweisen, deuten die ärztlichen Beschreibungen der Verhaltensweisen von betroffenen Frauen und Männern auf Ängste, Unsicherheiten und Abwehrhaltungen hin, die jedoch von den begutachtenden Ärzten nicht als solche anerkannt, sondern stattdessen biologisiert, pathologisiert und als Indizien für eine „Erbkrankheit“ herangezogen wurden.

¹²⁵¹ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 163.

¹²⁵² Vgl. Makowski: Nationalsozialistische Parteipresse.

¹²⁵³ Vgl. Zaft: Der erzählte Zögling.

5.4 Die Konstruktion von „Erbkrankheiten“ im amtsärztlichen Sterilisationsgutachten

5.4.1 Hermeneutische und analytische Vorbemerkungen

Für die nachfolgende Analyse der Konstruktion von „Erbkrankheiten“ im amtsärztlichen Sterilisationsgutachten wurden die Fallakten der Erbgesundheitsgerichte Magdeburg und Stendal in einer Vollerhebung ausgewertet.¹²⁵⁴ Hierbei handelt es sich insgesamt um 633 Sterilisationsgutachten, die vermutlich etwa 15 bis 20 Prozent der Gesamtzahl an Sterilisationsverfahren an beiden Gerichten darstellen.¹²⁵⁵ Die ausgewerteten Materialien der Erbgesundheitsgerichte Magdeburg und Stendal bilden ebenso rund 20 Prozent der für die preußische Provinz Sachsen bislang ermittelten Überlieferung von Fallakten.¹²⁵⁶ Weiterhin entsprechen sie rund vier Prozent der in der Provinz im Zeitraum von 1934 bis 1945 eingebrachten Sterilisationsanträge. Diese geschlossene Datenbasis wurde durch die verstreute Überlieferung zu personenbezogenen Sterilisationsverfahren im Regierungsbezirk Magdeburg ergänzt.¹²⁵⁷

Die erschlossenen Fallakten der Erbgesundheitsgerichte Magdeburg und Stendal dienten einerseits als Grundlage einer statistischen Auswertung, um personale, organisatorische, diagnostische, juristische und operative Kriterien zu analysieren.¹²⁵⁸

¹²⁵⁴ Vgl. LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)); LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)); KrA Salzwedel, Bestand Gardelegen, Gesundheitswesen (GW), einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z). Die überlieferten Fallakten beinhalten zu einem kleinen Teil auch einzelne Formulare, die keine Sterilisationsverfahren dokumentieren und auch keine Rückschlüsse auf die Unfruchtbarmachung ermöglichen. Daneben wurden auch einige wenige Fallakten von anderen Erbgesundheitsgerichten archiviert. Sowohl einzelne Formulare als auch Fallakten anderer Gerichte blieben hier unberücksichtigt, sodass die vorliegende Dokumentation ausschließlich konkrete Sterilisationsverfahren an den EGG Magdeburg und Stendal umfasst. Für die Diskussionen über die Auswahl von geeigneten Materialbeständen danke ich herzlich Frau Prof. Barbara Dipelhofer-Stiem.

¹²⁵⁵ Vgl. Kap. 6.3.

¹²⁵⁶ Die konkrete Überlieferungsgeschichte kann nur teilweise geklärt werden. Nach Ende des Zweiten Weltkrieges wurde ein Teil der Fallakten aus der preußischen Provinz Sachsen, die zu diesem Zeitpunkt von den für den Wohnort zuständigen Gesundheitsämtern aufbewahrt wurden, bei der Landesregierung in Halle/Saale gelagert. Nach der Auflösung der Landesregierung wurden die überlieferten Fallakten in das heutige LASA überführt.

¹²⁵⁷ Eine ungemeine Fülle von personenbezogenen Überlieferungen im Rahmen von nationalsozialistischen Sterilisationsverfahren, die jedoch ohne Anträge und Gerichtsurteile verzeichnet sind, befindet sich in LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), 13 Bde.

¹²⁵⁸ Als Untersuchungskategorien zur Beschreibung der Personengruppe dienen das Geschlecht, Geburtsjahr, Wohnort, Religion, Bildung, Beruf, Ehestand, Kinderanzahl, Antragsteller, „Erbkrankheit“ im Sinne des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“, Urteilsjahr, Nachweis der Unfruchtbarmachung sowie Schwangerschaftsabbruch. Daneben wurden Merkmale zum Gerichtsverfahren, wie etwa Geschäftsfähigkeit und Vormund, gerichtlicher Widerspruch sowie Kriterien zur Zusammensetzung der Gerichte erhoben. Für die Unterstützung bei der statistischen Auswertung

Andererseits wurden die über 600 Fallakten einer qualitativen Analyse unterzogen, um die Konstruktionsformen von männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“ darzustellen. Im Zuge der quantitativen Vollerhebung und qualitativen Auswertung der Gesamtbestände der Erbgesundheitsgerichte Magdeburg und Stendal ergaben sich jedoch archivalische Besonderheiten, die der Überlieferungslage geschuldet sind und den Aussagewert der vorliegenden Ergebnisse beeinflussen.¹²⁵⁹ Aus diesem Grund ist es notwendig, die überlieferten Fallakten statistisch kurz zu beschreiben, um ihren Aussagewert bestimmen zu können. Darüber hinaus bieten die vorliegenden statistischen Ergebnisse zur zwangssterilisierten Personengruppe sowie zum Sterilisationsverfahren bereits wichtige Annäherungen an die gutachterliche Konstruktion von „Erbkrankheiten“ im Sinne des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“. Im Anschluss wird die qualitative Erschließung des Aktenbestandes kurz skizziert.

Eine Spezifik der überlieferten Bestände besteht darin, dass „lediglich“ rund zwei Drittel der erfassten Frauen und Männer definitiv unfruchtbar gemacht worden sind. Dieses Ergebnis entspricht nicht den allgemeinen Verurteilungsquoten von Erbgesundheitsgerichten.¹²⁶⁰ Diese Schiefelage beruht vor allem auf dem Umstand, dass zu etwa zehn Prozent der ausgewerteten Fallakten keine Angaben zum Ausgang der Verfahren gemacht werden können. Darüber hinaus wurden über 16 Prozent der Sterilisationsverfahren eingestellt. Die hohe Anzahl an eingestellten Verfahren verdankte sich insbesondere dem Umstand, dass mehr als ein Drittel der überlieferten Sterilisationsverfahren zwischen 1939 und 1945 verhandelt wurden. Dieser Zeitraum war jedoch von einem starken Rückgang an Sterilisationsverfahren geprägt, weiterhin wurde die Unfruchtbarmachung an die besondere „Fortpflanzungsgefahr“ geknüpft. Die geringere Verurteilungsquote steht somit im Zusammenhang des späten Zeitpunkts der Sterilisationsverfahren.

Schließlich bestand eine Besonderheit in der lokalen Herkunft der betroffenen Frauen und Männer. Rund die Hälfte dieser hatte ihren Wohnort in den Kreisen Gardelegen und Jerichow II. Die starke Häufung war jedoch nicht das Ergebnis einer über-

tung der erhobenen Daten danke ich herzlich Herrn Dr. Max Zimmermann. Zugunsten der behördlichen Überlieferung wird auf eine eingehende statistische und tabellarische Darstellung verzichtet. Als Vergleichsmaßstab der personalen, sozialen oder ökonomischen Merkmale siehe Tabellen zur Erbgesundheitsgerichtsbarkeit siehe Anhang, IV: Zur Tätigkeit von Erbgesundheitsgerichten auf dem Gebiet der preußischen Provinz Sachsen 1934–1945.

¹²⁵⁹ Hierzu gehört ebenso, dass in den ausgewerteten Fallakten kaum Meldungen oder Anzeigen überliefert sind, sodass Fragen zur Erfassung nicht näher betrachtet werden können.

¹²⁶⁰ Der Umfang an Sterilisationsverfahren, die gerichtlicherseits abgelehnt wurden, entsprach rund sieben Prozent.

aus intensiven Sterilisationspraxis, sondern wurde durch die spezifische Überlieferungsgeschichte sowie die administrativen Regelungen der Erbgesundheitsgerichte Magdeburg und Stendal hervorgerufen. So beruht die höhere Anzahl von Sterilisationsverfahren im Kreis Jerichow II etwa darauf, dass der genannte Kreis in die Zuständigkeit beider Erbgesundheitsgerichte fiel. Die überaus hohe Anzahl von Sterilisationsverfahren gegen Frauen und Männer aus dem Kreis Gardelegen wird durch einen „Zufallsfund“ begründet, da im Zuge der Recherchen 147 Fallakten im Kreisarchiv Gardelegen ermittelt und ausgewertet werden konnten.¹²⁶¹

Insgesamt muss somit ein regionaler Schwerpunkt von Sterilisationsverfahren in den ländlich geprägten Gebieten der Altmark konstatiert werden, welcher wiederum durch den Umstand verstärkt wurde, dass sich entgegen den ursprünglichen Planungen eines Stadt-Land-Vergleichs anhand der beiden Erbgesundheitsgerichte nur eine geringe Anzahl von Sterilisationsverfahren gegen die städtische Bevölkerung Magdeburgs ermitteln ließ. Diesbezüglich stellte sich erst im Zuge der Recherchen heraus, dass die geringere Überlieferung zu Magdeburg durch die Verluste von Kriegseinwirkungen, insbesondere die Bombardierung vom 16. Januar 1945, hervorgerufen wurde.¹²⁶² Gegenüber diesen hermeneutischen Besonderheiten belegt die Vielzahl von statistischen Ergebnissen zur zwangssterilisierten Personengruppe die Aussagekraft der vorliegenden Materialbasis und dokumentiert darüber hinaus weiterführende Perspektiven auf die soziobiologischen Konstruktionsformen von männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“.

Das Geschlechterverhältnis der sechshundertköpfigen „erbkrankverdächtigen“ Personengruppe betrug etwa 53 Prozent Männer versus 47 Prozent Frauen und entspricht somit nahezu der geschlechtlichen Verteilung, die für die Antragstellung in der preußischen Provinz Sachsen konstatiert werden konnte.¹²⁶³ Die hauptsächlichen Geburtsjahre konzentrieren sich mit über 82 Prozent auf die Jahre zwischen 1901 und

¹²⁶¹ Der zuständigen Archivarin des Kreisarchivs Gardelegen sei für ihre Unterstützung herzlich gedankt. Die vorgefundenen 140 Fallakten hätten im Zuge der Archivreformen in der DDR im zuständigen Landesarchiv abgegeben werden müssen. Die Gründe für den Verbleib in Gardelegen konnten nicht ermittelt werden. Zudem wurden die Akten im Zuge der Recherchen erstmals nach über 60 Jahren wieder eingesehen. Diese Überlieferungsgeschichte lässt vermuten, dass auch in anderen Stadt- und Kreisarchiven vergleichbare Bestände lagern könnten. Siehe hierzu auch die Bestände des Stadtarchivs Erfurt.

¹²⁶² Die bis heute überlieferten Fallakten lagerten am Ende des Krieges in Gesundheitsämtern unter Zuständigkeit des Erbgesundheitsgerichts Magdeburg oder im Erbgesundheitsgericht Naumburg, das als einziges Gericht das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ auch nach Ende 1944 weiterbetrieb, oder in anderen Gesundheitsämtern.

¹²⁶³ Siehe Kap. 5.2.1.

1925.¹²⁶⁴ Hingegen wurden nur circa 14 Prozent der Sterilisationsanträge gegen Frauen und Männer gestellt, die im 19. Jahrhundert geboren worden waren. Die ältesten Personen wurden 1876 geboren, die jüngsten nach 1936. Somit wurde entgegen den administrativen Vorgaben auch die Eröffnung von Sterilisationsverfahren gegen Kleinkinder geprüft. In diesem Sinne teilte der Amtsarzt von Magdeburg dem hiesigen Erbgesundheitsgericht im Juni 1936 sowie im Februar 1937 wiederholt mit, dass die Eröffnung eines Sterilisationsverfahrens „vorläufig nicht in Frage [kommt], da das Kind [...] erst 3 Jahre alt ist“.¹²⁶⁵

Unter Berücksichtigung des Zeitpunktes der Verhandlung vor dem Erbgesundheitsgericht war die Mehrzahl der betroffenen Frauen und Männer im Alter zwischen 17 und 21 Jahren.¹²⁶⁶ Dementsprechend richtete sich die nationalsozialistische Zwangssterilisation vor allem gegen Frauen und Männer in der Adoleszenz.

Die Ergebnisse zur Altersstruktur werden durch den Ehestand bestätigt, da nahezu drei Viertel der betroffenen Personen zum Zeitpunkt der Antragstellung ledig und nur etwa 20 Prozent verheiratet waren. In Anbetracht von Alter und Ehestand überrascht es weniger, dass über 70 Prozent keine Kinder besaßen. Die überwiegende Kinderzahl lag bei einem bis zwei Kindern. Zum Zeitpunkt des Sterilisationsantrages waren über vier Prozent der betroffenen Frauen schwanger, was zum einen auf die Sterilisationsinteressen hindeuten könnte. Zum anderen bestätigt dieser Anteil die verhältnismäßig geringe Bedeutung des seit 1935 gesetzlich erlaubten Schwangerschaftsabbruchs.¹²⁶⁷ Unter Berücksichtigung des Alters und Familienstandes waren somit vor allem junge, unverheiratete und kinderlose Frauen und Männer von der nationalsozialistischen Zwangssterilisation betroffen.

Über 85 Prozent der Betroffenen waren evangelischen und lediglich drei Prozent katholischen Glaubens. Dieses Ergebnis korreliert mit der religiösen Prägung der preußischen Provinz Sachsen. Mit über 32 Prozent besuchte ein Großteil die Volksschule.¹²⁶⁸ Über 13 Prozent gingen auf eine Hilfsschule und etwa fünf Prozent auf eine Dorfschule. Gegen Frauen und Männer, die eine höhere Schule besucht hatten, wie

¹²⁶⁴ Der Schwerpunkt kann mit rund 16 Prozent für den Geburtszeitraum zwischen 1907 und 1910 festgehalten werden.

¹²⁶⁵ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, Nr. 5: Schriftwechsel in EGG-Sachen, Sammelakte (1934–1938), unfol.

¹²⁶⁶ Bis etwa zum 34. Lebensjahr liegt die Verteilung anschließend auf einem geringeren, aber weitgehend stabilen Niveau. Der Anteil von Frauen und Männern ab etwa 35 Jahren und vor allem ab 40 Jahren war dagegen vergleichsweise marginal.

¹²⁶⁷ Vgl. Kap. 7.3.2.

¹²⁶⁸ Die schulische Ausbildung kann aufgrund der eingeschränkten Überlieferung nur partiell betrachtet werden. Zu über einem Drittel können keine Angaben zur Schulbildung gemacht werden.

etwa eine Mittelschule oder ein Gymnasium, wurden mit rund einem Prozent kaum Sterilisationsverfahren eröffnet.

Der Bildungsstand korrelierte mit der beruflichen Tätigkeit sowie der Herkunft aus einer hauptsächlich ländlichen Region nördlich von Magdeburg. Über 16 Prozent waren als Arbeiter in der Landwirtschaft und knapp 15 Prozent in der Industrie tätig. Handwerkliche Berufe, wie etwa Schneider, Schuhmacher oder Schmied, wurden von rund acht Prozent ausgeübt. Eine weitere Gruppe mit knapp sieben Prozent arbeitete als an- sowie ungelernete Arbeiter in einem Haushalt, etwa als Hausangestellte oder als Dienstmädchen. Für circa 15 Prozent wurde keine Arbeitstätigkeit, sondern der Versorgungshintergrund angegeben. Hierzu gehörte etwa der Hinweis, dass die Person „im Familienhaushalt“ lebe, Ehefrau oder Witwe/Witwer sei. Die stärkste Gruppe mit 21 Prozent waren Frauen und Männer, die zum Zeitpunkt der Antragsstellung als „beruflos“ bezeichnet wurden. Akademische Berufe oder sogar leitende berufliche Positionen wurden hingegen kaum ausgeübt.

Der Bildungshintergrund sowie die Arbeitstätigkeit verweisen explizit auf die sozial schwächere Stellung der betroffenen Personen sowie die in der Erfassung von „minderwertigen“ Frauen und Männern angewandten Prozeduren, indem Hilfsschulen sowie finanzielle Bedürftigkeit als Schwerpunkte der Erfassung und Begutachtung von „erbkranken“ Frauen und Männern herangezogen wurden.

Die Verantwortlichkeiten der Antragstellung sowie die jeweilige Häufigkeit von „Erbkrankheiten“ im Sinne des nationalsozialistischen Sterilisationsgesetzes bestätigen die Ergebnisse zur preußischen Provinz Sachsen. Der Sterilisationsantrag wurde mit 77 Prozent hauptsächlich von Amtsärzten gestellt. Psychiatrische Einrichtungen waren für rund ein Fünftel der Gutachten verantwortlich. Die betroffenen Frauen und Männer sowie ihre Familienangehörigen stellten zu lediglich drei Prozent einen Antrag. Die hauptsächliche Antragsdiagnose war der „angeborene Schwachsinn“ mit rund 63 Prozent. Schizophrenie und Epilepsie waren mit über 13 Prozent nahezu identisch vertreten. Die übrigen gesetzlich definierten „Erbkrankheiten“ spielten nur eine randständige Rolle.¹²⁶⁹

Anhand der vorliegenden statistischen Ergebnisse kann zusammenfassend konstatiert werden, dass Frauen und Männer gleichermaßen von der Antragstellung betroffen waren. Die im Sterilisationsverfahren erfassten Frauen und Männer waren

¹²⁶⁹ In dieser Gruppe ragen die „erbliche Taubheit“ mit über drei Prozent sowie „schwere körperliche Missbildungen“ mit über zwei Prozent heraus. Dagegen waren „zirkuläres Irresein“, „erblicher Veitstanz“ oder „schwerer Alkoholismus“ mit unter einem Prozent kaum vertreten.

etwa 20 Jahre alt, ledig, kinderlos, evangelisch, hatten eine Volksschule oder Hilfsschule besucht und waren als Arbeiter oder Arbeiterinnen in der Landwirtschaft und Industrie tätig. Der Antrag wurde vornehmlich von einem Amtsarzt gestellt, die hierbei zugrundeliegende Diagnose lautet zu zwei Dritteln „angeborener Schwachsinn“.

Bezüglich dieser grundlegenden Ergebnisse kann eine weitere statistische Ergänzung dadurch vorgenommen werden, dass Geschlecht und „Erbkrankheit“ als zentrale Korrelationskategorien in Beziehung zu den übrigen Kriterien gestellt werden.¹²⁷⁰ Bezüglich der Korrelationen mit der Altersstruktur kann somit etwa festgehalten werden, dass die bis 1890 geborenen Personen ausschließlich männlich waren.¹²⁷¹ Diese Häufung begründet sich allem Anschein nach mit der geringeren Fortpflanzungsfähigkeit von Frauen im fortgeschrittenen Alter. Ab dem Geburtsjahrgang 1921 kann demgegenüber eine leichte Erhöhung für Frauen konstatiert werden.¹²⁷²

Männer waren etwa 10 Prozent häufiger ledig als Frauen, dagegen war der Anteil von verheirateten oder geschiedenen Frauen leicht erhöht. Insofern richtete sich die Antragstellung augenscheinlich stärker gegen ledige Männer, was wiederum auf eine unterstellte besondere männliche Fortpflanzungsgefahr außerhalb der Ehe schließen lassen könnte. Auch wurden mit rund zehn Prozent häufiger Männer unfruchtbar gemacht, die zum Zeitpunkt des Sterilisationsantrages offiziell noch kein Kind gezeugt hatten. Demgegenüber wurden häufiger Frauen sterilisiert, die bereits ein oder mehrere Kinder geboren hatten.

Für den Zusammenhang von Beruf und Geschlecht kann festgehalten werden, dass Frauen mit rund zehn Prozent signifikant häufiger berufslos waren. Gegenüber den Beurteilungspraktiken von Männern lebten Frauen auch häufiger im Familienhaushalt, wurden formal als „Ehefrau“ ausgewiesen oder arbeiteten in einem Haushalt. Dagegen arbeiteten Männer zahlreicher als Arbeiter in der Landwirtschaft oder Industrie. Die Ergebnisse zur beruflichen und sozialen Lage spiegeln nachdrücklich latente

¹²⁷⁰ Hinsichtlich der Korrelationen von einzelnen Kategorien stellte sich überraschenderweise eine erhebliche Gleichverteilung heraus, die keine signifikanten Ausprägungen aufweist, sondern lediglich auf tendenzielle Zusammenhänge hinweist. Dieses Ergebnis illustriert ausdrücklich sowohl die Variabilität als auch Zielrichtung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation insbesondere gegen eine Personengruppe, die intellektuell, sozial oder ökonomisch als „minderwertig“ angesehen wurde.

¹²⁷¹ Darüber hinaus war der Anteil von Frauen der Geburtsjahrgänge zwischen 1891 und 1900 nur gering. Die Geburtsjahre zwischen 1900 und etwa 1920 waren unter dem Aspekt des Geschlechts weitgehend gleichmäßig verteilt.

¹²⁷² Im Hinblick auf Untersuchungskategorien wie Bildung und Glaube ergeben sich keine signifikanten Ausprägungen.

zeitgenössische Geschlechterrollen vom arbeitenden Mann und der den Haushalt besorgenden Frau wider, die ihrerseits als soziobiologischer Hintergrund Eingang in die Antragstellung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation fanden.

Für den Zusammenhang von „Erbkrankheit“ und Geschlecht ergeben sich nahezu keine signifikanten Ergebnisse, da die jeweiligen Verteilungen sehr ausgeglichen sind.¹²⁷³ Demgegenüber konnten weiterführende Indizien ermittelt werden, die darauf hindeuten, dass einzelne Amtsärzte häufiger Sterilisationsanträge für Frauen oder Männer ausstellten. So erstellten die Amtsärzte von Stendal und Jerichow II mehr Anträge gegen Frauen, hingegen beantragten die Amtsärzte von Magdeburg, Jerichow I und Wolmirstedt häufiger Sterilisationen für Männer. Weiterhin kann tendenziell festgehalten werden, dass bis 1936 häufiger Männer und zwischen 1937 und 1939 stärker Frauen zur Unfruchtbarmachung beantragt wurden. Mit Kriegsbeginn war das Geschlechterverhältnis wiederum weitgehend ausgeglichen.

Bezüglich der „Erbkrankheit“ als Korrespondenzkriterium ergeben sich zusätzliche tendenzielle Zusammenhänge, die weiterführende Hinweise auf die Konstruktionsformen von „Erbkrankheiten“ eröffnen. So stieg beispielsweise der Anteil von „angeborenem Schwachsinn“ mit den Geburtsjahrgängen ab 1916 sukzessive an. Die Diagnose von Schizophrenie hingegen kann ab dem Geburtsjahrgang 1921 nicht mehr nachgewiesen werden, was sowohl auf die diagnostische Konstruktion als auch auf die männlichen und weiblichen Erkrankungsrisiken hinweist. Hinsichtlich der Schizophrenie-Diagnosen bestehen weiterhin Zusammenhänge zwischen Wohnort und Antragsteller, da die Mehrzahl der Antragstellungen durch Ärzte psychiatrischer Einrichtungen vorgenommen und die betroffenen Personen in diesen Anstalten als Patienten versorgt wurden.¹²⁷⁴

Weiterhin können engere Beziehungen zwischen Bildungsstand, Beruf und „Erbkrankheit“ betont werden. Nahezu alle Verfahren gegen Personen, die an einer Hilfsschule waren, wurden aufgrund der Diagnose „angeborener Schwachsinn“ eröffnet. Ebenso besteht eine engere Beziehung zwischen dem Besuch einer Anstaltsschule und der Diagnose Schizophrenie, was auf eine längere psychiatrische Erkrankungs- und Betreuungsdauer hinweist. Gegen Frauen und Männer mit höheren Bildungsabschlüssen und gehobenen beruflichen Positionen wurden demgegenüber kaum Verfah-

¹²⁷³ Lediglich das „manisch-depressive Irresein“ sowie der „Veitstanz“ weisen einen ausschließlich männlichen Hintergrund auf.

¹²⁷⁴ Vgl. Kap. 5.3.

ren wegen „angeborenen Schwachsinn“ eingeleitet. Diese Erkrankung wurde vor allem für Personen konstatiert, die in einem familiären Haushalt lebten oder in der Landwirtschaft tätig waren.¹²⁷⁵

In Ergänzung der bisherigen statistischen Ergebnisse können mithilfe der Korrelationen zu Geschlecht und „Erbkrankheit“ maßgebliche Konstruktionsparameter von männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“ herausgeschält werden. So wurde etwa gegen Männer aufgrund ihrer biologischen Zeugungsfähigkeit häufiger auch in höherem Alter ein Sterilisationsverfahren eröffnet. Demgegenüber erscheinen insbesondere jüngere Frauen als „fortpflanzungsgefährlich“, was insgesamt auf medizinisch-biologischen Erkenntnissen männlicher und weiblicher Fortpflanzungsfähigkeit beruhen und ebenso auf gesellschaftlich geteilte Vorstellungen und Vorbehalte über das Sexualverhalten der Geschlechter hindeuten könnte. Als ein nicht unwesentlicher Konstruktionsparameter erscheint dabei der Ehestand. Der stärkere Einbezug von ledigen Männern könnte auf Auffassungen von ungezügelter und ungebundenem Sexualverkehr hinweisen, der aufgrund der potentiellen Gefahr eines unehelichen Kindes bzw. der Schwängerung einer ledigen Frau unterbunden werden sollte. Frauen hingegen wurden häufiger als Mütter sterilisiert, sodass Kinder als Hinweis auf das Sexualverhalten dienen konnten. Darüber hinaus konnten Kinder eine informative Anzeigefunktion übernehmen, indem hieran sowohl das Sexualverhalten als auch die häuslichen wie mütterlichen Fähigkeiten abgelesen werden konnten. Und schließlich verweist der Zusammenhang von „Erbkrankheit“ und Alter einerseits auf die Entwicklung von Krankheitsformen wie die Schizophrenie, die häufiger im späteren Verlauf des Lebens ausbricht. Andererseits kann der „angeborene Schwachsinn“ vor allem für jüngere Menschen als eine volksgemeinschaftliche Sanktionierungsfunktion charakterisiert werden, um Frauen und Männer aufgrund einer niedrigen Bildung oder abweichenden Verhaltensweisen als Nachweis einer geringeren Leistungsfähigkeit oder sozialen Unangepasstheit zu selektieren.

Auf Grundlage statistischer Analysen werden in den folgenden Kapiteln die gutachterlichen Konstruktionsformen von „Erbkrankheiten“ untersucht. Grundlage bildet eine qualitative Datenerhebung der 633 Fallakten der Erbgesundheitsgerichte

¹²⁷⁵ Demgegenüber bestand eine gleichmäßige Verteilung zwischen „Erbkrankheit“ und Handwerk, wobei hier auf einen verhältnismäßig geringen Anteil von „angeborenem Schwachsinn“ hingewiesen werden muss.

Magdeburg und Stendal unter Einbezug von personenbezogenen Verfahren im Regierungsbezirk Magdeburg.¹²⁷⁶

Die analytische Vorgehensweise richtet sich zunächst an den einzelnen gesetzlich definierten „Erbkrankheiten“ und ihrer statistischen Häufigkeit aus. Deshalb werden der „angeborene Schwachsinn“, Schizophrenie und Epilepsie separat untersucht.¹²⁷⁷ Darüber hinaus orientiert sich die mikroskopische Analyse der Konstruktion und Herstellung von „Minderwertigkeit“ im Sterilisationsantrag an ausgewählten Kategorien. Hierzu zählen die Familie, intellektuelle und berufliche Leistungsfähigkeit, Sexualität und Geschlechtsleben sowie die individuelle Lebenswelt.¹²⁷⁸ Die jeweiligen Kriterien traten im Sterilisationsverfahren selten einzeln in Erscheinung, vielmehr wurden sie miteinander kombiniert, um das Vorliegen einer „Erbkrankheit“ zu begründen.¹²⁷⁹ Die detaillierten wie mikroskopischen Konstruktionsprozeduren werden paradigmatisch am Beispiel des „angeborenen Schwachsinn“ dargestellt, hingegen für die übrigen „Erbkrankheiten“ nur summarisch beschrieben.

Die Familie galt als biologischer und prosopographischer Nährboden „minderwertiger“ Erbanlagen. Jedoch diente sie nicht ausschließlich als genealogisches Dossier, sondern zugleich als rassenhygienischer Projektions- und Konstruktionsgegenstand. Die Leistungsfähigkeit umfasste insbesondere die schulischen und beruflichen Fähigkeiten, um den ökonomischen und sozialen Nutzen für die nationalsozialistische Volksgemeinschaft zu bemessen. Daneben bedeutete das etwaige Leistungspotential auch die Fähigkeit zu gesellschaftlichem Interesse und zur Teilhabe, was in enger Verbindung zur „Lebenswelt“, wie etwa sozialen Umgangsformen oder dem Zustand des Haushalts, stand. Das Geschlechtsleben als Begutachtungskategorie zielte insbesondere auf die Fortpflanzungsfähigkeit ab, daneben umfasste es Normabweichungen wie

¹²⁷⁶ Die Datenerhebung erfolgte anhand eines spezifischen Formblattes, mit dessen Hilfe sowohl weiche wie harte Kriterien, wie etwa gutachterliche Beweismittel, personale Daten und schließlich auch Eingaben der betroffenen Frauen und Männer erhoben werden konnten. Hinsichtlich des gutachterlichen Schwerpunkts wurde die Zielrichtung der Begutachtung verzeichnet.

¹²⁷⁷ Die Auseinandersetzung mit dem „schweren Alkoholismus“ findet aufgrund seiner diagnostischen Nähe im Rahmen des „angeborenen Schwachsinn“ statt. Die übrigen „Erbkrankheiten“ werden abschließend gemeinsam in einem Kapitel behandelt.

¹²⁷⁸ Diese Kategorien wurden insbesondere durch die qualitative Analyse der vorliegenden über 600 Fallakten der Erbgesundheitsgerichte Magdeburg und Stendal gewonnen und daneben von der historischen Forschung wie auch der vorliegenden statistischen Analyse bestätigt. Vgl. Kap. 2.2.

¹²⁷⁹ Die analytische Unterscheidung orientiert sich an der soziobiologischen Schwerpunktsetzung im Sterilisationsantrag, auf Verknüpfungen und Wechselbeziehungen mit anderen Bemessungskriterien wird hingewiesen.

ausschweifendes Sexualleben ebenso wie wechselnde Geschlechtspartner in und außerhalb der Ehe, was aus der Perspektive der damaligen Akteure auf eine erhebliche Fortpflanzungsgefahr hindeutete.

Diese vier Bemessungskriterien trafen für alle gesetzlich definierten „Erbkrankheiten“ in je spezifischer Weise zu. Dagegen beinhalten die Gutachten zu den übrigen gesetzlich definierten Erbkrankheiten, ausgenommen dem „schweren Alkoholismus“, stärkere fachmedizinische, physiologische sowie psychiatrische Ausführungen. Damit verbunden weisen die einzelnen Beurteilungskategorien in diesen Verfahren eine teilweise andere Gewichtung auf, indem etwa geprüft wurde, ob die bereits bewiesene Leistungsfähigkeit weiterhin erbracht werden könne oder ob von der betroffenen Person eine Gefahr für sich und die Umwelt ausgehe. Aufgrund dieser definitorischen Verschiebungen im nationalsozialistischen Sterilisationsverfahren werden die Konstruktionsprozeduren sowohl anhand der gesetzlich definierten „Erbkrankheiten“ als auch anhand der vier zentralen Beurteilungskriterien analysiert.¹²⁸⁰ Dabei werden ebenso die jeweiligen geschlechtsspezifischen Ausprägungen der Begutachtung analysiert, um sowohl konkrete als auch nuancenhafte Übereinstimmungen und Unterschiede zwischen der soziobiologischen Beurteilung von Frauen und Männern kenntlich zu machen. Darüber hinaus wird auf zeitliche Entwicklungen hingewiesen, die etwa vor dem Hintergrund der Diskussionen über die Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ seit Mitte der 1930er-Jahre stattfanden und die Begutachtungspraxis beeinflussten.

Die angestrebte analytische Differenzierung, die die Variabilität des soziobiologischen Konstruktionscharakters des nationalsozialistischen Sterilisationsverfahrens als Selektionsprozedur betont, eröffnet die Möglichkeit, von einer Fokussierung auf einzelne „Erbkrankheiten“ oder einer moralisch-deskriptiven Darstellung der Selektion von als „erbkrank“ geltenden Frauen und Männern den Blick auf die alltäglichen

¹²⁸⁰ Im Hinblick auf die herausragende Bedeutung des „angeborenen Schwachsinn“ wird eine separate Unterscheidung nach den einzelnen Beurteilungskriterien vorgenommen. Der analytische Zugang wird durch eine Betrachtung der Verhaltensweisen von betroffenen Frauen und Männern ergänzt, die seitens der begutachtenden Ärzte während der Intelligenzprüfung erstellt wurden. Dieser Blickwinkel verweist auf ärztliche Wahrnehmungen und Abwertungen infolge des konkreten Kontakts im Gesundheitsamt und erweitert die bisherigen Untersuchungsebenen, indem die Mimik und Gestik, die Sprache und das Verhalten von betroffenen Personen beschrieben werden können. Neben der Beweisführung anhand konkreter soziobiologischer Kategorien verweisen diese ärztlichen Beschreibungen auf eine weitere Stufe der „Entmenschlichung“ von als „minderwertig“ und „erbkrank“ geltenden Frauen und Männern. Den Abschluss der Untersuchungen zum „angeborenen Schwachsinn“ bildet ein Exkurs zum „schweren Alkoholismus“. Für die übrigen „Erbkrankheiten“ erfolgt die Untersuchung innerhalb eines geschlossenen Kapitels.

Begutachtungsprozeduren zu richten. Vor allem durch die mikroskopische Annäherung wird es möglich, das facettenreiche Selektionsphänomen von männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“ umfassend zu beschreiben.¹²⁸¹ Hierdurch kann auch der Faktor Zeit berücksichtigt werden. Einerseits veränderten sich in erheblichem Maße einzelne Beurteilungskriterien im Verlauf der 1930er-Jahre, was zu Veränderungen der Begutachtung und Antragstellung führte. Andererseits sammelten die verantwortlichen Kreis- und Amtsärzte seit 1934 administrative, medizinische sowie auch juristische Erfahrungen in der Begründung von „Erbkrankheiten“, sodass die Antragstellung keineswegs als starrer, sondern vielmehr als beweglicher Vorgang betrachtet werden muss.

Die sich im Sterilisationsantrag bündelnde Gleichförmigkeit wie Variabilität war insgesamt keine individuelle, herrschaftliche oder diskursive Willkür, sondern der Ort einer selektiven Praxis von männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“. Dabei können die Fallakten von Sterilisationsverfahren als Spiegelbild einer biopolitischen Selektion und Regulation angesehen werden, die keineswegs genuin nationalsozialistisch waren, sondern im Dritten Reich verübt wurden.¹²⁸²

5.4.2 „Angeborener Schwachsinn“

5.4.2.1 Familie

Ebenso wie die diagnostischen Kriterien war die Vererbung des „angeborenen Schwachsinn“ keineswegs wissenschaftlich belegt, sondern wurde mithilfe von waghalsigen Statistiken und einer einseitigen Auslegung von vermeintlichen Vererbungsgesetzen zum Zweck der Unfruchtbarmachung bewiesen.¹²⁸³ Diesbezüglich konstatierte bereits Gisela Bock pointiert: „Gerade bei ‚Schwachsinn‘ war das Problem nicht die Unbewiesenheit der Vererbung, sondern die Durchsetzung der sozial motivierten Zwangssterilisation.“¹²⁸⁴ Die geringen Erkenntnisse zur Vererbung sowie die Vorstel-

¹²⁸¹ Gleichwohl gelingt es auch diesem analytischen Zugriff nicht, weder die unterschiedlichen Einflussfaktoren auf die diagnostische Begutachtung detailliert zu berücksichtigen noch die ungeheure Gewalt, Schamlosigkeit sowie die massiven Ab- und Entwertungen gegenüber den betroffenen Frauen und Männern abzubilden. Weiterführend siehe Kap. 8.

¹²⁸² Aufgrund der vorliegenden Paginierung der zugrundeliegenden Fallakten sowie auch unter Berücksichtigung des Personenschutzes der betroffenen Frauen und Männer wird in der Analyse der Konstruktionsformen von Erbkrankheiten im Sinne des nationalsozialistischen Sterilisationsgesetzes neben den dargestellten Richtlinien (Kap. 2.3) weiterhin auf eine konkrete Blattangabe verzichtet.

¹²⁸³ Eine breite Auseinandersetzung zum „angeborenen Schwachsinn“ wurde vorgelegt von Dubitscher: *Der Schwachsinn*. Vgl. auch Kap. 2.3.

¹²⁸⁴ Bock: *Zwangssterilisation im Nationalsozialismus*, S. 326.

lung der nationalsozialistischen Volksgemeinschaft als „Blutgemeinschaft“ begründeten eine erb- und rassenbiologischen Heiligsprechung von Familie als Analyse- und Begutachtungskategorie und beschwor die Notwendigkeit einer minutiösen Familienanamnese sowie die damit einhergehende detaillierte Anfertigung von Sippenaufzeichnungen.¹²⁸⁵

Die Familie und insbesondere die Eltern galten aufgrund der medizinisch-biologischen Unwissenheit sowie auch im Hinblick auf die Entstehung von Eugenik und Rassenhygiene und deren Nähe zu den statistisch operierenden Bevölkerungswissenschaften als mächtiges und in vielen Fällen auch als ausschlaggebendes erbbiologisches Substrat, um die Erbqualität von Frauen und Männern zu beurteilen. Denn im zeitgenössischen rudimentären Verständnis der menschlichen Vererbung wurden sowohl psychische und physiologische, aber auch persönliche und soziale Eigenschaften von den Eltern auf ihre Kinder mitunter linear übertragen. Im Sinne einer familienkassuistischen Erbbiologie als Blutgemeinschaft fungierten insbesondere Eltern und Geschwister als Verwandte ersten Grades als Spiegel der Erbqualität von „erbkrankverdächtigen“ Frauen und Männern. Dergestalt besaßen Eltern und Familienangehörige eine zweifache erbbiologische Funktion.¹²⁸⁶ Insofern gesundheitliche Erkrankungen, Devianzen oder soziale Auffälligkeiten ermittelt wurden, galt die „Erbkrankheit“ der betroffenen Frauen und Männer als bewiesen. Daneben wurden die ermittelten geistigen und körperlichen Abweichungen in Bezug auf die verdächtigen Personen übertragen, sodass die individuelle „Minderwertigkeit“ im Sterilisationsverfahren anhand der Devianzen von Eltern und Geschwistern konstruiert oder potenziert wurde. Die „minderwertige“ Familie als Hydra gewinnt an dieser Stelle eine weitere, symbolische Charakteristik.¹²⁸⁷ Die Funktionalisierung von Familie entsprach zudem dem älteren My-

¹²⁸⁵ Die rassenbiologische Bedeutung von Familie im Nationalsozialismus kommt vor allem in begleitenden bevölkerungspolitischen Maßnahmen wie der „erbbiologischen Bestandsaufnahme“ oder dem „Ehegesundheitsgesetz“ zum Ausdruck.

¹²⁸⁶ Giesela Bock bezeichnet diese erbbiologischen Funktionen als Statistik und Kasuistik. Vgl. Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 323–336. Weiterführend Labouvie, Eva: Lebensfluss – Schwangerschaft, Geburt und Blut (16. – 19. Jahrhundert). In: Braun, Christina von/Wulf, Christoph (Hrsg.): Mythen des Blutes, Frankfurt 2007, S. 204–226; Labouvie, Eva: Schwangerschaft – Elternschaft – Familie. Zur Familiarisierung des Ungeborenen und Geborenen (1500 – 1800). In: Wulf, Christoph/Hänsch, Anja/Brumlik, Micha (Hrsg.): Das Imaginäre der Geburt. Praktiken, Narrationen und Bilder, München 2008, S. 149–170.

¹²⁸⁷ Vgl. Kap. 4.1. Weiterführend siehe Goddard, Henry Herbert: Die Familie Kallikak. Eine Studie über die Vererbung des Schwachsinn, Langensalza 1914. Hierzu Gerhard, Ute: Nomadische Bewegungen und die Symbolik der Krise. Flucht und Wanderung in der Weimarer Republik, Wiesbaden 1998, S. 111.

thos der „syphilitischen Verseuchung“ der nunmehr nationalsozialistischen Volksgemeinschaft und erlaubte bzw. erforderte daher eine zielgerichtete familienkasuistische Spiegelung.¹²⁸⁸

Innerhalb der Antragsstellung im Sterilisationsverfahren erfolgte der Einbezug der Familie insbesondere anhand von drei Strategien. Für den Nachweis einer familiären Erblast wurden erstens der Verwandtschaftsgrad und zweitens die Anzahl von als „erbkrank“ oder „minderwertig“ geltenden Familienmitgliedern ermittelt. Mit der Beurteilung einer genealogischen „Minderwertigkeit“ wurden die spezifischen gesundheitlichen und soziobiologischen Verfehlungen beschrieben und hinsichtlich des Vorwurfs gegen die betroffenen Frauen und Männer kontextualisiert. Auf der Grundlage dieser Übertragungsleistung konnte sowohl die genealogische Ausprägung einer familiär begründeten „Erbkrankheit“ konkretisiert als auch die von den betroffenen Personen und Familien ausgehende „erbliche Gefahr“ dramaturgisch veranschaulicht werden.

Der Nachweis eines erblich begründeten „angeborenen Schwachsinn“ war umso aussagekräftiger, je enger der Verwandtschaftsgrad war. Im Fokus der Familienanamnese standen demnach insbesondere die Familienangehörigen ersten Grades. Die vorliegenden Materialien weisen darauf hin, dass eine „erbliche Belastung“ im Sterilisationsverfahren eine weitgehende Bestätigung erfuhr, sobald bereits ein Elternteil als „erbkrank“ oder „minderwertig“ beurteilt wurde. Die im medizinischen Schrifttum prognostizierte Wahrscheinlichkeit von 30 bis 50 Prozent gewann dabei im Sterilisationsverfahren den Charakter einer gesicherten Feststellung einer „erblichen Belastung“ der Familie.¹²⁸⁹

Für die grundsätzliche Feststellung einer „Erbkrankheit“ wurde in den vorliegenden Sterilisationsanträgen ebenfalls kein Unterschied zwischen „erbkranken“ Müttern oder Vätern gemacht. Die gleichrangige Einbeziehung beider Elternteile steht jedoch im Gegensatz zu zeitgenössischen Vorstellungen der Vererbung des „angeborenen Schwachsinn“, da von einem rezessiven Vererbungsgang ausgegangen wurde und „die „Erbprognose für die Söhne schwachsinniger Mütter besonders ungünstig“

¹²⁸⁸ So Szasz, Thomas S.: Psychiatrie. Das Modell des syphilitischen Geistes. Ders.: Schizophrenie. Das heilige Symbol der Psychiatrie, Frankfurt/Main 1982, S. 10–48. Vgl. Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 328.

¹²⁸⁹ So wurde im medizinischen Schrifttum konstatiert, dass die Vererbung von „angeborenem Schwachsinn“ bei einem Elternteil etwa 30 bis 50 Prozent und bei beiden Eltern rund 90 Prozent betrage. Vgl. Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 91–92.

sei.¹²⁹⁰ In der biologischen Weitergabe von „erbkranken“ Genen wurden dementsprechend Unterschiede zwischen männlicher Zeugungsfähigkeit und weiblicher Gebärfähigkeit vorgenommen. Demgegenüber wurden konkrete geschlechtsspezifische Übertragungen von als „minderwertig“ geltenden Müttern und Vätern zu ihren Töchtern und Söhnen hergestellt.

Eine besondere Bedeutung besaß der Nachweis von „erblich belasteten“ Geschwistern, die als erbbiologisches Abbild fungierten. So stützte sich etwa die Beweisführung gegen drei Brüder aus der Nähe von Magdeburg in den Jahren 1939 und 1942 in erheblichem Maße auf den Umstand, dass den Geschwistern ein gravierendes intellektuelles und berufliches Leistungsdefizit bescheinigt wurde.¹²⁹¹ Vor allem die Feststellung einer gemeinsamen „Veranlagung“ verlieh der Antragstellung ein besonderes Gewicht. Darüber hinaus wurden im Zuge des Verfahrens zwei weitere Geschwister ermittelt, die zunächst nicht in das Verfahren einbezogen, aber denen ebenfalls erhebliche Defizite bescheinigt wurden. So galt eine Schwester als „schwachsinnig“, und ein weiterer Bruder wurde als „Bettnässer“ und als „unzuverlässig“ beschrieben.¹²⁹² Im Zuge der Ermittlungen entstand somit nicht nur ein dichtes genealogisches Erfassungsnetz, sondern es wurde zugleich ein Argumentationsnetz aufgebaut, indem individuelle Defizite auf Geschwister summarisch übertragen und Vorwürfe, wie die „Unzuverlässigkeit“, als Hinweise auf eine familiäre Belastung akzentuiert wurden. Demnach übernahmen Geschwister einerseits die Funktion von erbbiologischen Abbildern oder Doubletten. Andererseits wurden die jeweiligen Defizite oder Erkrankungen von Geschwistern untereinander gespiegelt und übertragen. Hierbei handelte es sich um eine gängige Argumentationsstrategie.

Im Gesundheitsamt Gardelegen wurden am 14. Juni 1940 zwei Brüder und eine Schwester untersucht. Zum Zeitpunkt der Untersuchung waren sie zwischen 31 und 36 Jahren alt und lebten in einer kleinen Gemeinde im Kreis Gardelegen. In den einzelnen Sterilisationsanträgen wurden konkrete Verbindungen zwischen den Geschwistern hergestellt, um die „erbliche Belastung“ zu betonen. So heißt es in der diagnostischen Einschätzung eines Bruders: „Rein äußerlich gesehen macht Proband, wie seine

¹²⁹⁰ Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 91.

¹²⁹¹ Vgl. LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 83–85.

¹²⁹² Vgl. LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 83–85.

zwei Geschwister, den Eindruck eines Schwachsinnigen.“¹²⁹³ In der Antragsbegründung zur Schwester hielt der verantwortliche Amtsarzt nahezu gleichlautend fest: „Beim Anblick dieses Mädchens sieht man, genau wie bei ihrem Bruder, dass es sich hier um eine geistesschwache Person handelt.“¹²⁹⁴ Die Beurteilung des zweiten Bruders orientierte sich an den Einschätzungen seiner Geschwister, „wenn auch der Proband weniger schwachsinnig zu sein scheint“.¹²⁹⁵ Dementsprechend überlagerte die negative Beurteilung der Geschwister die Begutachtung und verhinderte eine differenziertere Bewertung. Neben den diagnostischen Verknüpfungen und Überlagerungen ermöglichte die Feststellung einer „erblichen Belastung“ bei allen Geschwistern eine Akzentuierung der vorliegenden „Minderwertigkeit“ der Familie und der hiermit verbundenen besonderen „Fortpflanzungsgefahr“, um die Unfruchtbarmachung auch während des Zweiten Weltkrieges durchführen zu können. „Man braucht nur den Probanden und seine zwei Geschwister zu sehen, um sich sofort darüber klar zu werden, dass diese degenerierte Sippe sich nicht weiter fortpflanzen darf.“¹²⁹⁶

Die Überprüfung und die Formen des kasuistisch-genealogischen Einbezugs von Verwandten zweiten Grades, wie etwa Tanten, Onkeln oder Großeltern, wurden unterschiedlich gehandhabt und oblagen der Tätigkeit der ermittelnden Amtsärzte. Dabei war die Nachweisführung von zeitlich umfangreichen Überprüfungen des erweiterten Verwandtenkreises abhängig, welche aufgrund von personellen und zeitlichen Mängeln, Überlieferungs- und Rechercheproblemen sowie aufgrund der Unkenntnis oder des Schweigens von betroffenen Frauen und Männern insbesondere in der Anfangsphase der nationalsozialistischen Zwangssterilisation nur eingeschränkt durchgeführt werden konnten.

Prinzipiell, so lässt sich festhalten, fungierte eine konstatierte „erbliche Belastung“ in Form von Erkrankungen oder sozial-ökonomischen Auffälligkeiten von Verwandten zweiten Grades als eine zusätzliche Bestätigung des bereits bestehenden Ver-

¹²⁹³ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 203.

¹²⁹⁴ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 205.

¹²⁹⁵ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 205.

¹²⁹⁶ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 205.

dachts. Der Vererbungsgang wurde mithilfe von „Rezessivität“ oder verdeckter Anlage begründet.¹²⁹⁷ In diesem Zusammenhang entstanden jedoch größere medizinisch-psychiatrische Wertungsunterschiede, wenn bei Eltern oder Geschwistern keine stichhaltigen Hinweise, sondern eine familiäre Belastung anhand von Verwandten zweiten Grades konstruiert werden musste. So wurde in einem Verfahren gegen einen jungen Mann auf die erhebliche Belastung von Verwandten zweiten Grades der mütterlichen Seite hingewiesen, vor allem „da der Großvater des Jungen sehr jähzornig, eine verstorbener Onkel schwachsinnig und eine Cousine ebenfalls schwachsinnig“ gewesen seien.¹²⁹⁸

Zusammenfassend kann konstatiert werden, dass eine „erbliche Belastung“ vor allem durch den Nachweis eines als „erbkrank“ geltenden Familienangehörigen ersten Grades diagnostiziert wurde. In Bezug auf die abgestuften Verwandtschaftsgrade kann folgende genalogische Faustformel festgehalten werden: Die Beweiskraft einer familiär verankerten „Erbkrankheit“ war umso höher, je mehr Familienmitgliedern ersten Grades eine erbbiologisch bedingte „Minderwertigkeit“ attestiert wurde, was wiederum die formalen wie organisatorischen Interessen an einer engmaschigen Ermittlungstätigkeit hinlänglich begründete. So wurde etwa über einen jungen Mann im Juli 1940 bemerkt, dass „der Vater des Probanden sowie dessen zwei Brüder [...] schwachsinnig und geistig minderwertig“ seien.¹²⁹⁹

Im Verlauf der 1930er-Jahre wurde eine größere Anzahl von Familienmitgliedern in die erbbiologischen Überprüfungen einbezogen, was auf die organisatorische Etablierung von Ermittlungsstrukturen im Sterilisationsverfahren sowie auf Registrierungsmaßnahmen im Zuge von zeitlich parallel laufenden Erfassungs- und Selektionsmaßnahmen beruhte.¹³⁰⁰ Zugleich untermauerten die Ermittlungsergebnisse maßgebliche rassenhygienische Vorstellungen über die als „minderwertig“ geltende Familie als „Hydra“ und bestätigten die intensive Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation als notwendige Technologie zur Gesundung des deutschen Volkes. So hielt ein ärztliches Gutachten der Landesheilanstalt Uchtspringe vom Januar

¹²⁹⁷ Insofern eine Person keine Merkmale einer „Erbkrankheit“ zeigte, jedoch als „erbkrank“ geltende Familienmitglieder festgestellt wurden, galt sie als Anlageträger. Diese Personen durften laut „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ nicht unfruchtbar gemacht werden. Vgl. Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 82–83.

¹²⁹⁸ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 202.

¹²⁹⁹ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 206.

¹³⁰⁰ Vgl. Kap. 4.2.2.

1937 zu den familiären Hintergründen einer jungen Frau Folgendes fest:¹³⁰¹ Die Mutter leide an „angeborenem Schwachsinn“ mäßigen Grades, der Vater sei ebenfalls als „geistig nicht vollwertig“ anzusehen. „Von 3 Brüdern [...] wird berichtet, daß sie an angeborenem Schwachsinn leiden bzw. die Hilfsschule besuchen. [...] Nach dem Ergebnis der vorgeschichtlichen Ermittlungen entstammt (die Betroffene) einer erblich bedenklich belasteten Großfamilie. Der Vater wird als geistig nicht vollwertig geschildert. Er ist ein mehrfach vorbestrafter Trinker, der seine Familie vernachlässigt und nach den vorliegenden Schilderungen sozial heruntergekommen ist. [...] Die Mutter [...] wird als liederlich und unwirtschaftlich“ bezeichnet. Der Großvater mütterlicherseits müsse laut Gutachten als Alkoholiker gelten.¹³⁰²

Neben der reinen Anzahl von als „erbkrank“ geltenden Familienangehörigen bestand ein weiterer wichtiger Beweis darin, wenn Verwandte an „Erbkrankheiten“ im Sinne des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ erkrankt waren. Schließlich wurden ebenso soziobiologische Devianzen verzeichnet, wie etwa eine geringe Leistungsfähigkeit oder Straftaten als vermeintlich moralische Defekte. Weitere Indizien waren etwa die Heirat eines Onkels in eine als „minderwertig“ geltende Familie, die Ehe von zwei Cousinen mit kriminellen Männern sowie die uneheliche Geburt von Kindern. Demzufolge wurde der physische und psychische Befund von betroffenen Frauen und Männern durch die Beurteilung von Handlungs- und Verhaltensweisen von Verwandten ausgeschmückt, die als Ausdruck und Indizien einer als „erbkrank“ oder zumindest „minderwertig“ geltenden Erbanlage dienen konnten. Die „erbkrankverdächtigen“ Personen wurden dergestalt in eine genealogisch-kasuistische „Sippenhaft“ genommen. In Anlehnung an Gisela Bock wurden folglich die „sozialen Motive [...] auf komplexe Weise in die Logik des Erbparadigmas einbezogen“.¹³⁰³

¹³⁰¹ Vgl. LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 41.

¹³⁰² Ein vergleichbares Beispiel bildet die Darstellung einer Hilfsärztin aus Stendal im Jahr 1942. Der Vater sei „schwerer Alkoholiker“ gewesen und bereits verstorben. Die Mutter sei aufgrund von „angeborenem Schwachsinn“ sterilisiert worden. Ein Bruder des Vaters habe eine Frau aus einer erblich belasteten Familie geheiratet, ein Bruder der Mutter habe zwei mit kriminellen Männern verheiratete Töchter. Ein weiterer Bruder der Mutter habe eine Tochter, die geschieden sei und habe ein uneheliches Kind geboren. Eine weitere Tochter sei ebenso wie ihr Ehemann aufgrund von „angeborenem Schwachsinn“ sterilisiert worden. Die aus der Ehe hervorgegangenen vier Kinder seien alle wegen „angeborenem Schwachsinn“ angezeigt worden. Drei Kinder würden die Hilfsschule besuchen, gelten als arbeitsscheu und eine Tochter habe zudem eine Gefängnisstrafe wegen Arbeitsverweigerung erhalten, die aufgrund der Geburt einer unehelichen Tochter unterbrochen worden sei. Vgl. LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 118.

¹³⁰³ Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 326.

Die Feststellung einer größeren Anzahl von als „erbkrank“ geltenden Familienmitgliedern bestätigte also den Verdacht auf eine als „minderwertig“ zu gelten habende Erbanlage, bot stichhaltige rassenhygienische und soziobiologische Verknüpfungspunkte zwischen einzelnen Familienmitgliedern und hatte darüber hinaus die Funktion, die besondere familiäre erbbiologische Gefahr zu betonen.

Die Gefährdung des Volkswohls wurde teilweise mithilfe von drastischen Bewertungen dargestellt. So sprach im September 1942 eine Familienpflegerin des Gesundheitsamtes Magdeburg einer Familie jedweden Lebenswert ab. „Die Familie [...] ist ja wohl die asozialste, die es gibt. Der Vater war schon im Arbeitshaus und ist jetzt im Gefängnis, wahrscheinlich bekommt er Sicherung. Die Hilfsschullehrerin konnte bei einer kürzlichen Rücksprache wegen einer jüngeren Schwester gar nicht begreifen, daß [sie] sich vermehren dürfte und nicht längst sterilisiert ist. Sie bezeichnete sie fast als bildungsunfähig mit ihrer Stolpersprache. Unter dem Druck der jeweiligen Verhältnisse arbeitet sie jetzt, der Einfluß des mit ihr in der elterlichen Drecksbude hausenden Bräutigams ist wohl an sich ein guter. Vermehrungsgefahr ist hier sehr groß und [...] Nachwuchs muß als absolut unerwünscht bezeichnet werden, da die ganze Familie minderwertig ist.“¹³⁰⁴ Die hochgradige Abwertung stand sicherlich im Zusammenhang der Betonung der besonderen Fortpflanzungsgefahr, die seit August 1939 beschworen wurde, um ein Sterilisationsverfahren zu betreiben. Zugleich dokumentiert die familiäre Beschreibung auch die persönliche Haltung der Familienpflegerin, die ihren „Willen“ zur Unfruchtbarmachung offenbart. Diese Haltung kommt etwa in der Verwendung des Superlativs von „asozial“ ebenso wie in der Einschätzung zum Ausdruck, dass die betroffene Frau in einer „Drecksbude“ hause. Somit war angesichts der Kriegsverhältnisse, den damit verbundenen gesellschaftlichen Einschränkungen sowie den langwährenden Selektionsmaßnahmen von als „minderwertig“ geltenden Frauen und Männern sogar eine Sprache im Verwaltungsverkehr opportun geworden, die keine geschäftlich-moralischen Schranken kannte, sondern eine massive sowie auch emotional aufgeladene Entwertung transportierte und sich somit dem soziobiologischen Niveau anglich, welches als „schwachsinnig“ und „erbkrank“ geltenden Frauen und Männern zum Vorwurf gemacht wurde.

Massive sprachliche Entwertungen finden sich insbesondere in Berichten, in denen verantwortliche Gesundheits- und Familienpflegerinnen ebenso wie Lehrer oder

¹³⁰⁴ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 98.

Amtsträger selbstständig Verknüpfungen zwischen familiärer „Belastung“, Leistungsdefiziten, Geschlechtsleben und Lebenswelt herstellten. So erstattete eine Gesundheitspflegerin aus Genthin im Februar 1936 einen Ermittlungsbericht gegen eine verheiratete Frau, der auf einem Hausbesuch, der Akteneinsicht beim Bürgermeister sowie Erkundigungen in der Volksschule beruhte und die spätere Antragsbegründung weitgehend vorwegnahm. Dieser Bericht ist ein Paradebeispiel für die Herstellung von familiärer „Minderwertigkeit“ im nationalsozialistischen Sterilisationsverfahren: Der Ehemann „macht einen geistig beschränkten Eindruck. Er hat das Ziel der Volksschule nicht erreicht. Körperlich fällt auf, dass er X-Beine hat wie sein Sohn.“ Die erbkrankverdächtige Ehefrau „scheint“ intellektuell ebenfalls sehr schwach zu sein. „Sie fiel mir auf bei Anlegung eines Krüppelmeldebogens für ihren Sohn [...], wobei sie nicht die Geburtsdaten und -jahre ihrer Kinder angeben und überhaupt keine Frage richtig beantworten konnte. Ihre Häuslichkeit ist sehr einfach, aber ganz ordentlich und sauber.“ Jedoch habe sie „in sittlicher Hinsicht einen schlechten Ruf. Sie soll Umgang mit anderen Männern haben. Beweise sind hierfür jedoch nicht vorhanden.“ Zudem stamme sie aus einer „sehr berüchtigten Familie“, „die durch Generationen im Armenhaus gewohnt hat und in fast allen Gliedern als asozial, arbeitsscheu und geistig primitiv bekannt ist.“¹³⁰⁵ So seien die Eltern straffällig geworden ebenso wie einige Geschwister, zudem würde eine Schwester der Prostitution nachgehen. Die Verfasserin bezieht sowohl den Ehemann und das gemeinsame Kind als auch die Familie der betroffenen Frau in ihren Ermittlungsbericht ein und konstruierte insgesamt eine „berüchtigte“ wie „erbkrank“ Hydra, der mit der Unfruchtbarmachung symbolisch der Kopf abgeschlagen werden würde.

Die bislang beschriebenen Facetten des Einbezugs der Familie in den Nachweis einer „Erbkrankheit“ anhand von Anzahl, Verwandtschaftsgrad oder (oft unbegründeten) Vorwürfen hat den Blick bereits auf konkrete sprachliche Darstellungsformen und Übertragungsleistungen gelenkt. Auch unter Berücksichtigung von zeitlichen Entwicklungen sowie Ermittlungserfolgen können an dieser Stelle insgesamt vier unterschiedliche Beweisführungen unterschieden werden. So blieben erstens erbbiologische Einschätzungen der Familie vor allem in der Anfangszeit der nationalsozialistischen Zwangssterilisation mitunter unberücksichtigt. Infolge der Überlastung der ermittelnden Kreis- und Amtsärzte sowie auch aufgrund geringer Erfahrungswerte sowie

¹³⁰⁵ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 90.

fehlender medizinisch-psychiatrischer Kenntnisse wurde in der Frühphase häufig summarisch von „erblichen Belastungen“ in der Familie gesprochen, die nicht näher erläutert wurden.

Zweitens können konkretere Beschreibungen ausgemacht werden, indem neben gesundheitlichen insbesondere soziobiologische Auffälligkeiten und Abweichungen hervorgehoben wurden. In einem Verfahren gegen einen jungen Mann aufgrund von intellektuellen Leistungsdefiziten wurde etwa betont, dass die Mutter Analphabetin sei und keine Schule besuchte habe.¹³⁰⁶ In diesen Kontext gehört weiterhin, dass in einem Verfahren gegen eine junge Frau hervorgehoben wurde, dass „ein Bruder der Mutter [...] als Soldat Selbstmord verübt“ habe.¹³⁰⁷ Auch wurden Straftaten, Geschlechtskrankheiten oder gar die polnische Staatsbürgerschaft als Hinweise für erbbiologische Auffälligkeiten verzeichnet.¹³⁰⁸ Die Bedeutung der verzeichneten Devianzen lag weniger in den konkreten Sachverhalten, sondern in den damit verbundenen Vorstellungen einer „erblichen“ Belastung. So diente Analphabetismus als Indiz von intellektueller Leistungsschwäche, Suizide als Hinweise auf psychische Störungen und die Erkrankung an Geschlechtskrankheiten als Verdachtsmomente eines „triebhaften“ Sexuallebens, was wiederum auf Formen des „moralischen Schwachsinn“ hinweisen sollte. Dementsprechend wurden die soziale Lage des Elternhauses ebenso wie sozialökonomische Umweltbedingungen oder persönliche Leiderfahrungen von Familienangehörigen biologisiert. Damit verbunden konnten genealogische Verknüpfungen hergestellt werden, um von der soziobiologischen Delinquenz der Eltern auf die „erbliche Minderwertigkeit“ von Kindern zu schließen.

Drittens wurden schließlich Familienmitglieder mit eugenisch-rassenhygienischen, psychiatrischen wie auch gesellschaftlichen Schlüsselbegriffen markiert, wobei die mit diesen Beschreibungen transportierten konkreten erbbiologischen Vorwürfe weder gesichert noch näher ausgeführt wurden. So wurde eine familiäre Belastung etwa damit begründet, dass der Vater als „minderwertig“ gelte oder keinen „geistig vollwertigen Eindruck“ hinterlasse, die Mutter einen „schwachsinnigen Eindruck“ mache oder „der Großvater mütterlicherseits [...] angeblich gemütskrank gewesen“ und

¹³⁰⁶ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 31.

¹³⁰⁷ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 9, fol. 4.

¹³⁰⁸ Vgl. LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 76, 94.

in einer psychiatrischen Einrichtung verstorben sein soll.¹³⁰⁹ Die sprachlichen Einschränkungen verweisen auf ungesicherte Ermittlungsergebnisse, gleichzeitig betonen sie einen latenten Verdacht, erzeugen eine erbbiologische Stigmatisierung und fungieren als gewichtiges Indiz einer erblichen Belastung. Als wichtige Schlüsselbegriffe zur Beschreibung der erblichen „Belastung“ von Familienmitgliedern dienten Bezeichnungen wie „minderwertig“, „geisteskrank“, „geistesschwach“, „schwachsinnig“, „psychopatisch“, „primitiv“ oder „asozial“. Da keine konkreten Nachweise erbracht wurden, erscheint die jeweilige Verwendung als variabel und willkürlich, so dass die maßgebliche Funktion vor allem in der Kennzeichnung und Stigmatisierung einer „erblichen Belastung“ der Familie bestand. Die Bewertung von Familienmitgliedern als „minderwertig“ war ein gebräuchliches Argumentationsmittel und gewann den Charakter einer Sammelbezeichnung, um jedwede Form von soziobiologischen Abweichungen von Familienangehörigen zu kennzeichnen und die Notwendigkeit der Unfruchtbarmachung zu unterstreichen. Mit der Betonung einer „asozialen“ oder „antisozialen“ Familie wurde die besondere Schwere einer familiären soziobiologischen Verfehlung gekennzeichnet.¹³¹⁰

Die vierte Nachweisform umfasste die konkrete Darlegung und Beschreibung von familiären „Belastungen“ sowie den Verweis auf eine „Erbkrankheit“ im Sinne des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“. Unter zeitlichen Gesichtspunkten fand diese Argumentationsform seit Mitte der 1930er-Jahre stärkeren Eingang in die Antragstellung, was auf die organisatorischen und gutachterlichen Veränderungen der Sterilisationspraxis seit etwa 1935/36 verweist. Die konkrete Dokumentation von „erblichen Belastungen“ in der Familie fungierte als stichhaltiger Nachweis und war für die anschließende gerichtliche Verhandlung ausschlaggebend. Die Argumentation orientierte sich an den für den „angeborenen Schwachsinn“ gültigen Beurteilungskriterien wie intellektueller und beruflicher Leistungsfähigkeit, Geschlechtsleben und Lebenswelt. Dementsprechend fand eine doppelte erbbiologische Überprüfung statt, indem sowohl die „erbkrankverdächtigen“ Frauen und Männer als auch ihre Familienangehörigen an gleichartigen Maßstäben überprüft und gemessen wurden. Im

¹³⁰⁹ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 31; siehe auch LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 1, 3, 4.

¹³¹⁰ Vgl. Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 344. Soweit dies die überlieferten Sterilisationsanträge hergeben, erscheint die diagnostische Verwendung von „asozial“ eher seltener.

Ergebnis wurden konkrete Verknüpfungen zwischen dem gegen eine Person bestehenden Verdacht und „erblich belasteten“ Familienmitgliedern hergestellt und die jeweiligen soziobiologischen Abweichungen gespiegelt.¹³¹¹

Ein überzeugender Beweis lag vor, wenn der Großteil der Familienangehörigen eine vergleichbare „erbliche Belastung“ aufwies. Im Rahmen eines Sterilisationsverfahrens, das sich auf die geringe intellektuelle Bildung stützte, konstatierte ein Hilfsarzt des Gesundheitsamtes Calbe/Saale: „Schwester ist schwachsinnig, [weitere] Schwester [...] hat die Hilfsschule besucht. Halbbruder [...] wurde wegen Bildungsunfähigkeit wieder aus der Hilfsschule entlassen. Halbschwester [...] ist bereits [drei] mal sitzengeblieben.“¹³¹² Dergestalt erfolgte innerhalb des Sterilisationsgutachtens eine Übertragung und Gleichsetzung von festgestellten intellektuellen Defiziten, um sowohl die „erbliche Belastung“ in der Familie als auch die besondere Ausprägung des „angeborenen Schwachsinn“ der „erbkrankverdächtigen“ Person hervorzuheben.

Nach Ausweis der vorliegenden Materialien wurden in der Nachweisführung von intellektuellen und beruflichen Leistungsdefiziten keine Unterschiede zwischen Müttern, Vätern und Geschwistern gemacht. Jedoch wies die Übertragung von lebensweltlichen oder sexuellen Verstößen einen explizit geschlechts- und rollenspezifischen Charakter auf, indem Verstöße gegen tradierte Geschlechterrollen von Müttern und Vätern in der „Minderwertigkeit“ von Töchtern oder Söhnen widergespiegelt wurden.¹³¹³ Die gutachterlichen Konstruktionen einer „Erbkrankheit“ qua Geschlecht besaßen einen deduktiven Charakter, indem etwa die ungenügende Arbeitsleistung oder Straffälligkeit des Vaters auf den Sohn übertragen wurde. Demgegenüber wurde die ungenügende Erfüllung von häuslichen Pflichten von Müttern auf Töchter übertragen. Diese Spiegelungen von lebensweltlichen Verstößen waren geschlechtsspezifisch angelegt, sodass vornehmlich Verknüpfungen zwischen Müttern und Töchtern sowie Vätern und Söhnen hergestellt wurden. Dementsprechend wurden Töchter und Söhne als erbbiologisches Spiegelbild von mütterlichen und väterlichen Verfehlungen konstruiert.

¹³¹¹ So auch Gisela Bock: „In unzähligen Prozessen wurde die Erblichkeit von Defekten mit Defekten von Angehörigen begründet. Letztere konnten die gleichen sein wie beim Sterilisanden, aber auch andere und auch solche, die nicht zu den Sterilisationsdiagnosen zählten.“ Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 331.

¹³¹² LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 76.

¹³¹³ An dieser Stelle wird lediglich ein kleiner Überblick zur geschlechtsspezifisch geprägten Konstruktion von „Erbkrankheiten“ gegeben und vor allem auf die besondere Rolle von Müttern und Vätern hingewiesen, da die Bedeutung des Geschlechts in den folgenden Kapiteln ausführlich behandelt wird.

Ein deviantes Geschlechtsleben diene sowohl als grundsätzliches wie auch als geschlechtsspezifisches Übertragungsmuster. Als Kennzeichen männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“ galt daher auch eine direkte Verwandtschaftsbeziehung zwischen den Eltern. Dementsprechend wurde in einem Verfahren gegen zwei Brüder aufgrund von Leistungsdefiziten im Juni 1936 ausdrücklich vom Amtsarzt von Jerichow II darauf hingewiesen, dass die Eltern als Vetter und Base blutsverwandt seien.¹³¹⁴ Daneben bestanden geschlechtsspezifische Übertragungen, die jedoch insbesondere Frauen als Mütter betrafen, sodass eine quantitative und qualitative Unterscheidung zwischen männlichem Erzeuger und weiblicher Gebälerin vorgenommen wurde. So wurde vor allem die uneheliche Geburt von „erbkrankverdächtigen“ Frauen und Männern als wichtiges Indiz für „angeborenen Schwachsinn“ angesehen.¹³¹⁵ Der Hintergrund bestand im Verstoß von Frauen als Müttern gegen tradierte Vorstellungen von Ehe und Sexualität. Die damit verbundene Feststellung einer sexuellen Devianz von Müttern wurde auf die unehelich geborenen Töchter und Söhne übertragen. Dementsprechend diene der unverheiratete Ehestand von Müttern bei der Geburt als Beweismittel zur Begründung einer „erblichen Belastung“.

Im Zuge der diagnostischen Konstruktion eines „angeborenen Schwachsinn“ wurde vor allem die sexuelle Devianz von Müttern auf Töchter übertragen. So gewann das Geschlechtsleben der Mutter im Gutachten zu einer jungen Frau besonderes Gewicht, da sie in wilder Ehe lebe und drei illegitime Kinder geboren habe.¹³¹⁶ Um die besondere Fortpflanzungsgefahr eines 16-jährigen Mädchens unter dem Eindruck der gesetzlichen Beschränkungen seit Kriegsbeginn hervorzuheben, betonte eine Hilfsärztin im Februar 1941 ebenfalls das „abnorme“ Sexualleben der Mutter: „Es erscheint im bevölkerungspolitischen Sinne dringendst und schleunigst geraten, [das Mädchen] unfruchtbar zu machen, ehe sie ein uneheliches Kind in die Welt setzt, wozu bei ihr die größte Gefahr besteht um so mehr, da die eigene Mutter sich kräftig heruntreibt und außerdem in wilder Ehe lebt.“¹³¹⁷ Dementsprechend wurde insbesondere ein abweichendes Geschlechtsleben von Müttern auf Töchter übertragen, indem Lebens- und Beziehungsverhältnisse geschlechtsspezifisch biologisiert wurden. Die erbbiologische

¹³¹⁴ Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 9, fol. 420.

¹³¹⁵ Vgl. LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 21, 89.

¹³¹⁶ Vgl. LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 76.

¹³¹⁷ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 118.

Übertragungsleistung verfolgte nicht nur das Ziel, eine „erbliche Belastung“ zu begründen, sondern ebenso die besondere weibliche „sexuelle Triebhaftigkeit“ als Ausdruck eines spezifischen „angeborenen Schwachsinn“ von Frauen zu betonen.¹³¹⁸

Im Sinne der erbbiologischen Tautologie von zeitgenössischen, rassenhgienisch intendierten Vorstellungen von Vererbung bildeten soziale, ökonomische und intellektuelle Abweichungen von Familienmitgliedern einen essentiellen Bestandteil der Begutachtung im nationalsozialistischen Sterilisationsverfahren. Der gutachterliche Nachweis unterlag auf der einen Seite zeitlichen Veränderungen, sodass mit der Konsolidierung der Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ ab Mitte der 1930er-Jahre eine umfangreichere und detaillierte Beschreibung der Familienverhältnisse belegt werden kann. Auf der anderen Seite konnte im Hinblick auf die gutachterliche Argumentation eine genealogische Faustformel extrahiert werden. Je enger die verwandtschaftlichen Beziehungen waren und je mehr Familienmitglieder als „erbkrank“ und „minderwertig“ galten, desto höher galt die „familiäre Belastung“. Jedoch genügte häufig bereits der Nachweis der „erblichen Belastung“ eines engeren Familienmitgliedes.

Neben der quantitativen Berücksichtigung integrierte die gutachterliche Beurteilung soziobiologische Abweichungen von Familienangehörigen auch qualitativ, indem sie die medizinisch-psychiatrische Begründung eines „angeborenen Schwachsinn“ nicht nur unterstützten und ergänzten, sondern auch anleiteten. Dergestalt wurde soziale Devianz von Eltern und Kindern mit familiärer erbbiologischer „Minderwertigkeit“ begründet und umgekehrt. Diese Übertragungsleistungen können als Gleichsetzung charakterisiert werden, indem die „familiäre Erbschuld“ in den „erbkrankverdächtigen“ Frauen und Männern schlichtweg gespiegelt wurde. Dabei wurden ökonomische oder soziale Notlagen ebenso wie schwierige Erziehungs-, Wohn-, Lebens- oder Familiensituationen nicht als Umweltfaktoren identifiziert, sondern konsequent biologisiert und als Hinweise auf erbliche Belastungen betont.

Mit diesen soziobiologischen Konstruktionsformen von „Minderwertigkeit“ waren schließlich auch unmittelbare geschlechtsspezifische Verknüpfungen zwischen den „erblichen Belastungen“ von Eltern und Kindern verbunden, indem vor allem Abweichungen des Geschlechtslebens und der Lebenswelt von Müttern und Vätern auf Töchter und Söhne übertragen wurden. Im Detail konnten dabei geschlechtsspezifische Unterschiede konstatiert werden, die darauf hinweisen, dass Abweichungen von

¹³¹⁸ Vgl. auch LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 196.

Rollenvorstellungen qua Geschlecht von Vätern auf Söhne und insbesondere von Müttern auf Töchter übertragen wurden. In der Konsequenz wurden hierdurch gesellschaftliche Vorstellungen vor allem von Frauen als „triebhafter“ Dirnen manifestiert und reproduziert.

In der gutachterlichen Beweisführung diente die Familie als statistischer Parameter sowie als deskriptiver Hintergrund zur Beschreibung einer „Erbkrankheit“ im Sinne einer „syphilitischen Verseuchung“ des nationalsozialistischen Volkskörpers. Aber insbesondere im Zuge der linearen Vererbungs- und Bewertungslogik konnte der Nachweis einer gesunden Familie sowie ein guter Leumund die gutachterliche Beweisführung eines „angeborenen Schwachsinn“ unterlaufen und eine begründete Antragstellung konterkarieren. Dergestalt ließ sich der Nachweis eines „angeborenen Schwachsinn“ für einen jungen Mann im Juli 1939 nur eingeschränkt erbringen, da in der Familie keine Erkrankungen festgestellt werden konnten. „Die Eltern und Geschwister [...] sind geistig gesund und gut beleumdet. Erbleiden sind in der Sippe nicht bekannt.“¹³¹⁹

Der Nachweis einer erbgesunden Familie behinderte somit nicht unwesentlich die diagnostische Beweisführung im Sterilisationsverfahren und erforderte einen erbiologischen „Kunstgriff“. So konstatierte im März 1941 ein Psychiater der Landesheilanstalt Uchtspringe: „Bei einem so einwandfrei nachweisbaren angeborenen Schwachsinn kann die Familienanamnese nicht entscheidend sein, weil der Erbgang des angeborenen Schwachsinn es wohl zulässt, dass in der Verwandtschaftsnähe keine echten Fälle von Schwachsinn nachweisbar sind.“¹³²⁰ Dem Hinweis auf den Erbgang lag die Vorstellung zugrunde, dass die „erbkranken“ Gene des „angeborenen Schwachsinn“ nicht immer dominant, sondern auch „rezessiv“ und „verdeckt“ weitergegeben werden konnten und Generationen „übersprangen“. „Hinter dem ‚gesunden Phänotyp‘ der Geheilten oder ‚leichten Fällen‘ postulierte man einen ‚kranken Genotyp‘, und wo ‚Krankheit‘, ‚Vererbung‘ oder beide nicht plausibel erschienen, kam ‚Rezessivität‘ zu Hilfe.“¹³²¹

Trotz der flexiblen Auslegung des Vererbungsganges erschienen jedoch häufiger Zweifel, und es entstanden gutachterliche und damit einhergehende gerichtliche

¹³¹⁹ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 41; siehe auch LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 228.

¹³²⁰ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 145.

¹³²¹ Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 328.

Probleme, ob es sich um eine exogen erworbene Form von „Schwachsinn“ handeln könnte, etwa ausgelöst durch Erkrankungen in der frühkindlichen Entwicklung. Ein Hilfsarzt am Gesundheitsamt Gardelegen hielt im September 1943 zu einer jungen Frau fest, dass sie erhebliche intellektuelle Defizite und „zweifellos ein recht niedriges“ moralisches Niveau aufweise.¹³²² Hintergrund des amtsärztlich betonten „moralischen Schwachsinn“ war die Erkrankung an einer Geschlechtskrankheit, die Feststellung eines „liederlichen Lebenswandels“ und die angebliche sittliche Haltlosigkeit. Dementsprechend wies die junge Frau nahezu paradigmatisch alle Beweiskriterien des „angeborenen Schwachsinn“ auf. Da jedoch keine familiäre Belastung nachgewiesen werden konnte, wurde ein fachpsychiatrisches Gutachten durch die Landesheilanstalt Uchtspringe angeordnet. In einer Beurteilung vom 1. Februar 1944 wurden die Vorwürfe gegen die junge Frau weitgehend bestätigt, jedoch stehe die Familie in „bestem Ruf“. „Die Sippe ist nicht nachweislich krank. Die Geschwister sind sogar durchschnittlich begabt. Dies allein wäre jedoch nicht ausschlaggebend.“¹³²³ Jedoch habe die Untersuchung des Zwillingsbruders eine normale Entwicklung ergeben, hingegen leide die betroffene Frau zusätzlich an Muskelschwund, habe eine gestörte Sprache und sei Linkshänderin. „Beide Befunde lassen sich eindeutig erklären als Reste einer frühkindlichen Schädigung der linken Gehirnhälfte [...]. Der Nachweis eines angeborenen Schwachsinn, also einer Erbkrankheit, hat sich somit nicht führen lassen.“¹³²⁴

Vergleichbare psychiatrische Untersuchungen aufgrund einer positiven erbbiologischen Einschätzung der Familienangehörigen finden sich in Verfahren zum „angeborenen Schwachsinn“ jedoch selten. Stattdessen wurde in Sterilisationsverfahren gegen Frauen und Männer, in denen keine offensichtlichen und schwerwiegenden Devianzen von Familienmitgliedern konstatiert werden konnten, unterschiedliche erbbiologische Kunstgriffe wie „Rezessivität“, „Manifestationswahrscheinlichkeit“ oder „Penetranz“ angeführt, um die Erblichkeit einer „Erbkrankheit“ im Sinne des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ zu begründen. „Die Erfahrungstatsache, dass Kranke gesunde Kinder und Gesunde kranke Kinder haben können, dass also eine psychische Störung ‚kein Gradmesser‘ für ihr Vorkommen bei den Nachkommen sei, sprach nicht gegen eine Zwangssterilisation, sondern wurde zur Begründung für die

¹³²² LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 120.

¹³²³ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 120.

¹³²⁴ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 120.

besonders dringliche Sterilisation gerade der zahlreichen ‚leichten Fälle‘.¹³²⁵ Sobald ein hinreichend begründbarer negativer Befund von Familienangehörigen vorlag, galt die ‚erbliche Belastung‘ der Sippe als gesichert und ‚gute‘ oder unauffällige Erbprognosen von Verwandten blieben weitgehend unberücksichtigt.

5.4.2.2 *Intellektuelle und berufliche Leistungsfähigkeit*

Ein zentrales Beurteilungskriterium des ‚angeborenen Schwachsinn‘ sowie auch der übrigen gesetzlich definierten ‚Erbkrankheiten‘ war die individuelle Leistungsfähigkeit.¹³²⁶ Die Begutachtung des Leistungspotenzials orientierte sich maßgeblich an den intellektuellen Fähigkeiten. Damit einhergehend wurde auf der einen Seite die berufliche Leistungsfähigkeit anhand des Arbeitsfeldes und Tätigkeitsprofils taxiert. Auf der anderen Seite fand eine Überprüfung von sozialen Eigenschaften und Verhaltensweisen statt, um den gesellschaftlichen Nutzen zu bewerten. Der vielfältig auslegbare ‚Verstandesausfall‘ bildete in der Begründung des ‚angeborenen Schwachsinn‘ den entscheidenden Konnex in Form eines argumentativen Bindegliedes und Erklärungsmusters, da mangelndes Denkvermögen nicht nur eine begrenzte Arbeitsfähigkeit bedingte, sondern ebenso eine ‚Verkümmerung der Gesamtpersönlichkeit‘ begründete, die sich sowohl im Arbeitsleben als auch im Geschlechtsleben und in der Lebenswelt widerspiegelte.¹³²⁷ Die Konstruktionsgrenzen zwischen familiärer Veranlagung, Verstandesausfällen, Unproduktivität, ‚abnormem‘ Geschlechtsleben sowie ‚anormaler‘ Lebenswelt waren in der gutachterlichen Herstellung von männlicher und weiblicher ‚Minderwertigkeit‘ fließend. Im vorliegenden Kapitel wird insbesondere die Konstruktion von intellektuellen und beruflichen Leistungsdefiziten behandelt.

Der Nachweis von intellektuellen Defiziten im Sterilisationsverfahren war durch unterschiedliche Probleme gekennzeichnet. Diese wurden etwa durch divergierende medizinisch-psychiatrische Vorstellungen und Begriffsbildungen von Intelligenz und Verstand, durch die unklare definitorische Unterscheidung von ‚angeborenem Schwachsinn‘ als ‚Erbkrankheit‘ und geringeren intellektuellen Fähigkeiten sowie schließlich durch Messinstrumente wie Intelligenzprüfungen und ihre praktische

¹³²⁵ Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 332.

¹³²⁶ Einen Überblick bieten Gütt/Rudin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 91–96. Weiterführend Dubitscher: Schwachsinn. Mit Blick auf die diskursive Entstehung und Ausprägungen des modernen Leistungsbegriffs siehe Verheyen, Nina: Die Erfindung der Leistung, Berlin 2018, S. 7–24, 127–190.

¹³²⁷ Vgl. etwa Gütt/Rudin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 91–96

Anwendung hervorgerufen.¹³²⁸ Dabei herrschte insgesamt in der deutschen Psychiatrie keine Einigkeit darüber, welche genaue Ausprägung und welchen Umfang intellektuelle Defizite innerhalb der Krankheitsbilder der Oligophrenie und des „angeborenen Schwachsinn“ einnahmen, sodass Gedächtnis- und Verstandesmängel, eine geringe Urteils- und Kombinationsfähigkeit, mangelnde Sprache und Begriffsbildung, ungenügende Raumvorstellungen und Phantasie sowie Aufmerksamkeitsdefizite in unterschiedlichem Maße gewichtet wurden. Dementsprechend bestand weder Konsens in der medizinisch-psychiatrischen Definition von Intelligenz noch in der gutachterlichen Beurteilung von „Intelligenzdefekten“. Demgegenüber fungierte als wichtiges eugenisch-rassenhygienisches Leitmotiv die Furcht vor einem intellektuellen Niedergang des Volkkörpers.¹³²⁹

Die Beurteilung von Verstandesaufällen innerhalb der Krankheitsgruppe der „Oligophrenie“ erfolgte anhand von „idiotisch“, „imbezill“ und „debil“ als Erkrankungsgraden. Die jeweiligen Grenzen zwischen den Graden waren fließend und umfassten die vollständige Bildungsunfähigkeit (Idiotie), die stark begrenzte Bildungsfähigkeit (Imbezillität) sowie eingeschränkte intellektuelle Fähigkeiten (Debilität).¹³³⁰ Im Hinblick auf die Einteilung der jeweiligen Grade von Verstandesaufällen bestand insbesondere für die Feststellung von Debilität ein gutachterliches Dilemma, da die Grenze zu geringen, von der Norm abweichenden Intelligenzmängeln, die jedoch nicht als Krankheitssymptome einer debilen Ausprägung der Oligophrenie galten, kaum gezogen werden konnte. In der Konsequenz wurde debil sowohl für die Bezeichnung von leichten Fällen „angeborenen Schwachsinn“ als auch für Grenzfälle sowie geringfügige Verstandesaufälle verwendet.¹³³¹ Ein vergleichbares Schicksal teilte die Verwendung von „beschränkt“, sodass die genaue begriffliche Unterscheidung von Debilität, Beschränktheit und sogenannter „landläufiger Dummheit“ bis 1945 ungeklärt blieb.¹³³² Entsprechend der definitorischen Schwierigkeiten konstatierte auch der Gesetzeskommentar nebulös: „Die Grenze der Debilität (leichter Schwachsinn) nach der

¹³²⁸ An dieser Stelle kann keine ausführliche Darlegung der zeitgenössischen Diskussionen über die unterschiedlichen Klassifizierungen von „angeborenem Schwachsinn“ vorgenommen werden.

¹³²⁹ Weiterführend etwa Haller/Niggeschmidt: Der Mythos vom Niedergang der Intelligenz.

¹³³⁰ Die Bemessung erfolgte anhand des festgestellten Intelligenzalters, das bei Idiotie maximal zwei Jahre, bei Imbezillität zwischen zwei und sieben Jahren und bei Debilität zwischen neun und zwölf Jahren betrug. Den Begriff des Intelligenzalters hatte Alfred Binet geprägt und den Binet-Test eingeführt. Weiterführend Guthke, Jürgen: Ist Intelligenz messbar? Einführung in Probleme der psychologischen Intelligenzforschung und Intelligenzdiagnostik, 2. Aufl., Berlin 1980.

¹³³¹ Vgl. Grunau: Schwachsinn im Erbgesundheitsverfahren.

¹³³² Vgl. LASA, C 136 Erbgesundheitsobergericht Naumburg, Nr. 4: Gutachten über Feststellungen von Erbkrankheiten, Wiederaufnahmeverfahren usw. (1940–1941), fol. 40–43.

landläufigen Dummheit hin zu ziehen, wird praktisch nicht immer leicht zu ziehen sein, aber sie muss nach medizinischen Grundsätzen erfolgen, da der Standpunkt des Gesetzes, das nur von der Unfruchtbarmachung der krankhaften Zustände spricht, maßgebend ist.“¹³³³

Mit der begrifflich-definitiven Beliebigkeit und Variabilität, die zugleich eine breite Auslegung von geringen intellektuellen Fähigkeiten erlaubte, war zugleich das Problem der Vermessung von Verstandesleistungen mithilfe von Intelligenzprüfungen verbunden.¹³³⁴ Die Kritik an solchen Intelligenzprüfungen betonte auf der einen Seite, dass eine genaue Unterscheidung zwischen „Debilität“ und geringen intellektuellen Fähigkeiten nicht erfolgen könne. Auf der anderen Seite würden auch die schematische und unsachgemäße Durchführung und Auswertung eine überhöhte Debilitätsrate produzieren.

Die fluiden Bemessungsgrenzen in Verbindung mit einer unzureichenden psychiatrischen Ausbildung der antragstellenden Kreis- und Amtsärzte führte bereits frühzeitig zur Kritik an den Beurteilungsverfahren. Neben den verzweifelten Einwänden von betroffenen Frauen und Männern kritisierten ebenso Mediziner und Juristen die Verfahrensweisen zur Feststellung von „angeborenem Schwachsinn“. Als scharfer Kritiker versuchte Martin Grunau, Vorsitzender des Erbgesundheitsobergerichts Kiel, in einer kurzen Besprechung aus dem Jahr 1935 eine handhabbare Definition von Verstandesausfällen innerhalb des „angeborenen Schwachsinn“ anzubieten: „Einigermaßen zutreffend wird man den Begriff der Intelligenz als die Summe der Anlagen fassen, auf deren Vorhandensein die Möglichkeit von Intelligenzleistungen beruht.“¹³³⁵ Als Beurteilungsmaßstab könne „nur die Art und Menge von Verstandesleistungen angenommen werden, die den einzelnen befähigen, sich innerhalb der durch Herkommen und Bildung für ihn gegebenen Verhältnisse des Lebens zu behaupten“.¹³³⁶ Die Auseinandersetzungen um Gewichtung wie Nachweisführung hatten schließlich seit 1936 zum Ergebnis, dass in Erbgesundheitsverfahren aufgrund von „angeborenem

¹³³³ Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 94.

¹³³⁴ Vgl. Kap. 5.2. Grunau: Schwachsinn im Erbgesundheitsverfahren; weiterführend Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 311–312.

¹³³⁵ Grunau: Schwachsinn im Erbgesundheitsverfahren.

¹³³⁶ Grunau: Schwachsinn im Erbgesundheitsverfahren, S. 770. Martin Grunau betonte die gutachterliche Berücksichtigung einer sozialen und ökonomischen „Lebensbewährung“. Die Beurteilung von intellektuellen Defiziten müsse in der Summe betrachtet werden und in Beziehung zu den sozialen Umweltbedingungen der betroffenen Personen gestellt werden. Weiterhin würde eine erbbiologische Manifestierung des „angeborenen Schwachsinn“ aufgrund von „Intelligenzdefekten“ mit einer „Verkümmerung der Gesamtpersönlichkeit“ einhergehen.

Schwachsinn“ die individuelle „Lebensbewahrung“ stärker überprüft und als Entlassung berücksichtigt werden sollte. Die Bedeutung der Intelligenz trat spätestens zu diesem Zeitpunkt zugunsten des individuellen Nutzens für die nationalsozialistische Volksgemeinschaft in den Hintergrund.¹³³⁷

Die variable Auslegung und Definition von Verstand und Intelligenz einschließlich ihrer medizinisch-psychiatrischen Bewertung erscheinen als charakteristische Wesenszüge der nationalsozialistischen Sterilisationsdiagnostik, die sich nicht einseitig an medizinisch-psychiatrischen Wissensbeständen, sondern vor allem an einem rassenbiologischen Utilitarismus orientierte, denn: „Die Sterilisationsdiagnostik war eine soziale, staatliche Indikation im Sinn von ‚Wert‘ für das Volksganze.“¹³³⁸

Die Intelligenzprüfung wurde im Rahmen der Begutachtung und Antragstellung durchgeführt. Die Ergebnisse wurden durch Berichte und Einschätzungen von Lehrern, Arbeitgebern oder Gesundheitspflegerinnen ergänzt. „Man wird eben nicht schematisch nach den Ergebnissen einseitiger Gesichtspunkte und Prüfungsarten, sondern nur unter Berücksichtigung aller Hilfsquellen, welche für die Beurteilung von Art und Grad eines Schwachsinn zugänglich sind, zu dem Vorschlag einer Unfruchtbarmachung kommen.“¹³³⁹ Die Beurteilung der intellektuellen Leistungsfähigkeit beruhte somit nicht ausschließlich auf der durchgeführten Intelligenzprüfung, sondern es wurden zugleich Beziehungen zu beruflichen, persönlichen und sozialen Entwicklungen herausgestellt.

Die unzureichende Beantwortung von einzelnen Aufgabengebieten, wie etwa im Allgemeinwissen oder im schulischen und beruflichen Wissen, lieferte nach Ansicht der begutachtenden Ärzte hinreichende Anhaltspunkte für „krankheitsbedingte Intelligenzdefekte“. Versagen bedeutete dabei, dass die betroffenen Frauen und Män-

¹³³⁷ Vgl. Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 323. Jedoch hatte bereits der Gesetzeskommentar aus dem Jahr 1934 darauf hingewiesen, dass bei einem uneindeutigen Ergebnis der Verstandesleistungen auch das Sozialverhalten einbezogen werden müsse. „Jedenfalls wird bei mäßigem oder geringerem intellektuellen Schwachsinn stets auch noch das Ergebnis der sonstigen psychischen Prüfung, der Charakterprüfung, des ganzen Erfolges in der Schule, im Beruf und Leben, das Verhalten gegen die Rechtsordnung usw. entscheidend in Erwägung gezogen werden müssen.“ Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 94.

¹³³⁸ Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 322.

¹³³⁹ Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 94.

ner einen Teil der Prüfungsfragen nicht oder nur eingeschränkt beantworten konnten.¹³⁴⁰ So hielt der Amtsarzt von Gardelegen eine junge Frau im Juli 1938 für „erbkrank“, da sie trotz guter „Urteils- und Combinationsfähigkeit [...] völlig im allgemeinen Lebenswissen“ versagt habe.¹³⁴¹

Als ein wichtiges Beurteilungskriterium von geringen intellektuellen Fähigkeiten dienten bereits unzureichende sprachliche Fähigkeiten. Hierzu gehörten vor allem die Lese- und Schreibfähigkeit.¹³⁴² Die Feststellung von Analphabetismus bildete dabei bereits einen entscheidenden Hinweis auf einen „krankhaften Intelligenzdefekt“. So galt ein junger Mann als bildungsunfähig und somit als „schwachsinnig“ im Sinne des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“, da in seiner achtjährigen Schulzeit keine Bildungserfolge erzielt worden seien. „Er kann weder lesen noch schreiben, nur Buchstaben versteht er zu schreiben.“¹³⁴³

Die diagnostische Begründung eines Sterilisationsantrages vom Juli 1942 konstatierte ebenso: „Angeborener Schwachsinn. Begründung: Die Untersuchte zeigt erhebliche Ausfälle, die besonders beim Schreiben und Lesen in Erscheinung treten.“¹³⁴⁴ Ein weiterer gewichtiger Anhaltspunkt für Verstandesausfälle waren ungenügende mathematische Kenntnisse, sodass die mangelnde Fähigkeit zur Anwendung von schulischen Grundkenntnissen wie Lesen, Schreiben und Rechnen als ein maßgebliches Beurteilungskriterium von geringen intellektuellen Fähigkeiten diene. „Das Schulwissen ist ganz beängstigend gering. Schreiben kann er mit Ausnahme seines Namens kein Wort, auch Lesen kann er nicht.“¹³⁴⁵

Demnach fungierte das erworbene Schulwissen als maßgebendes Beurteilungskriterium, und geringe sprachliche sowie mathematische Kenntnisse dienten ebenso wie ein niedriger Schulabschluss als hinreichende Beweise für erhebliche „Intelligenzdefekte“. So wurde die Diagnose einer jungen Frau im Jahr 1943 damit begründet, dass sie „erhebliche Ausfälle“ zeige, „die besonders beim Schreiben und

¹³⁴⁰ Die durchgeführten Intelligenzprüfungen besitzen nur einen begrenzten Aussagewert. Deshalb werden an dieser Stelle nur wenige Ergebnisse aus Intelligenzprüfungen im Rahmen nationalsozialistischer Sterilisationsverfahren konkret eingebunden. Zudem liegt der Fokus der vorliegenden Untersuchung auf der Konstruktion einer „Erbkrankheit“ durch die begutachtenden Ärzte.

¹³⁴¹ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 190.

¹³⁴² Zur Beschreibung des Verhaltens von als „erbkrank“ geltenden Frauen und Männern siehe Kap. 5.3.3; Kap. 8.3.

¹³⁴³ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 72.

¹³⁴⁴ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 22.

¹³⁴⁵ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 31.

Rechnen in Erscheinung treten. In der Schule hat sie weitgehend versagt.“¹³⁴⁶ Die Diagnosebegründung eines jungen Mannes aus dem Jahr 1944 betonte ebenfalls, dass er vor allem ein „starker Schulversager“ gewesen sei.¹³⁴⁷

Neben der Überprüfung des Schulwissens wurde die Anwendung von intellektuellen Fähigkeiten getestet. Als gutachterliche Konstruktionsgehilfen stand die ungenügende Beantwortung von Fragen zur Orientierung, zum allgemeinen Lebenswissen oder zur Urteils- und Merkfähigkeit zur Verfügung. „Die Intelligenzprüfung hat einige ziemlich grobe Ausfälle nicht nur des Wissens, sondern besonders auch in ihrer Vorstellungswelt ergeben.“¹³⁴⁸ Die Betonung einer ungenügenden „Vorstellungswelt“ rekurrierte auf der einen Seite auf die unzulängliche Erfüllung von tradierten Geschlechterrollen in Haushalt, Erziehung und Arbeitsleben. Auf der anderen Seite wurde eine unzureichende gesellschaftliche Eingliederung und Teilhabe konstatiert, die auf den geringen intellektuellen Fähigkeiten beruhe. Neben der Negierung einer adäquaten Vorstellungswelt als maßgebliches subjektstituierendes Kriterium wurden „Verstandesmängel“ als Merkmale einer Lebensuntauglichkeit angesehen, indem den betroffenen Frauen und Männern die Bewältigung alltäglicher Aufgaben abgesprochen wurde.

So wurde gegenüber einer jungen Frau, der vom Schulleiter einer Volksschule bei Salzwedel ungenügende schulische Leistungen attestiert wurden, vom verantwortlichen Amtsarzt im Frühjahr 1944 festgehalten, dass sie nicht in der Lage sei, einfache Rechenaufgaben zu lösen. Sie könne ihr Geburtsjahr nicht angeben, und Geldstücke seien ihr ebenfalls unbekannt. Aus diesen Ergebnissen zog er die Schlussfolgerung, dass sie „die allereinfachsten allgemeinsten Fragen des täglichen Lebens nicht“ beantworten könne.¹³⁴⁹ Im Sinne der Bewältigung eines spezifisch weiblichen Alltags sei sie nach Ansicht des Arztes nicht in der Lage, den Haushalt und die Versorgung von Kindern zu gewährleisten. Die Diagnosebegründung eines jungen Mannes vom Juli 1940 lautete ebenso: „Der Ausfall der Intelligenzprüfung ergab eine erhebliche Minderung der intellektuellen Fähigkeiten. Es besteht Unfähigkeit, einfachste Fragen des

¹³⁴⁶ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 22.

¹³⁴⁷ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 50.

¹³⁴⁸ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 120.

¹³⁴⁹ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 1.

allgemeinen Lebens zu beantworten.“¹³⁵⁰ Im Gegensatz zu Frauen zielte die Beurteilung von Männern auf eine Abwertung von beruflichen Leistungen und einer adäquaten Eingliederung in den männlich dominierten Arbeitsalltag.

Die Begutachtung von intellektuellen Fähigkeiten umfasste schulische Leistungen wie auch die Begabung, die die Möglichkeit zur aktiven gesellschaftlichen Teilnahme, zur häuslichen Versorgung sowie einer qualifizierten Berufstätigkeit widerspiegeln würden. Hierzu wurden die festgestellten intellektuellen und sozialen Defizite miteinander verknüpft, um die besondere Schwere von Intelligenzdefiziten zu betonen. Dabei wurden den betroffenen Frauen und Männern aber nicht nur ein hinreichender Verstand, sondern ebenso die intellektuellen Fähigkeiten abgesprochen, als Frauen und Männer zu agieren. In der Konsequenz fand eine vollständige Negierung von menschlichen Eigenschaften statt: „Auch ihren Namen kann sie nur zum Teil schreiben, sonst kann sie auch nicht schreiben. Sie weiß nicht, wie alt sie ist. Rechnen kann sie überhaupt nicht, auch nicht mit Hilfe der Finger. Auch auf die einfachsten Fragen weiß sie keine Antwort. Gedächtnis ist überhaupt nicht vorhanden. Sie weiß im nächsten Augenblick nicht, was man ihr kurz zuvor gesagt hat.“¹³⁵¹

Die Beurteilung von intellektuellen Fähigkeiten wurde durch die Beschreibung von Verhaltensweisen und der Anteilnahme an der Intelligenzprüfung ergänzt. Ein Großteil der Beschreibungen korrelierte mit den Ergebnissen des Intelligenztests, sodass am Beispiel von abwertend beschriebenen Verhaltensweisen die festgestellte geringe Leistungsfähigkeit bestätigt wurde. Die Einschätzungen von Verhaltensweisen besitzen unterschiedliche Grade, um die intellektuellen Defizite zu betonen. Zu einer Frau wurde etwa vermerkt: „Sie überlegt immer sehr lange, ohne in den meisten Fällen zu einem Ergebnis zu kommen.“¹³⁵² Gegenüber einem Mann wurde konstatiert: „Gedankenablauf sehr langsam, fast möchte man sagen, der Untersuchte habe überhaupt keine Gedanken.“¹³⁵³ Eine prägende Bedeutung besaßen die im Intelligenzprüfungs-

¹³⁵⁰ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 206.

¹³⁵¹ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 75.

¹³⁵² LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 76.

¹³⁵³ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 89.

bogen vorgegebenen Beschreibungen, die in hohem Maße auf eine Abwertung der betroffenen Frauen und Männer abzielten.¹³⁵⁴ Differenzierte Bewertungen der in der Intelligenzprüfung gezeigten Leistungen finden sich sehr selten, und nur in wenigen Fällen wurden die Untersuchungssituation und die persönliche Lage zugunsten der betroffenen Frauen und Männer berücksichtigt. So würde eine junge Frau zumindest versuchen, der Untersuchung zu folgen, jedoch ermüde sie leicht und ließe sich ablenken. „Dies ist bes[onders] auffällig beim Rechnen, wo sie einen Teil der einfachsten Aufgaben falsch löst, ganz augenscheinlich geraten. Die Ergänzungsprobe wird einigermaßen befriedigend gelöst, sie braucht allerdings sehr lange Zeit dazu.“¹³⁵⁵

Die Beschreibung von Verhaltensweisen und die Stigmatisierung der betroffenen Frauen und Männer als „schwachsinnig“ aufgrund der Ergebnisse der Intelligenzprüfung wurden weiterhin durch Notizen zum Aussehen verdichtet, indem die verantwortlichen Ärzte ihren persönlichen Eindruck verzeichneten. So würden „erbkrankverdächtige“ Frauen und Männer einen „primitiven“, „eigenartigen“ oder „schwachsinnigen“ Eindruck hinterlassen.¹³⁵⁶

In Ergänzung der Testergebnisse sowie der Beschreibung von Verhaltensweisen wurde innerhalb der Sterilisationsanträge demnach ein Bild von Frauen und Männern hergestellt, in denen medizinisch-psychiatrische Bemessungsgrundsätze, soziale und persönliche Vorurteile sowie diskursive Vorstellungen von intellektueller „Abnormität“ eine Symbiose eingingen. Insofern spiegeln die in den Intelligenzprüfungen gewonnenen Ergebnisse weniger die intellektuellen Leistungen der betroffenen Frauen und Männer wider, sondern vor allem die gegenüber diesen Personen kursierende rasenhygienisch intendierte Parteilichkeit und Voreingenommenheit.

Der gutachterliche Einbezug von Ergebnissen der Intelligenzprüfungen in die Begründung des Sterilisationsantrages erfolgte in unterschiedlicher Form und umfasste kurze Beschreibungen, wie etwa eine „stark mangelnde Intelligenz“ oder „erhebliche Verstandesausfälle“.¹³⁵⁷ Teilweise wurde den festgestellten Mängeln ein großer Umfang gewährt, sodass die einzelnen Defizite im Zusammenhang der Diagnose-

¹³⁵⁴ Dementsprechend wurde das Verhalten häufig als „ablehnend, stumpf, gleichgültig, kindlich, läpisch oder apathisch“ beschrieben. Vgl. Kap. 5.2.

¹³⁵⁵ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 118.

¹³⁵⁶ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 92, 13 LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 86.

¹³⁵⁷ Siehe etwa LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 68, 220.

begründung sehr ausführlich beschrieben wurden und wortwörtlich Eingang in die Urteile der Erbgesundheitsgerichte fanden. In verhältnismäßig wenigen Sterilisationsanträgen wurden eine Unterscheidung zwischen Idiotie, Imbezillität oder Debilität sowie eine Bemessung des Intelligenzalters vorgenommen. Beispielsweise zeige ein junger Mann „das Gesamtbild eines Debilen, der auf der geistigen Entwicklungsstufe eines etwa 9jährigen Kindes steht“.¹³⁵⁸

Der Hintergrund der geringen Verwendung von medizinisch-psychiatrischen Fachbegriffen zur graduellen Unterscheidung von intellektuellen Fähigkeiten muss vor allem in der unzureichenden psychiatrischen Qualifikation der verantwortlichen Amtsärzte gesehen werden. Da ihnen eine hinreichende psychiatrische Ausbildung und das entsprechende Vokabular fehlten, umschrieb ein Großteil der Amtsärzte die intellektuellen Defizite der betroffenen Frauen und Männer mit medizinischen und populären Bezeichnungen. Weiterhin kennzeichneten sie geringe intellektuelle Leistungen mit sehr drastischen Bezeichnungen, um dem Gutachten und Antrag ein größeres Gewicht zu verleihen und die Erfolgsquote vor Gericht zu erhöhen. Die Sterilisationsanträge von psychiatrischen Fachärzten weisen demgegenüber teilweise eine andere Qualität auf, indem sich die Kennzeichnungen von intellektuellen Defiziten stärker an der fachlichen Qualifikation orientierten. So konstatierte etwa ein Psychiater der Landesheilanstalt Neu-Haldensleben im März 1935 gegenüber einer 30-jährigen Frau, dass sie die Dorfschule mit 14 Jahren verließ. Die Imbezillität wäre „in der verzögerten und außerordentlich gehemmten und gestörten Entwicklung der Betroffenen auf geistig-seelischem Gebiete“ erkennbar.¹³⁵⁹

Die Überlieferung lässt insgesamt den Schluss zu, dass vor allem Frauen und Männern aus ländlichen Regionen der preußischen Provinz Sachsen der Vorwurf ungenügender intellektueller Fähigkeiten gemacht wurde. Hierfür sprechen die Sterilisationsanträge des Gesundheitsamtes Gardelegen, das in hohem Maße einen Verstandesausfall damit begründete, dass die betroffenen Frauen und Männer weder lesen noch schreiben könnten.¹³⁶⁰ Umweltfaktoren wie die soziale und wirtschaftliche Situation der Eltern oder die Erreichbarkeit sowie Qualität von schulischen Einrichtungen sowie die unbekannte Prüfungssituation im Gesundheitsamt wurde kaum berücksichtigt.

¹³⁵⁸ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 22.

¹³⁵⁹ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 73.

¹³⁶⁰ Vgl. v.a. KrA Salzwedel, Bestand Gardelegen, Gesundheitswesen (GW), einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z).

Dementsprechend fanden eine frühe Arbeitstätigkeit, etwa zur Unterstützung der Eltern in ländlichen Regionen, oder die begrenzten Erziehungs- und Versorgungsmöglichkeiten von Kindern und Jugendlichen keine Erwähnung.

Ein weiterer wichtiger Nachweis von Intelligenzdefiziten erfolgte anhand des besuchten Schultyps, des Schulabschlusses sowie auf der Grundlage von Zeugnissen und Einschätzungen über die schulischen Leistungen, die von Lehrern oder Gesundheitspflegerinnen vorgenommen wurden. Dabei kann eine engagierte Mitarbeit von Lehrern und Rektoren konstatiert werden, die neben der Weiterleitung von Zeugnissen und Abschriften auch teilweise sehr umfangreiche Einschätzungen verfassten. Ein maßgeblicher Hinweis auf intellektuelle Defizite bestand in der Feststellung, dass die betroffenen Frauen und Männer eine Hilfsschule besucht hätten. „Der Erbkrankte zeigt geringes Schul- und Allgemeinwissen. Er stammt aus einer erbkranken Familie. Der Vater ist aus der untersten Klasse konfirmiert. 3 Geschwister des Erbkranken haben ebenso wie er die Hilfsschule besucht. Es besteht angeborener Schwachsinn.“¹³⁶¹

Neben dem formalen Nachweis eines Hilfsschulbesuchs übernahmen die Einschätzungen von Lehrern eine maßgebliche Funktion in der Feststellung von erheblichen intellektuellen Defiziten.¹³⁶² Auf Nachfrage äußerte sich ein Lehrer der Hilfsschule in Calbe/Saale ausführlich über die intellektuellen Leistungen eines Mädchens: Sie „ist ein stumpfsinniges Geschöpf, daß nicht gestört werden will, auch nicht im Unterricht [...]. In Rechnen und Deutsch sind die Leistungen völlig ungenügend.“¹³⁶³ Die Einschätzung umfasste jedoch nicht nur die intellektuellen Fähigkeiten, sondern auch das Verhalten, die Umgangsformen und persönlichen Interessen. Nach Ansicht des Hilfsschullehrers habe das Mädchen kaum Interessen, sondere sich von den anderen Kindern ab, sei „unbeholfen und ungeschickt in ihrem ganzen Wesen“, käme unsauber zur Schule und nässe ein.¹³⁶⁴ Bereits in dem Bericht stellte der Hilfsschullehrer einen unmittelbaren Zusammenhang zwischen intellektuellen Leistungen und einer „Verkümmerung der Persönlichkeit“ her, die er an der geringen Geselligkeit sowie den wenigen Interessen des jugendlichen Mädchens im Unterricht festmachte. Das soziale Umfeld sowie die Familiensituation blieben unberücksichtigt.

¹³⁶¹ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 7, fol. 305.

¹³⁶² Entsprechend der Gleichsetzung von geringem Intellekt und „angeborenem Schwachsinn“ wurden die Hilfsschulen der preußischen Provinz Sachsen systematisch erfasst sowie männliche und weibliche Hilfsschüler in hohem Maße in die nationalsozialistische Zwangssterilisation einbezogen. Vgl. Kap. 4.2.

¹³⁶³ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 169.

¹³⁶⁴ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 169.

Sowohl die formale Feststellung als auch die abwertenden Einschätzungen von Hilfsschullehrern über intellektuelle Defizite verliehen einem Hilfsschulbesuch einen präjudizierenden Charakter und die Charakteristik einer Generalklausel zur hinreichenden Begründung von „angeborenem Schwachsinn“. Dabei nahmen Hilfsschullehrer konkreten Einfluss auf die Sterilisationsverfahren, indem sie aufgrund der Leistungsfähigkeit eine „Erbkrankheit“ im Sinne des nationalsozialistischen Sterilisationsgesetzes konstatierten. So hielt ein Hilfsschullehrer im Januar 1935 fest, dass eine junge Frau durchschnittlich begabt gewesen sei. „Die Rechenbegabung überragte etwas die übrigen Leistungen. Auffallend war das mangelhafte Vermögen der selbständigen Reproduktion, mündlich und schriftlich [...]. Im Vergleich zu ihren beiden Geschwistern, die ebenfalls die Hilfsschule besuchten, war sie die auffallend Minderwertige betr[effend] Intelligenz und Sittlichkeit. Ich halte sie für so belastet, dass sie unter das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses fällt.“¹³⁶⁵

Im Fokus der ärztlichen Überprüfungen standen ebenfalls Dorfschulen und Volksschulen. In geringerem Maße als die Hilfsschulen wurden auch Dorf- und Volksschulen in eine systematische Erfassung einbezogen, jedoch entwickelte sich keine vergleichbare präjudizierende Stigmatisierung. Die strukturelle Einbeziehung erfolgte häufig im Rahmen von Gutachten, um sowohl den in der Sterilisationsanzeige geäußerten Verdacht als auch die Ergebnisse der Intelligenzprüfung zu ergänzen. Wichtige Überprüfungskriterien waren der schulische Erfolg, die abgeschlossenen Schulklassen sowie die Häufigkeit von wiederholten Schuljahren.

Entsprechend der prägenden Beurteilungslogik, einen „angeborenen Schwachsinn“ mit schulischem Misserfolg zu begründen, vermerkte eine Gesundheitsfürsorgeerin im Februar 1937 zu einer verheirateten Frau: „Nach Auskunft der Schule hat sie in den letzten Jahren nie ein Zeugnis erhalten, da sie geistig minderwertig ist.“¹³⁶⁶ Die Überprüfung der Schulleistungen eines jungen Mannes durch eine Gesundheitspflegerin ergab im November 1938, dass er acht Jahre die Volksschule besucht hatte. „Er ist aus der 3. Klasse entlassen worden, in die er altershalber versetzt worden ist.“¹³⁶⁷ Der geringe schulische Erfolg infolge einer wiederholten Nichtversetzung in eine höhere Klassenstufe diente als Bestätigung unzureichender intellektueller Fähigkeiten und als

¹³⁶⁵ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 222.

¹³⁶⁶ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 224.

¹³⁶⁷ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 90.

Begründung, dass der betroffene Mann keiner produktiven Arbeit nachgehen könne. „Einen Beruf hat er nicht erlernt, da er bildungsunfähig ist.“¹³⁶⁸

Ein Lehrer einer Volksschule an der Grenze zur preußischen Provinz Brandenburg sprach einem ehemaligen Schüler im Januar 1936 ebenfalls die Bildungsfähigkeit ab und argumentierte in einem etablierten rassenhygienisch-erbbiologischen Sprachduktus: „Seine Leistungen waren so minderwertig, daß sie nicht mit den Maßstäben für normale Schüler gemessen werden konnten. Ich habe ihm darum auch kein Abgangszeugnis erteilen können. Zwar hat er ein Jahr die Oberstufe der Volksschule besucht, aber doch nur aus dem Grunde, weil er unter den Grundschulern zu groß und überflüssig war [...]. Gestört hat er dauernd, er konnte eben wegen Schwachsinn nicht mitarbeiten.“¹³⁶⁹ Weiterhin stellte der Lehrer, der die Versetzung in eine höhere Klasse mit der Einflussnahme der Eltern erklärte, soziobiologische Bezüge zwischen dem geringen Intellekt und den Verhaltensweisen des jungen Mannes her, sodass das „dauernde Stören“ des Unterrichts durch den „Schwachsinn“ des Schülers verursacht worden sei. Weiterhin sei der vorliegende „Schwachsinn“ bereits im Erscheinungsbild sichtbar: „Der Landwirtssohn [...] ist ein offenbar geistig minderwertiger Mensch, ich möchte sagen: im Erscheinungsbild geistesschwach.“¹³⁷⁰

Vergleichbare Einschätzungen von Lehrern finden sich zahlreich und umfassen sowohl die gesamte Region der preußischen Provinz Sachsen als auch den Zeitraum zwischen 1933 bis 1945.¹³⁷¹ Prägendes Kennzeichen war die häufige und drastische Abwertung der Schulleistungen, indem die betroffenen Frauen und Männer von ihren verantwortlichen Lehrern als „bildungsunfähig“, als „Schulversager“ oder als „geistig minderwertig“ beschrieben wurden. Im Zuge der abwertenden Beschreibungen sahen sich die zuständigen Lehrer und Rektoren zuweilen aufgefordert, die Versetzung in

¹³⁶⁸ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 90.

¹³⁶⁹ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 74.

¹³⁷⁰ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 74.

¹³⁷¹ So übersandte der Rektor einer Volksschule in der Magdeburger Börde dem zuständigen Gesundheitsamt im Dezember 1936 das Abgangszeugnis sowie ein Zeugnis einer gewerblichen Berufsschule eines Mannes zu. Er bezeichnete das Verhalten als „gut“, hingegen seien die „geistigen Fähigkeiten sehr mangelhaft“ und der junge Mann müsse als „geistig minderwertig“ angesehen werden. Im Hinblick auf diese Beurteilung versuchte der Rektor das Erreichen der vierten Klassenstufe ebenfalls zu erklären, indem er betonte, dass der Mann „diese Klasse in Ermangelung einer Hilfsschule nur seines Alters wegen erreicht“ habe. Darüber hinaus versäumte er es ebenfalls nicht, einen konkreten Zusammenhang zwischen schulischen und beruflichen Leistungen herzustellen. „Seine Entwicklung nach der Schulzeit ist in der gleichen Bahn geblieben.“ KrA Salzwedel, Bestand Gardelegen, Gesundheitswesen (GW), einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z), Nr. 78–33.

höhere Schuljahre zu erklären, indem sie auf das Alter sowie die Interessen der Eltern hinwiesen.¹³⁷² Hierzu gehört auch die Feststellung, dass die betroffenen Frauen und Männer lediglich aufgrund des Fehlens einer Hilfsschule in einer Volks- oder Dorfschule unterrichtet worden seien. Durch die Betonung der Versetzung in höhere Schulklassen lediglich aus Altersgründen oder des Besuchs einer Volksschule aufgrund des Fehlens entsprechender Sonderschulen versuchten die verantwortlichen Lehrer, ihre profunden Einschätzungen zu untermauern, indem sie vor allem den erworbenen Schulabschluss diskreditierten und abwerteten. Weiterhin erstellten sie selbstständig Bezüge zwischen schulischen und späteren beruflichen Leistungen sowie persönlichen Verhaltensweisen und Charaktereigenschaften. Dementsprechend leisteten Lehrer in der Bewertung von intellektuellen Fähigkeiten von „erbkrankverdächtigen“ Frauen und Männern maßgebliche Unterstützungsleistungen, die nicht selten eine Sterilisationsforderung beinhalteten. Differenzierte Einschätzungen sowie der Einbezug von Umweltfaktoren fanden sich dagegen sehr selten. So erstattete ein Rektor einer Volksschule im Juni 1939 einen Bericht über einen Mann, der zu Ostern 1921 die Schule verlassen hatte. „Er wurde Schüler der zweiten Klasse der hiesigen Volksschule, die er bis zu seiner Entlassung Ostern 1921 nicht verließ. Dadurch erreichte er aber ein durchweg genügendes Abschlusszeugnis, allerdings nur der 2. Klasse [...]. Bei besseren häuslichen Bedingungen [...] hätte die Entwicklung des gutartigen Jungen sich anders gestaltet.“¹³⁷³

Die vorliegenden Ergebnisse bestätigen nicht nur die maßgebliche Bedeutung von Lehrern an der gutachterlichen Bewertung des „angeborenen Schwachsinnns“. Vielmehr haben Lehrer durch ihre Einschätzungen von intellektuellen Defiziten, die sie mit detaillierten Beschreibungen von Verhaltensweisen und zum Erscheinungsbild verbanden, eine profunde Bewertungsgrundlage von Sterilisationsverfahren bereitgestellt. Dabei eigneten sich Lehrer auch die besonderen sprachlichen Anforderungen des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ an.¹³⁷⁴ Ein besonderes Charakteristikum war die drastische Sprache, um die „Minderwertigkeit“ und „erbkranke

¹³⁷² Vgl. LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 21, 89; LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 4, 199.

¹³⁷³ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 104.

¹³⁷⁴ Die sich auf die geringen intellektuellen und beruflichen Leistungspotentiale gründenden abwertenden Stellungnahmen von Lehrern waren jedoch kein alleiniges Merkmal der nationalsozialistischen Zwangssterilisation oder von erbbiologischen Maßnahmen im Dritten Reich. Bereits in der

Veranlagung“ zu betonen. Die leidenschaftliche Form der Entwertung von Leben korrelierte mit einem Interesse an der Lösung überkommener sozialer Probleme und fand in Lehrern willfährige Unterstützer, indem sie als gewichtige Informanten aktiv an der Gestaltung der nationalsozialistischen Volksgemeinschaft mitarbeiten und somit auch zu einer soziobiologischen Aufwertung ihres Berufsstandes beitragen konnten. Im Zuge dieses neuartigen Habitus konnte ein Lehrer im April 1938 zwar immerhin mäßige Schulleistungen bescheinigen, jedoch bestünde seiner Ansicht nach eine „Minderwertigkeit“, da die Familie „belastet“ und die betroffene Frau moralisch haltlos sei.¹³⁷⁵

Die Begutachtung des schulischen Wissens und der intellektuellen Fähigkeiten wurde durch die Bewertung der beruflichen Leistungen ergänzt. Wie bereits an einigen Beispielen deutlich geworden ist, wurden die jeweiligen Ergebnisse in eine unmittelbare Beziehung gestellt, um anhand der intellektuellen Fähigkeiten und sozialen Entwicklung die individuelle und gesellschaftliche Wertlosigkeit der betroffenen Frauen und Männer zu begründen. Eine häufig anzutreffende Diagnosebegründung in Sterilisationsanträgen lautete etwa: „Der Ausfall der Intelligenzprüfung ergab eine erhebliche Minderung der intellektuellen Fähigkeiten [...]. Es besteht Unfähigkeit, einfachste Fragen des allgemeinen Lebens zu beantworten. Wurde in der Schule 4× nicht versetzt und wurde mit einem mangelhaften Zeugnis aus der 4. Klasse entlassen. In seinem Beruf kann er nur unter Anleitung seine Arbeiten verrichten. [...] Demnach ist mit großer Wahrscheinlichkeit zu erwarten, dass seine Nachkommen an schweren körperlichen und geistigen Erbschäden leiden würden.“¹³⁷⁶

Der gutachterliche Einbezug der Berufstätigkeit umfasste auf der einen Seite die berufliche Ausbildung und damit einhergehend das Arbeitsfeld und konkrete Tätigkeitsprofil. Hiermit verbunden wurden die Gründe von Arbeits- oder Berufslosigkeit überprüft. Auf der anderen Seite wurden die berufliche Tätigkeit sowie die Arbeitseinstellung bewertet. Die Bewertungskategorien orientierten sich dabei maßgeblich an der ausgeübten Tätigkeit unter dem Diktum der ökonomisch-gesellschaftlichen Leistungsfähigkeit.

Weimarer Republik fanden Abwertungen von leistungsschwachen sowie von fürsorglich oder psychiatrisch betreuten Mädchen und Jungen statt. Vgl. Zaft: Der erzählte Zögling.

¹³⁷⁵ Vgl. LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 190.

¹³⁷⁶ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 220.

Wie bereits die statistischen Ergebnisse belegen, wurden Berufs- und Arbeitslosigkeit als wichtige Indizien eines „angeborenen Schwachsinn“ bewertet. Ebenso kann eine starke Korrelation mit einer un- oder angelernten Arbeitstätigkeit konstatiert werden. Weiterhin galten einfache und mechanische Arbeitsbereiche ebenso wie unselbstständige und anleitungsbedürftige Tätigkeiten als maßgebliche Hinweise auf einen „angeborenen Schwachsinn“. So wurde etwa die geringe berufliche Leistungsfähigkeit eines jungen Mannes aus dem Kreis Stendal damit begründet, dass er keine Berufsausbildung absolviert habe und zum Zeitpunkt des Sterilisationsverfahrens lediglich als „Sandschipper beim hiesigen Flughafenbau“ angestellt sei.¹³⁷⁷ Ein junger Mann galt zwar als „solider“ und „williger“ Arbeiter. „Seine geistigen Fähigkeiten seien aber so gering, dass er nicht als vollwertiger Arbeiter zu bezeichnen sei, z. B. könne er nicht pflügen, nicht selbstständig notwendig werdende Entschlüsse fassen, sondern nur seine gewohnten, einfachsten Arbeiten verrichten, wie Kuhfüttern, gabeln und andere Feldarbeiten unter ständiger Aufsicht.“¹³⁷⁸ Gegenüber einem Mann, der bereits mehrere Jahre in einer psychiatrischen Einrichtung verbracht hatte, konstatierte der verantwortliche Psychiater, dass er lediglich als „Handlanger“ tätig gewesen sei. Innerhalb der Anstalt würde er einer regelmäßigen Tätigkeit nachgehen, „seine Leistungen sind jedoch minimal. Selbstständigkeit geht ihm vollkommen ab, er bedarf dauernd der Anleitung.“¹³⁷⁹ Die Beurteilung von geringen Arbeitsleistungen umfasste jedoch nicht nur die intellektuellen, sondern auch die physischen Fähigkeiten und verweist damit auf geschlechtsspezifische Beurteilungsweisen. Beispielsweise stützten sich Sterilisationsanträge für „angeborenen Schwachsinn“ auf die Feststellung, dass die betroffenen Männer über geringe körperliche Fähigkeiten verfügten. „Zum Landarbeiter fehlen ihm die Kräfte und die Fähigkeiten, lange zu stehen.“¹³⁸⁰

Demgegenüber wurde Frauen eine partielle Beschäftigung und vor allem die Unterstützung im familiären Haushalt als Hinweis für eine unzureichende berufliche Leistungsfähigkeit vorgehalten. So wurde einer jungen Frau im August 1938 vorgeworfen, dass sie keine Berufsausbildung erworben hätte. „Sie [ist] immer kurze Zeit

¹³⁷⁷ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 181.

¹³⁷⁸ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 152.

¹³⁷⁹ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 72.

¹³⁸⁰ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 89.

(2–3 Monate) in der Landwirtschaft tätig, sonst half sie im Haushalt der Mutter.“¹³⁸¹ Und auch der Amtsarzt von Haldensleben notierte 1941 zu einer Frau: Sie „hat keinen Beruf erlernt, ist immer zu Hause gewesen und hat stundenweise beim Bauern gearbeitet. Verrichtet jetzt Heimarbeit, angeblich weil sie das einzige Kind ist und ihre[r] Mutter helfen muss.“¹³⁸² Eine andere junge Frau sei „schwachsinnig“ im Sinne des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“, da sie „nur einfache Arbeiten unter Anleitung ausführen [könne]; den Lebensunterhalt kann sie nicht selbstständig erwerben“.¹³⁸³ Aufgrund ihrer geringen Leistungsfähigkeit, bemessen an „leichten Hausarbeiten“ und der Tätigkeit als „ungelernter Arbeiterin“ in einer Fabrik, wurde einer 30-jährigen Frau im Jahr 1935 die Fähigkeit abgesprochen, „im Leben auf eigenen Füßen zu stehen“.¹³⁸⁴ Dabei wurden vorgeworfene körperliche und intellektuelle Leistungsdefizite als maßgebliche Hinweise auf einen „angeborenen Schwachsinn“ noch durch die Feststellung verschärft, dass die „erbkrankverdächtigen“ Frauen und Männer oftmals eine geringe Arbeitsmoral hätten.¹³⁸⁵

Die ökonomisch konnotierte Bemessung der individuellen Leistungsfähigkeit war seit 1934 von erheblicher Bedeutung für die Feststellung des „angeborenen Schwachsinn“. Die unterschiedlichen Beurteilungskriterien führten zu dem Ergebnis, dass die begutachteten Frauen und Männer „unfähig“, „untauglich“, „lebensuntauglich“ oder „unbrauchbar“ seien. Eine gängige Diagnosebegründung lautete: „Angeborener Schwachsinn. Stark mangelnde Intelligenz, vollkommene Untauglichkeit im Leben.“¹³⁸⁶ Dementsprechend wurde der Lebenswert von Frauen und Männern im Nationalsozialismus vornehmlich unter utilitaristisch-monetären Gesichtspunkten beurteilt. Diese ökonomische Charakteristik kann am Beispiel des Todes einer jungen Frau detailliert nachgezeichnet werden.

¹³⁸¹ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 76.

¹³⁸² LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 53. Ebenso LHASA MD Rep. C 136 I Stendal, Erbgesundheitsgericht Stendal, 1934–1945 (–1946), Nr. 170.

¹³⁸³ LHASA MD Rep. C 136 I Stendal, Erbgesundheitsgericht Stendal, 1934–1945 (–1946), Nr. 170.

¹³⁸⁴ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 73.

¹³⁸⁵ Auf Grundlage der Auskunft eines Bürgermeisters beurteilte eine Gesundheitsfürsorgerin im April 1938 die Arbeitsleistung einer verheirateten Mutter folgendermaßen: „Sie wird manchmal von anderen Bauern zur Hilfe bei landwirtschaftlichen Arbeiten geholt, aber sie kann nichts; und wer sie einmal gehabt hat, holt sie nicht wieder. Wie mir der Bürgermeister selber sagte, hat sie auch schon bei ihm gearbeitet, aber sie sei nicht zu gebrauchen, habe auch keine große Lust zu arbeiten.“ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 150.

¹³⁸⁶ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 68.

Im Zuge der Überprüfung eines Sterilisationsverfahrens nach dem Tod einer jungen Frau nahm der Reichs- und Preußische Minister des Innern im Mai 1938 Stellung zu einer finanziellen Entschädigung. Dabei bemaß er die Entschädigungssumme am individuellen Wert der verstorbenen Frau für die Familie und Gesellschaft. „Wenn ich auch durchaus nicht verkenne, daß die Verhältnisse der Eltern der verstorbenen [Frau] schwierige sind, so darf dies doch nicht eine gerechte Würdigung der sonstigen Verhältnisse ausschließen. Nach den Aktenunterlagen war die Verstorbene zu keiner Berufsausbildung fähig, dementsprechend war ihre sonstige Verwendungsfähigkeit auch nur eine sehr beschränkte. Zu hochwertigen Arbeiten wird sie demnach nicht herangezogen worden sein. Ihr Arbeitsfeld wird sich vielmehr auf einfachste Haus- und Feldarbeit beschränkt haben. Die Belastung der Eltern durch die Zuwendungen, die angeblich dafür geleistet werden, ist keineswegs so hoch, wie die Unkosten für den Lebensunterhalt der Verstorbenen selbst ausgemacht haben.“¹³⁸⁷ Deshalb sah das Reichsinnenministerium keine Veranlassung für die Zahlung einer Entschädigung.

Die ministerielle Stellungnahme beruhte ihrerseits auf einem Bericht des verantwortlichen Amtsarztes in Oschersleben, in welchem er die körperliche und geistige „Minderwertigkeit“ des Vaters, der wenig geleistet habe und als „Kümmerer“ angesehen werden müsse, betonte. „Immerhin scheint man ihm in der Systemzeit doch so viel zugetraut zu haben, dass er der Kassierer des sozialdemokratischen Gewerkschaftsverbandes war. Jetzt fristet er sein Leben kümmerlich durch Lumpenhandel. Vom rein objektiven Standpunkt aus betrachtet, dürfte es schwer sein, durch den Fortfall des Kindes einen deutlichen Schaden zu berechnen, denn das Kind würde bestimmt nicht viel geleistet haben.“¹³⁸⁸ Seinem Vorschlag, durch die Zahlung einer Abfindung in Höhe von 300 Reichsmark als „Gnadenakt“ eine unerwünschte Propaganda und lokale Unruhe zu vermeiden, wurde nicht zugestimmt. Der Lebenswert der verstorbenen Tochter wurde anhand ihrer prognostizierten Leistungsfähigkeit und der Familiensituation berechnet. Aufgrund der festgestellten familiären und individuellen Devianzen wurden der Frau ein monetärer und ökonomischer Lebenswert abgesprochen und der Familie eine finanzielle Entschädigung vorenthalten.

Die Feststellung einer geringen beruflichen Leistungsfähigkeit betraf Frauen und Männer gleichermaßen.¹³⁸⁹ Ihre berufliche Leistungsfähigkeit wurde beiden Geschlechtern besonders dann zum Vorwurf gemacht, wenn sie keiner Arbeit nachgingen

¹³⁸⁷ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 12, fol. 273.

¹³⁸⁸ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 12, fol. 266.

¹³⁸⁹ Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 397.

oder lediglich einfache oder mechanische Tätigkeiten ausüben würden. Hierzu gehörte auch die Feststellung, dass die betroffenen Frauen und Männer ihren Lebensunterhalt nicht selbstständig verdienen könnten. Entsprechend dieser ökonomischen Konstruktionsregeln herrschte in der Beurteilung der Leistungsfähigkeit eine Geschlechtergerechtigkeit, die gesellschaftlich gleichwohl nicht bestand.

Jedoch erscheinen innerhalb dieses Beurteilungsmusters unterschiedliche geschlechtsspezifische Zuweisungen. Die von Ärzten oder Gesundheitsfürsorgerinnen konstatierte ungenügende Arbeitstätigkeit von Frauen in Form einer unregelmäßigen oder vorwiegend häuslichen Tätigkeit mündete in dem Vorwurf, dass sie keine Lust zum Arbeiten hätten. Im Vordergrund der Bewertung von männlicher Arbeit stand demgegenüber die physische und psychische Leistungsfähigkeit. Sobald Defizite wie körperliche Schwäche oder die Fähigkeit nur zu einfachen Tätigkeiten oder „Handlangerdiensten“ festgestellt wurden, entsprachen die Betroffenen nicht mehr dem männlichen Rollenbild und galten als „schwachsinnig“ und „minderwertig“. So wurde die geringe Leistungsfähigkeit eines jungen Mannes im Juni 1936 nicht nur durch die Feststellung hervorgehoben, dass er lediglich durch die Vermittlung seiner Mutter und seines Bruders Arbeitsstellen erhalten hätte. Vielmehr gewann die Beurteilung der geringen Leistung an Gewicht, indem die ermittelnde Fürsorgerin konstatierte, dass die Arbeitsleistung so schwach gewesen sei, dass der junge Mann lediglich mit dem „Frauenlohn“ bezahlt worden sei.¹³⁹⁰ Indem im lediglich die Leistungsfähigkeit von Frauen zugestanden wurde, würde er seiner männlichen Rolle nicht gerecht werden und müsse als weiblich und damit im rassenhygienischen Sinne als „schwachsinnig“ gelten.

Die ökonomischen Bemessungskriterien des Leistungswertes veränderten sich zwischen 1933 und 1945 nicht, jedoch nahm zur Jahresmitte 1936 die konkrete Einbeziehung der „Lebensbewährung“ zunehmend Einfluss auf die Begutachtung der männlichen und weiblichen Leistungsfähigkeit.¹³⁹¹ Auch wenn sie nur geringeren Einfluss auf das Sterilisationsverfahren insbesondere auf gerichtlicher Ebene nehmen

¹³⁹⁰ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 206.

¹³⁹¹ Die Berücksichtigung der persönlichen „Lebensbewährung“ sollte den parteipolitischen Interessen gemäß vor allem die Verdienste von Frauen und Männern um die nationalsozialistische Volksgemeinschaft honorieren und als Beweis fungieren, dass die betroffenen Frauen und Männer aufgrund ihrer Leistungen nicht „schwachsinnig“ seien. Ebenso war dies eine Reaktion auf die seit spätestens 1935 kursierende Kritik an der Sterilisationspraxis, die auch zu größeren Widerständen geführt hatte. Vgl. Kap. 8.1.

sollte, so erforderte der Einbezug der „Lebensbewährung“ eine fallspezifische Beurteilung der beruflichen, sozialen und gesellschaftlichen Leistungen.¹³⁹² Hiermit verbunden können Veränderungen in der Antragstellung nachgezeichnet werden.

Beispielsweise versuchten die antragstellenden Ärzte der gerichtlichen Ablehnung des Sterilisationsantrages vorzubeugen, indem sie eine „Lebensbewährung“ ausdrücklich verneinten. Diese Veränderungen können zeitlich auf das Ende der 1930er und die 1940er-Jahre datiert werden. So begründete der Amtsarzt von Gardelegen im Januar 1939 einen Sterilisationsantrag mit der Feststellung, dass die junge Frau ihre Dienststelle als Fabrikarbeiterin verloren habe. „Nach Angaben der mitgekommenen Schwester ist sie im elterlichen Haushalt nicht zu gebrauchen. Ein völliges Versagen in der Lebensbewährung ist bestimmt zu erwarten.“¹³⁹³ Ebenso wurde der Sterilisationsantrag zu einem jungen Mädchen im Juli 1944 damit begründet, dass „die Probandin außerstande [sei], auf eigenen Füßen im Leben zu stehen und ihr Handeln und Unterlassen nach vernunftmäßigen Erwägungen zu bestimmen“.¹³⁹⁴ Ebenfalls im Jahr 1944 wurde gegenüber einer verheirateten Frau die „fehlende“ Lebensbewährung betont, da sie eine schlechte Arbeitsmoral besäße und eher die staatliche Fürsorge in Anspruch nähme, als zu arbeiten. „Bewährung im Leben hat nicht stattgefunden. Zeigt wenig Lust zur Arbeit [...]. Solange der Mann zum Militär eingezogen ist, lehnt sie jede Arbeit ab, da sie vom Staat den Lebensunterhalt erhält.“¹³⁹⁵ Diese Beispiele zeigen deutlich, dass die antragstellenden Amtsärzte zielgerichtet versuchten, die gerichtliche Ablehnung von Sterilisationsanträgen zu unterlaufen, indem sie den Betroffenen vorab jegliche „Lebensbewährung“ absprachen.

Die gutachterliche Berücksichtigung der „Lebensbewährung“ hatte ebenfalls für die Berichterstattung durch Arbeitgeber größere Konsequenzen, da sie nun aufgefordert wurden, die Arbeitsleistung hinreichend zu beschreiben.¹³⁹⁶ Bezugnehmend auf eine Anfrage äußerte sich eine Nahrungsmittelfabrik in Magdeburg im Juli 1944 aus-

¹³⁹² Vgl. etwa Heitzer: Zwangssterilisation in Passau, S. 264–265.

¹³⁹³ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 199.

¹³⁹⁴ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 29.

¹³⁹⁵ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 65.

¹³⁹⁶ Ein Landwirt berichtete im März 1939, dass eine „erbkrankverdächtige“ Frau bei ihm gearbeitet habe, aber „nur in der Kolonne, wo sie nicht zu überlegen und selbstständige Entschlüsse zu fassen braucht. Ihre Leistungen in der Kolonne waren bei jeder Arbeit normal.“ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 90.

föhrlich über die Arbeitsleistung einer jungen Frau und bot dem zuständigen Gesundheitsamt damit eine begründete Negierung der „Lebensbewährung“ der Betroffenen. Die junge Frau könne nach Ansicht des Arbeitgebers nicht eigenverantwortlich arbeiten. „Ihre Arbeitseingewöhnung ist – um ein krasses Bild anzuwenden – etwa zu vergleichen mit der Dressur eines Tieres, wo auch nur die fortgesetzte Wiederholung ganz gleichartiger Bewegungen und Handlungen schließlich dazu föhren, dass diese Verrichtungen nachgeahmt werden.“¹³⁹⁷ Darüber hinaus wurden Bezüge zwischen dem erbbiologischen Vorwurf und der Arbeitsleistung hergestellt: „Bei der wohl von der frühesten Jugend an bestehenden schwachsinnigen Veranlagung [...] darf man aber u[nter] E[inschnitten] mit dem bisher Erreichten einigermaßen zufrieden sein, denn wenn sie unter ständiger Beobachtung und Kontrolle gehalten wird, dann föhrt sie die allerdings sehr leichten Arbeiten in unserer Abfüllerei ordnungsgemäß aus.“¹³⁹⁸

Insoweit dies die Überlieferung hergibt, wurde insbesondere Frauen ihre „Lebensbewährung“ unter dem Eindruck der wirtschaftlichen und sozialen Auswirkungen des Zweiten Weltkrieges abgesprochen.¹³⁹⁹ Dieses Ergebnis kann darauf hindeuten, dass in den Augen der antragstellenden Ärzte vor allem Frauen den persönlichen und ökonomischen Anforderungen des Krieges nicht gerecht wurden und somit in keinem hinreichenden Maße einen produktiven Beitrag zum „Endsieg“ leisteten.

Entgegen dem Einbezug der „Lebensbewährung“ in die medizinische Begutachtung finden sich bereits seit 1934 Berichte und Einschätzungen, die die berufliche Leistungsfähigkeit und soziale Verhaltensweisen von Frauen und Männern betonten. Die Gründe beruhten zumeist auf einer Diskrepanz zwischen festgestellten intellektuellen Defiziten und der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit, die durch unterschiedliche Bewertungsmaßstäbe sowie Auskunftspersonen hervorgerufen wurde. Die damit verbundene Gegenüberstellung von intellektuellen und beruflichen Leistungen sollte nach Auskunft des Gesetzeskommentars bei „leichten Erkrankungsfällen“ Berücksichtigung finden, jedoch fanden entsprechende Differenzierungen nur punktuellen Eingang in die medizinische Begutachtung. Die innerhalb der Antragstellung aufscheinenden Diskussionen waren jedoch in starkem Maße vom gesellschaftlichen

¹³⁹⁷ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 27.

¹³⁹⁸ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 27.

¹³⁹⁹ Die Beurteilung der „Lebensbewährung“ korrelierte in hohem Maße mit der ökonomischen Leistungsfähigkeit, die zum einen anhand der Ausübung eines Berufs und der Arbeitsleistungen und zum anderen an der eigenständigen Versorgung und staatlichen Unterstützungsleistungen bemessen wurde. Vgl. auch LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 145.

Stand der Informanten und vom Leumund abhängig, sodass der Einspruch von Bürgermeistermeistern oder sogar Landräten auch zur Einstellung von Sterilisationsverfahren führen konnte.

So vertrat der Ortsbauernführer einer Gemeinde in der Magdeburger Börde im April 1934 eine andere Meinung als der Bürgermeister und die ermittelnde Gesundheitsfürsorgerin, die einer jungen Frau die intellektuelle und berufliche Leistung absprachen. Er sei der Ansicht, „dass es auf dem Lande doch viele Menschen mit geringem Schulwissen gäbe, die auch nicht alle sterilisiert werden könnten.“¹⁴⁰⁰ Nach Ansicht eines Arztes der Landesheilanstalt Neu-Haldensleben weise eine Frau im Mai 1934 einen „ziemlich hochgradigen Schwachsinn“ auf. Die Sterilisationsanzeige hatte die zuständige Kreisfürsorgerin gestellt. In den folgenden Ermittlungen erstattete eine Krankenschwester des Krankenhauses in Haldensleben einen Bericht über die Arbeitsleistungen der „erbkrankverdächtigen“ Frau. Sie habe ihre Arbeiten „gut ausgeführt, war fleißig, willig und sparsam“.¹⁴⁰¹ „Wir erfuhren dann, dass sie nicht lesen und schreiben konnte, darunter litt sie. Nach der Ursache befragt, erzählte sie, daß sie [...] keine Erziehung gehabt hätte [...]. Ich kann nicht sagen, dass die [Frau] schwachsinnig ist, wir sind der Meinung, dass die fehlende Anleitung die Schuld mit trägt, dass sie in der Schule zurückgeblieben ist. Wie ich hörte, hat die [Frau] inzwischen lesen und schreiben erlernt.“¹⁴⁰² Der Kreisarzt hielt auf der Grundlage dieses Berichts und eines persönlichen Gesprächs schließlich fest, dass er nicht den Eindruck eines „hochgradigen Schwachsinn“ gewinnen könne.¹⁴⁰³ Und der Bürgermeister eines kleinen Ortes im Norden der preußischen Provinz Sachsen gab im Januar 1936 zu, dass ein Mann „unbegabt“ sei und auch nicht Lesen und Schreiben könne. Jedoch mache er „keinen schwachsinnigen Eindruck“, vielmehr habe er das Zimmerhandwerk erlernt und sei im Ersten Weltkrieg ausgezeichnet worden. Dementsprechend habe der Mann trotz intellektueller Defizite im Leben wichtige Leistungen erbracht.¹⁴⁰⁴

¹⁴⁰⁰ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 150.

¹⁴⁰¹ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 13.

¹⁴⁰² LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 13.

¹⁴⁰³ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 13.

¹⁴⁰⁴ Auch der Landrat des Kreises Jerichow I nahm im August 1936 Stellung zu einem Sterilisationsgutachten, das vom Amtsarzt in Burg im Oktober 1935 erstellt worden war. Der Landrat kritisierte nicht nur die Auswertung der Intelligenzprüfung, die seiner Meinung nach keinen „angeborenen Schwachsinn“ erkennen lasse, sondern betonte auch den guten Ruf in der Gemeinde: „Die Frau [...] wird als fleißige, ordentliche und in jeder Hinsicht zuverlässige Arbeiterin und Hausfrau geschildert, so dass der Eindruck entstehen muss, dass es sich um ein Fehlurteil handelt.“ LASA, C

Entgegen diesen Beispielen genügte in vielen Fällen bereits eine als gering beurteilte Schulbildung oder eine als schwach bezeichnete Arbeitsleistung, um einen Sterilisationsantrag aufgrund von „angeborenem Schwachsinn“ hinreichend zu begründen. Die gutachterlichen Nachweise von weiblichen und männlichen Leistungsdefiziten belegen eine große Beliebigkeit, sodass eine Vielzahl von Frauen und Männern aufgrund einer geringeren Bildung oder Arbeitsleistung in die nationalsozialistische Zwangssterilisation einbezogen wurde. Auch diskrepante medizinisch-psychiatrische Definitionen sowie ungenügende Bemessungsinstrumente, wie die Intelligenzprüfungsbogen, bedingten eine gutachterliche Dynamik und Variabilität und damit einen offenen Handlungsrahmen, der bereitwillig von Ärzten, Gesundheitsfürsorgerinnen und Lehrern genutzt wurde. In der Konsequenz dieser selektiven Offenheit bündelten sich in der intellektuellen und beruflichen Leistungsbemessung konkrete wie vielfältige soziale, ökonomische und geschlechtsspezifische Vorbehalte gegenüber intellektuellen und gesellschaftlichen Randgruppen. Mit Blick auf die Selektion von als leistungsunfähig geltenden Frauen und Männern transformierte die Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ in einen von unterschiedlichen Berufsgruppen getragenen autonomen Versuch der „Lösung der sozialen Frage“.

Wie die Darstellungen von Ärzten, Gesundheitsfürsorgerinnen oder Lehrern belegen, korrelierte die utilitaristisch konnotierte Überprüfung der Leistungsfähigkeit mit überkommenen gesellschaftlichen und habituellen Vorurteilen gegenüber leistungsschwachen Frauen und Männern bzw. sozialen Unterschichten. Die hier gebündelten Selektionsmotive können durchaus in Zusammenhang mit einer „Ambivalenz der Moderne“ und den mittelbaren Folgen der rasanten Industrialisierung und Modernisierung der deutschen Gesellschaft seit dem 19. Jahrhundert gestellt werden. Die sozialen Verhältnisse, die schulische Ausbildung oder auch berufliche Qualifikation von Frauen und Männern konnte vor allem in ländlichen Regionen nicht mit der gesellschaftlichen und industriellen Entwicklung insbesondere in städtischen Regionen Schritt halten. In einer zunehmend „modernen“, bürokratisch, industriell wie wissenschaftlich geordneten Gesellschaft kollidierten die Herausforderungen der Berufswelt der Moderne mit den Lebensverhältnissen der Vormoderne. Diese Diskrepanz bzw. Dualität wurde durch die ökonomischen Anforderungen und Pflichten im Nationalsozialismus noch verschärft und auf den Prüfstein gelegt.

136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 194.

Mit der soziobiologisch initialisierten Selektion erzwang die nationalsozialistische Zwangssterilisation einen ökonomischen Fortschritt, indem sie diejenigen Frauen und Männer von der Fortpflanzung und aus der Gesellschaft ausschloss, die durch die fortlaufende Modernisierung einerseits bislang nicht erfasst wurden und die diese andererseits behinderten. Demgegenüber verweisen die Beurteilungsmaßstäbe eines als abnorm beurteilten Geschlechtslebens oder einer abweichenden Lebenswelt auf traditionelle gesellschaftliche Vorstellungen des zwischenmenschlichen Zusammenlebens ebenso wie auf überkommene Auffassungen und Rollenzuweisungen an Frauen und Männer, die einem teleologischen Modernisierungsparadigma entgegenstehen.

5.4.2.3 *Sexualität und Geschlechtsleben*

Ebenso wie die intellektuelle und berufliche Leistungsfähigkeit stellten als deviant erkannte Verhaltensweisen, Vorstellungswelten, Gefühlsempfindungen oder Charakterzüge zentrale Untersuchungs- und Beurteilungsschwerpunkte dar, um die erbliche „Minderwertigkeit“ von Frauen und Männern im nationalsozialistischen Sterilisationsverfahren zu begründen. Der für die amtsärztliche und später auch gerichtliche Begutachtungspraxis prägende Gesetzeskommentar konstatierte 1934 zur gutachterlichen Bedeutung von abnormen Lebensweisen, dass „vor allem auch bei der Untersuchung und Beurteilung der Schwachsinnart und des Schwachsinngrades der Umstand Berücksichtigung finden [muss], dass Störungen des Gefühls, des Willens, des Trieblebens, der ethischen Regungen usw., die mit der Verstandesschwäche verknüpft sein können und ebenfalls erblich bedingt sind, die schon durch die Intelligenzprüfung hervorgerufene Abnormität noch gewaltig verstärken“.¹⁴⁰⁵

Der Nachweis von sozialer Devianz anhand der Lebenswelt und des Geschlechtslebens fungierte dementsprechend als eine gutachterliche Ergänzung und Steigerung eines „angeborenen Schwachsinn“ aufgrund von intellektuellen Defiziten.¹⁴⁰⁶ Ebenfalls müssten Frauen und Männer als „schwachsinnig“ im Sinne des Sterilisationsgesetzes angesehen werden, wenn sie zwar über ausreichende intellektuelle Leistungen verfügen, jedoch erheblich abweichende Verhaltensweisen und Wesenszüge zeigen würden. „Bei zahlreichen asozialen und antisozialen, schwer erziehbaren,

¹⁴⁰⁵ Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 94.

¹⁴⁰⁶ Aus analytischen Gründen wird zwischen der Feststellung einer devianten Lebenswelt und eines abweichenden Geschlechtslebens unterschieden, welche in den vorliegenden Sterilisationsgutachten idealtypisch nicht vorlag. Zur Lebenswelt siehe Kap. 5.4.2.4.

stark psychopathischen Debilen wird man die Unfruchtbarmachung daher als unbedenklich für zulässig erklären können, selbst wenn sie in ihrer Intelligenzentwicklung allein nicht übermäßig zurückgeblieben sind.“¹⁴⁰⁷ In diesen Fällen wurde nicht von intellektuellem, sondern von „moralischem Schwachsinn“ gesprochen.¹⁴⁰⁸

Habituelle, emotionale oder soziale Eigenschaften als Ausdruck der individuellen genetischen Zusammensetzung fungierten somit sowohl als eigenständige Beurteilungsschwerpunkte als auch als Gradmesser der individuellen Ausprägung eines „angeborenen Schwachsinn“. Dementsprechend dienten das Sozialverhalten, persönliche Verhaltensweisen, Charakterzüge und Vorstellungswelten als maßgebende Beurteilungsschwerpunkte, um Gefühlsstörungen, „Abnormitäten“ des Trieblebens oder das Fehlen von ethischen Regungen als Ausdruck eines „minderwertigen“ Erbwertes zu diagnostizieren.

Der gutachterliche Einbezug von Sozialität im weitesten Sinne eröffnete aufgrund von fehlenden, fiktiven sowie beweglichen amtsärztlichen und volksgemeinschaftlichen Beurteilungsstandpunkten erhebliche Variationsmöglichkeiten. Die Beurteilung orientierte sich an Form und Ausmaß von Normverstößen, sodass die überwiegend männlichen ärztlichen Gutachter ebenso wie Lehrer oder Fürsorgerinnen als Berichterstatter fortwährend aufgefordert waren, den Grad und Umfang von männlicher und weiblicher Delinquenz vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Vorstellungen und Veränderungen zu taxieren. Eine derartige fortlaufende Überprüfung des Abstandes von als „minderwertig“ geltenden Frauen und Männern zu einem idealisierten und imaginierten Normalzustand einer leistungsfähigen Volksgemeinschaft war ein essentieller mechanistischer Bestandteil des biopolitischen Diskurses im Nationalsozialismus.

Die Funktionsweise einer derartigen dynamischen Überprüfung entsprach der Akkommodation einer Linse, deren fortlaufende Bewegung und Fixierung einerseits von diskursiven Vorstellungen über soziale Devianz von Frauen und Männern und andererseits von einem intentional-strategischen Interesse am Nachweis von „angebo-

¹⁴⁰⁷ Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 94.

¹⁴⁰⁸ Vgl. Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 91–96; Lindner, Gottfried: Eugenische Gesetzgebung und moralischer Schwachsinn anhand einer hessischen Sippe, Bochum-Langendreer 1938; Gregor, Adalbert Aloys: Die Verwahrlosung, ihre klinische-psychologische Bewertung und ihre Bekämpfung. Für Pädagogen, Ärzte und Richter. Teil 1: Die Verwahrlosung der Knaben, Berlin 1918, S. 150–152; Gregor, Adalbert Aloys/Voigtländer, Else: Die Verwahrlosung, ihre klinische-psychologische Bewertung und ihre Bekämpfung. Für Pädagogen, Ärzte und Richter. Teil 2: Die Verwahrlosung der Mädchen, Berlin 1918, S. 366–401.

renem Schwachsinn“ stimuliert wurde. Demnach spiegeln insbesondere die Einschätzungen von sozialer „Abnormität“ weniger die tatsächliche Lebenswelt und Verhaltensweisen von „erbkrankverdächtigen“ Frauen und Männern wider, sondern sie rekurrieren auf medizinische und volksgemeinschaftlich geprägte Vorstellungen von männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“.

Die „Störungen des Gefühls, des Willens, des Trieblebens oder der ethischen Regungen“ betrafen vor allem die Sexualität als körperliche Fähigkeit und das Geschlechtsleben als soziale Beziehungsform von als „erbkrankverdächtig“ geltenden Frauen und Männern. Das Sexual- und Fortpflanzungsverhalten erscheint dergestalt als ein besonderer biologisch wie habituell gekennzeichneter Bemessungs- und Bedeutungsraum zur Feststellung von männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“. Dabei muss bereits an dieser Stelle betont werden, dass hauptsächlich Frauen der Vorwurf eines devianten Sexualverhaltens gemacht wurde und sie damit normierenden geschlechtsspezifischen Sexual- und Rollenvorstellungen unterworfen wurden.¹⁴⁰⁹ Den weitaus häufiger beschriebenen „Abnormitäten“ weiblicher Sexualität stand eine markant seltenere und auch indirektere Kennzeichnung abweichenden männlichen Geschlechtslebens gegenüber, was im Ergebnis auf einen erheblich divergierenden qualitativen Herstellungsprozess und Verfolgungsgrad hinweist. Damit verbunden rekurriert die massive Ahndung von abweichender weiblicher Sexualität auf die herrschaftliche Funktion des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ als eines zielgerichteten Eingriffs in das Geschlechterverhältnis zwischen Frauen und Männern. In Anerkennung und im Selbstverständnis männlicher Sexualgewalt etablierte sich mit der nationalsozialistischen Zwangssterilisation eine Normierungsprozedur von weiblicher Sexualität, die sich in einer zuschreibungspflichtigen Unterscheidung zwischen männlichem Zeugen und weiblichem Gebären äußerte.

Der Umfang, die Intensität sowie auch die Vehemenz der gutachterlichen Kennzeichnungen eines abweichenden Geschlechtslebens von Frauen verweisen auf eine spezifische Ausprägung des Sexualitätsdiskurses im Nationalsozialismus. Wesentliche Bestandteile und Triebkräfte dieses Diskurses waren divergierende Vorstellungen über männliches und weibliches Sexualverhalten sowie sexuelle Bedürfnisse,

¹⁴⁰⁹ Vgl. Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 396–405. In der diagnostischen Begründung eines „angeborenen Schwachsinn“ wurden enge Beziehungen zwischen abweichender Sexualität und „Verstandesausfällen“ hergestellt, sodass ein „abnormes Geschlechtsleben“ im idealtypischen Fall nicht als alleiniger Sterilisationsgrund angeführt wurde.

weiterhin über Partnerschaft und Ehe als zwischenmenschliche Beziehungsverhältnisse sowie über die Erziehung und Versorgung von Kindern.

Diese unterschiedlichen Facetten eines überformenden Sexualitätsdiskurses spiegeln im Kern gesellschaftliche Aushandlungsprozesse über männliche und weibliche Rollenvorstellungen, rollentypologische Zuschreibungen sowie geschlechtsspezifische Herrschaftsverhältnisse im Dritten Reich wider. Dabei müssen mindestens drei sowohl divergierende als auch ineinander verwobene Vorstellungsmuster von Sexualität und Geschlecht berücksichtigt werden. Auf der einen Seite gewannen seit der Weimarer Republik liberalere Auffassungen über Sexualität, Geschlechtsleben sowie männliche und weibliche Rollen an Bedeutung. Die nationalsozialistischen Vorstellungen über das Zusammenleben und die Rollen von Frauen und Männern richteten sich ausdrücklich gegen diese sexuelle Freizügigkeit und proklamierten stattdessen ein männliches und rassistisch-tradiertes Geschlechtsleben und Familienbild. Parallel dazu bestanden tradierte bürgerliche Vorstellungen über Sexualität, Ehe und Kindererziehung, die sich mit den offiziell vertretenen Anschauungen im Nationalsozialismus teilweise deckten, ihnen jedoch nicht entsprachen.

Mit der nationalsozialistischen Machtübernahme trafen liberale, rassenbiologische und bürgerlich-tradierte Auffassungen über männliche und weibliche Geschlechterrollen aufeinander. Die seit den 1920er-Jahren gewonnenen sexuellen und gesellschaftlichen Freiheiten von Frauen als integraler Bestandteil der Moderne und der damit einhergehende Wandel von gesellschaftlichen und moralischen Werturteilen wurden hingegen stigmatisiert und in ihr Gegenteil verkehrt.

Als ein inhärenter diagnostischer Bestandteil zur Begründung von „angeborenem Schwachsinn“ besaß der Nachweis eines devianten Sexual- und Trieblebens bereits von Beginn an eine außerordentliche Bedeutung. Das gutachterliche Gewicht stieg in den folgenden Jahren, indem etwa Abweichungen des Sexualverhaltens als ein gewichtiger Grund fungierten, um eine „Lebensbewährung“ abzuerkennen. Die gesetzliche Verknüpfung des Sterilisationsverfahrens mit der „besonderen Fortpflanzungsgefahr“ seit dem 1. September 1939 führte zu einer weiteren Aufwertung von Sexualverhalten und Geschlechtsleben als Begutachtungskategorien. Da alle Verfahren, die nicht mit dem Etikett der „besonderen Fortpflanzungsgefahr“ markiert waren, eingestellt werden sollten, wurden die antragstellenden Ärzte nun aufgefordert, die sexuelle Gefährlichkeit von Frauen und Männern hinreichend zu begründen. Diesbezüg-

lich kann in den Sterilisationsverfahren seit Kriegsbeginn 1939 tendenziell eine stärkere Betonung von weiblicher und männlicher Fortpflanzungsgefahr und „abnormer“ Sexualität vermerkt werden.

Die Beschreibung devianten Sexualverhaltens im Sterilisationsgutachten rekurrierte dabei weniger auf den Geschlechtsakt im engeren Sinne, sondern umfasste individuelle Merkmale wie das Alter, soziokulturelle Aspekte wie die Art und zeitliche Dauer von Beziehungsverhältnissen, die Anzahl oder den Geburtsstatus von Kindern ebenso wie Straftaten und strafrechtliche Verstöße wie Prostitution, Nötigung oder Vergewaltigung. Auf Grundlage der unmittelbaren Korrespondenz zur Sexualität fungierte insbesondere das Geschlecht als herausragendes Beurteilungskriterium, da sowohl das Fortpflanzungsverhalten als auch die Formen des Geschlechtslebens maßgeblich an männlichen und weiblichen Rollenbildern sowie diskursiven Sexualvorstellungen bemessen wurden.

Innerhalb der Sterilisationsgutachten können drei Funktionalisierungen von Sexualität und Geschlechtsleben nachgezeichnet werden, die den Zweck verfolgten, einerseits die besondere Ausprägung des „angeborenen Schwachsinn“ nachzuweisen und andererseits die Notwendigkeit einer Unfruchtbarmachung zu betonen. So bestand eine Funktion in der Feststellung der männlichen und weiblichen Reproduktionsfähigkeit als Fortpflanzungspotenzial. Der zielgerichtete Rekurs auf das Fortpflanzungspotenzial betonte die biologische Zeugungs- und Gebärfähigkeit, um die Notwendigkeit der Unfruchtbarmachung von Frauen und Männern hervorzuheben. Eine zweite Funktion lag in der Akzentuierung einer besonders von Frauen ausgehenden Fortpflanzungsgefahr. Die explizite Kennzeichnung einer weiblichen Fortpflanzungsgefahr erfolgte anhand von unterschiedlichen soziokulturellen Beurteilungskriterien oder auch einer bestehenden wie befürchteten Schwangerschaft und hatte zum Ziel, die Notwendigkeit der Durchführung einer Sterilisation zu betonen und diese zu beschleunigen. Diesbezüglich wohnte der Betonung des Fortpflanzungspotenzials sowie der weiblichen Fortpflanzungsgefahr ein instrumenteller Charakter inne, um die Unfruchtbarmachung als dringenden Handlungsbedarf zu kennzeichnen. Schließlich bestand eine dritte Funktion darin, sexuelle Abnormitäten medizinisch-psychiatrisch als Ausdruck von „Minderwertigkeit“ zu beschreiben. Dergestalt finden sich unterschiedliche geschlechtsspezifische Beschreibungen und Klassifizierungen von Abweichungen des Geschlechtslebens von Frauen und Männern.

Die biologische Reproduktionsfähigkeit war für das gerichtliche Sterilisationsverfahren insofern von Bedeutung, als dass die medizinische Feststellung von Fortpflanzungsunfähigkeit aufgrund fortgeschrittenen Alters oder physiologischer Erkrankungen zur Einstellung des Verfahrens führte.¹⁴¹⁰ Für die Überprüfung der Fortpflanzungsfähigkeit spielte daher insbesondere das Alter der betroffenen Frauen und Männer eine herausgehobene Rolle.¹⁴¹¹ Gegenüber Frauen galt die Faustformel, dass mit dem Erreichen des 45. Lebensjahres die Gebärfähigkeit rapide abnehme und eine Unfruchtbarmachung danach weitgehend vernachlässigt werden könne. Im Hinblick auf ihre biologischen Voraussetzungen galten Männer bis etwa zum 60. Lebensjahr als zeugungsfähig. Die untere Altersgrenze orientierte sich für beide Geschlechter an der Ausbildung der Fortpflanzungsorgane sowie auch am beobachteten Sozialverhalten. Die Unfruchtbarmachung sollte jedoch nicht vor dem 10. Lebensjahr vorgenommen werden. Die niedrige Altersgrenze hatte zum Ziel, das männliche und weibliche Fortpflanzungspotenzial bereits vor dem Erreichen der biologischen Fortpflanzungsfähigkeit zu zerstören, um eine weitreichende Unterbindung von „erbkrankem“ Nachwuchs zu gewährleisten.¹⁴¹²

Unter Berücksichtigung der vorgebrachten Vorwürfe wie ungenügender Bildung, geringer beruflicher Leistung oder fehlender „Lebensbewährung“ wurde mit der Akzentuierung der Gebär- und Zeugungsfähigkeit die potenzielle Fortpflanzungsgefahr betont. So konstatierte etwa der Amtsarzt von Genthin im April 1936, dass eine Frau „schwachsinnig“ sei, da sie im Leben völlig versagt habe und betonte zielgerichtet ihre Gebärfähigkeit. „Die Patientin ist fortpflanzungsfähig.“¹⁴¹³

¹⁴¹⁰ An dieser Stelle kann nicht abschließend geklärt werden, ob Frauen und Männer als „erbkrank“ im Sinne des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ galten, wenn eine „Erbkrankheit“ begutachtet worden war, jedoch kein Gerichtsverfahren aufgrund von Fortpflanzungsunfähigkeit durchgeführt wurde.

¹⁴¹¹ Vgl. Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 131, 133.

¹⁴¹² Entgegen der rigiden sterilisationspolitischen Maßgabe gegen deutsche Kinder wurde gegenüber ausländischen Kindern und Jugendlichen zunächst scheinbar eine weniger vehemente Sterilisationsprozedur eingeschlagen. So teilte im Zuge eines Sterilisationsverfahrens gegen ein 15-jähriges italienisches Mädchen der Reichs- und Preußische Minister des Innern dem Regierungspräsidenten Magdeburg im Mai 1937 mit, das „von der Ergreifung ausländerpolizeilicher Zwangsmaßnahmen gegen jugendliche Ausländer bis zur Vollendung ihres 17. Lebensjahres Abstand genommen [werde], es sei denn, daß auf Grund besonderer Tatsachen mit einer Fortpflanzungswahrscheinlichkeit zu einem früheren Zeitpunkt zu rechnen wäre“. Demgemäß wurde das weibliche Fortpflanzungspotenzial von ausländischen Mädchen auf das 17. Lebensjahr taxiert, welches jedoch im Gefahrenfall nach unten korrigiert werden konnte. Als maßgebendes Korrektiv fungierte die individuelle Fortpflanzungsgefährlichkeit. Mit Kriegsbeginn und der Zwangsarbeit von ausländischen Frauen verkehrte sich diese Politik in ihr Gegenteil. LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 10, fol. 735; vgl. Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 434–445.

¹⁴¹³ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 104.

Die mit der Fortpflanzungsfähigkeit verbundene gutachterliche Akzentuierung einer besonderen weiblichen Fortpflanzungsgefahr betonte individuelle Eigenschaften, wie etwa das Alter, soziokulturelle Beurteilungskriterien wie die Kinderzahl oder die mit Geschlechtspartnern unterhaltenen Beziehungsverhältnisse. Darüber hinaus wurden Verbindungen zur Familiensituation, zum Geburtsstatus oder zu Erkrankungen hergestellt. Die statistischen Ergebnisse zum „angeborenen Schwachsinn“ weisen darauf hin, dass vor allem junge und unverheiratete Frauen und Männer als „fortpflanzungsgefährlich“ galten. In der Altersstruktur ergeben sich tendenzielle Unterschiede, da Frauen im Vergleich zu Männern früher in die Sterilisationspraxis einbezogen wurden. Demnach stellten pubertierende Mädchen im Alter von etwa 14 bis 16 Jahren eine größere Fortpflanzungsgefahr dar als gleichaltrige Jungen. Demgegenüber ging die Fortpflanzungsgefahr ab etwa dem 50. Lebensjahr insbesondere von Männern aus. In den vorliegenden Sterilisationsgutachten wurde vor allem die hohe Fortpflanzungsgefahr von Frauen betont, hingegen blieb die männliche Fortpflanzungsgefahr überwiegend unausgesprochen und orientierte sich stillschweigend an der potenziellen Zeugungsfähigkeit.

Die höhere Fortpflanzungsgefahr von Frauen wurde anhand der Ehegatten und Sexualpartner abgelesen. Insofern es sich um einen als „minderwertig“ oder „erbkrank“ geltenden Partner handelte oder bereits „erbkrankverdächtige“ Kinder geboren worden waren, wurde die Fortpflanzungsgefahr von weiterem „erbkranken Nachwuchs“ als stark angesehen. In diesem Sinne zeigte der Amtsvorsteher einer kleinen Landgemeinde in der Altmark eine junge Frau als „erbkrank“ an, da sie seiner Meinung nach „geistig minderwertig sei“ und „Verkehr mit einem angeblich noch unnormaleren Mann“ unterhalte.¹⁴¹⁴ Die Fortpflanzungsgefahr einer schwangeren Frau wurde analog dadurch hervorgehoben, dass sie bereits mit einem ebenfalls als „schwachsinnig“ geltenden Mann verlobt sei. „Die Unfruchtbarmachung ist erforderlich, da besondere Fortpflanzungsgefahr besteht. [Sie] lebt bereits mit ihrem Verlobten zusammen. Der Verlobte ist ebenfalls geistig minderwertig, so dass für die zu erwartende Nachkommenschaft eine besonders schwere Belastung anzunehmen ist.“¹⁴¹⁵ Hierzu gehörten ebenso inzestuöse Beziehungen. In Ergänzung ihres Berichtes, in dem

¹⁴¹⁴ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 200.

¹⁴¹⁵ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 115.

eine Gesundheitsfürsorgerin ausführlich über die intellektuellen und beruflichen Defizite einer Frau berichtete, betonte sie, dass gegen eine verheiratete Frau „Anklage wegen Blutschade erhoben“ worden sei, da „sie mit ihrem Bruder [...] verübt haben soll“.¹⁴¹⁶ Eine inzestuöse Beziehung widersprach nicht nur moralischen Vorstellungen, sondern barg auch die Gefahr von „erbkrankem“ Nachwuchs.

Ein weiteres Beurteilungskriterium von weiblicher Sexualdelinquenz bestand in der Anzahl von Kindern. Eine wesentliche Faustformel lautete: Je größer die Kinderanzahl von „erbkrankverdächtigen“ Frauen war, desto höher wurde die Fortpflanzungsgefahr taxiert. Dabei wurde die Kinderanzahl in Sterilisationsverfahren gegen Männer lediglich beiläufig erwähnt, hingegen wurde sie gegenüber Frauen zielgerichtet eingesetzt, um die sexuelle Gefahr zu kennzeichnen. Der Verdacht gewann umso mehr an Bedeutung, wenn die betroffenen Frauen uneheliche Kinder geboren hatten und nicht verheiratet waren. So wurde eine Frau als „männertoll“ bezeichnet und die hohe Fortpflanzungsgefahr damit begründet, dass sie mit einem verheirateten Mann in wilder Ehe lebe und neben vier ehelichen Kindern nun das dritte uneheliche Kind erwarte.¹⁴¹⁷ Eine andere Frau wurde im Juli 1938 als „völlig haltlos“ bezeichnet, da sie zwei uneheliche und drei eheliche Kinder geboren habe. Vor allem die Geburt von unehelichen Kindern fungierte als Ausweis eines ungezügelter und „abnormen“ Sexualverhaltens.¹⁴¹⁸

Ein weiterer maßgeblicher Beurteilungsschwerpunkte waren Verlobung, Hochzeitsvorbereitungen und insbesondere Schwangerschaft, die seit 1935 durch einen Schwangerschaftsabbruch bis zum sechsten Monat gesetzlich verhindert werden konnte.¹⁴¹⁹ „Ich bitte diesen Antrag mit größter Beschleunigung zur Verhandlung zu bringen, da die Frau sich in einem Zustand fortgeschrittener Schwangerschaft nahe der Grenze der Unterbrechungsmöglichkeit befindet.“¹⁴²⁰ Um eine zeitnahe Verurteilung

¹⁴¹⁶ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 224.

¹⁴¹⁷ Vgl. LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 196.

¹⁴¹⁸ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 190.

¹⁴¹⁹ Vgl. Kap. 7.3.2.

¹⁴²⁰ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 157. Vgl. auch LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 217.

zu erreichen, wurden auch Sterilisationsanträge ohne die notwendigen Nachweise eingereicht.¹⁴²¹ Aufgrund einer bestehenden Schwangerschaft bestand nunmehr keine bloß prognostizierte, sondern eine vermeintlich reale Fortpflanzungsgefahr, und die verantwortlichen Amtsärzte versuchten, die Sterilisationsverfahren zu beschleunigen, um mithilfe von Schwangerschaftsunterbrechungen „erbkranken“ Nachwuchs zu verhindern.¹⁴²²

Die Beurteilung der potenziellen Fortpflanzungsgefahr erfolgte jedoch nicht nur anhand der Schwangerschaft, der Anzahl ehelicher und unehelicher Kinder oder anhand nonkonformer Beziehungsverhältnisse wie einer „wilden Ehe“, sondern wurde auch mit dem Verhalten von Familienmitgliedern in Beziehung gesetzt. Dabei wurden insbesondere bestimmte Formen abweichenden Geschlechtslebens von Müttern auf ihre Töchter übertragen. So wurde in einem Verfahren gegen eine junge Frau betont, dass die Mutter mehrere uneheliche Kinder geboren habe, „von denen der Vater unbekannt“ sei.¹⁴²³ Die besondere Fortpflanzungsgefahr eines 16-jährigen Mädchens, welche „bereits das Auftreten und Gehabe der typischen Puella Publica“ aufweise, wurde von einer Hilfsärztin aus Stendal ebenfalls mit der Feststellung unterstrichen, dass „ihre unfruchtbar gemachte Mutter und deren wegen Schwachsinn sterilisierte Schwester [...] zusammen 14!! [sic] fast durchweg minderwertige Kinder [hatten], ehe sie unfruchtbar gemacht wurden“.¹⁴²⁴ Der erbbiologische Transfer eines abweichenden Geschlechtslebens betraf nahezu ausschließlich Frauen. Dabei wurden Verhaltensweisen der betroffenen Frauen mit der Familiensituation verknüpft und eine weibliche Fortpflanzungsgefahr erzeugt, die sich am Alter, an außerehelichen Sexualbeziehungen und unehelichen Kindern orientierte.

Ein sowohl Frauen als auch Männer betreffendes Indiz für eine hohe Fortpflanzungsgefahr stellte die Feststellung einer Geschlechtskrankheit dar. Die Ansteckung

¹⁴²¹ Vgl. LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 76.

¹⁴²² Die Erfolge der amtsärztlichen Initiativen waren begrenzt. Die Abtreibung war von der Zustimmung abhängig, daneben handelte es sich auch bei Sterilisationsverfahren um langsame bürokratisch-juristische Prozesse, die zudem von den betroffenen Frauen zielgerichtet verzögert wurden. In der Folge wurden die Verfahren bis zur Geburt ausgesetzt und die Unfruchtbarmachung anschließend durchgeführt. Vgl. etwa LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 13; LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 115. Siehe auch Kap. 8.3.2.

¹⁴²³ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 170.

¹⁴²⁴ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 118.

vor allem mit Syphilis (Lues) oder Gonorrhö (Tripper) diente dabei häufig als hinreichende Begründung für ungeschützten und zügellosen Geschlechtsverkehr mit wechselnden Geschlechtspartnern.¹⁴²⁵ Einerseits wurde durch dieses Sexualverhalten angeblich die Geburt von Kindern außerhalb der Ehe befördert. Andererseits entsprach das hierin erscheinende ausschweifende Fortpflanzungsverhalten nicht den tradierten Vorstellungen von Sexualität und Ehe und bot Hinweise auf „Abnormitäten“ des sexuellen Triblebens sowie auf Störungen ethischer Regungen. Der Nachweis von Geschlechtskrankheiten besaß bei Frauen wiederum eine besondere Bedeutung, da hiermit auch der Vorwurf der gewerbsmäßigen Prostitution oder eines vergleichbaren Sexualverhaltens einhergehen konnte, was das Vorliegen von „moralischem Schwachsinn“ noch bestätigen konnte.¹⁴²⁶ In den überlieferten Fallakten der Erbgesundheitsgerichte Magdeburg und Stendal spielte der Vorwurf der Prostitution als Hinweis auf „angeborenen Schwachsinn“ allerdings nur eine marginale Rolle.

Die Feststellung von Geschlechtskrankheiten besaß eine nicht unerhebliche gesundheitspolitische Facette, da die betroffenen Frauen und Männer als potenzielle Ansteckungsherde von Infektionskrankheiten eine größere gesellschaftliche Gefahr darstellten.¹⁴²⁷ Im populären und laienhaften Verständnis galten Geschlechtskrankheiten zugleich auch als Urheber von „Erbkrankheiten“. So teilte das Amtsgericht in Magdeburg dem Erbgesundheitsgericht im Mai 1934 mit, dass ein inhaftierter 20-jähriger Mann als Gewohnheitsverbrecher gelten müsse und „sein asoziales Verhalten“ auf den Umstand zurückzuführen sei, „daß sein Vater an Lues litt“.¹⁴²⁸ Der Gefängnisarzt stellte dieses Missverständnis drei Wochen später richtig.

Die gutachterliche Stilisierung einer starken Fortpflanzungsgefahr betraf insbesondere Frauen. Eine sexuelle Gefahr von Männern wurde nur partiell verzeichnet, etwa im Hinblick einer als „erbkrank“ geltenden Ehe- oder Sexualpartnerin, „minder-

¹⁴²⁵ Vgl. Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 412.

¹⁴²⁶ Die Diskussion über den Zusammenhang von Prostitution und Geschlechtskrankheiten sowie die medizinisch-polizeiliche Vorgehensweise kann am Beispiel der Stadt Stendal ab etwa 1936/37 paradigmatisch nachvollzogen werden. Vgl. StA Stendal, (o. Nr.): Überwachung der Prostituierten (1936–1937); StA Stendal, (o. Nr.): Sozialwesen/Gesundheitswesen (1934–1943), Gesundheitsamt, Jugendheim, Inventur (1934–1942).

¹⁴²⁷ So wurde das Auftreten von Geschlechtskrankheiten und anderen ansteckenden Infektionskrankheiten in den jährlichen Gesundheitsberichten zur preußischen Provinz Sachsen detailliert verzeichnet. LASA, C 20 I, Ib Nr. 896: Jahresberichte über das Medizinal- und Sanitätswesen, Bd. 2: 1893–1939; LASA, Rep. C 20 I, Ib Nr. 1540: Öffentliche Gesundheitspflege. Jahresgesundheitsberichte, 3 Bde. (1930–1943), LASA, C 20 I, Ib Nr. 1607: Jahresgesundheitsberichte (1943–1944).

¹⁴²⁸ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, Nr. 5: Schriftwechsel in EGG-Sachen, Sammelakte (1934–1938), unfol.

wertigen“ Kindern oder im Zusammenhang mit Geschlechtskrankheiten. Als Beurteilungsgrundlage einer besonderen weiblichen Gefahr wurden Verhaltensweisen herangezogen, die moralischen Vorstellungen und teilweise auch gesetzlichen Vorschriften widersprachen. So fungierten Prostitution, illegitime Sexualbeziehungen oder unehe-liche Kinder als wesentliche Anzeiger, dass Frauen ein „hemmungsloses“ und „haltloses“ Geschlechtsleben führen würden. Die geschlechtsspezifische Typologisierung quasi als „Dirne“ orientierte sich maßgeblich an männlichen und weiblichen Rollenbildern, sodass ein frühes Sexualverhalten oder wechselnde Geschlechtspartner vor allem bei Frauen als „fortpflanzungsgefährlich“ sanktioniert wurden. Gegenüber Männern finden sich keine vergleichbaren Hinweise, stattdessen wurden geringe sexuelle Interessen und Aktivitäten bezweifelt, da sie nicht der männlichen Sexualrolle entsprachen. So wurde in einem Gutachten zu einem 23-jährigen Mann etwa notiert, dass er „angeblich noch nie Geschlechtsverkehr gehabt“ habe.¹⁴²⁹

Daneben lässt sich am Beispiel von männlichen und weiblichen Psychiatriepatienten eine fluide und bewegliche Grenzlinie zwischen der Akzentuierung von Fortpflanzungspotenzial und Fortpflanzungsgefahr konstatieren. Psychiatrische Anstalten als geschlossene Einrichtungen mit strikter Geschlechtertrennung sollten die Gewähr bieten, das Sexualverhalten von männlichen und weiblichen Patienten zu kontrollieren und ihre Fortpflanzung zu unterbinden.¹⁴³⁰ Die psychiatrischen Anstalten besaßen dementsprechend den Charakter einer sexuellen Kontroll- und Abschottungseinrichtung. Aus diesem Grund mussten als „erbkrank“ geltende Patienten für den Zeitraum ihres Aufenthalts nicht sterilisiert werden. Sobald jedoch die Entlassung oder der Arbeitseinsatz, etwa in der Familienpflege, vorgesehen waren, mussten die betroffenen Frauen und Männer unfruchtbar gemacht werden.¹⁴³¹ Dementsprechend findet sich in der Begründung von Sterilisationsanträgen zu psychiatrischen Patienten häufig der Verweis: „Sterilisation ist erforderlich, da der Kranke für die Familienpflege geeignet

¹⁴²⁹ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 31.

¹⁴³⁰ Vor allem in den Jahren 1934 und 1935 fanden intensive Diskussionen über den Charakter und die organisatorischen Voraussetzungen von geschlossenen Einrichtungen statt, um die Fortpflanzung von weiblichen und männlichen Patienten zu unterbinden. Vgl. etwa LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 92, 183, 190–199.

¹⁴³¹ Insofern die Fortpflanzungsgefahr durch eine Einweisung in eine psychiatrische Einrichtung, Fürsorgeeinrichtung oder in ein Waisenhaus nicht erheblich eingeschränkt werden konnte, wurde nach erfolgtem Gerichtsbeschluss die umgehende Unfruchtbarmachung angeordnet. Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 9, fol. 405–407.

ist und sich frei außerhalb der Anstalt bewegen darf.“¹⁴³² Eine derartige Diagnosebe-
gründung betraf beide Geschlechter gleichermaßen.¹⁴³³

Vor dem Hintergrund der Entlassung aus einer psychiatrischen Einrichtung als institutionellem Kontext wurde das Fortpflanzungspotenzial nunmehr als unkontrollierbare Fortpflanzungsgefahr akzentuiert. Der Übergang konnte unausgesprochen und indirekt, aber auch konkret und drastisch markiert werden. Im Oktober 1937 informierte der Direktor der Landesheilanstalt Jerichow das Gesundheitsamt in Genthin (Jerichow II), dass eine Frau im Zuge eines Sterilisationsverfahrens begutachtet wurde und „angeborener Schwachsinn“ vorläge. Nach Ansicht des Direktors würde das Erbgesundheitsgericht die Unfruchtbarmachung beschließen. Weiterhin betonte er gegenüber dem Amtsarzt: „Wie bereits in ihrem Antrag an das Erbgesundheitsgericht gleich anfangs betont wurde, ist zu befürchten, dass Frau [...], sobald sie aus dem Krankenhaus [...] entlassen wird und zu ihrem asozialen Mann kommt, gleich wieder geschwängert wird.“¹⁴³⁴ Um eine Schwangerschaft zu unterbinden, solle der Amtsarzt einen Antrag auf „Heilanstaltsbedürftigkeit“ aufgrund eines „geistigen Schwächezustandes“ einreichen, sodass die Entlassung verhindert werden könne. Die Entlassung aus einer geschlossenen Einrichtung bildet demzufolge eine Grenze, da das Sexualverhalten außerhalb der Anstalten nicht kontrolliert und überwacht werden konnte. Und in dieser Funktion übernahmen psychiatrische Einrichtungen auch die Aufgaben einer gesundheitspolizeilichen „Schutzhaft“.¹⁴³⁵

In Korrelation mit dem Nachweis von sexuellen Fortpflanzungsgefahren anhand von Geschlecht, Alter, Kinderzahl oder Geschlechtspartnern einerseits sowie weiteren Vorwürfen, wie insbesondere intellektuellen oder beruflichen Leistungsdefiziten, wurde die Ausprägung eines „abnormen“ Sexualverhaltens detaillierter beschrieben. Die Bemessung von sexueller Devianz orientierte sich an den bereits für die

¹⁴³² LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 17; auch LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 65. LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 140.

¹⁴³³ Vgl. LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 170.

¹⁴³⁴ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 208.

¹⁴³⁵ In Anbetracht der massiven Belastung von psychiatrischen Einrichtungen wurden später Ausnahmeregelungen erlassen, sodass Frauen und Männer nach amtsärztlicher Überprüfung und Feststellung eines geringen Fortpflanzungspotenzials und damit einer geringen Fortpflanzungsgefahr auch ohne Sterilisation vorerst entlassen werden konnten. Vgl. Kap. 4.2.

Fortpflanzungsgefahr verwendeten Kriterien wie Geschlecht, Alter, Kinderzahl, Familiensituation, Beziehungsverhältnissen, unehelichen Kindern oder Geschlechtskrankheiten. Im Zuge der gutachterlichen Konstruktion von „angeborenem Schwachsinn“ wurden diese Begutachtungskriterien als Sexualdispositive biologisiert und zu Störungen des sexuellen Trieblebens zugespitzt.

Bezogen auf das Sexualverhalten bedeutete ein „abnormer Sexualtrieb“ somit ein unkontrolliertes, ungezügelt sowie gegen sittliche und moralische Konventionen verstoßendes Geschlechtsleben. Der Vorwurf eines abweichenden Geschlechtslebens bestand demgemäß in der Feststellung, dass das Sexualverhalten der betroffenen Frauen und Männer nicht den gesellschaftlichen Konventionen, Werten und Rechtsgrundsätzen entsprach. Die diagnostische Konstruktion von sexuellen Abnormitäten betraf wiederum insbesondere Frauen. Abweichungen der männlichen Sexualität wurden demgegenüber kaum diskutiert und erscheinen weitgehend randständig oder im Vollzug von Missbrauch und Vergewaltigungen als Bestandteile strafrechtlicher Verfolgung. Diesbezüglich bestätigt sich folgende Feststellung von Gisela Bock: „Die Sterilisationspolitik war also eine Sexualdiagnostik in doppeltem Sinn: Sie orientierte sich an der (wirklichen oder vermeintlichen) Sexualität von Sterilisanden, und sie tat dies je nach ihrem Geschlecht unterschiedlich, genauer: in der Regel nur bei Frauen.“¹⁴³⁶

Die diagnostische Verknüpfung von sexuellen Beurteilungskriterien als weibliche Sexualdiagnostik gewann in der Synthese eine spezifische Qualität und erzeugte als dystopischen Effekt ein diskursives Schreckensbild von Frauen und Weiblichkeit. Die Konstruktionsparameter orientierten sich einerseits an der weiblichen Rolle als sexueller Verführerin. Auf der anderen Seite wurde die Verführbarkeit von Frauen als Sexual- und Ausbeutungsobjekt von Männern betont. In Anbetracht der doppelten und wechselseitigen geschlechtsspezifischen Rollen unterlag die Konstruktion von weiblicher Devianz maßgeblich einer männlich-patriarchalischen Sexualmoral und -prognose.¹⁴³⁷

Insgesamt wurden Frauen oft sowohl als Verführerin als auch als Sexual- und Ausbeutungsobjekt charakterisiert, indem sie sich häufig mit Männern rumtreiben würden oder eine große Anzahl von Kindern zu versorgen hätten.¹⁴³⁸ So geriet etwa eine Frau im Januar 1937 ins Visier des Gesundheitsamtes in Haldensleben, da sie

¹⁴³⁶ Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 405.

¹⁴³⁷ Vgl. Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 392.

¹⁴³⁸ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 90.

„beschränkt“ und mit dem fünften Kind schwanger sei. Die Ermittlungen bezogen die Akten der Fürsorgeerziehung aus dem Jahr 1926 ein, die die sexuelle Abnormität bestätigten. Laut diesen Akten sei das damals 17-jährige Mädchen „mannstoll“. „Zu einer Mitbediensteten äußerte sie einmal, sie könne jeden Mann umarmen. Der Zeuge hat auch selber gesehen, dass sie eines Abends auf der Straße einen Mann, der gar nichts von ihr wissen wollte, umarmt hat. Ob sie bereits geschlechtlichen Umgang gehabt hat, hat sich nicht feststellen lassen. Bei ihrem häufigen nächtlichen Umhertreiben muss aber stark damit gerechnet werden.“¹⁴³⁹ Auf Grundlage dieser Dokumentation gewann die Begründung eines abnormen Geschlechtslebens, das bereits in der Adoleszenz festgestellt worden war, an Gewicht.¹⁴⁴⁰

Der frühzeitige Geschlechtsverkehr diente als maßgebliche Konstruktionsgrundlage zur Herstellung von Frauen als Verführerinnen und Ausbeutungsobjekten. So wurde im März 1938 für eine 17-jährige Frau neben „erheblichen Verstandsausfällen“ hervorgehoben, dass sie bereits mit 15 Jahren Geschlechtsverkehr gehabt habe. Sie besäße kein „sittliches Urteilsvermögen“ und müsse als „sexuell hemmungslos“ gelten. In der Diagnosebegründung konstatierte der Amtsarzt von Gardelegen abschließend: „Für besonders wichtig halte ich auch die bei Schwachsinnigen häufig zu beobachtende sexuelle Zügellosigkeit.“¹⁴⁴¹ Diese Zügellosigkeit bedeutete ein unkontrolliertes und hemmungsloses Sexualverhalten, welches in Form von weiblicher Verführung und Verführbarkeit die Gefahr einer Schwangerschaft erheblich steigerte. Dergestalt wurde ein 15-jähriges Mädchen als Verführerin geschildert, von dem bekannt geworden war, dass sie „geschlechtlich schon sehr weit entwickelt“ sei „und in dieser Richtung kleine Jungens beeinflusst und verführt“.¹⁴⁴²

Auf der Grundlage eines ärztlichen Gutachtens hielt ein Psychiater der Landesheilanstalt Uchtspringe im Frühjahr 1937 gegenüber einem minderjährigen Mädchen ebenso beide Sexualrollen fest: „Bemerkenswert ist weiterhin, dass sich bei ihr schon im jugendlichen Alter eine bedenkliche sexuelle Haltlosigkeit gezeigt hat. Man geht

¹⁴³⁹ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 142.

¹⁴⁴⁰ Die Dokumentationen aus der Weimarer Republik weisen darauf hin, dass bereits vor dem Nationalsozialismus Frauen aufgrund von Verhaltensweisen gegenüber Männern, die nicht den tradierten moralischen Vorstellungen entsprachen, als „mannstoll“ bezeichnet und entsprechend klassifiziert wurden. Vgl. Zaft: Der erzählte Zögling.

¹⁴⁴¹ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 223.

¹⁴⁴² LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 68.

wohl auch nicht fehl in der Annahme, dass sie schon vor dem 16.ten Lebensjahr geschlechtlichen Verkehr gehabt hat.“¹⁴⁴³ Dementsprechend wurde die junge Frau als Verführerin konstruiert, da sie vermutlich bereits Geschlechtsverkehr gehabt habe und somit als sexuell „haltlos“ gelten müsse. „Bei ihrer sexuellen Haltlosigkeit und der bei ihr wahrscheinlich ausgeprägten Leichtbeeinflussbarkeit wird sie auch eine große Gefahrenquelle für die Verbreitung von Geschlechtskrankheiten darstellen.“¹⁴⁴⁴ Neben ihrer sexuellen Haltlosigkeit sei das Mädchen leicht beeinflussbar, was sie zu einem „willenlosen“ männlichen Sexualobjekt mache. Damit verbunden müsse sie als Ansteckungsherd von Geschlechtskrankheiten betrachtet werden, was die sexuelle Abnormalität in den Augen des Arztes um eine infektiöse Gefährlichkeit ergänzte.

In der Kennzeichnung von Frauen als Verführerinnen wurden neben Verhaltensweisen auch äußerliche Attribute wie eine ausgeprägte weibliche Gestalt, aufreizende Kleider oder ein geschminktes Gesicht in die Diagnosebegründung einbezogen. Die höchste Steigerungsform bestand in der Herstellung von Frauen als Prostituierten. So wurde etwa eine schwangere Frau im Januar 1939 als Verführerin stilisiert, da sie sich viel „herumtreibe“ und „mehrere Male mit einem Soldaten Geschlechtsverkehr“ gehabt haben soll.¹⁴⁴⁵ Aus diesem Grund müsse sie sexuell als „hemmungslos“ gelten und es könne keine „Lebensbewährung“ erwartet werden. Das Erbgesundheitsgericht Stendal lehnte den Antrag des Amtsarztes von Gardelegen in erster Instanz ab, worauf der Amtsarzt Beschwerde einlegte. Dabei betonte der Amtsarzt die sexuelle Hemmungslosigkeit und verwies auf die Gefahr, dass die Frau „erbkranken“ Nachwuchs gebären könnte. „Die Probandin treibt sich nächtelang außerhalb des Hauses rum [...]. Meiner Überzeugung nach handelt es sich um einen ausgesprochenen Prostituierten-typ, der schwachsinnig [und] sexuell haltlos“ ist.¹⁴⁴⁶

¹⁴⁴³ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 41.

¹⁴⁴⁴ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 41.

¹⁴⁴⁵ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 199.

¹⁴⁴⁶ Der Amtsarzt fand kein Verständnis für die Ablehnung seines Sterilisationsantrages, da die „soziale Nichtbewährung einwandfrei bewiesen“ wäre. „Wahrscheinlich wird aber wohl inzwischen die Schwangerschaft so weit fortgeschritten sein, dass eine Unterbrechung der Schwangerschaft nicht mehr statthaft ist.“ Die sexuelle Triebhaftigkeit als Bestandteil des „angeborenen Schwachsinn“ und die besondere Fortpflanzungsgefahr aufgrund der Schwangerschaft würden in den Augen des Amtsarztes eine Unfruchtbarmachung rechtfertigen. LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 199.

Eine weitere Form weiblicher Verführung bestand in intimen Verhältnissen mit verheirateten Männern, die durch daraus resultierende Schwangerschaften und illegitime Kinder noch verschärft wurde.¹⁴⁴⁷ Dabei erhielt die weibliche Verführung eine strafrechtliche Dimension, wenn es sich bei den männlichen Geschlechtspartnern um ausländische Kriegsgefangene handelte.¹⁴⁴⁸ Der Verführungsversuch fungierte im Sterilisationsverfahren als ein wichtiger Hinweis auf „sexuelle“ Triebhaftigkeit, der aufgrund der nationalsozialistischen Rassenideologie an Schärfe gewinnen konnte, wenn das männliche „Opfer“ ein polnischer oder russischer Kriegsgefangener war.

Entgegen der Rolle als „Verführerin“ wurde der „angeborene Schwachsinn“ von Frauen in hohem Maße damit begründet, dass sie der männlichen Sexualgewalt „willenlos“ ausgeliefert seien und als „sexuelle Ausbeutungsobjekte“ galten. Geradezu paradigmatisch konstatierte ein Psychiater aus Stendal in einem Gutachten über ein 16-jähriges Mädchen im Jahr 1935: „Ich habe auch den Eindruck gewonnen, dass [sie] gerade wegen ihrer Gutmütigkeit, besonders aber wegen ihrer Urteilsschwäche sehr leicht beeinflussbar ist und das bei ihr die Gefahr, in sexueller Beziehung ein Ausbeutungsobjekt zu werden, sehr groß ist. Ich rate dringend zur Sterilisierung.“¹⁴⁴⁹ Da der jungen Frau kein verantwortungsbewusstes und selbstbestimmtes Handeln zugesprochen werden könne, müsse die Gesellschaft vor ihrer Willensschwäche geschützt werden.

Beurteilungen von Frauen als Ausbeutungsobjekten rekurrten insbesondere auf Vergewaltigungen und sexuelle Übergriffe. So wurde zur Vorgeschichte einer jungen Frau im Jahr 1937 lapidar konstatiert: „Hat Neigung zum Umhertreiben und wird von den Knechten missbraucht.“¹⁴⁵⁰ In einem Sterilisationsgutachten des Amtsarztes

¹⁴⁴⁷ Vgl. LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 150.

¹⁴⁴⁸ Im Jahr 1942 wurde etwa gegen eine 19-jährige Frau ein Sterilisationsverfahren aufgrund von „angeborenem Schwachsinn“ geführt, in dem ausführlich auf eine Gefängnisstrafe aufgrund eines „Vergehens gegen § 4 der Verordnung zur Ergänzung der Strafvorschriften zum Schutz der Wehrmacht des Deutschen Volkes vom 25.11.1939“ eingegangen wurde. Laut Strafurteil hatte das damals 17-jährige Mädchen versucht, einen polnischen Kriegsgefangenen zu verführen. Im Gegensatz zum späteren Sterilisationsurteil wurden keine „Merkmale einer krankhaften Störung oder abartigen Veranlagung“ festgestellt, sodass das Mädchen trotz intellektueller und sittlicher Defizite als schuldfähig galt. Sie habe „in Kenntnis des Verbots mit einem polnischen Kriegsgefangenen in einer Weise Umgang gepflogen, die das gesunde Volksempfinden verletzen. In Anbetracht der Schwere der Tat und des abstoßenden schamlosen Verhaltens“ würden Erziehungsmaßregeln nicht ausreichen. LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 154.

¹⁴⁴⁹ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 130.

¹⁴⁵⁰ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 170. Vgl. auch KrA Salzwedel, Bestand Gardelegen,

von Genthin zu einer 26-jährigen Frau heißt es im Mai 1935, dass derzeit eine Anzeige geprüft werde. „Ein etwa 15jähriger Junge soll in Gegenwart von jüngeren Knaben mit ihr Geschlechtsverkehr ausgeübt haben und dann die jüngeren Knaben aufgefordert haben, das Gleiche zu tun.“¹⁴⁵¹

Im Rahmen der gutachterlichen Darlegungen wurde auch auf Vergewaltigungen durch Väter hingewiesen.¹⁴⁵² Die Feststellung des vermeintlichen Missbrauchs durch männliche Familienangehörige, Nachbarn oder Arbeitskollegen verfolgte das Ziel, die betreffenden Frauen als „Ausbeutungsobjekte“ zu kennzeichnen. Die Schuld und Verantwortung an diesen Straftaten wurden jedoch nicht nur den männlichen Vergewaltigern zugesprochen, sondern ebenso den betroffenen Frauen, da sie „leicht beeinflussbar“ seien und keine Willensstärke besäßen, um eine Vergewaltigung zu verhindern. Dementsprechend wurden Frauen statt als Opfer vielmehr als Mittäterinnen ihrer Vergewaltigung charakterisiert.¹⁴⁵³

Im Februar 1937 äußerte sich ein psychiatrischer Gutachter dahingehend, dass eine junge Frau „erhebliche intellektuelle“ Defizite aufweise und als imbezill gelten müsse.¹⁴⁵⁴ Dieser Einschätzung stehe jedoch die Feststellung gegenüber, dass sich die Frau gegen eine Vergewaltigung gewehrt habe. „Es wäre bei einem höheren Grad der Urteilslosigkeit, der Indolenz und der noch kindlichen Undifferenziertheit des sittlichen Verhaltens für den Angeklagten im gegebenen Fall wohl leicht gewesen, seine Absichten bis zu Ende durchzuführen [...]. Die Tatsache, dass die Zeugin in diesem Dilemma nicht widerstandslos erlegen ist, sondern zur Abwehr fähig blieb, weist darauf hin, dass der bei ihr vorliegende Schwachsinn nicht so hochgradig ist, um sie zur ‚geisteskranken Frauensperson‘ zu stempeln.“¹⁴⁵⁵ Entsprechend der medizinischen Beurteilung habe die Frau Willensstärke und richtiges Urteilsvermögen bewiesen.

Gesundheitswesen (GW), einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z), Nr. 47–20.

¹⁴⁵¹ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 185.

¹⁴⁵² Vgl. LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 29.

¹⁴⁵³ So berichtete der Gemeindevorsteher einer kleinen Gemeinde in der Nähe von Stendal am 9. September 1934: Eine junge Frau sei „geistig minderwertig. Sie wird sich jedem Manne hingeben. So ist es bei mir vorgekommen, dass [sie] sich einem Knechte hingeeben hat am Tage im Beisein anderer Knechte. [...] Ist im Frühjahr 1932 bereits von einem Kinde entbunden KrA Salzwedel, Bestand Gardelegen, Gesundheitswesen (GW), einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z), Nr. 81–3.

¹⁴⁵⁴ Das Gutachten wurde im Rahmen von Ermittlungen im Zusammenhang einer Vergewaltigung im Jahr 1936 erstellt, welches im Zuge eines Sterilisationsverfahrens im Jahr 1940 gegen eine junge Frau einbezogen wurde.

¹⁴⁵⁵ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 145.

In den weiteren Ermittlungen ergab sich jedoch, dass die Frau eine Falschaussage getätigt hatte und der Straftatbestand der versuchten Vergewaltigung nicht aufrechterhalten blieb. Im Zuge weiterer Recherchen durch das Gesundheitsamt Gardelegen teilte eine frühere Arbeitgeberin schließlich mit, dass die Frau sehr gutmütig sei und sich von Männern verführen ließe. „Sie denkt, es muss alles ausgeführt werden, was ein anderer sagt [...]. Schaut ein Mann sie an, freut sie sich wie ein kleines Kind darüber“, und sie würde „alles tun, was ein Mann verlangte, ohne dass sie sich dabei etwas dächte“.¹⁴⁵⁶ Zum Abschluss des Sterilisationsverfahrens betonte schließlich ein Gutachten der Landesheilanstalt Uchtspringe im März 1941, dass die Frau eine ausgeprägte „Willensschwäche“ besäße.¹⁴⁵⁷ Die divergierenden Einschätzungen betonen auf besondere Weise die Konstruktionsformen von abweichendem weiblichen Sexualverhalten. Insofern sich eine Frau einer Vergewaltigung widersetzte, bewies sie „Willensstärke“ sowie „Urteilsvermögen“. Damit würde sie sich trotz intellektueller Defizite im Leben bewähren und müsste nicht als „schwachsinnig“ gelten. Hingegen bildeten die Falschaussage vor Gericht sowie vor allem die Gefügigkeit gegenüber Männern wichtige Indizien für eine „Willensschwäche“, die ihrerseits die betroffene Frau als sexuelles Ausbeutungsobjekt charakterisierte.

Konstruktionsverfahren sexueller Devianz von Frauen in Form von zielgerichteter Verführung und charakterloser Verführbarkeit können bis 1945 beobachtet werden, jedoch gewannen sie mit Kriegsbeginn eine andere, radikalere sprachliche Qualität, da die Unfruchtbarmachung nun an die besondere „Fortpflanzungsgefahr“ gebunden wurde. Dabei bedienten sich die Akteure in diesen Verfahren den etablierten Typologisierungen. Gemäß dem psychiatrischen Gutachten der Landesheilanstalt Uchtspringe vom Februar 1944 weise eine Frau vor allem einen „liederlichen Lebenswandel auf“, da sie trotz aller Belehrungen an einer Geschlechtskrankheit erkrankt sei. So käme „noch ihre moralische Haltlosigkeit als Zeichen einer Störung ihres sittlichen Empfindens hinzu, sodaß im Falle des Vorliegens eines angeborenen Schwachsinn die Gefahr einer Vererbung nicht nur des intellektuellen, sondern auch des moralischen Schwachsinn zu befürchten wäre“.¹⁴⁵⁸ Nach Ansicht des ermittelnden Amtsarztes im

¹⁴⁵⁶ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 145.

¹⁴⁵⁷ „Dafür spricht nicht nur die von der Probandin, allerdings unter einem gewissen Druck und vor mehr als 4 Jahren abgegebene, unwahre eidesstattliche Versicherung, sondern vor allem ihr fast widerspruchloses Eingehen auf alle Aufforderungen [des Mannes], obgleich ihr sittliches Empfinden sich dagegen sträubte.“ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 145.

¹⁴⁵⁸ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 120.

Jahr 1943 würde sich eine 20-jährige Frau seit ihrem 14. Lebensjahr herumtreiben und habe sich nun mit Lues infiziert. „Ihr Triebleben ist völlig haltlos.“¹⁴⁵⁹ Diese Verhaltensweisen würden auf eine eklatante Willensschwäche und erhebliche ethische Defekte hinweisen, auch sei eine „Lebensbewährung“ nicht zu erwarten. Ebenfalls einer jungen Frau wurden im Juli 1942 eine sexuelle Abnormität und hohe Fortpflanzungsgefahr unterstellt, da sie „bereits mit 13 Jahren geschlechtlichen Verkehr gehabt“ haben soll und als „sittlich verwahrlost“ gelten müsse.¹⁴⁶⁰ Die Verhandlungen und Begutachtungen erstreckten sich über zwei Jahre und schließlich erkannte das Erbgesundheitsobergericht Naumburg auf der Grundlage eines Berichts des kommissarischen Landrates von Osterburg eine „Lebensbewährung“ an, sodass das Verfahren für zwei Jahre ausgesetzt wurde.¹⁴⁶¹ Hierbei handelte es sich um eines der wenigen Verfahren, das einer Frau einen positiven Lebenswandel anhand ihres Geschlechtslebens attestierte.

Entgegen der seit 1939 zunehmenden Betonung von sexuellen Verfehlungen als Grundlage des Sterilisationsgutachtens können auch zaghafte Veränderungen in der Beurteilung des männlichen und weiblichen Geschlechtslebens festgehalten werden, die auf einen Wandel der gesellschaftlichen Sexualmoral hinweisen könnten. Ein Gutachten des Amtsarztes von Haldensleben vom Januar 1941 bezog sich neben „Verstandesausfällen“ geradlinig auf das abweichende Sexualverhalten einer jungen Frau, die bereits mit 17 Jahren Geschlechtsverkehr mit einem „zeugungsunfähigen Manne“ gehabt und eine Schwangerschaft vorgetäuscht habe.¹⁴⁶² Sechs Monate später erstellte ein Psychiater der Landesheilanstalt Haldensleben ein fachärztliches Gutachten, in dem er ausführlich auf diese „Jugenddummheit“ Bezug nahm. Im Hinblick auf das Sexualverhalten könne man in den Augen des Psychiaters „eine gewisse Haltlosigkeit in sexueller Hinsicht konstatieren. Der Umstand, dass sie bereits mit 17 Jahren den ersten Geschlechtsverkehr gehabt hat, könnte in dieser Richtung sprechen, doch kann man ebenso gut sagen, dass sie damals vielleicht das Opfer ihrer geistigen Unterentwicklung und Unreife geworden ist. Die Tatsache, dass sie jetzt wieder mit ihrem

¹⁴⁵⁹ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 4.

¹⁴⁶⁰ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 22.

¹⁴⁶¹ „Sie ist immer willig und ehrlich gewesen. Über den Umgang mit Männern ist Nachteiliges nicht bekannt [...]. Es erweckt den Anschein, als wenn sie sich noch zu einem brauchbaren Gliede der Volksgemeinschaft entwickeln würde.“ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 22.

¹⁴⁶² LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 53.

Bräutigam Geschlechtsbeziehungen unterhält, braucht man indessen nicht gerade als Zeichen von sexueller Haltlosigkeit aufzufassen, da dieses Verhalten kaum den weitverbreiteten Gepflogenheiten widerspricht.“¹⁴⁶³ Entgegen tradierter Vorstellungen von männlichem und insbesondere weiblichem Sexualverhalten versteht der begutachtende Psychiater den frühen Geschlechtsverkehr der jungen Frau nicht als „sexuelle Haltlosigkeit“ und konterkarierte damit die vom Amtsarzt beabsichtigte Beweisführung eines „angeborenen Schwachsinn“ aufgrund von sexuellen und moralischen Abnormitäten.

Gegenüber der ausgeprägten Bewertung des Fortpflanzungspotentials, der Fortpflanzungsgefahr sowie der minutiösen Konstruktion von Frauen als Verführerinnen und Ausbeutungsobjekt wurden sexuelle Abweichungen von Männern in weitaus geringerem Maße beschrieben und geahndet. Mit Ausnahme von strafrechtlichen Ahndungen inzestuöser Beziehungen finden sich kaum vergleichbare Beschreibungen männlichen Sexualverhaltens, sodass etwa das nächtliche Herumtreiben, der Geschlechtsverkehr in der Adoleszenz oder die hohe Anzahl von Kindern nicht als Indizien einer männlichen Sexualdevianz fungierten. Dementsprechend wurden auch die Rollen als „Verführer“ oder „Ausbeutungsobjekt“ nur beiläufig bemüht.

In seltenen Fällen umfasste die Konstruktion von abweichender männlicher Sexualität insbesondere Straftaten wie Vergewaltigung oder Nötigung. Homosexualität spielte dagegen nur eine geringe Rolle.¹⁴⁶⁴ Und auch die Begehung von Sexualstraftaten wurde weniger im Sinne einer abweichenden Sexualität beschrieben, sondern vor allem in Bezug auf „Verstandesausfälle“ und „Urteilsschwäche“ gewertet. Dementsprechend nüchtern heißt es zu einem 18-jährigen Mann: Er habe im Juni 1935 „eine taubstumme Frau auf dem Felde überfallen und unter die Röcke gefasst. Angeblich wollte er sich deren Geschlechtsteil ansehen. Er steht in dem Verdacht, auch noch in anderen Fällen sittliche Verfehlungen begangen zu haben.“¹⁴⁶⁵

Im Gegensatz zur Feststellung einer abnormen weiblichen Sexualität fehlen sämtliche Hinweise auf eine „sexuelle Haltlosigkeit“ oder ein „haltloses Triebleben“. Eine stärkere Wertung nahm ein Psychiater der Landesheilanstalt Jerichow vor, der im Juni 1936 zu einem anderen Mann notierte: „Anlaß zum Antrag war die rege sexuelle

¹⁴⁶³ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 53.

¹⁴⁶⁴ Vgl. auch Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 385.

¹⁴⁶⁵ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 82.

Betätigung und die angeblichen Versuche, sich schulpflichtigen Kindern zu nähern.“¹⁴⁶⁶ Die unterschiedliche Betonung des Sexualtriebes kann in Beziehung zur Zielgruppe der Sexualhandlung gestellt werden, sodass die Annäherung an Kinder stärker gekennzeichnet wurde als die Nötigung einer taubstummen Frau. Jedoch wurden auch im zweiten Beispiel keine konkreten Bezüge zwischen sexueller Abnormität und „angeborenem Schwachsinn“ hergestellt. Vielmehr betonte der Psychiater das rege Geschlechtsleben und rekurrierte auf das männliche Sexualitätspotenzial als Fortpflanzungsgefahr.¹⁴⁶⁷

Das weitgehende Schweigen der Quellen zur männlichen Sexualität und die meist nur geringfügige, teilweise bagatellisierende Bewertung von Sexualdelikten verweisen auf einen überformenden paternalistischen Sexualitätsdiskurs, in welchem Frauen bereits aufgrund kleiner Verfehlungen als Verführerinnen und Ausbeutungsobjekte wahrgenommen wurden. Demgegenüber wurde das Geschlechtsleben von Männern kaum berücksichtigt und geriet lediglich in Form von strafbaren sexuellen Übergriffen in Erscheinung. In der Konsequenz wurden Frauen an einem engen wie imaginären Keuschheitsideal bemessen, welches auf ihre biologische Verantwortung und Rolle als Gebälerin, Mutter, Ehefrau und Erzieherin bezogen wurde. Aufgrund dieser zentralen Bemessungsgrenze wurden alle Verstöße gegen tradierte und biologisch aufgeheizte Moralvorstellungen des weiblichen Geschlechtslebens als Abweichungen gekennzeichnet. Zugleich erscheinen Frauen in einer männlich dominierten Volksgemeinschaft als ein erhebliches gesellschaftliches Gefahrenpotenzial, indem sie die sexuelle Schwäche von Männern sowohl bewusst als auch passiv ausnutzen könnten. Insofern kann die Sterilisation von Frauen aufgrund von sexueller Devianz auch als männliches Schutzbedürfnis und als Aufrechterhaltung paternalistischer Herrschaftsstrukturen verstanden werden.

Damit verbunden war eine unterschiedliche Bewertung von männlicher und weiblicher Sexualität sowie von Gebär- und Zeugungsfähigkeit. So kann insgesamt eine geschlechtsspezifische Unterscheidung von Sexualität als Geschlechtsakt und Fortpflanzungsverhalten konstatiert werden. Wurde Männern zumindest indirekt ein auch ausschweifenderes Sexualleben durchaus zugestanden, so wurde die Sexualität von Frauen auf die Fortpflanzung reduziert. Jedoch galt die weibliche Gebärfähigkeit

¹⁴⁶⁶ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 214.

¹⁴⁶⁷ Für ein weiteres Beispiel eines männlichen Sexualdeliktes siehe LASA, C 48 Ii, Nr. 960, Bd. 50: Die Untersuchungsverhandlungen über Gemütskranke (1932–1944), fol. 111–113, 212–228.

keineswegs weniger als die männliche Zeugungsfähigkeit.¹⁴⁶⁸ Im Gegenteil wurden Mutterschaft und weiblicher Gebärfähigkeit als Wiege des Volkskörpers ein höherer Wert zugesprochen als allgegenwärtiger männlicher Potenz. So führte auch die Sorge um die rassische Qualität von Frauen zu einer rigiden Sterilisationspraxis bei Frauen.

Hinsichtlich der Konstruktionsformen orientierten sich die Exklusionskriterien für „angeborenen Schwachsinn“ – insbesondere in Form der „Verstandesleistungen“ und der beruflichen Leistungsfähigkeit – an Anforderungskriterien der Moderne. Demgegenüber erfolgte die gutachterliche Überprüfung von Sexualität und Geschlechtsleben vor allem von Frauen anhand von tradierten Rollenvorstellungen der Geschlechter. Dieser ergänzende wie auch dialektische Vergangenheitsbezug korrelierte mit der rassischen Obsession des Dritten Reiches sowie der rassenhygienischen Zwangssterilisation. Demgemäß erscheint die Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ als eine biopolitische Technologie zur Regulierung des männlichen und weiblichen Fortpflanzungsverhaltens, die charakteristische Merkmale sowohl von modernen Professionalisierungs- und Rationalisierungstendenzen als auch von vormodernen Moral- und Normvorstellungen aufweist.

5.4.2.4 Lebenswelt

Die Bemessung von Gefühls-, Trieb- und Willensstörungen umfasste neben dem Sexualverhalten auch die Lebenswelt von Frauen und Männern. Wesentliche Kriterien der gutachterlichen Überprüfung des lebensweltlichen Umfeldes waren die Wohn- und Lebenssituation, die Erfüllung familiärer und elterlicher Pflichten, das eheliche Zusammenleben sowie die Versorgung und Erziehung von Kindern. Weiterhin wurden auch Straftaten und Gefängnisstrafen ebenso wie Verfehlungen oder auffällige bzw. „merkwürdige“ Handlungsweisen verzeichnet. Im weitesten Sinne betrafen lebensweltliche Verstöße die volksgemeinschaftliche Teilhabe, sodass die männlichen und weiblichen Fähigkeiten von sozialer Partizipation, alltägliche Verhaltensweisen oder auch politisches Interesse bewertet wurden. Die Lebenswelt fungierte demnach als Spiegelbild des männlichen und weiblichen Erbwertes, und soziale Normverletzungen und Devianzen galten als wichtige Hinweise auf eine erbliche „Minderwertigkeit“. Im Zuge der ergänzenden gutachterlichen Beurteilung der Lebensbewährung nahm die Lebenswelt seit Mitte der 1930er-Jahre eine wichtigere Rolle in der Antragstellung ein, sodass die betroffenen Personen intellektuelle und berufliche Defizite ausgleichen

¹⁴⁶⁸ So Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 365.

konnten, wenn sie sich in ihr soziales Umfeld integrierten, einen ordnungsgemäßen Haushalt führten, keine Fürsorgekosten erhielten oder Straftaten begingen. So betonte ein Bürgermeister gegenüber dem Gesundheitsamt in Gardelegen, dass ein Mann zwar intellektuelle Defizite aufweise, er jedoch als Soldat im Ersten Weltkrieg gekämpft habe und trotz der schwierigen wirtschaftlichen Situation als „Gelegenheitsarbeiter“ tätig gewesen sei. „Er ist hier als ordentlicher und nüchterner Mensch bekannt, der in erster Linie für seine Familie sorgt und gegen Ehefrau und Kinder gut ist.“¹⁴⁶⁹ Ebenso wurde hervorgehoben, wenn Frauen trotz schlechter wirtschaftlicher Voraussetzungen ihre geschlechtsspezifisch zugewiesenen häuslichen und erzieherischen Pflichten erfüllten.¹⁴⁷⁰

Die Bewertungen korrelierten unmittelbar mit den gutachterlichen Ergebnissen zur Familiensituation, zur intellektuellen und beruflichen Leistungsfähigkeit sowie zum Sexualverhalten. Dabei wurden einerseits konkrete Verknüpfungen zur Lebenssituation hergestellt, andererseits wurden lebensweltliche Verstöße von familiären, intellektuellen, beruflichen und sexuellen Defiziten und Normverletzungen abgeleitet. Dementsprechend korrespondierten die gutachterlich bemessenen sozialen Normverletzungen in hohem Maße mit zeitgenössischen männlichen und weiblichen Werte- und Rollenvorstellungen. Das Geschlecht bildete dergestalt einen inhärenten Bezugspunkt in der Herstellung von männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“ aufgrund einer gutachterlich festgestellten sozialen Devianz.

In Anbetracht der Weitläufigkeit und Variabilität von vorgeworfenen lebensweltlichen Abweichungen werden im Folgenden unter einer geschlechtsspezifischen Perspektive maßgebliche Beurteilungskriterien betrachtet. Hierzu gehörten insbesondere die Fähigkeit zu einem ökonomisch und sozial unabhängigen Leben, Formen der Haushaltsführung und Kindererziehung, die Wohn- und Lebenssituation sowie Gewalt und Kriminalität. Größere oder erhebliche Abweichungen in der Lebensführung, soziale Auffälligkeiten sowie strafgesetzliche Konflikte wurden seitens der begutachtenden Ärzte oder von Auskunftspersonen, wie Lehrern, sprachlich wie kategorial als „asoziale“ und „antisoziale“ Verhaltensweisen markiert.¹⁴⁷¹ Asozialität diente als spezifischer Anzeiger, um die besondere soziobiologische Abnormität zu kennzeichnen und die Notwendigkeit einer Unfruchtbarmachung zu unterstreichen. So teilte etwa der

¹⁴⁶⁹ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 228.

¹⁴⁷⁰ Vgl. LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 194.

¹⁴⁷¹ Vgl. Ayaß: „Asoziale“ im Nationalsozialismus.

Amtsarzt von Haldensleben dem Regierungspräsidenten in Magdeburg im September 1939 mit, dass ein Sterilisationsantrag gegen einen Mann „wegen seines asozialen Verhaltens“ gestellt worden sei.¹⁴⁷²

Für die medizinisch-psychiatrische Begutachtung und Nachweisführung als „erbkrank“ bestand hingegen die grundsätzliche Einschränkung, dass die „Psychopathie“ per Gesetz nicht als „Erbkrankheit“ galt und dementsprechend psychopathische Verhaltensmuster als Effekte eines „angeborenen Schwachsinn“, einer „Schizophrenie“ oder eines „zirkulären Irreseins“ als „Erbkrankheiten“ im Sinne des nationalsozialistischen Sterilisationsgesetzes nachgewiesen werden mussten.¹⁴⁷³ Der praktischen Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation standen nach Ansicht einiger Amtsärzte der preußischen Provinz Sachsen keine unwesentlichen Hindernisse entgegen. So bemängelte der leitende Amtsarzt von Magdeburg im Februar 1936 die bestehende gesetzliche Begrenzung, da hierdurch die Wirksamkeit des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ erheblich begrenzt sei. Es ist „mehrfach als Mangel des Gesetzes empfunden worden, dass es nicht möglich ist, die Fortpflanzung asozialer Psychopathen mit zweifellos minderwertiger Erbmasse zu unterbinden“.¹⁴⁷⁴ Darüber hinaus erscheint in den Worten des Amtsarztes zumindest mittelbar eine prägende Charakterisierung des nationalsozialistischen Sterilisationsgesetzes als Instrument zur „Lösung der sozialen Frage“.

Bezugnehmend auf die gutachterlichen Herstellungs- und Konstruktionsverfahren anhand von intellektuellen und beruflichen Defiziten wurde vor allem Männern als Kriterium von „Minderwertigkeit“ die Befähigung abgesprochen, einen Haushalt zu begründen und eine Familie zu ernähren. Hiermit wurde der Vorwurf formuliert, nicht in der nationalsozialistischen Volksgemeinschaft bestehen und einer männlichen Lebenswelt entsprechen zu können. So wurde etwa einem Mann die Fähigkeit abgesprochen, „allein mit dem Leben fertig“ zu werden.¹⁴⁷⁵ Einem anderen jungen Mann wurden im Oktober 1935 erhebliche Leistungsdefizite unterstellt. Er würde zwar erst seit kurzer Zeit als Knecht arbeiten, müsste jedoch fortlaufend kontrolliert werden. „Er ist sehr verspielt, zeitweise auch dickköpfig, sehr redselig und gutmütig, in letzter Zeit

¹⁴⁷² LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 4, fol. 366.

¹⁴⁷³ Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetzeskommentar, S. 101. Zur Psychopathie weiterführend Schmiedebach, Peter (Hrsg.): Entgrenzungen des Wahnsinns: Psychopathie und Psychopathologisierungen um 1900, Berlin 2016; Rose, Wolfgang/Fuchs, Petra/Beddies, Thomas: Diagnose „Psychopathie“. Die urbane Moderne und das schwierige Kind. Berlin 1918–1933, Köln 2016.

¹⁴⁷⁴ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 6, fol. 160.

¹⁴⁷⁵ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 41.

besonders stark hinter Frauen und kleinen Mädchen her und wird von den Dorfbewohnern nur zum Narren gehalten.“¹⁴⁷⁶ Die abwertenden Attribute kennzeichnen den jungen Mann als verspieltes Kind, das nicht den Anforderungen an einen erwachsenen Mann entspreche und damit nicht in der Lage sei, einen Haushalt zu begründen und eine Familie zu ernähren.¹⁴⁷⁷

Eine besondere Zuspitzung einer bestehenden „Minderwertigkeit“ erfolgte mit der Bezeichnung als „Narr“ oder „Trottel“, der keine Verantwortung übernehmen könnte und in der Dorfgemeinschaft gehänselt und verspottet würde. So wurde gegenüber Männern häufiger verzeichnet, dass sie von Arbeitskollegen oder Nachbarn gehänselt würden. Ein junger Mann würde sich oft zurückziehen, „da er wegen seines stark schwachsinnigen Aussehens von seinen Kameraden viel gehänselt wird“.¹⁴⁷⁸ Ein 18-jähriger Mann werde von seinen Arbeitskollegen ebenfalls nicht respektiert. „Man hänselte ihn und sie trieben mit ihm allerhand Unfug.“¹⁴⁷⁹ Diese Beschreibungen deuten auf eine Rollendiskrepanz hin, indem die betroffenen Männer nicht den vorherrschenden männlichen Stereotypen, wie insbesondere Stärke und Durchsetzungsvermögen, entsprachen. Quasi in der argumentativen Fluchtlinie der Beurteilung einer männlichen Rollendiskrepanz urteilte eine Hilfsärztin aus Stendal über einen jungen Mann im April 1944: „Mit einer Nachreife kann jetzt, er ist 20 Jahre alt, nicht mehr gerechnet werden. Er wird niemals ein brauchbares, selbstständig arbeitendes Glied der menschlichen Gesellschaft werden. Er wird niemals im Stande sein, eine Familie zu ernähren oder Kinder zu erziehen.“¹⁴⁸⁰

In der weiteren Konsequenz wurden Männer anhand der defizitären Bewältigung von Alltag und Lebenswelt auch zielgerichtet „entmännlicht“, da ihnen die Fähigkeit abgesprochen wurde, den typologischen Zuschreibungen ihres Geschlechts und der damit verbundenen Rollenerwartung gerecht zu werden. Hierzu gehörte auch der Hinweis, dass Männer von ihren Ehefrauen „beherrscht und ausgenutzt“ würden. So wurde im Februar 1936 in einem Sterilisationsverfahren konstatiert, dass ein Ehe-

¹⁴⁷⁶ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 236.

¹⁴⁷⁷ Vgl. Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 400, 413.

¹⁴⁷⁸ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 72.

¹⁴⁷⁹ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 181.

¹⁴⁸⁰ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 50.

mann vermutlich nicht der Vater seiner Kinder sei. „Die Ehe ist aber auch wenig glücklich. Streitigkeiten, besonders ums Geld, sind an der Tagesordnung. Die Ehefrau herrscht zuhause, der Ehemann weiß sich ihr gegenüber nicht durchzusetzen. Die Kinder sind von der Mutter gegen ihn eingenommen. Der Vater kann sich demgegenüber nicht behaupten.“¹⁴⁸¹

Gegenüber der diskursiv besetzten männlichen Domäne von Handlungsautonomie, Durchsetzungsvermögen, Eigenständigkeit, etwa als Familienoberhaupt oder in der familiären Versorgung, wurde Frauen insbesondere die Fähigkeit abgesprochen, einen Haushalt zu führen und Kinder zu erziehen.¹⁴⁸² So konstatierte ein Hilfsarzt des Gesundheitsamtes Calbe/Saale im August 1938 „erhebliche Verstandesausfälle“ einer jungen Frau und hielt fest: „Sie wird voraussichtlich nicht im Stand sein, einen Haushalt ordnungsgemäß zu führen.“¹⁴⁸³ Ein wesentlicher Bestandteil der weiblichen Haushaltspflichten bestand in der Sauberkeit und Ordnung des ehelichen Haushalts, sodass ein unordentlicher Zustand der Wohnung als Bestätigung eines weiblichen „Schwachsinn“ herangezogen werden konnte. Eine Gesundheitsfürsorgerin hielt gegenüber einer jungen Mutter am Ende der 1930er-Jahre dementsprechend fest: „In der Haushaltsführung hat [sie] sehr große Lücken aufzuweisen. Die Wohnung war so unsauber, dass die Polizei einschreiten musste.“¹⁴⁸⁴

Neben der häuslichen Sauberkeit und Ordnung wurde die Versorgung und Erziehung von Kindern überprüft. Ein erheblicher Verstoß gegen die weiblichen Rollenanforderungen bestand, wenn sich Frauen als Mütter nur unzureichend um ihre Kinder kümmerten, sodass sie etwa von Familienangehörigen oder in staatlichen Fürsorgeeinrichtungen versorgt wurden.¹⁴⁸⁵ In diesem Sinne beurteilte der Bürgermeister einer kleinen Gemeinde an der Elbe im März 1936 eine junge Mutter: „Sie sieht an ihrer Kleidung äußerst unordentlich aus, und dies ist auch bei ihren Kindern der Fall. Ihre Wohnung befindet sich nach meinen Feststellungen in einem unsauberen Zustande. Sie erfüllt demnach die ihr als Frau und Mutter obliegenden Pflichten nicht, wie es

¹⁴⁸¹ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 94.

¹⁴⁸² Vgl. Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 406.

¹⁴⁸³ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 76.

¹⁴⁸⁴ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 65.

¹⁴⁸⁵ Vgl. LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 142; siehe auch LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 145.

sich gehört.“¹⁴⁸⁶ Und eine Gesundheitspflegerin aus Gardelegen konstatierte im Dezember 1937 über eine junge Frau: Sie „fiel mir schon seit längerer Zeit auf, da sie ihre beiden kleinen Kinder verschmutzen ließ und sie trotz genauer Anweisung auch nicht richtig ernährte. [...] Wenn mal ein wenig Ordnung im Haus gemacht war, so hatte das sicher der Mann getan. [Sie] hingegen ist ihrer Aufgabe als Hausfrau und Mutter keineswegs gewachsen.“¹⁴⁸⁷

Die insbesondere Frauen zur Last gelegten Beschreibungen von defizitären Wohn- und Lebenssituationen schlossen die männlichen Partner keineswegs aus, jedoch wurden häusliche Rollenverstöße von Männern milder gekennzeichnet. Nach dem Bericht einer Gesundheitsfürsorgerin sei eine zweifache Mutter „überhaupt nicht fähig, einen Haushalt ordnungsgemäß zu führen. Das Zimmer, das die Eheleute [...] bewohnen, ist maßlos schmutzig und unaufgeräumt.“¹⁴⁸⁸ Die Ehefrau würde sich nicht um die Wäsche kümmern und die Erziehung der Kinder vernachlässigen. Der Ehemann unterhalte eine Beziehung zu einer anderen Frau und würde seine Familie finanziell nicht länger unterstützen. „Trotzdem dürfte es hier so nicht aussehen, wenn auch gewiß den Ehemann ein Teil der Schuld trifft.“¹⁴⁸⁹ Die ungenügende finanzielle Versorgung durch den Ehemann wurde seitens der Gesundheitsfürsorgerin durchaus berücksichtigt, jedoch diene sie nicht als hinreichende Erklärung der unzureichenden Erfüllung der weiblich besetzten häuslichen Pflichten.

Eine andere Frau galt als faul und gleichgültig, da sie „sich der Pflege ihrer Kinder und ihres Haushalts nicht in dem Maße widmet, wie es erforderlich ist.“¹⁴⁹⁰ Die ungenügende Versorgung der Kinder wurde jedoch beiden Ehepartnern vorgeworfen, da sie nicht gemeinsam wirtschaften könnten und ihre zwei- bis dreijährigen Kinder ohne Aufsicht zu Hause ließen, um gemeinsam ins Kino zu gehen oder eine Tanzveranstaltung zu besuchen. Diese eklatante Pflichtverletzung sowie die mangelhafte Versorgung und schmutzige Kleidung wurden im Sterilisationsverfahren jedoch ins-

¹⁴⁸⁶ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 104.

¹⁴⁸⁷ KrA Salzwedel, Bestand Gardelegen, Gesundheitswesen (GW), einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z), Nr. 78–14.

¹⁴⁸⁸ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 224.

¹⁴⁸⁹ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 224.

¹⁴⁹⁰ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 165.

besondere der Mutter angelastet, da sie ihre weibliche Erziehungs- und Aufsichtspflicht gröblich verletzt habe. Weiterhin betonte die ermittelnde Gesundheitsfürsorgerin, dass die Mutter „ihre Kinder auch oft“ schlage.¹⁴⁹¹

Die Wohn- und Lebenssituation sowie die Haushaltsführung besaßen in der Beurteilung von Verhaltensstörungen und Normverletzungen eine außerordentliche Bedeutung und orientierten sich maßgeblich an männlichen und weiblichen Rollenvorstellungen und Geschlechtsstereotypen. Die latente Wohnungsnot sowie die persönlichen Hintergründe einer ungenügenden Wohnsituation blieben weitgehend unberücksichtigt. In Anbetracht der männlichen Rolle als Versorger und Ernährer wurde eine unzureichende Wohnung oder Unterkunft vornehmlich Männern vorgeworfen. Frauen wurden hingegen am Zustand des Haushalts und an der Kindererziehung bemessen. Die unzureichende Erfüllung von häuslichen Pflichten schloss auch abweichende sexuelle und soziale Verhaltensweisen ein. So erreichte bei einer Frau der „Schwachsinn keinen sehr hohen Grad, würde jedoch asoziale Eigenschaften, den Trieb sich herumzutreiben, und Arbeitsschwäche verschärfen“.¹⁴⁹² Die teilweise minutiösen Beschreibungen verdeutlichen auch diffuse Vorstellungen von weiblichen Haushaltspflichten, „gemeinsam war ihnen einzig, daß häusliche Arbeit weibliche Arbeit war“.¹⁴⁹³ In der Konsequenz zielte die Sterilisationsdiagnostik als geschlechtsspezifische Sozialdiagnostik auf eine Domestizierung von Frauen.¹⁴⁹⁴

Die Beweisführung umfasste dabei auch nicht nur den Haushalt von als „erbkrank“ geltenden Frauen und Männern, sondern schloss die elterliche Wohnung mit ein. Infolge einer schriftlichen Eingabe an die Kanzlei des Führers, die sich gegen die Sterilisation eines jungen Mädchens wandte, betonte der Amtsarzt von Haldensleben. „Es handelt sich um eine asoziale Familie, die in denkbar schlechtestem Rufe steht. Die Frau ist als Querulantin bekannt, zahlt seit Jahren keine Miete und beschwert sich noch über die Wohnung.“¹⁴⁹⁵ Demgemäß wurden die gutachterlich ermittelte „Asozialität“ der Familie sowie das aufsässige Verhalten der Mutter zumindest indirekt auf die „erbkrankverdächtige“ Tochter übertragen. Im Zuge eines Sterilisationsverfahrens gegen ein 16-jähriges Mädchen äußerte sich im Februar 1944 eine Hilfsfürsorgerin ähnlich: „Die häuslichen Verhältnisse der Familie [...] sind unter aller Kritik. Die

¹⁴⁹¹ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 165.

¹⁴⁹² KrA Salzwedel, Bestand Gardelegen, Gesundheitswesen (GW), einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z), Nr. 71–14.

¹⁴⁹³ Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 410.

¹⁴⁹⁴ Vgl. Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 410.

¹⁴⁹⁵ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 5, fol. 86.

6-köpfige Familie bewohnt einen Raum zum Schlafen, Wohnen und Kochen. Die Wirtschaft wird von dem alten Großvater [...] geführt.“¹⁴⁹⁶ Die Beschreibungen der Wohnsituation dienten als weiterer Nachweis einer bestehenden „Erbkrankheit“, denn „Hausarbeit kann sie nicht verrichten. Sie sitzt ständig am Fenster und versucht ab und zu ihre Strümpfe zu stopfen“.¹⁴⁹⁷

Neben der unzureichenden Erfüllung von alltags- und lebensweltlichen Pflichten wurden in die Begründung von „angeborenem Schwachsinn“ auch Verhaltensweisen und Umgangsformen einbezogen, die nach Ansicht von Bürgermeistern, Amtsvorstehern, Gesundheitsfürsorgerinnen oder Amtsärzten als „unnormale“, unkontrollierbar, „asozial“ oder „psychopathisch“ galten. Beispielsweise dienten Suizide als Hinweise auf psychische und seelische Erkrankungen.¹⁴⁹⁸ Auch wurden aggressive oder gewalttätige Handlungen als Gefährdungspotenziale verzeichnet.

Beispielsweise wurde im Februar 1935 eine 30-jährige Frau in die Landesheilanstalt Neu-Haldensleben eingeliefert, da häufiger „Erregungszustände“ auftraten und sie nach ärztlicher Ansicht als „tobsüchtig und gemeingefährlich“ gelten müsse. Während des Klinikaufenthalts wurden vergleichbare Verhaltensweisen nicht festgestellt, vielmehr sei die Frau „schwer zugänglich“ und „am liebsten mit sich allein“.¹⁴⁹⁹ Gleichwohl blieb der Vorwurf der Gemeingefährlichkeit weiterhin bestehen, da zwei Brüder ein aggressives Verhalten gezeigt hatten, was im Juli 1924 zu deren Einweisung in die Landesheilanstalt Nietleben geführt hatte.¹⁵⁰⁰ Daneben wurde ein Sohn der betroffenen Frau von „Arbeitskollegen gehänselt [und] geriet deshalb in große Wut“.¹⁵⁰¹ In Verbindung mit geringeren intellektuellen Leistungen und dem „Fehlen höherer sittlicher Vorstellungen“ sei die Frau schließlich nach Ansicht des psychiatrischen Gutachtens nicht in der Lage, „im Leben auf eigenen Füßen zu stehen“.¹⁵⁰²

¹⁴⁹⁶ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 232.

¹⁴⁹⁷ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 232.

¹⁴⁹⁸ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 94.

¹⁴⁹⁹ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 73.

¹⁵⁰⁰ So hatte ein Sohn die gemeinsame Mutter angegriffen, die sich bislang dagegen gewehrt hatte, ihre Söhne in psychiatrische Betreuung zu geben. LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 71.

¹⁵⁰¹ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 72.

¹⁵⁰² LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 73.

Neben aggressiven und gewalttätigen Verhaltensweisen wurde auch Kriminalität sanktioniert. Hierbei konnte es sich um kleinere Verfehlungen bis hin zu schweren Straftaten mit Haftstrafen handeln. Als wichtige Grundlage eines Verfahrens gegen ein junges Mädchen in der ersten Jahreshälfte 1935 diente der Bericht des Jugendamtes in Genthin, in dem auf eine Verurteilung aufgrund wiederholten Diebstahls hingewiesen wurde. So habe die junge Frau zunächst eine Geldbörse und einen Ring entwendet, später stahl sie unter „Einfluss ihres Freundes“ einige „Bestecke“. Daraufhin wurde die junge Frau zu einer Geldstrafe verurteilt und erhielt „Schutzaufsicht“. Im Anschluss wurden keine weiteren Straftaten bekannt, jedoch galt das junge Mädchen im Sterilisationsverfahren als „charakterlich haltlos“ sowie „verschlossen, wenig kameradschaftlich und wenig wahrheitsliebend“.¹⁵⁰³ Damit verbunden wurden geschlechtsspezifische Deutungsmuster bedient, welche das junge Mädchen als „hinterhältige Diebin“ stigmatisierten.

In einem Sterilisationsgutachten vom November 1943 bezog sich eine Hilfsärztin auf einen Bericht einer Gesundheitsfürsorgerin und betonte, dass ein „schwachsinnig“ geltendes Mädchen „sehr naschhaft“ sei. „Als sie bei deren Wirtin als Hausgehilfin beschäftigt war, hat sie [...] einmal die Obstschale völlig leer gegessen. Sie hat auch essbare Dinge aus einem Schrank rausgenommen.“¹⁵⁰⁴ Auf der einen Seite widersprachen Diebstähle einem geordneten und volksgemeinschaftlichen Zusammenleben, sodass diese Handlungen als Beweise für fehlende ethische Regungen und eine unzureichende Urteilskraft herangezogen werden konnten. Hierbei wurden etwa Verbindungen zu Eltern und Familienangehörigen gezogen, um die kriminelle „Erblast“ hervorzuheben. „Bezeichnend für die Mutter ist, dass diese, als ihr die Naschhaftigkeiten der Tochter vorgehalten wurden, antwortete: ‚Meine Tochter nimmt nichts‘.“¹⁵⁰⁵ Auf der anderen Seite spielten ebenso die zeitlichen Umstände eine nicht unwesentliche Rolle, da vor allem während des Zweiten Weltkrieges Verstöße gegen gemeinschaftliche Umgangsformen stärker geahndet wurden. So wurde auch in einem Verfahren gegen einen 17-jährigen Jungen im Dezember 1942 festgehalten, dass er „schon immer sehr verschlossen und hinterhältig gewesen [sei]; kleinere Diebstähle

¹⁵⁰³ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 222.

¹⁵⁰⁴ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 92.

¹⁵⁰⁵ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 92.

habe er auch begangen“.¹⁵⁰⁶ Die kriminelle Energie des jungen Mannes rühre laut der Gesundheitsfürsorgerin vom Vater her, der jedoch nicht mehr mit der Familie zusammenlebe. „Der Erzeuger soll auch wegen Diebstahls vorbestraft gewesen sein.“¹⁵⁰⁷

Neben dem genealogischen Einbezug von kriminellen Familienangehörigen sowie der Deliktart wurde schließlich auch die Frage verfolgt, ob die verantwortlichen Frauen und Männer in der Lage seien, die Strafbarkeit ihrer Handlung zu verstehen. So wurde in einzelnen Verfahren gegen Frauen darauf hingewiesen, dass es sich um „Jugenddummheiten“ oder um Straftaten unter Einfluss männlicher Partner handelte.¹⁵⁰⁸ Hierin erscheinen wiederum geschlechtsspezifische Rollenzuweisungen, indem Frauen dem männlichen Gewalt- und Beeinflussungspotenzial nicht gewachsen seien. Demgegenüber wurden Frauen und vor allem Männer als „erblich bedingte“ Delinquenten konstruiert. So urteilte ein Volksschullehrer im Januar 1936 über einen jungen Mann: „Eine freie Willensentscheidung zum Rechten habe ich nicht bei ihm gefunden. Der Hang zu Dummheiten machte sich immer bemerkbar. Wieder und wieder musste zum Beispiel das Ausnehmen von Nestern unterdrückt werden.“¹⁵⁰⁹ Auf der Grundlage dieser Beobachtungen bescheinigte er dem jungen Mann eine pathologische Kriminalität und „asoziale“ Persönlichkeit: „Ich glaube nicht, dass er überhaupt erkennt, was es bedeutet, wegen einer straffälligen Handlung vor Gericht gestellt zu werden.“¹⁵¹⁰

Die mit der nationalsozialistischen Zwangssterilisation betrauten Amtsärzte der preußischen Provinz Sachsen entwickelten unterschiedliche Initiativen, um kriminelle Frauen und Männer sterilisieren zu lassen. Beispielsweise trat der Amtsarzt von Oschersleben im Februar 1936 dafür ein, die bestehenden gesetzlichen Bestimmungen flexibel auszulegen, um einen Großteil von sogenannten Berufsverbrechern sterilisieren zu lassen: „Es würde dem Sinne des Gesetzes sicherlich nicht widersprechen, wenn man alle mehrfachen Gesetzesverächter mit Rücksicht auf die bewiesene Haltlosigkeit

¹⁵⁰⁶ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 21.

¹⁵⁰⁷ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 21.

¹⁵⁰⁸ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 222; auch LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 53.

¹⁵⁰⁹ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 74.

¹⁵¹⁰ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 74.

sterilisierte.“¹⁵¹¹ Damit verbunden konstatierte der Amtsarzt größere Schwierigkeiten in der Unterscheidung des „angeborenen Schwachsinn“ von anderen „geistigen Minderwertigkeiten“ und beklagte die engen gesetzlichen Rahmenbedingungen.¹⁵¹² Deshalb versuchten antragsberechtigte Ärzte eine Unfruchtbarmachung von kriminellen Frauen und Männern auch mithilfe einer rigiden Begutachtung durchzusetzen.

Im Sommer 1938 sollte bei einem Mann auf der Grundlage eines psychiatrischen Gutachtens geklärt werden, ob eine „kriminelle Schizophrenie, oder ob verbrecherische Neigung auf schizophrener Grundlage“ vorläge. Die Landesheilanstalt Haldensleben teilte dem staatlichen Gesundheitsamt im Oktober 1938 mit, dass bei dem Mann keine „Schizophrenie“ festgestellt werden könne. „Er ist als asozialer, geltungsbedürftiger Psychopath anzusehen.“¹⁵¹³ Rund zwei Wochen später informierte der Amtsarzt das Erbgesundheitsgericht in Magdeburg, dass er den Sterilisationsantrag trotz der fehlenden gesetzlichen Grundlage nicht zurückziehe und berief sich auf den Gesetzeskommentar. „Das Gutachten von der Landesheilanstalt stärkt mich in meiner Ansicht, daß der [Mann] an einer schweren Psychopathie leidet. Er muß wegen seiner asozialen Lebensführung als erbuntauglich bezeichnet werden.“¹⁵¹⁴ Vergleichbare Initiativen waren jedoch nur teilweise erfolgreich. Beispielsweise besitze nach Ansicht des Amtsgerichts in Magdeburg ein 20-jähriger Mann, der im Gerichtsgefängnis einsaß, „offenbar die Anlage zum Gewohnheitsverbrecher“. Fünf Monate später äußerte sich der Gefängnisarzt von Magdeburg und betonte, dass der Mann bereits achtmal vorbestraft sei und allein im Jahr 1933 sechs Straftaten wie Diebstahl, Hehlerei und Unterschlagung begangen habe. „Es gibt wohl kaum ein besseres Schulbeispiel für den Begriff ‚moralischer Schwachsinn‘. [Der Mann] müsste, da er seine eigenen Angelegenheiten nicht selbst zu besorgen vermag, unter Vormundschaft gestellt werden, und es liegt dringend im allgemeinen Interesse, daß durch Sterilisierung seine minderwertige Erbmasse für immer ausgeschaltet wird.“¹⁵¹⁵ Der junge Mann konnte sich zunächst einem Sterilisationsverfahren entziehen, und schließlich konstatierte das Gesundheitsamt gegenüber dem Erbgesundheitsgericht in Magdeburg im April 1936, dass nach den bisherigen Ermittlungen eine Unfruchtbarmachung nicht infrage

¹⁵¹¹ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 6, fol. 150.

¹⁵¹² LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 6, fol. 150.

¹⁵¹³ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 3, fol. 25–34.

¹⁵¹⁴ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 3, fol. 25–34.

¹⁵¹⁵ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, Nr. 5: Schriftwechsel in EGG-Sachen, Sammelakte (1934–1938), fol. 1–29.

komme. Vermutlich verhinderten hier die familiären Hintergründe sowie auch hinreichende intellektuelle Fähigkeiten den diagnostischen Nachweis von „angeborenem Schwachsinn“.

Die in die Sterilisationsgutachten einbezogenen lebensweltlichen Abweichungen und Normverletzungen konnten auch ein deviantes Aussehen umfassen. Beispielsweise verzeichnete der stellvertretende Amtsarzt von Gardelegen in der Diagnosebegründung zu einem jungen Mann: „Es handelt sich hier um einen Grenzfall. [Er] macht einen gutmütigen Eindruck. Auffallend ist seine Urteilsschwäche betr[effend] seiner Braut [...]. Sein schwer zu beschreibender äußerer Eindruck war mit Veranlassung, den Antrag zu stellen.“¹⁵¹⁶ Schließlich wurden auch „merkwürdige“ Verhaltensweisen sanktioniert, die durch amtsärztliche Ermittlungen zufälligerweise erfasst wurden.

Beispielsweise beurteilte eine Gesundheitsfürsorgerin das Verhalten einer jungen Mutter und Ehefrau als hysterisch und psychopathisch, da sie sich nach dem Hinweis, dass sie etwas blass aussähe, „tagelang ins Bett gepackt hat und ihrem Manne erklärte, sie könne nichts tun, sie wäre krank, die Schwester habe es gesagt“.¹⁵¹⁷ Im Zuge der nationalsozialistischen Zwangssterilisation wurden schließlich auch volkstümliche Vorstellungswelten als Ausdruck von „Minderwertigkeit“ und „Schwachsinn“ sanktioniert. Im September 1937 nahm eine Gesundheitsfürsorgerin des Gesundheitsamtes Gardelegen einen Hausbesuch vor, um Ermittlungsergebnisse in einem Sterilisationsverfahren gegen eine junge Frau zu sammeln, die „einen minderwertigen Eindruck mache“ und als „bildungsunfähig“ gelten müsse.¹⁵¹⁸ Im Rahmen des Hausbesuchs erkundigte sich die Fürsorgerin bei der Mutter, ob es weitere Familienmitglieder gäbe, die „geistig nicht ganz auf der Höhe“ seien. Darauf antwortete die Mutter „vorwurfsvoll“, dass ein Mann aus einer umliegenden Gemeinde ihre Tochter „verhext“ habe. „Mein Kind wurde plötzlich ganz elend, der Stuhlgang wurde schwarz und innen war etwas Gelbes.“¹⁵¹⁹ Auf Nachfrage der Fürsorgerin, warum sie nicht ein Gegenmittel gebraucht habe, antwortete die Mutter, dass es zu spät gewesen sei. „Ich

¹⁵¹⁶ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 147.

¹⁵¹⁷ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 119.

¹⁵¹⁸ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 184.

¹⁵¹⁹ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 184.

habe dann noch Medizin gebraucht von einer Frau, ich habe mein Kind auch geräuchert, aber es hat nicht viel genützt.“¹⁵²⁰ Auf der Grundlage des Ermittlungsberichts konstatierte der verantwortliche Amtsarzt abschließend: „Die ländliche Abgeschlossenheit und den Hexenwahn in der Familie müsste ich mit in Rechnungen stellen. Trotzdem scheint offenbar Schwachsinn vorzuliegen.“¹⁵²¹ Der volkstümliche Hexenglaube, der früher auf dem Scheiterhaufen endete, wurde hier mithilfe des Amtsarztes als Inquisitor operativ unterbunden.

Die Beurteilung der Lebenswelt von als „erbkrank“ geltenden Frauen und Männern korrespondierte in hohem Maße mit geschlechtsspezifischen Rollen und Stereotypen von Männern und Frauen. Die einzelnen Vorwürfe, wie etwa Pflichtverletzungen als männlicher Ernährer oder als weibliche Hausfrau sowie das Verüben von Straftaten, wiesen eine hohe Variabilität auf und umfassten im weitesten Sinne auch die Frage, ob und wie die betroffenen Frauen und Männer ihre Umwelt und das Zeitgeschehen wahrnahmen. Derartige Überprüfungen zielten auf die individuelle Vorstellungswelt ab und trugen zuweilen einen politisch-ideologischen Charakter, welcher jedoch nicht in eine genuin politisch motivierte Sterilisationspraxis mündete. Nicht selten wurde etwa festgehalten, dass die untersuchten Frauen und Männer keinen Anteil an zeitgeschichtlichen Entwicklungen nehmen würden. So sei eine Frau im November 1941 „der geistigen Teilnahme an den großen Ereignissen des Weltgeschehens“ unfähig.¹⁵²² Einem minderjährigen Mädchen wurden im Juni 1942 ebenfalls fehlende politische Kenntnisse vorgeworfen. „Um das Zeitgeschehen kümmert sie sich offenbar in keiner Weise, sie hat nicht einmal unsere Verbündeten benennen können.“¹⁵²³ Dergestalt wurde in den vorliegenden Fällen mehrheitlich Frauen vorgeworfen, dass sie weniger Anteil an Kriegshandlungen nahmen und weder militärische Erfolge noch Verbündete benennen konnten.

Gegenüber den dargestellten geschlechtsspezifischen Ausprägungen der Konstruktion von „angeborenem Schwachsinn“ wurde der „schwere Alkoholismus“ als „Erbkrankheit“ im Sinne des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ na-

¹⁵²⁰ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 184.

¹⁵²¹ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 184.

¹⁵²² LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 115.

¹⁵²³ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 233.

hezu ausschließlich auf Männer angewandt. Aufgrund seiner inhärenten Nähe zur selektiven Herstellung von „angeborenem Schwachsinn“ wird die Konstruktion von „schwerem Alkoholismus“ folgend als Exkurs beschrieben.

5.4.2.5 Exkurs: Schwere Alkoholismus

Der „schwere Alkoholismus“ galt im Sinne des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ als eigenständige „Erbkrankheit“. Jedoch stellte der gutachterliche Nachweis eine spezifische Form der soziobiologischen Diagnostik dar, sodass es berechtigt erscheint, den „schweren Alkoholismus“ im Zusammenhang mit dem „angeborenen Schwachsinn“ zu diskutieren.

Die besondere Eigentümlichkeit auch im Vergleich zum „angeborenen Schwachsinn“ bestand in der medizinisch-rechtlichen Begründung als „Erbkrankheit“, die sich nicht auf einen Vererbungsgang berufen konnte, sondern Alkoholismus als sozialen Effekt einer „minderwertigen“ Erbmasse definierte.¹⁵²⁴ Ein anschauliches Beispiel des argumentativen Spagats bietet der Gesetzeskommentar, der die soziale Stoßrichtung des „schweren Alkoholismus“ nur leidlich mit einem erbbiologischen Charakter versehen konnte. „Von einem erblichen schweren Alkoholismus ist denn auch deshalb im Gesetz nicht gesprochen worden, weil nach den Erfahrungen der ärztlichen Wissenschaft schwerer, hartnäckiger Alkoholmissbrauch fast ausnahmslos und konstitutionell auf erblicher psychopathischer Basis entsteht und daher Nachkommen aus diesem Grund nicht erwünscht sind.“¹⁵²⁵ Da die Psychopathie nicht als „Erbkrankheit“ im Sinne des nationalsozialistischen Sterilisationsgesetzes galt, musste ein erbbiologischer Generalverdacht bemüht werden, da „die schweren Trinker mit den nervösen und psychischen Störungen bei Blutsverwandten belastet sind“.¹⁵²⁶ Es handele sich demgemäß sowohl persönlich als auch genealogisch um sehr verschiedene abnorme Erbtypen, „wie z. B. Psychopathen, Schwachsinnige, Zurückgebliebene, Kriminelle, Asoziale, Fürsorgezöglinge, Prostituierte, Trinker, Geisteskranke, Anstaltskranke der verschiedensten Art, Epileptiker, Hysteriker, auch körperlich Abnorme und Kranke“.¹⁵²⁷ Die vorherrschende erbbiologische Scharlatanerie wurde noch durch den

¹⁵²⁴ Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 127–129; weiterführend Conrad/Kehrer/Megendorfer: Erbliche Fallsucht, Erbveitstanz, Alkoholismus.

¹⁵²⁵ Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 127.

¹⁵²⁶ Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 128.

¹⁵²⁷ Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 128.

Hinweis untermauert, dass ein schwerer Alkoholismus das Erbgut vergiften und schädigen könnte.¹⁵²⁸

Deshalb wurde der schwere Alkoholismus im engeren Sinne auch nicht als „Erbkrankheit“ definiert. „Dies ist alles für Kenner der Verhältnisse nicht verwunderlich. Denn Alkoholismus ist keine eigentliche Krankheit, sondern ein Symptom, eine Folge, ein Ausfluss, eine Auswirkung der allerverschiedensten abnormen und krankenhaften erblichen Zustände.“¹⁵²⁹ In der Form eines erbbiologischen Spiegels zielte die Verankerung im nationalsozialistischen Sterilisationsgesetz nicht auf ein „gewöhnheitsmäßiges“ oder zeitlich befristetes starkes Alkoholtrinken, sondern auf Formen des Alkoholismus, die in der offensichtlichen Konsequenz psychische und physiologische Erkrankungen, soziale Auffälligkeiten, wie etwa Straftaten oder Gewalt gegenüber Familienangehörigen, oder berufliche Leistungsdefizite und damit verbundene ökonomische Unterstützungsleistungen hervorriefen. Die sogenannten schweren Ausprägungen, die als hinlänglicher Beweis für eine „minderwertige“ Erbmasse herangezogen wurden, verdeutlichen explizit die soziobiologische und sozialpolitische Aus- und Stoßrichtung des nationalsozialistischen Sterilisationsgesetzes, indem „schwere Alkoholiker“ sowohl als erbbiologische als auch als „soziale“ Gefahr stilisiert wurden und geringe Leistungsfähigkeit, abweichende Verhaltensweisen und staatliche Fürsorgemaßnahmen sanktioniert werden sollten. Somit wohnte dem „schweren Alkoholismus“ als „Erbkrankheit“ eine besondere diagnostische Flexibilität inne und kann als sozialdiagnostische Kategorie „par excellence“ charakterisiert werden.¹⁵³⁰

In der praktischen Anwendung besaß der „schwere Alkoholismus“ mit rund einem Prozent hingegen nur eine randständige Bedeutung und betraf nahezu ausschließlich Männer.¹⁵³¹ Die Gründe müssen etwa in der ungenauen Definition des

¹⁵²⁸ Vgl. Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 129.

¹⁵²⁹ Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 128. Der schwedische Arzt Magnus Huss hatte im Jahr 1849 den „Alkoholismus“ erstmals als Krankheit bezeichnet, jedoch setzte sich seine Klassifikation bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts nicht durch. Demgegenüber hatte der Berliner Arzt Abraham Baer im Jahr 1879 „Alkoholismus“ als Ergebnis von Folgeschäden beschrieben. Vgl. Huss, Magnus: Chronische Alkoholskrankheit oder Alcoholismus chronicus, Stockholm/Leipzig 1852; Baer, Abraham: Der Alcoholismus, seine Verbreitung und seine Wirkung auf den individuellen und socialen Organismus sowie die Mittel, ihn zu bekämpfen, Berlin 1878.

¹⁵³⁰ Den Begriff „par excellence“ verwendet Gisela Bock in ihrer Untersuchung, um die unterschiedlichen Facetten der sozialdiagnostischen Ausrichtung des nationalsozialistischen Sterilisationsgesetzes hervorzuheben. An dieser Stelle wird er explizit für den „schweren Alkoholismus“ als „Erbkrankheit“ verwendet. Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 360.

¹⁵³¹ Nach der zugrundeliegenden Überlieferung wurde lediglich gegen zwei Frauen ein Sterilisationsverfahren wegen „schweren Alkoholismus“ angestrengt. Der männliche Anteil betrug über 97 Prozent. Vgl. Kap. 5.3.1.

Krankheitsbildes und den damit verbundenen diffusen Beurteilungskategorien gesehen werden, die eine hinreichende medizinisch-rechtliche Beweisführung konterkarierten. Darüber hinaus waren die Klassifikationsgrenzen zum „angeborenen Schwachsinn“ flüde, sodass in vielen Fällen kein „schwerer Alkoholismus“, sondern auf Grundlage von intellektuellen und beruflichen Defiziten oder lebensweltlichen Verstößen ein „angeborener Schwachsinn“ attestiert wurde.¹⁵³²

In den Sterilisationsgutachten diente der „Alkoholismus“ von Familienangehörigen als wichtiger Beweis, um eine familiäre Erblast zu betonen.¹⁵³³ Dabei wurde nahezu ausschließlich die Trunksucht von männlichen Familienangehörigen betont. So wurde in einem Verfahren gegen eine schwangere und unverheiratete Frau nicht nur konstatiert, dass sie „geistig minderwertig“ sei und keine beruflichen Leistungen erzielt habe, sondern ebenso der Alkoholismus des Vater betont: „Der Vater war starker Trinker und ist infolge seiner Trunksucht tödlich verunglückt.“¹⁵³⁴ Vergleichbare Hinweise auf eine „familiäre Belastung“ finden sich in Sterilisationsverfahren häufiger und spiegeln die erbbiologische Vorstellung von „Alkoholismus“ als Effekt und Symptom einer bestehenden „minderwertigen“ Erbmasse wider.¹⁵³⁵ „Wesentlich ist, daß in der Sippe des Minderjährigen mehrfach geistige abnorme Abartigkeiten vorgekommen sind. Ein Bruder des Vaters und ein Sohn eines weiteren Vaterbruders sind fallsüchtig und Trinker. Ein dritter Vaterbruder ist trunksuchtverdächtig und hat einen stotternden, wenig begabten Jungen.“¹⁵³⁶ In Zusammenhang mit familiären Verknüpfungen von Alkoholmissbrauch wurden ergänzend Suizide, intellektuelle und berufliche Defizite sowie Straftaten als soziale Abweichungen bemüht, um die „Erblast“ hervorzuheben.

Der Nachweis von „schwerem Alkoholismus“ erfolgte mithilfe von sozialen und ökonomischen Auffälligkeiten, wie vor allem beruflichen Leistungsdefiziten und Arbeitslosigkeit sowie ungenügender Versorgung der Familie und Gewalttätigkeiten als lebensweltlichen Verstößen. So teilte etwa der Vorsteher einer kleinen Gemeinde in der Magdeburger Börde im September 1934 mit, dass ein verheirateter Mann seinen

¹⁵³² Damit verbunden wurden als Sterilisationsdiagnosen auch häufiger „angeborener Schwachsinn“ und „schwerer Alkoholismus“ angeführt.

¹⁵³³ Siehe hierzu Kap. 5.4.2.1.

¹⁵³⁴ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 1, fol. 5.

¹⁵³⁵ Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 6, fol. 237; LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 7, fol. 83.

¹⁵³⁶ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 3, fol. 147–148.

Arbeitslohn sofort vertrinken würde.¹⁵³⁷ Der Vater sei ebenso als „Trinker“ bekannt, darüber hinaus terrorisiere er seine Ehefrau, die finanziell unterstützt werden müsse. Im Zuge eines Entmündigungsverfahrens im Februar 1935 wurde der Alkoholkonsum hingegen milder beurteilt. So sei der Mann nach Ansicht des Amtsgerichts nicht „sinnlos betrunken“ gewesen, sondern „häufiger angetrunken“ und habe seine Familie vernachlässigt.¹⁵³⁸ Nach einem Aufenthalt in der Arbeitsanstalt Salzelmen bei Schönebeck/Elbe schilderte die Ehefrau im März 1935 eine Besserung des Zustandes und bat um die Aufhebung der Vormundschaft. Indem die Ehefrau eine Verbesserung bescheinigte, entfiel sie als „Klägerin“ und Geschädigte und entzog dem Sterilisationsantrag zumindest teilweise die diagnostische Grundlage. Die unterschiedliche Bewertung des Alkoholmissbrauchs sowie der Rekurs auf Veränderungen des Konsumverhaltens finden sich in Verfahren aufgrund von „schwerem Alkoholismus“ nicht selten. So wurde etwa das Verfahren gegen einen Mann aus der Region Stendal im Dezember 1936 eingestellt, da der frühere „Alkoholismus“ auf „unglückliche Familienverhältnisse zurückzuführen ist. Ob er wieder in Alkoholismus zurückfallen wird, bleibt abzuwarten.“¹⁵³⁹ Auch dieses Beispiel verdeutlicht, dass das nationalsozialistische Sterilisationsgesetz als soziales und erzieherisches Instrument diene.

Die Beurteilung von Alkoholmissbrauch als „schwer“ im Sinne des Sterilisationsgesetzes verknüpfte dagegen in starkem Maße geringe berufliche Leistungen oder das „Vertrinken des Wochenlohns“ mit Misshandlungen von Familienangehörigen und insbesondere von Ehefrauen. Aufgrund einer starken Kriegsbeschädigung konnte ein Mann seinen Beruf als Kellner nicht länger ausüben und begann, sich regelmäßig maßlos zu betrinken. Dabei tobe er und „bedroht seine Angehörigen mit einem Messer“.¹⁵⁴⁰ Nach einem ersten Klinikaufenthalt im Jahr 1929 wurde der Mann im August 1937 wegen „schweren Alkoholismus“ und „Gemeingefährlichkeit“ in die Landesheilanstalt Haldensleben eingewiesen. Das diagnostische Werturteil betonte die unkontrollierbare männliche Gewalttätigkeit und das damit einhergehende Bedrohungspotential gegen die Ehefrau. Die sozialen und beruflichen Hintergründe wurden zwar

¹⁵³⁷ Vgl. LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 158.

¹⁵³⁸ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 158.

¹⁵³⁹ KrA Salzwedel, Bestand Gardelegen, Gesundheitswesen (GW), einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z), Nr. 70–13.

¹⁵⁴⁰ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 170.

erwähnt, jedoch nicht als den Alkoholismus begünstigende Umweltfaktoren berücksichtigt.

In einem Sterilisationsverfahren gegen ein Parteimitglied unterrichtete der Direktor der Landesheilanstalt Haldensleben im Mai 1941 den Ortsgruppenleiter der NSDAP. Der Hintergrund bestand in einer Beschwerde des Mannes an die „Kanzlei des Führers“. Der Mann sei bereits zum zweiten Mal wegen „chronischen Alkoholismus“ in psychiatrischer Behandlung. Er habe starke Eifersuchtsideen und seine Ehefrau geschlagen und bestohlen. „Da er seine Familie infolge seines Trinkens der Gefahr des Notstandes aussetzte, wurde sein Alkoholismus als schwerer angesehen, und seine Unfruchtbarmachung beantragt.“¹⁵⁴¹ Das psychiatrische Gutachten kann als diagnostisches Paradigma verstanden werden, indem die durch den Alkoholkonsum hervorgerufene soziale Devianz in den Augen des Psychiaters ein solches Ausmaß angenommen hätte, sodass nunmehr von einer „Erbkrankheit“ gesprochen werden müsse. Die Gauleitung von Anhalt-Dessau führte Ermittlungen durch und konstatierte gegenüber der „Kanzlei des Führers“, dass der Mann „denkbar ungünstig“ beurteilt worden wäre und die Unfruchtbarmachung „unbedingt erforderlich“ sei. „Für mich besteht keine Veranlassung, für den Gesuchsteller einzutreten. Ich lehne daher eine Befürwortung“ seiner Beschwerde ab.¹⁵⁴²

Die vorliegenden Fallakten der Erbgesundheitsgerichte Magdeburg und Stendal deuten darauf hin, dass „schwerer Alkoholismus“ häufig mit Arbeitslosigkeit und Armut sowie mit Gewalttaten gegen Ehefrauen und Familienangehörige begründet wurde.¹⁵⁴³ Ein weiteres gutachterliches Motiv war die Feststellung einer moralischen „Verkommenheit“, die in Beziehung zum Sozialverhalten und insbesondere zum Geschlechtsleben gestellt wurde.

So wurde beispielsweise einem Schneidermeister aus Wernigerode im Herbst 1935 eine Vernachlässigung von Versorgungspflichten vorgeworfen, da er seine Familie nicht „ordnungsgemäß“ ernähren könne und Schulden gemacht habe.¹⁵⁴⁴ Er lebe seit Jahren im Armenhaus und arbeite nicht. Zudem habe er einen unehelichen Sohn gezeugt, der ebenso geistig und moralisch „minderwertig“ sei. Es bestehe eine besondere Fortpflanzungsgefahr, da er einen starken Geschlechtstrieb besitze und häufig

¹⁵⁴¹ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 3, fol. 482.

¹⁵⁴² LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 3, fol. 483.

¹⁵⁴³ Vgl. auch LASA, C 48 Ii, Nr. 960, Bd. 50: Die Untersuchungsverhandlungen über Gemütskranke (1932–1944), fol. 178–187.

¹⁵⁴⁴ StA Wernigerode, WR/II/Nr. 6615 (1933–1936), unfol.

„Straßendirnen“ aufsuche. Ihm „ist es auch nicht peinlich, über seine geplante Unfruchtbarmachung in der Öffentlichkeit zu reden. Er erklärt in Lokalen ohne Rücksicht auf die dort anwesenden Gäste: ‚Es kommt gar nicht in Frage, daß ich mir meine Eier herausnehmen lasse‘.“¹⁵⁴⁵ Nach Ansicht des männlichen Berichterstatters fehle dem Mann jegliches Schamgefühl, und vor allem im betrunkenen Zustand habe er ein zügelloses und enthemmtes Verhalten. „Er ist dann vollkommen hemmungslos, fast tierisch, gibt seine letzten Mittel im Verkehr mit Straßendirnen oder geistig minderwertigen weiblichen Personen aus, die seinen Anträgen leichtfertig entsprechen. Die geforderte Unfruchtbarmachung ist m. E. unbedingt erforderlich.“¹⁵⁴⁶ Die erhebliche sprachliche Abwertung des Mannes beruhte auf der vermeintlichen Missachtung moralischer Wertemaßstäbe, indem der Mann nicht nur arbeitsunlustig sei, sondern auch häufig Geschlechtsverkehr mit „Dirnen“ habe und sich sexuell wie ein Tier verhalte. Vor allem die häufigen Bordellbesuche dienten als explizite Grenzziehung zwischen normal und „abnorm“, die mithilfe von nachdrücklichen Beschreibungen wie „hemmungslos und fast tierisch“ gekennzeichnet wurde.

Der „schwere Alkoholismus“ als „Erbkrankheit“ kann als eine sozialpolitische Ergänzung des „angeborenen Schwachsinn“ verstanden werden, um insbesondere männliches deviantes Sozialverhalten infolge von übermäßigem Alkoholmissbrauch zu sanktionieren. Die diagnostischen Begründungen orientierten sich dementsprechend vornehmlich an der Verletzung von männlichen Rollenbildern, wie der Vernachlässigung von familiären Versorgungspflichten, sowie dem Kontrollverlust und der Gewalt gegen Familienangehörige. Die durch den Alkoholkonsum verursachten gesellschaftlichen Verstöße mussten jedoch ein erhebliches Ausmaß umfassen und eine moralische, ökonomische und strafrechtliche Grenze überschreiten. Zudem kann nicht ausgeschlossen werden, dass in der gutachterlichen Bewertung der Alkoholkonsum und damit einhergehende Verstöße als ein latenter Rollenbestandteil von Männern angesehen wurde. Darüber hinaus wurde Ehefrauen zumindest eine Mitverantwortung am Alkoholismus von Ehegatten unterstellt.

Die quantitativ geringe Bedeutung für die Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ darf jedoch nicht zu einer analytischen Marginalisierung des „schweren Alkoholismus“ führen. Vielmehr müssen abschließend die selektiven Potenziale der Unfruchtbarmachung von männlichen und weiblichen Alkoholikern in den Blick genommen werden.

¹⁵⁴⁵ StA Wernigerode, WR/II/Nr. 6615 (1933–1936), unfol.

¹⁵⁴⁶ StA Wernigerode, WR/II/Nr. 6615 (1933–1936), unfol.

Die sozialpolitische Stoßrichtung des „schweren Alkoholismus“ als „Erbkrankheit“ im Sinne des nationalsozialistischen Sterilisationsgesetzes beruhte auf einer seit dem 19. Jahrhundert geführten Diskussion über die gesundheitlichen, gesellschaftlichen und sozialen Konsequenzen von übermäßigem Alkoholkonsum.¹⁵⁴⁷ In den kreisärztlichen Jahresgesundheitsberichten finden sich häufig Hinweise auf einen starken Alkoholkonsum insbesondere von unteren Bevölkerungsschichten und damit verbundene gesellschaftliche und ökonomische Konsequenzen, wie etwa Gewalttaten gegen Familienangehörige oder gesundheitliche Schädigungen, notwendige Frühverrentungen und medizinische Versorgungsleistungen. So stellte der Regierungspräsident von Merseburg im Jahr 1930 fest, dass in einzelnen Kreisen eine hohe Anzahl von Frauen und Männern bereits vor dem 65. Lebensjahr invalidisiert werden müsste. Diese Entwicklung beruhe neben der schlechten Wirtschaftslage vor allem auf einem exzessiven Alkoholkonsum. „Mit 45–50 Jahren sind sie dann oft für die Akkordarbeit nicht mehr zu gebrauchen und ziehen sich auf das Land zurück.“¹⁵⁴⁸

Im Dritten Reich wurde ein Anstieg des Alkoholkonsums insbesondere von Frauen konstatiert. So wurde im Jahresgesundheitsbericht der Stadt Magdeburg im Jahr 1935 der Infektionsanstieg von Geschlechtskrankheiten mit der erhöhten Anzahl von Soldaten und einem starken Alkoholkonsum begründet. Dabei ergaben „die von der Kriminalpolizei gemeinsam mit dem Gesundheitsamt in gewissen Abständen durchgeführten Razzien in Tanzlokalen [...] ein betrübendes Bild über die Verwahrlosung eines Teils der weiblichen Jugend.“¹⁵⁴⁹ Das weibliche Konsumverhalten wurde jedoch selten in Zusammenhang mit der nationalsozialistischen Zwangssterilisation gestellt, sondern hinsichtlich des Sexualverhaltens und der Übertragung von Geschlechtskrankheiten diskutiert. Die Bedeutung von Frauen in der Begründung eines männlichen Alkoholismus darf jedoch nicht ausgeblendet werden, da der Einfluss von Ehefrauen auf den Alkoholkonsum von Ehemännern konkret einbezogen wurde. Der Hintergrund bestand in der diskursiven Vorstellung einer weiblichen Mitschuld und Verantwortung am männlichen Alkoholismus und prägte etwa gerichtliche Entscheidungen in Entmündigungsverfahren. Auch wenn Frauen infolge männlichen Alkoholkonsums in eine „verzweifelte Lage“ gebracht würden und ihre häuslichen Pflichten

¹⁵⁴⁷ Vgl. etwa Schaller, Sabine: Kampf dem Alkohol. Weibliches Selbstverständnis und Engagement in der deutschen alkoholgegenerischen Bewegung 1883–1933, Freiburg i. Br. 2009; dies: Blaukreuzmänner, Guttemplergeschwister und abstinente Frauen in Magdeburg vom ausgehenden 19. Jahrhundert bis 1933, Halle/Saale 2014.

¹⁵⁴⁸ LASA, Rep. C 20 I, Ib Nr. 1540: Öffentliche Gesundheitspflege. Jahresgesundheitsberichte. (1930–1943), Bd. 2: 1930–1941, fol. 7.

¹⁵⁴⁹ StA Magdeburg, 150/35:4°: Verwaltungsberichte der Stadt Magdeburg 1938/39, Teil 1, fol. 24.

vernachlässigten, so würde nach Ansicht des Oberbürgermeisters von Halle/Saale auch die „Unwirtschaftlichkeit, Verschlamung des Haushalts [oder der] unsittliche Lebenswandel der Ehefrau den Mann vielfach ins Wirtshaus“ treiben.¹⁵⁵⁰ In diesem diskursiven Kontext habe auch der Landrat von Genthin beobachtet, „daß in manchen Fällen die schlechte Wirtschaftsführung der Frau den Mann erst zum Trinker gemacht hat. Hier wäre ein Arbeitszwangslager auch für die Frau erforderlich.“¹⁵⁵¹ Demgemäß schlug auch der Regierungspräsident von Magdeburg dem Reichsinnenministerium als Maßnahme vor, den „schweren Alkoholismus“ von Männern durch „Müterschulungen der Ehefrauen zu bekämpfen“.¹⁵⁵² Ehefrauen oder auch schwierige Familiensituationen galten demgemäß auch als Auslöser und Verursacher von männlichem Alkoholismus.

Vor dem Hintergrund der (bio-)politischen, ökonomischen und auch medizinischen Wahrnehmung von Alkoholmissbrauch als gesellschaftlichem Problem erschien das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ als herrschaftliches Instrument.¹⁵⁵³ In der Konsequenz wurde dem nationalsozialistischen Sterilisationsgesetz neben einer selektiven auch eine erzieherische Funktion zugeschrieben. Ein anschauliches Beispiel dieser funktionalen Auffassung der Normierung männlichen Fehlverhaltens bildet die Initiative des Regierungspräsidenten von Oppeln aus dem Jahr 1937. Auf der Grundlage von Polizeiberichten konstatierte er eine starke Zunahme von Alkoholmissbrauch und Straftaten alkoholisierter Männer insbesondere gegen Ehefrauen. In einem Bericht an das Reichsinnenministerium plädierte er daher für eine stärkere Anwendung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ als erzieherische und erbbiologische Gegenmaßnahme. Das Reichs- und Preußische Innenministerium leitete die Initiative an die Regierungspräsidenten weiter und bat um Stellungnahmen. Die Regierungspräsidenten der preußischen Provinz informierten darauf hin Landräte, Bürgermeister und Amtsärzte und baten um Berichte, mit dem Ziel, den

¹⁵⁵⁰ LASA, C 48 Ii, Nr. 832, Bd. 3: Bekämpfung der Trunksucht (1933–1942), fol. 108.

¹⁵⁵¹ LASA, C 28 Ig, Nr. 379: Bekämpfung der Trunksucht (1933–1937), unfol. Zum Arbeitshaus im Nationalsozialismus siehe etwa Elling-Ruhwinkel, Elisabeth: Sichern und Strafen. Das Arbeitshaus Benninghausen (1871–1945), Paderborn 2005, S. 220–370; Ayaß, Wolfgang: Das Arbeitshaus Breitenau. Bettler, Landstreicher, Prostituierte, Zuhälter und Fürsorgeempfänger in der Korrekptions- und Landarmenanstalt Breitenau (1874–1949), Kassel 1992, S. 262–327.

¹⁵⁵² LASA, C 28 Ig, Nr. 379: Bekämpfung der Trunksucht (1933–1937), unfol.

¹⁵⁵³ Die „Bekämpfung der Trunksucht“ oder des Alkoholmissbrauchs blieb trotz der nationalsozialistischen Zwangssterilisation ein Bestandteil von staatlich-kommunaler Fürsorge und Betreuung. Siehe hierzu weiterführend LASA C 28 Ig, Nr. 378: Trinkerfürsorge, Bekämpfung des Alkoholismus (1910–1937); LASA, C 28 Ig, Nr. 379: Bekämpfung der Trunksucht (1933–1937); LASA C 28 Ig, Nr. 380: Trunk- und Nicotinsucht, 2 Bde. (1938–1942).

regionalen Alkoholmissbrauch einzuschätzen und eine erweiterte Anwendung des Sterilisationsgesetzes zu überprüfen. Ein vergleichbarer Anstieg von „Alkoholismus“ und Straftaten könnte für die preußische Provinz Sachsen nicht festgestellt werden, jedoch müsste beispielsweise das Gesundheitsamt von Magdeburg seit 1931 einen Anstieg von „Trinkern“ um etwa ein Viertel konstatieren.¹⁵⁵⁴ Die Landräte hielten die bestehende Gesetzeslage größtenteils für ausreichend, um gewalttätige oder „krankhafte“ Alkoholiker zu entmündigen und in „Trinkerheilstätten“ unterbringen zu können.¹⁵⁵⁵ Daneben plädierten sie teilweise für strengere Maßnahmen wie „Lagerunterbringung und harte Arbeit“.

Aus amtsärztlicher Sicht wurden die Vorschläge des Regierungspräsidenten von Oppeln auf der einen Seite zurückgewiesen. So stellte etwa der Amtsarzt von Magdeburg am 12. November 1937 fest: „Der Vorschlag des Herrn Regierungspräsidenten in Oppeln, eine häufige Anwendung der Anträge auf Unfruchtbarmachung [...] aus erzieherischen Gründen, erscheint abwegig und bedenklich. Das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses dient lediglich erbpflegerischen Zwecken und darf nur von diesem Gesichtspunkt und nach Massgabe des Kommentars Gütt-Rüdin-Ruttke, nicht aber als abschreckende Maßnahme angewendet werden. Das Gesetz [zur Verhütung erbkranken Nachwuchses] ist eine reine Gesundheitsmaßnahme und muss ausschliesslich eine solche bleiben.“¹⁵⁵⁶ In Anbetracht der polizeilichen Vorgehensweise in Oppeln gegen „starke Trinker“ ergänzte der Amtsarzt: „Aus denselben Gründen erscheint es bedenklich, dass die Sterilisierung und Entmannung in der ‚Warnung‘ des Polizeidirektors in Oppeln zusammen genannt werden, besonders deshalb, weil die Entmannung nur im Strafgesetzbuch als Strafe gegen rückfällige Sittlichkeitsverbrecher genannt ist.“¹⁵⁵⁷

Der Oberbürgermeister von Halle/Saale gab gegenüber dem Polizeipräsidenten an, dass das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ bei der Bekämpfung der Trunksucht lediglich eine „mittelbare Bedeutung“ zukäme. Die Sterilisationsandrohung könne eine abschreckende Wirkung erzielen und es wäre auch „wünschens-

¹⁵⁵⁴ Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 379: Bekämpfung der Trunksucht (1933–1937), unfol. Der starke Anstieg der Stadtbevölkerung Magdeburgs sowie die personelle Verstärkung der Garnison müssen dabei als Hintergrund gelten. Vgl. Kap. 2.3.

¹⁵⁵⁵ Weiterführend LASA C 28 Ig, Nr. 378: Trinkerfürsorge, Bekämpfung des Alkoholismus (1910–1937); Meyer, Steffen: Zuflucht, Kurhaus, Strafanstalt. Die Trinkerheilstätte Stift Isenwald und ihre Patienten 1901–1942, Hamburg 2017.

¹⁵⁵⁶ LASA, C 28 Ig, Nr. 379: Bekämpfung der Trunksucht (1933–1937), unfol.

¹⁵⁵⁷ LASA, C 28 Ig, Nr. 379: Bekämpfung der Trunksucht (1933–1937), unfol.

wert, wenn die Erbgesundheitsgerichte in der Anwendung der Möglichkeit der Unfruchtbarmachung nicht zu zurückhaltend wären“.¹⁵⁵⁸ Jedoch plädierte er insbesondere für verfahrens- und strafrechtliche Verschärfungen bei Entmündigungsverfahren und bei der Anwendung des „Gesetzes gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher“.¹⁵⁵⁹

Auf der anderen Seite unterstützten Amtsärzte die erzieherische Anwendung des Sterilisationsgesetzes gegen „schweren Alkoholismus“. So hatte der Amtsarzt von Oschersleben bereits im Zuge der vorbereitenden Erfassungsmaßnahmen im September 1933 darauf hingewiesen, dass die Erfassung von starken „Quartalstrinkern“ einen hohen Erziehungswert erzielen würde.¹⁵⁶⁰ Im November 1937 betonte er, dass er in letzter Zeit in stärkerem Maße Sterilisationsanträge aufgrund von „schwerem Alkoholismus“ gestellt habe. Seiner Meinung nach sei es „in wissenschaftlicher Hinsicht nicht mehr zweifelhaft, dass jede stärkere Trunksucht irgendwie ein Zeichen einer Minderwertigkeit ist“.¹⁵⁶¹ Jedoch lehnte er eine öffentliche Bekanntmachung von „schweren Alkoholikern“ ab, da hierdurch vor allem der Ruf der Familie beschädigt werden würde. Er favorisierte stattdessen die amtsärztliche Verfolgungspraxis. „Da die davon Betroffenen selbst über solche Dinge zu sprechen pflegen, wird das Vorgehen des Gesundheitsamtes allgemein bekannt werden und auf besserungsfähige Trinker einen Einfluss ausüben.“¹⁵⁶²

Der Regierungspräsident von Magdeburg informierte Ende Januar 1939 das Reichsinnenministerium und bezeichnete eine schärfere Anwendung des Sterilisationsgesetzes als Maßnahme zur Bekämpfung des „Alkoholismus“ als ungeeignetes Mittel: „Nicht dagegen ist die Unfruchtbarmachung als abschreckendes Erziehungsmerkmal anzuwenden, da sie eine reine erbgesundheitliche Maßnahme bleiben muss und die gebotene Geheimhaltung den warnenden Hinweis auf bereits unfruchtbar gemachte Trunksüchtige verbietet.“¹⁵⁶³ Vielmehr müssten die bestehenden gesetzlichen Regelungen stärker ausgenutzt werden, und er betonte daher als geeignete Maßnahmen etwa den Alkoholentzug, die Anstaltseinweisung oder den Arbeitszwang.

¹⁵⁵⁸ LASA, C 48 Ii, Nr. 832, Bd. 3: Bekämpfung der Trunksucht (1933–1942), fol. 106.

¹⁵⁵⁹ Vgl. LASA, C 48 Ii, Nr. 832, Bd. 3: Bekämpfung der Trunksucht (1933/1942), fol. 110.

¹⁵⁶⁰ Vgl. KrA Harz, Gemeindebestand Eilenstedt II, Nr. 32: Krankheiten unter den Menschen (1873–1938), fol. 147.

¹⁵⁶¹ LASA, C 28 Ig, Nr. 379: Bekämpfung der Trunksucht (1933–1937), unfol.

¹⁵⁶² LASA, C 28 Ig, Nr. 379: Bekämpfung der Trunksucht (1933–1937), unfol.

¹⁵⁶³ LASA, C 28 Ig, Nr. 379: Bekämpfung der Trunksucht (1933–1937), unfol.

5.4.3 Schizophrenie

Laut einem psychiatrischen Gutachten war der Mann „still, zurückhaltend, auf Anrede zwar gesprächig, aber recht sprunghaft und fahrig. Verliert sich meist in nebensächlichen Einzelheiten. [...] Mitten im Gespräch bricht er ab und geht mit unmotiviertem Lächeln auf ein assoziativ mit dem vorhergehenden durch nichts verknüpftes Thema über. [...] Er rieche und schmecke dauernd Gas, er habe das Gefühl, ‚dass etwas Bitterböses angerichtet sei‘. Man will ihm nicht wohl, er habe unbekannte Feinde. Man wolle ihn aushorchen. Mit seinen Gedanken sei es nicht in Ordnung. ‚Das ist nicht wie mit einem Mal. Das ist künstlich und aufgezogen. Das Heil Hitler kam immer und immer wieder, das kam so überwältigend, dass es künstlich war. Man versucht aus mir ein hohes Tier zu machen, das ist wohl eine Eignungsprüfung‘.¹⁵⁶⁴ Nach Ansicht eines psychiatrischen Arztes der Landesheilanstalt Haldensleben im September 1936 weise der Mann die klassischen Symptome einer Schizophrenie auf. Teilweise bestünde eine innere Ratlosigkeit und Entschlusslosigkeit, er empfinde eine Ichveränderung und den Verlust eines „einheitlichen Persönlichkeitsempfindens. Er spricht von sich nur in der dritten Person, fühlt sich als Werkzeug eines ‚großen Unbekannten‘.“¹⁵⁶⁵

Die Schizophrenie bezeichnet ein psychisches Krankheitsbild, das bereits in der Antike geschildert wurde. Vor allem im 19. Jahrhundert wurden schizophrene Krankheitsformen dann näher beschrieben und klassifiziert, wobei insbesondere die Bemühungen von Emil Kraepelin und von Eugen Bleuler hervorzuheben sind.¹⁵⁶⁶ Auf Eugen Bleuler geht auch der bis heute verwendete Begriff der „Schizophrenie“ zurück.¹⁵⁶⁷ In Anbetracht der fortlaufenden psychiatrischen Klassifikationsversuche

¹⁵⁶⁴ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 39. Die Missempfindung des Mannes, Gas zu riechen, nahm die spätere Vergasung in den Gasmordeinrichtungen in einer bizarren Paradoxie vorweg. Vgl. auch LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 51.

¹⁵⁶⁵ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 39.

¹⁵⁶⁶ Auf Emil Kraepelin geht das Konzept der *Dementia praecox* zurück, welches er 1898 in der Untersuchung „Die Diagnose und Prognose der *Dementia praecox*“ präsentierte. Eugen Bleuler ersetzte das Konzept mit seinem Begriff der Schizophrenie in der aus dem Jahr 1911 stammenden Untersuchung „*Dementia praecox* oder die Gruppe der Schizophrenien“. Vgl. Bleuler, Eugen: *Dementia praecox* oder Gruppe der Schizophrenien, unveränd. Nachdruck von 1911, Gießen 2014; Bernet, Brigitta: *Schizophrenie. Entstehung und Entwicklung eines psychiatrischen Krankheitsbildes*, Zürich 2013, S. 111–212.

¹⁵⁶⁷ Die verschiedenen Versuche der psychiatrischen Klassifikation seit dem 19. Jahrhundert spiegeln diskursgeschichtlich eine Biologisierung und Pathologisierung von weiblichem und männlichem „Wahnsinn“ wider. Dabei wurden die Schizophrenie als „naturalistisches Produkt“ und schizophrene Frauen und Männer als eigene „biologische Spezies“ konstruiert. Die mit der diskursiven

wurden schizophrene Erscheinungsformen in den 1930er-Jahre auch mit „Dementia praecox, Jugendirresein, Spaltungsirresein, Katatonie, Spannungsirresein, Hebephrenie, läppische Verblödung, Dementia simplex, Paraphrenie, Dementia paranoides“ oder „paranoider Verblödung“ bezeichnet.¹⁵⁶⁸

Unter Schizophrenie werden in der Regel Störungen des Denkens und der Sprache verstanden. Im Zuge der Erkrankung bleiben hingegen intellektuelle Leistungen, Gedächtnis oder Orientierung weitgehend erhalten.¹⁵⁶⁹ Die „Verwirrung“ des Denkens zeigt sich insbesondere in Zerfahrenheit, Sprachstörungen, Verfolgungswahn, Wahnideen, Halluzinationen, Missempfindungen und Störungen des Ichgefühls. Laut dem inoffiziellen Gesetzeskommentar von Arthur Gütt, Ernst Rüdin und Falk Ruttke gehe die Schizophrenie „einher mit einer eigenartigen Zerstörung des inneren Zusammenhangs der Persönlichkeit, mit vorwiegender Schädigung des Gemütslebens und des Willens, mit Wahnideen, vielfach auch mit Sinnestäuschungen, Lautwerden der eigenen Gedanken, Stimmenhören usw., besonders Gehörstäuschungen, Täuschungen der Leib- und Gemeinempfindungen, vielen anderen Trugwahrnehmungen und zahlreichen Absonderlichkeiten im Benehmen und Ausdruck“.¹⁵⁷⁰ Dergestalt sollten mit der Schizophrenie fremdartiges, unkontrollierbares, nichtverstehbares Verhalten und schließlich der Wahnsinn aus dem nationalsozialistischen Volkskörper ausgeschlossen werden.

Laut zeitgenössischen Berechnungen wurden rund 280 000 Frauen und Männer prognostiziert, die an Schizophrenie erkrankt seien. Die Erkrankung erfolge häufiger in Schüben, die eine psychiatrische Betreuung und Behandlung erfordern würden. Infolge der medizinisch-psychiatrischen Versorgung könne sich der Gesundheitszustand erholen und teilweise trete auch eine dauerhafte Remission ein.¹⁵⁷¹ Es bestehe keine

Konstruktion von Schizophrenie einhergehende Charakteristik in Form einer spezifischen gesellschaftlichen Bedeutung und psychiatrischen Einordnung und Behandlung wurde im Zuge der Antipsychiatriebewegung in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhundert philosophisch gedeutet, politisch kritisiert und (ent-)mythologisiert. Durch die Biologisierung beraube sich der Mensch einer tieferen Erkenntnis seiner Existenz, und unter einem philosophischen Gesichtspunkt wurden schizophrene Frauen und Männer als Exponenten einer krankmachenden Gesellschaft stilisiert, die als ein Spiegelbild gesellschaftlichen Wahnsinns interpretiert werden könnten. Vgl. Foucault: Wahnsinn und Gesellschaft; Schmiedebach: Psychopathie; Szasz: Verschleierte Macht; Moldzio, Andrea: Schizophrenie. Eine philosophische Krankheit, Würzburg 2004, S. 59.

¹⁵⁶⁸ Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 96. Weiterführend Kihn/Luxemburger: Schizophrenie.

¹⁵⁶⁹ Zum aktuellen Krankheitsbild siehe etwa Finzen, Asmus: Schizophrenie. Die Krankheit verstehen, Bonn 2008; Scharfetter, Christian: Schizophrene Menschen. Diagnostik, Psychopathologie, Forschungsansätze, 5. Aufl., Stuttgart 1999.

¹⁵⁷⁰ Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 97.

¹⁵⁷¹ Remission bezeichnet ein temporäres oder dauerhaftes Nachlassen der Krankheitssymptome, ohne dass eine vollständige Genesung eintritt. Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 90, 100.

ausschlaggebende geschlechtsspezifische Disposition, sodass beide Geschlechter nahezu identisch von schizophrenen Erkrankungen betroffen seien. Die Mehrzahl würde zwischen dem 15. und 30. Lebensjahr erkranken, sodass das Erkrankungsalter mit dem nationalsozialistischen Sterilisationsinteresse korrespondierte und die Hoffnung bestand, einen Großteil von schizophrenen Frauen und Männern vor der Geschlechtsreife und Fortpflanzung zu sterilisieren.

Die statistischen Berechnungen zur Vererbungsquote, die wiederum eine „syphilitische Vergiftung“ der nationalsozialistischen Volksgemeinschaft mit schizophrener Minderwertigkeit prophezeiten, konnten den ungeklärten Vererbungsgang in den 1930er-Jahren nur unzureichend verschleiern.¹⁵⁷² Trotz allem wurde die Vererbungsquote von Schizophrenie als hoch eingestuft. So betrage die Quote von als „minderwertig“ geltendem Nachwuchs bei einem erkrankten Elternteil nahezu 50 Prozent.¹⁵⁷³ Bei der Erkrankung von Mutter und Vater liege die Vererbungsquote bei über 50 Prozent. Die Erkrankungsquote von Familienangehörigen mit „minderwertigen“ schizophrenen Anlagen liege bei etwa vier Fünfteln.

Die von der Schizophrenie ausgehende Gefahr beruhe neben der Vererbungsquote vor allem auf dem Krankheitsbild, welches sich häufiger als singulärer Schizophrenieschub äußere – betroffene Frauen und Männer müssten zwar lediglich als leichte Fälle gelten, die Durchführung des nationalsozialistischen Sterilisationsgesetzes dürfe sich jedoch ausdrücklich nicht von Remissionen oder singulären Krankheitschüben täuschen lassen. Vielmehr müsse die Sterilisationspraxis das Augenmerk explizit auf die „leichten Fälle“ richten. „Es hat keinen Sinn, etwa nur Anstaltsverwahrte oder sonst schwere Fälle unfruchtbar zu machen oder mit der Unfruchtbarmachung zu warten, bis ein Fall so schwer ist, dass er in die Anstalt muss; sondern die ersten und

Hingegen galt der „Querulantenwahn“ nicht als eine Form der Schizophrenie und unterlag demgemäß nicht dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“. Vgl. LASA, C 136, Nr. 4: Verfahrensrechtliche Gutachten und Stellungnahmen (1935–1941), fol. 24–26.

¹⁵⁷² Ein eindrucksvolles Beispiel zur Verschleierung des unklaren Vererbungsgangs im Gesetzeskommentar lautet etwa: „Auch bei der Schizophrenie ist im Gesetz [...] absichtlich vom Wörtchen erblich abgesehen worden. Man wollte damit zum Ausdruck bringen, dass im Gegensatz zu einer früheren Auffassung, es sei nur kleiner Kern von schizophrenen Bildern erblich bedingt, eben die überwiegende Anzahl der schizophrenen Bilder als erblich anzusehen ist und dass, wenn einmal bei Einzelfällen ebenso viele oder mehr Umstände für eine exogene als endogene Entstehung zu sprechen scheinen, eine Unfruchtbarmachung, wenn das Gericht auf Grund seiner freien Beweiswürdigung sich dafür entschieden hat, doch eingeleitet werden kann, weil Zweifel an der alleinigen exogenen Bedingtheit solcher Einzelfälle meist nicht beseitigt werden können.“ Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 97–98.

¹⁵⁷³ Sobald ein Elternteil an Schizophrenie erkrankt sei, läge die Vererbungsquote bei unter zehn Prozent, jedoch wären in Familie knapp 18 Prozent „schizophrenie-ähnliche Psychopathen sowie 22,6 Prozent andere abnorme Typen“ nachweisbar. Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 97.

leichtesten Symptome, sofern sie nur diagnostisch klar sind, genügen nicht bloß zur Unfruchtbarmachung, sondern müssen unbedingt schleunigst zu ihr führen, damit in die Fortpflanzung der Kranken eingegriffen werden kann, ehe es zu spät ist.“¹⁵⁷⁴

Die Schizophrenie belegte mit mindestens elf Prozent den zweiten Rang als häufigste „Erbkrankheit“ in der preußischen Provinz Sachsen. Männer waren dabei in der Antragstellung mit rund 55 Prozent etwas stärker betroffen als Frauen.¹⁵⁷⁵ Der erhebliche quantitative Unterschied zum „angeborenen Schwachsinn“ schmälert die besondere Bedeutung von „Schizophrenie“ keineswegs, denn vor allem infolge des Entlassungsverbots aus den psychiatrischen Einrichtungen im Jahr 1934 wurde eine Vielzahl von Sterilisationsanträgen aufgrund von Schizophrenie gestellt. Dies wird dadurch bestätigt, dass zwar mit dem Rückgang der nationalsozialistischen Zwangssterilisation seit 1936 auch der absolute Umfang von Sterilisationsverfahren aufgrund von „Schizophrenie“ sank, jedoch der prozentuale Anteil auf teilweise über 20 Prozent anstieg.¹⁵⁷⁶ Hierdurch wird auch die spezifische Teilhabe von psychiatrischen Kliniken an der Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation unterstrichen.¹⁵⁷⁷

Eine Vielzahl von Sterilisationsanträgen aufgrund von schizophrenen Erkrankungen wurde durch Psychiater der provinziellen Landesheilanstalten gestellt. Einerseits befand sich ein hoher Anteil von erkrankten Frauen und Männern zur Betreuung und Versorgung in psychiatrischen Einrichtungen. Andererseits verfügten Psychiater über die diagnostische Kompetenz, die Ausprägung einer Schizophrenie zu beschreiben und zu klassifizieren. Aus diesem Grund wurden die psychiatrischen Kliniken auch häufig aufgefordert, Gutachten zu erstellen und die bisherige amtsärztliche Antragstellung zu überprüfen. Die psychiatrischen Gutachten umfassten dabei sehr umfangreiche Beschreibungen inklusive der Krankengeschichte und bezogen frühere Erkrankungen sowie auch Anstaltsaufenthalte ein.

¹⁵⁷⁴ Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 98, 100.

¹⁵⁷⁵ Im Vergleich zu anderen Krankheitsgruppen verstarben schizophrene Frauen und Männer scheinbar häufiger im Rahmen des chirurgischen Eingriffs. Die höhere Todesrate ist auf den Krankheitsverlauf, den Gesundheitszustand sowie auch eine ungenügende medizinische Betreuung und Versorgung zurückzuführen. Zu Todesfällen im Zuge der nationalsozialistischen Zwangssterilisation siehe Kap. 7.3.3. Vgl. auch LASA, C 28 Ig, Nr. 376: Todesfälle nach Unfruchtbarmachung (1938–1940), fol. 1–6; LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 1, fol. 242.

¹⁵⁷⁶ Aufgrund der ungeheuren Antragszahlen wegen „angeborenen Schwachsinn“ betrug der prozentuale Anteil von Schizophrenie in der Anfangszeit rund zehn Prozent. Die teilweise größeren regionalen Unterschiede in der Durchführung der Zwangssterilisation beruhen vermutlich auf zufälligen Entwicklungen und bezeugen weder eine quantitativ unterschiedliche noch eine geschlechtsspezifische Sterilisationspolitik.

¹⁵⁷⁷ Vgl. Kap. 4.2.

Die Begutachtung von Zweifelsfällen im Auftrag von Erbgesundheitsgerichten erfolgte bis zum Kriegsende. Trotz der begrenzten psychiatrischen Kapazitäten vor allem am Ende des Krieges wurden dennoch Gutachten erstellt, um das Vorliegen einer „Erbkrankheit“ im Sinne des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ zu klären.¹⁵⁷⁸ Für die Landesheilanstalten der preußischen Provinz Sachsen können bis zum Jahresende 1944 derartige detaillierte Gutachten nachgewiesen werden.¹⁵⁷⁹ So wurden auch in einzelnen Einrichtungen, wie etwa der Landesheilanstalt Uchtspringe, Frauen und Männer im Rahmen von Sterilisationsverfahren untersucht und gleichzeitig psychiatrische Patienten im Rahmen der dezentralen Krankenmorde getötet.¹⁵⁸⁰

Die gutachterliche Beweisführung orientierte sich wiederum an vergleichbaren Erkrankungsfällen in der Familie. Entsprechend der medizinisch-psychiatrischen Klassifikation wurde daneben das Vorhandensein einer Schizophrenie überprüft. Hierbei wurden insbesondere Verhaltensweisen beschrieben, die im Verhältnis als „abnorm“, „unberechenbar“, „gefährlich“ oder schlichtweg als „wahnsinnig zu gelten hätten.“

Vielfach finden sich demnach Hinweise, dass Elternteile, Geschwister oder Großeltern in einer psychiatrischen Einrichtung betreut worden sind. Die familiären, medizinischen oder sozialen Hintergründe wurden dabei nur partiell verzeichnet, so dass der Aufenthalt in einer Landesheilanstalt hauptsächlich als Stigma fungierte, um das Vorliegen von „Schizophrenie“ zu begründen. So stamme ein junger Mann aus einer erblich belasteten Familie, da „eine Schwester wegen einer Geistesstörung in der Landesheilanstalt Weilmünster“ gewesen sei.¹⁵⁸¹ Das Vorhandensein einer Schizophrenie einer 18-jährigen Frau galt ebenfalls als hinlänglich bestätigt, da bereits bei der Mutter schizophrene Schübe festgestellt worden seien.¹⁵⁸² Demgegenüber wurde der fehlende Hinweis auf familiäre Erkrankungen nicht als Entlastung oder Gegenbeweis herangezogen, sondern gegebenenfalls als Bestätigung einer „leichten“ Erkrankung.

¹⁵⁷⁸ Hinsichtlich der medizinischen und rechtlichen Einschätzung von Schizophrenie als „Erbkrankheit“ siehe LASA, C 136, Nr. 4: Verfahrensrechtliche Gutachten und Stellungnahmen (1935–1941), fol. 3–4.

¹⁵⁷⁹ Vgl. LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 86, 113.

¹⁵⁸⁰ Zur Landesheilanstalt Uchtspringe siehe Synder: Uchtspringe. Zur Landesheilanstalt Haldensleben siehe Bastian: Haldensleben.

¹⁵⁸¹ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z), 236 Fallakten (1934–1945 (1946)), Nr. 85.

¹⁵⁸² Vgl. StA Halle/Saale, A 2.17 Gesundheitsamt Nr. 56: Untersuchungen zur Erbgesundheit (1934–1946), Bd. 1 unfol.

Die medizinische Begutachtung erfolgte sehr häufig auf Grundlage einer akuten Erkrankung in Form von schizophrenen Schüben. „Die Erkrankung bei dem Patienten begann ziemlich plötzlich. Er zeigte während der Arbeit ein verändertes Wesen, war widersetzlich und äußerte Wahnideen. Bei der Einlieferung in die hiesige Anstalt war er unruhig, halluzinierte und gab auf Befragen völlig zerfahrene Antworten.“¹⁵⁸³ Die Diagnose galt als weitgehend gesichert, wenn sich der gesundheitliche Zustand nur kurzzeitig verbesserte und wiederholte schizophrene Schübe auftraten.

Demgegenüber wurde die Beweisführung jedoch durch Remissionen erschwert, sodass ein singulärer Erkrankungsschub und die anschließende gesundheitliche Genesung die gutachterliche Beweisführung unterlief. Damit verbunden wurde auch überprüft, ob der schizophrene Schub von exogenen Faktoren ausgelöst wurde. So wurde ein zum Zeitpunkt des Sterilisationsverfahrens 43-jähriger Mann laut Krankengeschichte im Jahr 1912 aufgrund einer „geistigen Störung“ in der „Irrenabteilung“ der Charité in Berlin sowie in der Landesheilanstalt Uchtspringe behandelt. Dabei seien die typischen Zeichen einer Schizophrenie wie Erregungs- und Hemmungszustände, lebhaftes Sinnestäuschungen, Wahnvorstellungen, Wutausbrüche und Angst festgestellt worden. Nach Ansicht des Kreisarztes von Gardelegen befände sich der Mann im September 1934 in Remission.

Das Erbgesundheitsgericht Stendal und Erbgesundheitsobergericht Naumburg erkannten auf eine Schizophrenie im Sinne des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“. Der Kreisarzt betonte die „gewissenhafte Prüfung des Falles“ – seiner Meinung nach bestünden daher keine Gründe, „die Sterilisation weiterhin hinauszuzögern“.¹⁵⁸⁴ Mit anwaltlicher Hilfe schaltete sich schließlich der Reichs- und Preußische Minister des Innern in das Verfahren ein und teilte dem Regierungspräsidenten von Magdeburg mit, dass die Diagnose Schizophrenie zweifelhaft sei. Aus diesem Grund forderte er die Wiederaufnahme des Verfahrens mit dem Hinweis, dass er eine Sterilisation „nur dann gutheißen“ könne, „wenn die Diagnose von einem namhaften Psychiater (z. B. Prof. Rüdin) gedeckt wird“.¹⁵⁸⁵ Ernst Rüdin unterstützte im September 1936 schließlich den Sterilisationsantrag, da der Mann nun „offenbar mit Defekt ‚geheilt‘“ sei. Die Gegenargumente, wie etwa die unzureichende psychiatrische Dokumentation der Charité, entkräftete er ebenso wie die positiven Einschätzungen seines

¹⁵⁸³ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z), 236 Fallakten (1934–1945 (1946)), Nr. 85.

¹⁵⁸⁴ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten. (1933–1941), Bd. 8, fol. 42.

¹⁵⁸⁵ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten. (1933–1941), Bd. 8, fol. 43.

sozialen Umfeldes. „Wir können oft in der Klinik Abnormitäten nicht feststellen, die klar draussen im Leben zutage traten (wie ja bekanntlich auch das Umgekehrte der Fall ist, dass man in der Klinik Defekte entdeckt, die draussen unbeachtet blieben).“¹⁵⁸⁶

Entsprechende umfangreiche gutachterliche Überprüfungen aufgrund von diagnostischen Zweifeln, singulären Erkrankungsschüben oder Remissionen wurden wie im vorliegenden Beispiel nur selten vorgenommen. Stattdessen wurden derartige Sterilisationsverfahren zumeist zugunsten des Erblichkeitspostulats entschieden und die Unfruchtbarmachung anberaumt. Jedoch spielte die fachpsychiatrische Expertise für die Beurteilung von Schizophrenie, etwa in Form einer erbgerichtlichen Rückversicherung, eine nicht zu unterschätzende Rolle und konnte auch unter Berücksichtigung des sozialen Status zumindest zu einer Verzögerung des Sterilisationsverfahrens führen.¹⁵⁸⁷ So wurde etwa in Torgau im Jahr 1944 ein fachpsychiatrisches Gutachten angewiesen, da die Unfruchtbarmachung eines Mannes großen Einfluss auf die Karriere des Bruders in der SS nehmen würde.¹⁵⁸⁸

Weiterhin vertraten nicht alle psychiatrische Gutachter wie Ernst Rüdin eine konsequente Sterilisationspolitik, sondern teilten auch differenzierte Einschätzungen, die die amtsärztliche Begutachtung und das gerichtliche Sterilisationsurteil konterkarierten.¹⁵⁸⁹ So sei nach Ansicht eines Mannes seine Unfruchtbarmachung aufgrund der Diagnose Schizophrenie im Jahr 1935 unrechtmäßig erfolgt. Denn nach Auskunft der Beschwerde seien keine Psychiater an der medizinisch-psychiatrischen Begutachtung beteiligt gewesen und es lägen mittlerweile Gegengutachten vor. Beispielsweise konstatierte ein medizinisches Gutachten im Zuge einer militärischen Beförderung im Jahr 1942, dass der Mann lediglich eine „leichte Erregbarkeit“ aufweise. Darüber hinaus könne in der Ahnenlinie bis zum 16. Jahrhundert keine Schizophrenie nachgewiesen werden.¹⁵⁹⁰

¹⁵⁸⁶ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten. (1933–1941), Bd. 8, fol. 59.

¹⁵⁸⁷ Der soziale Stand, die Parteimitgliedschaft sowie ein einflussreicher Leumund konnten die Sterilisation jedoch nicht in jedem Fall abwenden. Vgl. ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 20644: Erb- und Rassenpflege (Gesetz zum Schutze des deutschen Blutes und der deutschen Ehre) (1933–1936), unfol.

¹⁵⁸⁸ Vgl. LASA, C 136 Erbgesundheitsobergericht Naumburg, Nr. 8 (...) 1911, Schizophrenie (1943–1945, 1946). Siehe auch LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 127.

¹⁵⁸⁹ Vgl. auch LASA, C 28 Ig, Nr. 42: Beschwerden und Eingaben (1938–1944), unfol.

¹⁵⁹⁰ StA Oschersleben, P VI/43: Akten der Polizeiverwaltung betreffend erbkranken Nachwuchs (1933–1945), fol. 65–68.

Insgesamt wurde die Nachweisführung im nationalsozialistischen Sterilisationsverfahren von der offenen psychiatrischen Definition und Klassifikation von Schizophrenie, dem vielfältigen Erscheinungsbild und spezifischen Krankheitsausprägungen sowie schließlich der unterschiedlichen psychiatrischen Qualifikation der antragstellenden Ärzte geprägt und im Zuge der Antragstellung diese Aspekte der psychiatrisch diagnostischen Beweisführung mit dem Sterilisationsinteresse des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ begründet.

Im Vordergrund der Sterilisationsgutachten standen Beschreibungen von Zerfahrenheit, Wahnideen, Halluzinationen oder Missempfindungen, die zuweilen stark der eingangs geschilderten Beschreibung ähnelten.¹⁵⁹¹ Im Rahmen der gutachterlichen Darlegungen erfolgten Zuschreibungen von sozialer Devianz und volksgemeinschaftlicher „Minderwertigkeit“, wie vor allem geringer beruflicher Leistungsfähigkeit oder von Aggressions-, Bedrohungs- und Gewaltpotenzialen. Nach dem Gutachten des stellvertretenden Leiters der Landesheilanstalt Haldensleben vom November 1937 zeige ein Mann seit 1931 Zeichen einer Schizophrenie. Er sei in psychiatrischer Behandlung gewesen und habe wiederholt behandelt werden müssen. „Er glaubte sich von Kommunisten verfolgt; alle seine Bekannten stünden mit diesen in Verbindung, alle trachteten ihm nach dem Leben.“ Er gab zu, „sich ständig von fremden Menschen verfolgt zu fühlen, wurde von elektrischen Strahlen beeinflusst, gab auch zu, Stimmen zu hören. [...] Fast dauernd steht er an den Türen und versucht zu entweichen, [...] zeitweise ist er gespannt, erregt, verlangt dann in energischem Ton seine Entlassung. [...] In stereotyper Weise verlangt er in ganz einsichtsloser Weise seine Entlassung. Er steht den ganzen Tag untätig umher.“¹⁵⁹² Neben der diagnostischen Beschreibung von Wahnideen, die scheinbar von politischen Auseinandersetzungen vor der nationalsozialistischen Machtergreifung hervorgerufen wurden, rekurierte das psychiatrische Gutachten auf unkontrollierbare Gefahrenpotenziale, da der als gefährlich erscheinende Mann ständig versuchen würde, aus der Klinik zu fliehen. Darüber hinaus wurde seine Unproduktivität dadurch betont, dass er lediglich „untätig“ herumstehe.

Die Bemessung des schizophrenen Wahnsinns erfolgte neben der Beschreibung von Verfolgungsideen und Halluzinationen an gesellschaftlichen Wertvorstel-

¹⁵⁹¹ Vgl. auch KrA Salzwedel, Bestand Gardelegen, Gesundheitswesen (GW), einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z), Nr. 70–7.

¹⁵⁹² LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 88.

lungen und medizinischen Beurteilungskategorien wie der Arbeitsfähigkeit. Die Arbeitsleistung in einer psychiatrischen Einrichtung war Bestandteil der Behandlung und zugleich ein ökonomischer Baustein der Selbstfinanzierung der Kliniken. Der Verstoß gegen diese Vorstellungen verdeutlichte eine Verweigerung von psychiatrischen Behandlungskonzepten sowie den geringen ökonomischen Wert für die Volksgemeinschaft.¹⁵⁹³

Das Sterilisationsgutachten einer Frau orientierte sich hingegen an Geschlechterrollen und Gewaltpotenzialen infolge von Wahnvorstellungen, sodass sie die ihr übertragenen weiblichen Haushaltspflichten nicht erfüllen könne und eine Bedrohung für die Kinder darstelle.¹⁵⁹⁴ Das erhebliche Gewalt- und Bedrohungspotenzial bildete für die Antragstellung ein maßgebliches Begründungskriterium, welches durch den Verstoß als Frau und insbesondere Mutter gegen weibliche Fürsorgepflichten verstärkt wurde. Dementsprechend fand eine diagnostische Ergänzung, Verdichtung und Zuspitzung von „erblichem“ Wahnsinn qua Geschlecht statt. Die geschilderten Gewalttätigkeiten und damit verbundenen familiären Konsequenzen spielten vor allem für die Begründung einer „Erbkrankheit“ im Sterilisationsverfahren eine Rolle. Demgegenüber wurde die Rückkehr in die Familie nicht problematisiert.¹⁵⁹⁵

Einen besonders tragischen Charakter zeigt etwa die Krankengeschichte einer jungen Frau vom Januar 1940: „Vor drei Jahren verunglückte ein Freund von ihr mit dem Motorrad, nachdem sie ihm einen Abschiedsbrief geschrieben hatte; nach einem halben Jahr machte sie sich dann Vorwürfe, wollte an seinem Tode schuld sein. [...] Zu Anfang des Krieges fürchtete sie, ihr jetziger Freund, der in Polen steht, sei gefallen.“¹⁵⁹⁶ Der begutachtende Psychiater diagnostizierte eine paranoide Schizophrenie

¹⁵⁹³ Dies bedeutete jedoch nicht, dass die Bestätigung einer hinreichenden Arbeitsleistung eine Sterilisation verhinderte. So wurde etwa einem anderen Mann attestiert, dass er als Maler tätig sei. Ein diagnostischer Unterschied anhand der Arbeitsleistung wurde jedoch nicht vorgenommen. Vgl. LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z), 236 Fallakten (1934–1945 (1946)), Nr. 85.

¹⁵⁹⁴ Das psychiatrische Gutachten hielt protokollarisch fest: „Seit Mitte Dezember 1938 Angstvorstellungen, Schuldgefühle und Vernachlässigung des Haushalts und der Kinder. Verfolgungswahnideen, nächtliche Unruhe mit zunehmender Verwirrung und schließlich Erregungszustände. Versuchte, das jüngste Kind zu erstechen und Geld aus dem Hause zu bringen aus Angst vor Einbruch.“ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 140.

¹⁵⁹⁵ Vgl. LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 140.

¹⁵⁹⁶ Und weiter: „Sie fuhr zu Rad nach Schlesien, um ihn zu ‚retten‘, [...] schließlich fuhr sie nach Berlin zum Kriegsministerium und dann zur Reichskanzlei, um sich nach dem Freund zu erkundigen, irrte nachts durch Berlin umher und wurde dann von einer Verwandten nach Hause gebracht; es wurde ihr immer alles unklarer und undurchsichtiger.“ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z), 236 Fallakten (1934–1945 (1946)), Nr. 88.

anhand von wahnhaften Vorstellungen, Beziehungsideen und Persönlichkeitsdefekten. Nach Ansicht des Psychiaters sei die Frau „besonders fortpflanzungsgefährdet, da sie sich schon in relativ jungen Jahren häufig geschlechtlich betätigt hat“.¹⁵⁹⁷ Insofern wurde die persönliche Verlust- und Leidenserfahrung der jungen Frau auf einer psychiatrischen Beurteilungsebene sexualisiert und eine besondere Fortpflanzungsgefahr konstruiert, da sie aufgrund ihrer Erkrankung als weibliches „Ausbeutungsobjekt“ angesehen werden müsse.

Neben den geschilderten sozialen, ökonomischen und geschlechtsspezifischen Beurteilungsmodi wurden im Regierungsbezirk Merseburg auch konkrete Verknüpfungen zwischen Schizophrenie als „Erbkrankheit“ und politischen Straftaten hergestellt, sodass weiblicher und männlicher „Wahnsinn“ zumindest partiell politisiert und sterilisiert wurden.¹⁵⁹⁸ So wurde während einer Gerichtsverhandlung festgestellt, dass eine schizophrene Frau eine „staatsfeindliche Einstellung“ besäße.¹⁵⁹⁹ Ein schizophrener Mann habe gegen das „Heimtückegesetz“ verstoßen, Adolf Hitler und Hermann Göring als Mörder bezeichnet und daneben die „Internationale“ gepfiffen.¹⁶⁰⁰ Ein weiterer Mann müsse ebenfalls als schizophren gelten, da er eine Hakenkreuzfahne verbrannt habe und den deutschen Gruß ablehne.¹⁶⁰¹ Die in den Augen der Berichterstatter offen zum Ausdruck gebrachte Ablehnung des Nationalsozialismus wurde im Zuge der psychiatrischen Begutachtung nicht ausschließlich als hinlänglicher Nachweis einer schizophrenen Erkrankung verstanden, sondern als Angriff auf die nationalsozialistische Herrschaft politisiert. Derartige Angriffe auf das Dritte Reich wurden sowohl straf- als auch erbgerichtlich geahndet.

Eine politische Konnotation besaß auch das Sterilisationsverfahren gegen einen männlichen Patienten der Landesheilanstalt Haldensleben, welches zugleich einen amüsanten wie tragischen Charakter aufweist. Der Mann befand sich aufgrund einer paranoiden Schizophrenie seit 1938 in psychiatrischer Betreuung. Nach Auskunft der

¹⁵⁹⁷ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z), 236 Fallakten (1934–1945 (1946)), Nr. 88.

¹⁵⁹⁸ Vgl. LASA, C 48 Ii, Nr. 960, Bd. 50: Die Untersuchungsverhandlungen über Gemütskranke (1932–1944).

¹⁵⁹⁹ LASA, C 48 Ii, Nr. 960, Bd. 50: Die Untersuchungsverhandlungen über Gemütskranke (1932–1944), fol. 277–285.

¹⁶⁰⁰ Vgl. LASA, C 48 Ii, Nr. 960, Bd. 50: Die Untersuchungsverhandlungen über Gemütskranke (1932–1944), fol. 395–397. Das Gesetz gegen Heimtücke Angriffe auf Staat und Partei und zum Schutz der Parteiuniformen vom 20.12.1934, kurz Heimtückegesetz, schränkte die freie Meinungsäußerung ein und bot eine wichtige Grundlage zur Verfolgung von Kritikern und Gegnern des Nationalsozialismus. Vgl. Dörner, Bernward: „Heimtücke“: Das Gesetz als Waffe, Paderborn 1998.

¹⁶⁰¹ Vgl. LASA, C 48 Ii, Nr. 960, Bd. 50: Die Untersuchungsverhandlungen über Gemütskranke (1932–1944), fol. 402–415.

behandelnden Ärzte sei er der Überzeugung, dass er Adolf Hitler vor dem Ertrinken aus der Donau gerettet habe und sandte seine Schilderung unter anderem an Hermann Göring und die „Kanzlei des Führers“. Aufgrund der abschlägigen Antworten der angeschriebenen staatlichen Stellen habe der Mann „in der übelsten Weise auf die Kanzlei des Führers geschimpft“. Daneben kontaktierte er unterschiedliche Zeitungen und schilderte seine Rettungstat. „Tatsächlich hat auch eine Wiener Zeitung beim Einzug des Führers in Wien diesen Aufsatz veröffentlicht. [...] Der Führer hat telegraphisch die Ge.Sta.Po. angewiesen, [den Mann] zu verhaften, und falls bei ihm eine Geisteskrankheit vorliegen sollte, [...] sofort in die Anstalt zu überweisen. Die eventuelle Entlassung des [Mannes] hat sich der Führer selbst vorbehalten.“¹⁶⁰² Nach Ansicht des Direktors der Landesheilanstalt Haldensleben habe der Mann unterschiedliche „Wahnideen“, er sei jedoch nicht gemeingefährlich und könne 1940 entlassen werden. Einer Entlassung stimmte Adolf Hitler jedoch nicht zu. Der Mann wurde später in der Gasmordanstalt Bernburg ermordet.¹⁶⁰³

Die Konstruktion von „Schizophrenie“ als „Erbkrankheit“ im Sinne des nationalsozialistischen Sterilisationsgesetzes orientierte sich vor allem an krankheitstypischen Erscheinungen wie Wahnideen, Halluzinationen oder Sinnestäuschungen. Die Schizophrenie als „Verwirrung des Denkens“ wurde dabei maßgeblich mit sozialer und sexueller Unberechenbarkeit sowie ökonomischen Leistungsdefiziten in Beziehung gesetzt. Hierzu gehörten insbesondere die Negierung der individuellen Arbeitsfähigkeit, bestehende Gewalt- und Bedrohungspotenziale gegenüber Familienangehörigen, Mitmenschen und der nationalsozialistischen Volksgemeinschaft insgesamt sowie eine besondere Fortpflanzungsgefahr.

5.4.4 Epilepsie

Zum Zeitpunkt des Erlasses des nationalsozialistischen Sterilisationsgesetzes wurde davon ausgegangen, dass auf dem Gebiet des Deutschen Reiches etwa 100 000 Frauen und Männer an einer genuinen Epilepsie erkrankt seien.¹⁶⁰⁴ Unter genuiner Epilepsie als „Erbkrankheit“ im Sinne des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ wurden alle Erkrankungen mit epileptischen Erscheinungen wie Krampfanfällen und

¹⁶⁰² LASA C 28 Ig, Nr. 307: Nerven und Geisteskrankheiten (1938–1943), fol. 80.

¹⁶⁰³ Der Nachweis des Todes des betroffenen Mannes beruht auf den dankenswerten Nachforschungen von Frau Dr. Ute Hoffmann, Leiterin der Gedenkstätte für die Opfer der NS-„Euthanasie“ in Bernburg.

¹⁶⁰⁴ Vgl. Gütt/Rudin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 105–106.

Bewusstseinsstörungen verstanden, die nicht auf äußere, also exogene Faktoren zurückgeführt werden konnten.¹⁶⁰⁵ Neben dem Auftreten von Krampfanfällen und begleitenden Bewusstseinsstörungen galten Persönlichkeitsveränderungen und charakterologische Defizite als maßgebliche Anhaltspunkte. Hierzu gehörten Pedanterie, Umständlich- und Schwerfälligkeit, Reizbarkeit und die sogenannte „epileptische Verblödung“.¹⁶⁰⁶ Die Beurteilung der Persönlichkeit von weiblichen und männlichen Epileptikern galt demnach als „wichtiges diagnostisches Hilfsmittel“. Jedoch wurde auch darauf verwiesen, dass es epileptische Erkrankungen gäbe, die keine oder lediglich geringfügige Persönlichkeitsveränderungen auslösen würden.¹⁶⁰⁷

Von einer endogenen oder genuinen Form wurde somit eine symptomatische oder exogene Form der Epilepsie unterschieden, die nach damaligem Verständnis durch Traumata wie etwa Hirn- und Schädelverletzungen, weiterhin Hirnerkrankungen, Infektionskrankheiten oder chronische Vergiftungen ausgelöst werden konnte.¹⁶⁰⁸ Bezüglich der Unterscheidung und medizinischen Klassifikation in endogen und exogen bestand für die Epilepsie ebenfalls ein uneindeutiges und kaum nachzuweisendes Krankheitsbild, das nur unzureichend zwischen Erkrankung und Symptom unterschied.¹⁶⁰⁹

Am Ende der 1930er-Jahre wurden die bestehenden Schwierigkeiten des diagnostischen Nachweises einer endogenen Epilepsie und die damit einhergehende gutachterliche Vorgehensweise in einer Untersuchung dargelegt. „Wenn man die Entwicklung in der Begriffsbestimmung der Epilepsie kurz zusammenfassen will, dann kommt man zwangsläufig zu dem Schluß, daß die ganze Problematik in der klaren Unterscheidung ‚genuin (endogen, erblich)‘ oder ‚symptomatisch (exogen, nichterblich)‘ liegt.“¹⁶¹⁰ Da eine exakte Unterscheidung zwischen endogener und exogener Epilepsie aber nicht möglich war, galt die Diagnose „erbliche Fallsucht“ als eine „Diagnose per exclusionem, das heißt, daß über den Umweg des Ausschlusses aller Möglichkeiten exogener Ursachen erst die Diagnose erbliche Fallsucht gestellt werden

¹⁶⁰⁵ Vgl. Conrad: Erbliche Fallsucht. Erbveitstanz. Schwerer Alkoholismus.

¹⁶⁰⁶ Gütt/Rudin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 105.

¹⁶⁰⁷ Vgl. Theiß, Günther: Die Entwicklung der Rechtsprechung über die erbliche Fallsucht, Bochum-Landendreer 1939, S. 13.

¹⁶⁰⁸ Zur aktuellen Klassifikation von Epilepsie siehe etwa Krämer, Günter: Epilepsie von A–Z. Medizinische Fachwörter verstehen, 4. Aufl., Stuttgart 2005.

¹⁶⁰⁹ Zur medizinischen und rechtlichen Einschätzung im nationalsozialistischen Sterilisationsverfahren siehe LASA, C 136, Nr. 4: Verfahrensrechtliche Gutachten und Stellungnahmen (1935–1941), fol. 28–31.

¹⁶¹⁰ Theiß: Rechtsprechung über die erbliche Fallsucht, S. 6.

kann“.¹⁶¹¹ Mithilfe des diagnostischen Ausschlusses von äußeren Ursachen wurde somit das Erblchkeitspostulat objektiviert und Epilepsie als „Erbkrankheit“ im Sinne des nationalsozialistischen Sterilisationsgesetzes festgestellt.¹⁶¹²

Die besondere von der Epilepsie ausgehende erbbiologische Gefahr bestünde neben der schwierigen Nachweisführung im Auftreten von singulären oder leichten Krampfanfällen und Bewusstseinsstörungen, die ärztlich unentdeckt blieben. Weiterhin könnten die Symptome von psychischen und physiologischen Erkrankungserscheinungen durch moderne medizinische Therapien immer besser behandelt werden, was wiederum die Fortpflanzungsgefahr von epileptischen Frauen und Männern stark erhöhen würde.¹⁶¹³ Und schließlich wurde weiblichen und männlichen Epileptikern ein hohes Fortpflanzungspotenzial zugeschrieben. So bestand die Auffassung, dass in Familien, in den Familienangehörige an Epilepsie erkrankt seien, ein hoher Grad von „geistigen Abnormitäten aller Art“ auftreten würde. „Die Erkrankungswahrscheinlichkeit der Geschwister der Epileptiker an Epilepsie ist 3 %, an epileptoider Psychopathie etwa 19 %, an anderen abnormen Typen 16 %, so daß also unter den Geschwistern der Epileptiker sich etwa 38 % rassenhygienisch unerwünschte Typen befinden.“¹⁶¹⁴ Bei Neffen und Nichten als Familienangehörige zweiten Grades läge die Quote von „unerwünschtem Nachwuchs“ bei rund 29 Prozent. Im Gegensatz zur Schizophrenie wurde die genuine Epilepsie als eine „Erbkrankheit“ stilisiert, die neben den als typisch geltenden Krankheitserscheinungen auch andere als „minderwertig“ angesehene Erkrankungen auslöse und bedinge. In Verkehrung von antiken Vorstellungen als „morbus sacer“ galt die Epilepsie im Dritten Reich als erbbiologisches Gift, und das zugrundeliegende Erbparadigma orientierte sich metaphorisch wiederum an der „syphilitischen Verseuchung“ des Volkskörpers mit „unerwünschtem“ und „minderwertigem“ Erbgut.¹⁶¹⁵

Die „genuine Epilepsie“ bildete mit rund 13 Prozent die drittstärkste „Erbkrankheit“ in der preußischen Provinz Sachsen.¹⁶¹⁶ Nach Ausweis der vorliegenden

¹⁶¹¹ Theiß: Rechtsprechung über die erbliche Fallsucht, S. 9.

¹⁶¹² Konnten also exogene Ursachen von epileptischen Anfällen ausgeschlossen werden, galt das Vorhandensein einer „genuinen Epilepsie“ als gesichert. „Der Beweis der Erblchkeit der Veranlagung zu den Krankheitsbildern der genuine Epilepsie ist [...] als generell erbracht anzusehen.“ Gütt/Rudin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 105.

¹⁶¹³ Vgl. Gütt/Rudin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 106.

¹⁶¹⁴ Gütt/Rudin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 106.

¹⁶¹⁵ Zur Geschichte der Epilepsie siehe etwa Schneble, Hansjörg: Heillos, heilig, heilbar. Geschichte der Epilepsie, Berlin 2003.

¹⁶¹⁶ Vgl. Kap. 5.3.1. Zur Begrifflichkeit von Fallsucht und Epilepsie siehe etwa Theiß: Rechtsprechung über die erbliche Fallsucht, S. 5–6.

Materialien waren Männer mit circa 10 Prozent stärker als Frauen betroffen. Im Vordergrund der Sterilisationsgutachten standen vor allem die Feststellung von epileptischen Krampfanfällen und die damit verbundene Überprüfung, ob exogene Ursachen, wie etwa Schädel-Hirn-Traumata, vorlägen.

Wesentliche diagnostische Instrumente waren Nachforschungen und Ermittlungen bei Hausärzten, Lehrern oder Arbeitgebern. In Zweifelsfällen wurden teilweise auch psychiatrische Gutachten angefordert, die auf der Grundlage von Anamnese, Enzephalographie, Röntgenuntersuchungen des Gehirns oder Cardiazolinjektionen die Erblichkeit nachweisen sollten.¹⁶¹⁷ Daneben wurden Auffälligkeiten von Persönlichkeitsmerkmalen und charakterologische Veränderungen verzeichnet.

Eine maßgebliche Beurteilungsgrundlage bildete abermals die Überprüfung von Familienangehörigen. „So wird also in fast allen Fällen der Antrag auf Unfruchtbarmachung mit der Diagnose der genuinen Epilepsie des zu Beantragenden allein oder im Verein mit den auf Erblichkeit irgendwelcher Art in der Verwandtschaft hinweisenden belastenden Momenten zu begründen sein.“¹⁶¹⁸ Insoweit exogene Ursachen von epileptischen Anfällen ausgeschlossen werden konnten, spielte der negative Befund von Familienangehörigen eine untergeordnete diagnostische Rolle. Das Vorliegen von Epilepsie galt in diesen Fällen als „erblich“. Hinweise auf Krampfanfälle bei Familienangehörigen galten demgemäß als ergänzende Beweise einer erblich bedingten genuinen Epilepsie.

Ebenso wurden abweichende Verhaltensweisen und soziale Auffälligkeiten von Familienangehörigen als wichtige Indizien einer epileptischen Erkrankung überprüft. Derartige Beurteilungen bezogen sehr unterschiedliche soziale Aspekte ein, bis hin zu der Feststellung, dass Familienangehörige „irgendwie seltsam, abnorm oder minderwertig“ seien. So wurde in einem Verfahren gegen einen minderjährigen jungen Mann konstatiert, dass der Vater leicht erregbar sei und sich im Sterilisationsverfahren gegen seinen Sohn uneinsichtig zeige. „In Wertung aller vorgenannten Umstände, besonders auch der Belastung in der Sippe ist mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit das Vorliegen erblicher Fallsucht bei dem Minderjährigen zu bejahen.“¹⁶¹⁹

Im Zentrum der diagnostischen Begutachtung standen die für die Epilepsie als typisch geltenden Krampfanfälle. Der konkrete Nachweis gestaltete sich jedoch schwierig, da die antragstellenden Ärzte sehr selten einen Anfall beobachten konnten.

¹⁶¹⁷ Vgl. Theiß: Rechtsprechung über die erbliche Fallsucht, S. 28–29.

¹⁶¹⁸ Gütt/Rudin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 106.

¹⁶¹⁹ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 3, fol. 147–148.

So gewann der Sterilisationsantrag des Amtsarztes von Gardelegen im August 1939 ein besonderes Gewicht, da er zufällig einem Krampfanfall einer jungen Frau beige-wohnt habe. „Beim Verlassen des Gesundheitsamtes blieb die Frau [...] plötzlich in starrer Haltung und mit ebenfalls starrem Gesichtsausdruck stehen und drohte hinzufallen.“¹⁶²⁰ Anschließend sei sie verwirrt und desorientiert gewesen und habe den Anfall bestätigt. „Ach, ich habe wohl eben einen Anfall gehabt.“¹⁶²¹

Häufig stützte sich die amtsärztliche Begutachtung hingegen auf Aussagen von Betroffenen und Gesundheitspflegerinnen. Eine paradigmatische diagnostische Einschätzung einer epileptischen Erkrankung lieferte eine Gesundheitspflegerin des Gesundheitsamtes Jerichow I (Burg/Elbe) im Dezember 1938. Ihrer Meinung nach leide eine verheiratete Mutter seit 1937 „an epileptischen Krämpfen, die anfangs alle 3 bis 4 Wochen und meistens nachts auftraten“.¹⁶²² Die Frau sei nach den Anfällen „körperlich sehr mitgenommen“ und müde. Der Sterilisationsantrag des Amtsarztes von (Neu-) Haldensleben aus dem Jahr 1934 beruhte im Wesentlichen auf den Aussagen der als „erbkrankverdächtig“ geltenden jungen Frau, die ihm „ihre schweren Anfälle mit Zungenbissen und Kopfverletzungen erzählt“ habe.¹⁶²³ In einem Sterilisationsverfahren gegen einen SA-Angehörigen erkundigte sich der Amtsarzt von Calbe/Saale beim verantwortlichen Standartenführer in Schönebeck/Elbe. Die anschließenden Nachforschungen, die unbedingt vertraulich erfolgen sollten, ergaben, dass der Mann nach Auskunft eines Parteigenossen bereits seit 1931 an epileptischen Anfällen erkrankt sei.¹⁶²⁴ Von anderen SA-Angehörigen wurden keine entsprechenden Krampfanfälle bestätigt, sondern sie rekurrten auf häufige Erkrankungen und einen „geistig nicht ganz vollwertigen“ Eindruck.¹⁶²⁵

Mit der drohenden Unfruchtbarmachung konfrontiert verwies eine nicht unerhebliche Anzahl von betroffenen Frauen und Männern auf Unfälle, Erkrankungen oder Verletzungen als Auslöser von Krampfanfällen. So finden sich häufig Erklärungen,

¹⁶²⁰ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z), 236 Fallakten (1934–1945 (1946)), Nr. 3.

¹⁶²¹ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z), 236 Fallakten (1934–1945 (1946)), Nr. 3.

¹⁶²² LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 146.

¹⁶²³ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 2, fol. 189.

¹⁶²⁴ „Die Angelegenheit ist strengstens vertraulich zu behandeln und darf auf keinen Fall zur Kenntnis des [Betroffenen] oder eines sonstigen SA-Angehörigen gelangen.“ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 32.

¹⁶²⁵ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 32.

dass die betroffenen Personen im Kindesalter von einem Fahrrad, einem Anhänger oder einer Treppe heruntergefallen wären. Hierbei handelte es sich teilweise um zielgerichtete Täuschungen, um eine Unfruchtbarmachung abzuwenden.¹⁶²⁶ Demgemäß waren die antragstellenden Ärzte aufgefordert, den endogenen Charakter einer Epilepsie zu beweisen. Hinsichtlich des diagnostischen Ausschlussverfahrens waren sie jedoch nur selten in der Lage, die Angaben anhand von Krankengeschichten oder Augenzeugen zu überprüfen. So betonte ein junger Mann im Juli 1935, dass die epileptischen Anfälle durch einen Fahrradsturz versucht worden seien. Der zuständige Amtsarzt versuchte die Begründung zu widerlegen und gab an, dass der betroffene Mann teilweise „geistesabwesend“ sei. „Solche Anfälle kommen bei Fallsucht, welche durch Unfälle verursacht sind, nicht vor.“¹⁶²⁷

In einem Verfahren gegen einen jungen Soldaten wurden epileptische Anfälle während eines Militäreinsatzes 1940 festgestellt. Nach Angaben des betroffenen Mannes seien in der Familie keine epileptischen Erkrankungen, Selbstmorde oder „sonderbaren Charaktere“ aufgetreten, jedoch habe er als Kind „eine Kopfverletzung durch einen Windmühlenflügel erlitten“.¹⁶²⁸ Den Angaben wurden im Rahmen eines psychiatrischen Gutachtens in der Landesheilanstalt Uchtspringe jedoch nur wenig Glauben geschenkt. Trotz der gutachterlichen Feststellung, dass keine „epileptischen Wesensveränderungen“ wahrgenommen werden könnten, wurde eine genuine Epilepsie konstatiert. Insoweit dies die überlieferten Gutachten und Sterilisationsanträge hergeben, wurde und konnte die Frage, ob eine genuine oder symptomatische Epilepsie vorlag, häufig nur unzureichend überprüft.¹⁶²⁹ Stattdessen wurde in einer Vielzahl von Sterilisationsverfahren eine endogene Ursache unterstellt.

Der Umfang von psychiatrischen Fachgutachten kann nicht ansatzweise geklärt werden, und es kann lediglich summarisch festgehalten werden, dass die hiesigen psychiatrischen Einrichtungen seit Mitte der 1930er-Jahre mit einer nicht unerheblichen Anzahl von Gutachten beauftragt wurden.¹⁶³⁰ Die überlieferten Gutachten lassen trotz der massiven kriegsbedingten Einschränkungen eine umfangreiche psychiatri-

¹⁶²⁶ Theiß: Rechtsprechung über die erbliche Fallsucht, S. 22, 25–26.

¹⁶²⁷ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z), 236 Fallakten (1934–1945 (1946)), Nr. 168.

¹⁶²⁸ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z), 236 Fallakten (1934–1945 (1946)), Nr. 64.

¹⁶²⁹ Vgl. LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z), 236 Fallakten (1934–1945 (1946)), Nr. 122.

¹⁶³⁰ Vgl. Theiß: Rechtsprechung über die erbliche Fallsucht, S. 34.

sche Diagnostik erkennen, sodass Urin-, Liquor- und Blutuntersuchungen vorgenommen, Enzephalografien durchgeführt und Röntgenbilder des Gehirns angefertigt wurden. Mithilfe von Cardiazolinjektionen wurde etwa versucht, Krampfanfälle auszulösen.¹⁶³¹ So heißt es in einem psychiatrischen Gutachten der Landesheilanstalt Uchtspringe aus dem Jahr 1939: „Eine intravenöse Injektion von 0,5 ccm Cardiazol ließ [...] eine starke psychische Unruhe und erhebliche Zuckungen der Gesichtsmuskel auftreten. Die Erkrankte war nach der Injektion für einige Minuten nur schwer ansprechbar und anschließend für eine halbe Stunde verwirrt.“¹⁶³² Trotz des ausgebliebenen Krampfanfalles würden nach Ansicht der verantwortlichen Psychiater die Befunde der Cardiazolschocktherapie auf eine erbliche Veranlagung hinweisen. Diesbezüglich bedeutete auch die Erstellung von Fachgutachten keinen letztendlich gesicherten Nachweis, da die jeweiligen Beurteilungen divergierten und vergleichbare Untersuchungsbefunde unterschiedlich ausgelegt wurden.¹⁶³³

Der ergänzende gutachterliche Einbezug von Persönlichkeitsveränderungen und charakterologischen Defiziten von betroffenen Frauen und Männern sowie Familienangehörigen verdeutlicht die soziobiologische Stoßrichtung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation. Der starke Rekurs beruhte auch auf einer expliziten Akzentuierung in der ersten Auflage des Gesetzeskommentars, die in der zweiten Auflage aus dem Jahr 1936 erneuert, jedoch auch abgemildert wurde. Trotz der diagnostischen Hinweise des Gesetzeskommentars konnte die Diagnose einer genuine Epilepsie auch am Ende der 1930er-Jahre abgelehnt werden, wenn zwar Krampfanfälle, jedoch keine Persönlichkeitsveränderungen festgestellt werden konnten.¹⁶³⁴

Im Vordergrund der diagnostischen Darlegungen von charakterologischen Auffälligkeiten standen intellektuelle Defizite, ein abweichendes Sexualleben sowie vor allem lebensweltliche Verstöße, welche anhand von abnormen Verhaltensweisen beschrieben wurden. Ebenso wurden physiologische Auffälligkeiten als Indizien einer

¹⁶³¹ Zur Cardiazolschocktherapie siehe Leinfelder, Holger: Die Geschichte der Insulin- und Cardiazolschocktherapie von 1922 bis 1945, Ulm 2003; Theiß: Rechtsprechung über die erbliche Fallsucht, S. 29–30.

¹⁶³² LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z), 236 Fallakten (1934–1945 (1946)), Nr. 3.

¹⁶³³ Im Vergleich zum vorliegenden Fall siehe LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 12, fol. 237.

¹⁶³⁴ Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 12, fol. 237.

genuinen Epilepsie gewertet. Beispielsweise bestünde bei einer jungen Frau nach Ansicht einer Hilfsärztin eine „Fettsucht mittleren Grades“.¹⁶³⁵ Die Frau war 1,60 m groß und wog 66 kg.

Im Hinblick auf eine geringere intellektuelle und berufliche Leistungsfähigkeit wurden häufiger Sterilisationsanträge aufgrund von „angeborenem Schwachsinn“ und Epilepsie gestellt. Auf Grundlage einer diagnostischen Kombination wurde die spezifische „Wertlosigkeit“ für die nationalsozialistische Volksgemeinschaft betont.¹⁶³⁶ Einen diagnostischen Schwerpunkt bildete abermals der Nachweis einer besonderen von Frauen ausgehenden Fortpflanzungsgefahr. So wurde einer verheirateten Frau, die schwanger und Mutter von drei Kindern war, von denen ein Kind epileptische Anfälle gehabt hätte, ein „reges Sexualleben“ und eine „starke Libido“ zugeschrieben.¹⁶³⁷ Eine junge Frau wies nach Ansicht des Amtsarztes ein „erhöhte Fortpflanzungsgefahr“ auf, da sie im Jahr 1941 „ohne Kenntnis des Gesundheitsamtes [eine] Kriegstraftung gemacht“ habe.¹⁶³⁸ Demgegenüber wurden bei Männern insbesondere Sexualdelikte herangezogen, um ihr abnormes Triebleben und die von ihnen ausgehende Fortpflanzungsgefahr zu betonen. So sei ein 16-jähriger Junge „stark triebhaft veranlagt“ und habe versucht, „sich an zwei Schulmädchen sittlich zu vergehen“.¹⁶³⁹ Das geringe männliche Interesse an Geschlechtsverkehr und Nachwuchs galt hingegen nicht als Entlastungsgrund, um eine Unfruchtbarmachung zu verhindern.¹⁶⁴⁰ Im Vordergrund der charakterologischen Beschreibungen standen weiterhin aggressive, abnorme oder „minderwertige“ Verhaltensweisen. Ein Schwerpunkt betraf streitbare und gewalttätige Handlungen, die etwa während der medizinischen Begutachtung oder gerichtlichen Verhandlung festgestellt wurden.¹⁶⁴¹

¹⁶³⁵ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 75.

¹⁶³⁶ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 32, 57, 75, 104, 156; LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z), 236 Fallakten (1934–1945 (1946)), Nr. 9, 46, 54, 121, 123.

¹⁶³⁷ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 67.

¹⁶³⁸ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 44.

¹⁶³⁹ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z), 236 Fallakten (1934–1945 (1946)), Nr. 136.

¹⁶⁴⁰ Vgl. LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z), 236 Fallakten (1934–1945 (1946)), Nr. 174.

¹⁶⁴¹ Vgl. LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 32; LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z), 236 Fallakten (1934–1945 (1946)), Nr. 136.

Die unterschiedlichen Beurteilungen von charakteristischen Persönlichkeitsänderungen führten in der Konsequenz zu divergierenden diagnostischen Einschätzungen. So beurteilte der Amtsarzt von Gardelegen die Wesensveränderungen einer verheirateten Frau auf Grundlage der Aussagen des Ehemannes im Jahr 1941 als derartig stark, dass eine genuine Epilepsie bewiesen wäre. Im Zuge der gerichtlichen Verhandlung wurde ein Fachgutachten beauftragt, welches ein Psychiater aus Stendal erstellte. Der Psychiater erkannte in den Beschreibungen des Ehemanns hingegen den Versuch, von seinem Militärdienst befreit zu werden. Gegen diese Einschätzung erhob der Amtsarzt von Gardelegen wiederum Einspruch und forderte eine Wiederaufnahme des Verfahrens. Er könne dem Urteil des psychiatrischen Gutachtens nicht zustimmen, „dass der Ehemann die charakterlichen Veränderungen seiner Frau in allzu subjektiver Weise mir gegenüber geschildert haben soll, um eine Genehmigung eines UK-Antrages zu erreichen“.¹⁶⁴² Natürlich mache sich der Ehemann große Sorgen um seine Ehefrau, aber sein gesamtes Verhalten sei überaus anständig. „Das ging auch daraus hervor, dass er, wie er mir mitteilte, sich selbst auf Kosten seines Lebensglückes nicht entschließen könne, sich von seiner Frau zu trennen, obgleich eine innere seelische Verbindung zwischen den Eheleuten nicht mehr bestünde, da seine Ehefrau nicht das geringste Interesse mehr für ihn interessierende Angelegenheiten aufbrächte und äußerst reizbar sei.“¹⁶⁴³ Zudem befürchte der Ehemann eine persönliche Stigmatisierung infolge der Unfruchtbarmachung. Die variable interpretative Wahrnehmung und Auslegung von sogenannten epileptischen Wesensveränderungen führten im vorliegenden Fall zu einer herrschaftlichen Verkehrung, indem der sterilisationsbefürwortende Amtsarzt eine wohlwollende Haltung gegenüber dem Ehemann bezog, der zweifelnde Psychiater hingegen die Einschätzungen bezweifelte und persönliche Interessen geltend machte.

Die Charakteristik von epileptischen Erkrankungen einerseits sowie die diagnostische Variabilität aufgrund der zugrundeliegenden medizinischen Klassifikation andererseits rief in der Praktizierung des nationalsozialistischen Sterilisationsgesetzes unterschiedliche Konsequenzen hervor. Hinsichtlich des Empfindens von Krampfanfällen, die von betroffenen Frauen und Männern auch als persönliches Leid wahrgenommen wurden, findet sich partiell auch eine persönliche Antragstellung. Inwiefern

¹⁶⁴² LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z), 236 Fallakten (1934–1945 (1946)), Nr. 215. „UK“ bedeutete „unabkömmlich“, sodass die betroffenen Personen nicht versetzt oder zum Militärdienst eingezogen werden konnten.

¹⁶⁴³ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z), 236 Fallakten (1934–1945 (1946)), Nr. 215.

die betroffenen Frauen und Männer von der Epilepsie als „Erbkrankheit“ überzeugt waren oder familiäre Interessen eine Rolle spielten, bleibt oftmals unklar. So stellte ein verheirateter Mann zu Beginn des Jahres 1935 einen Sterilisationsantrag, da er an Epilepsie leide. Er begründete seine Entscheidung mit der erblichen Belastung seiner Nachkommen. Da seine Ehefrau schwanger war, beantragte sie zusätzlich einen Schwangerschaftsabbruch. Im Rahmen eines Gesprächs notierte der Amtsarzt von Jerichow II: „Mit Rücksicht auf die Epilepsie meines Mannes haben wir uns immer bemüht, kein zweites Kind zu bekommen. Nun bin ich im 2. Monat schwanger. Ich bin hierüber sehr unglücklich, weil doch dieses Kind wahrscheinlich geistig nicht gesund wird.“¹⁶⁴⁴ Die Einwilligung in die Unfruchtbarmachung erscheint als bewusste Entscheidung des Ehepaares, um als „erbkrank“ geltende Kinder zu verhindern. Demgegenüber willigte in einem anderen Fall eine Ehefrau und Mutter nur widerwillig in die Sterilisation ein. Nach Ansicht des Amtsarztes von Calbe/Saale bestünden zwischen den Eheleuten Spannungen aufgrund der epileptischen Krampfanfälle sowie den Konsequenzen einer Unfruchtbarmachung, sodass die Frau „zeitweise sehr niedergedrückt und mitgenommen“ sei.¹⁶⁴⁵

Im Gegensatz insbesondere zum „angeborenen Schwachsinn“ betraf der Vorwurf einer genuinen Epilepsie auch Frauen und Männer aus höheren Gesellschaftsschichten. Ihre gehobene gesellschaftliche Stellung sowie die Aktivierung von einflussreichen Fürsprechern, wie vor allem der NSDAP, bot ihnen die Möglichkeit, eines erfolversprechenden Widerspruchs. So wurde auf der Grundlage einer Beschwerde eines Mannes an die „Kanzlei des Führers“ die diagnostische Begutachtung überprüft und der Reichsminister des Innern teilte dem Regierungspräsidenten in Magdeburg im Januar 1939 schließlich mit, dass der „Stellvertreter des Führers“ Bedenken gegen die Sterilisation hege. „Er weist darauf hin, daß kein Gutachter die Diagnose mit Sicherheit gestellt hat.“¹⁶⁴⁶ Der Reichsinnenminister schloss sich der Beurteilung an, da die „Epilepsie“ nicht „einwandfrei“ bewiese wäre, sondern lediglich eine „Wahrscheinlichkeit“ bestünde. Insofern schienen selbst den Vertretern des Reichsinnenministeriums die Ausführungen des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ nicht bekannt gewesen zu sein.

¹⁶⁴⁴ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 179.

¹⁶⁴⁵ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 67.

¹⁶⁴⁶ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 3, fol. 161.

Nach Ansicht des Amtsarztes von Jerichow I (Burg) sowie anhand von medizinischen Unterlagen der Nervenlinik Magdeburg-Sudenburg müsse bei einer verheirateten Frau eine genuine Epilepsie angenommen werden. Im Zuge des Sterilisationsverfahrens schaltete sich im Juli 1941 der verantwortliche Kreisamtsleiter der NSDAP ein. Die parteipolitische Einflussnahme fand vor dem Hintergrund statt, dass die betroffene Frau einen Angehörigen der Waffen-SS geheiratet hatte und der Kreisamtsleiter für die Aufnahme in die „Leibstandarte Adolf Hitler“ eine Bürgschaft übernommen hatte. Dies hätte er „als Kreisamtsleiter der NSV nicht getan, wenn ich irgend eine Erbkrankheit in der Familie vermutet hätte“.¹⁶⁴⁷ Er betonte die Erbgesundheit der Familie. Zwar seien ihm „Ohnmachtsanfälle“ bekannt gewesen, jedoch führte er sie auf die schwere landwirtschaftliche Tätigkeit der jungen Frau zurück. Daneben betonte der Einspruch des Vaters die strengen Heiratsrichtlinien der SS, denen auch die Ehefrauen unterzogen wurden. So seien auch dem verantwortlichen SS-Standortarzt die Ohnmachtsanfälle bekannt gewesen, zudem habe der Reichsführer SS seine Zustimmung erteilt. „Wenn dann trotzdem vom Reichsführer der SS die Genehmigung zur Heirat ausgesprochen ist, so ist es mir unbegreiflich, dass heute meine Tochter wohlmöglich als erbkrank angesehen werden soll.“¹⁶⁴⁸ Das Verfahren erstreckte sich schließlich bis 1945, ohne dass eine abschließende Entscheidung getroffen wurde. Die unterschiedlichen Standpunkte, Argumentationen und Parteilichkeiten verdeutlichen die soziobiologische Zielrichtung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation. Zugleich konterkarierten sie das erbbiologische Paradigma und führten das Vererbungsdogma des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ ad absurdum.

5.4.5 Zu den weiteren „Erbkrankheiten“

Für die Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation in der preußischen Provinz Sachsen spielten das zirkuläre (manisch-depressive) Irresein, der erbliche Veitstanz bzw. die Huntingtonsche Chorea, die erbliche Blindheit und Taubheit sowie schwere körperliche Missbildungen als „Erbkrankheiten“ mit insgesamt rund acht Prozent nur eine randständige Rolle. Die marginale Rolle von zirkulärem Irresein und erblichem Veitstanz wird zusätzlich dadurch unterstrichen, dass die erbliche Blindheit und Taubheit sowie schwere körperliche Missbildungen zusammen bereits

¹⁶⁴⁷ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 44.

¹⁶⁴⁸ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 44.

etwa sechs Prozent ausmachten.¹⁶⁴⁹ Abgesehen von Sterilisationsverfahren aufgrund von schweren körperlichen Missbildungen, bei denen der männliche Anteil leicht erhöht war, können keine weiteren geschlechtsspezifischen Häufungen konstatiert werden.

Unter statistischen Gesichtspunkten ist ab der Mitte der 1930er-Jahre tendenziell ein Anstieg von erblicher Blindheit und Taubheit zu verzeichnen. Der stärkere Einbezug könnte darauf hindeuten, dass seit dieser Zeit die provinziellen Taubstummenanstalten in Erfurt, Halberstadt, Osterburg, Weißenfels und Halle/Saale sowie die Blindenanstalten in Barby und Halle/Saale stärker in das Sterilisationsverfahren einbezogen wurden.¹⁶⁵⁰ Der höhere prozentuale Anteil von schweren körperlichen Missbildungen, verteilt auf die Regierungsbezirke Magdeburg, Merseburg und Erfurt im Zeitraum von 1939 bis 1940, könnte im Zusammenhang mit den erhöhten Leistungsanforderungen im Zuge der nationalsozialistischen Kriegsanstrengungen gesehen werden.

Die Hintergründe für die verhältnismäßig geringe Anwendung von einzelnen gesetzlich definierten „Erbkrankheiten“ bestanden, wie etwa beim erblichen Veitstanz, vor allem in deren seltener Prävalenz.¹⁶⁵¹ Demgegenüber prognostizierte der „Gesetzeskommentar“ etwa 100 000 an zirkulärem Irresein erkrankte Frauen und Männer. Diese Größenordnung ähnelte der prognostizierten Erkrankungshäufigkeit von genuiner Epilepsie, hingegen unterschied sich die quantitative Anwendung erheblich. Für das zirkuläre Irresein muss etwa die diagnostische Nähe zur Schizophrenie in Betracht

¹⁶⁴⁹ Mit Ausnahme des erblichen Veitstanzes wurde jährlich eine geringe Anzahl von Frauen und Männern aufgrund von manisch-depressivem Irresein, erblicher Blindheit und Taubheit sowie schwerer körperlicher Missbildungen als „erbkrank“ beurteilt. Der erbliche Veitstanz spielte mit 0,39 Prozent nahezu keine Rolle.

¹⁶⁵⁰ Die punktuellen Anstiege von „erblicher Blindheit“ im Regierungsbezirk Magdeburg im Jahr 1940 oder im Regierungsbezirk Erfurt im Jahr 1941 könnten ebenfalls in Bezug zu einer systematischen Erfassung von männlichen und weiblichen Patienten gesehen werden. Eine detaillierte Überprüfung der Erfassung von Einrichtungen des Provinzialverbandes ist aufgrund der unzureichenden Überlieferungslage nicht möglich. Vgl. Kap. 2.3; Giesau: Geschichte des Provinzialverbandes, S. 264–294.

¹⁶⁵¹ Die geringe Prävalenz wird auch im Gesetzeskommentar festgehalten. Vgl. Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 106–107; Conrad/Kehrer/Meggendorfer: Erbliche Fallsucht. Erbveitstanz. Schwerer Alkoholismus. Zu Sterilisationsverfahren aufgrund von erblichem Veitstanz vgl. LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 35, 103, 219; LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 86.

gezogen werden.¹⁶⁵² Für die schweren körperlichen Missbildungen, die erbliche Blindheit und Taubheit,¹⁶⁵³ deren Umfang allein bereits auf über 50 000 betroffene Frauen und Männer geschätzt wurde, müssen ebenfalls die unsichere medizinisch-psychiatrische Diagnostik sowie der notwendige Nachweis von endogenen Ursachen in Rechnung gestellt werden. Ein wesentlicher Grund der marginalen Anwendung bestand in der Feststellung einer sozialen Auffälligkeit sowie von intellektuellen und beruflichen Leistungsdefiziten. Insofern den betroffenen Frauen und Männern eine hinlängliche Lebensbewahrung und ein volksgemeinschaftlicher Nutzwert nicht gänzlich abgesprochen werden konnten, wurde trotz einer vermeintlich erblichen Veranlagung von einer „Unfruchtbarmachung“ abgesehen.

Aufgrund der geringen quantitativen Bedeutung werden im Folgenden hauptsächlich die Formen gutachterlicher Konstruktion von „erblicher Blindheit“ sowie von „schweren körperlichen Missbildungen“ diskutiert.¹⁶⁵⁴ Dabei kann die soziobiologische Charakteristik des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ insbesondere auf zwei Ebenen verdeutlicht werden. Die Begutachtungen von erblicher Blindheit und schweren körperlichen Missbildungen lassen auf der einen Seite eine erhebliche Aufweichung des sterilisationspolitischen Vererbungsdogmas erkennen, indem die individuelle Leistungsfähigkeit über die angeblich erbliche Veranlagung gestellt wurde. Der praktizierte Aufweichungsprozess höhle sukzessive die vermeintlich wissenschaftlichen Grundlagen der nationalsozialistischen Zwangssterilisation aus und offenbarte die ihr innewohnende soziobiologische Dogmatik. Die Bewertung der männlichen und weiblichen Leistungsfähigkeit und des gesellschaftlichen Nutzwertes als Sterilisationskriterien hatte auf der anderen Seite zur Konsequenz, dass teilweise sehr unterschiedliche und variable Beurteilungsstandpunkte eingenommen und vergleichbare Erkrankungen scheinbar willkürlich als „Erbkrankheiten“ diagnostiziert wurden. Die gutachterliche Diskrepanz und Variabilität spiegelt sich vor allem in der

¹⁶⁵² Vgl. Heinze: Zirkuläres Irresein. Zu Sterilisationsverfahren aufgrund von manisch-depressivem Irresein vgl. LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 157; LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 12. Siehe auch LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, Nr. 5: Schriftwechsel in EGG-Sachen, Sammelakte (1934–1938), fol. 1.; LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 6, fol. 381.

¹⁶⁵³ Zu Sterilisationsverfahren aufgrund von erblicher Taubheit vgl. LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 182, 209 LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 101, 102, 137, 138. Siehe auch ThStAG, Regierung Erfurt, Staatliches Gesundheitsamt Mühlhausen (1906–1952) Nr. 38: Erbgesundheitsakten (1937), unfol.

¹⁶⁵⁴ Vgl. Bücklers/Gütt: Erbleiden des Auges; Schwarz: Die erbliche Taubheit.

Urteilsfindung von Erbgesundheitsgerichten wider, die entgegen der medizinisch-psychiatrischen Antragstellung eine „erbliche Belastung“ als wenig wahrscheinlich ansahen oder das Vorliegen einer besonderen „Schwere“ der Erkrankung bestritten.¹⁶⁵⁵

Erbliche Blindheit sowie schwere körperliche Missbildungen bildeten keine klinisch definierten neurologischen Krankheitsbilder, wie etwa die Schizophrenie, sondern galten stattdessen wie der schwere Alkoholismus als Symptome einer „minderwertigen“ Erbmasse.¹⁶⁵⁶ Deshalb mussten in den Sterilisationsanträgen die erbliche Veranlagung nachgewiesen und exogene Ursachen, wie Infektionskrankheiten oder körperliche Verletzungen, ausgeschlossen werden. Weiterhin umfasste beide „Erbkrankheiten“ eine Vielzahl von unterschiedlichen Erkrankungen. So gehörten zur Blindheit „die meisten Formen angeborener oder sonst im Leben früh auftretender Trübung[en] der Augenlinse (Star, Katarakte)“.¹⁶⁵⁷ Deshalb war die Bezeichnung als „erblich“ sowohl in Bezug auf die erbliche Veranlagung als auch hinsichtlich des körperlichen Zustandes als „blind“ irreführend, da im Sterilisationsverfahren alle Erkrankungen verfolgt werden sollten, „die erfahrungsgemäß zu Blindheit“ führen.¹⁶⁵⁸ Somit bestand beispielsweise ein ungelöstes diagnostisches Problem in der Abgrenzung zu extremer Kurzsichtigkeit.

Trotz der irreführenden Bezeichnung hatte auch die Sterilisation von Frauen und Männern mit „schweren körperlichen Missbildungen“ zum Ziel, vor allem die leichten Krankheitsfälle als fortpflanzungsfähige Anlageträger unfruchtbar zu machen.¹⁶⁵⁹ Gleichzeitig verfolgte das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ nicht die Selektion von sämtlichen körperlichen Missbildungen, sondern grenzte die Sterilisationspraxis mit „schwer“ auf diejenigen Frauen und Männer ein, die sich nur unzureichend gesellschaftlichen Herausforderungen stellen könnten.¹⁶⁶⁰ „In der Regel und grundsätzlich wird als Veranlassung zur Unfruchtbarmachung ein gewisser Grad der Mißbildung vorhanden sein müssen, welche die Lebensanpassung erschwert.“¹⁶⁶¹

¹⁶⁵⁵ Vgl. Kap. 6.2.

¹⁶⁵⁶ Vgl. Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 107–114, 117–127.

¹⁶⁵⁷ Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 109.

¹⁶⁵⁸ Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen S. 107.

¹⁶⁵⁹ Bei „besonders schweren“ Krankheitsformen wurde die Fortpflanzungsgefahr als gering eingestuft. Vgl. Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 117.

¹⁶⁶⁰ Für die erbliche Blindheit wurden ebenfalls die „leichten Fälle“ als maßgebende Sterilisationsgruppe auserkoren, da durch operative und therapeutische Maßnahmen die Fortpflanzungsgefahr besonders hoch sei. So stehe fest, „in welchem Mißverhältnis leider die mit Recht ausgenützte therapeutische Beeinflußbarkeit eines Erbleidens steht zur verhängnisvollen Rolle, die sein Träger in der Übertragung der krankhaften Erbanlage bei der Fortpflanzung spielt“. Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 110.

¹⁶⁶¹ Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 117.

In diesem Sinne fungierte „schwer“ als gutachterlicher Leitfaden, da körperliche Missbildungen als „Erbkrankheit“ nicht anhand von einzelnen Krankheitsbildern systematisiert wurden, sondern eine Vielzahl von physischen, psychischen und vegetativen Erkrankungen umfassen konnten.¹⁶⁶² Eine weitere Bedeutungsebene von „schweren“ und leichten Missbildungsgraden bestand in genealogischer Hinsicht. So würde die Feststellung einer schweren körperlichen Missbildung auch ohne familiäre „Belastungen“ eine Unfruchtbarmachung rechtfertigen. Hingegen müssten bei leichteren Erkrankungsgraden Anomalien in der Blutsverwandtschaft nachgewiesen werden, um eine Unfruchtbarmachung zu beantragen.

Die paradigmatisch dargestellte diagnostische Klassifikation von schweren körperlichen Missbildungen als „Erbkrankheit“ verdeutlicht eine diagnostische Variabilität, der nach Ansicht des Gesetzeskommentars sowohl mit „Strenge“ als auch „Milde“ begegnet werden sollte. Die medizinische und rechtliche Auslegung orientierte sich trotz der hervorgehobenen Rolle von fachärztlichen Begutachtungen am volksgemeinschaftlichen Nutzen, sodass insbesondere die berufliche Leistungsfähigkeit, gesellschaftliche Teilhabe sowie finanzielle Kosten durch Versorgungseinrichtungen und Wohlfahrtspflege gutachterlich einbezogen wurden.

Im sterilisationspolitischen Vordergrund von schweren körperlichen Missbildungen standen sichtbare körperliche Fehlbildungen, wie etwa Gliedmaßendefekte oder Skelettstörungen.¹⁶⁶³ Hierzu gehörten vornehmlich Zwergwuchs, Hüftgelenksverrenkungen und auch Gaumen-Kieferspalten. Ein Bestandteil der gutachterlichen Diagnostik lag im Nachweis von begleitenden Erkrankungen sowie in der Familie vorkommenden Krankheiten. So galt die Gaumen-Kieferspalte einer jungen Frau in den Augen einer Volontärärztin des Gesundheitsamtes in Magdeburg trotz der fehlenden Nachweise in der Familie als erblich bedingt, da eine Schwester aufgrund von „angeborenem Schwachsinn“ unfruchtbar gemacht wurde und zwei weitere Schwestern die Hilfsschule besucht hätten. „Soweit kann die Entstehung des Leidens [...] auf die erwiesene erbbiologische Minderwertigkeit der Familie zurückgeführt werden.“¹⁶⁶⁴ Gegenüber dieser gleichermaßen absurden wie kuriosen Nachweisführung erwiesen sich auch konkrete Verdachtsfälle einer erblichen Veranlagung als diagnostische und juristische Hindernisse.

¹⁶⁶² Hierzu konnte etwa auch die Zuckerkrankheit oder Bluterkrankheit gehören. Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 13, fol. 111–112.

¹⁶⁶³ Vgl. Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 124.

¹⁶⁶⁴ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 117.

Im Dezember 1935 versuchte der Amtsarzt von Jerichow II vehement, die Unfruchtbarmachung einer Mutter von vier Kindern zu erreichen. Die Frau sei zwar nicht krank, müsse aber als Erbträgerin gelten, da ihre vier Kinder sowie weitere Familienmitglieder an einer Hüftgelenksverrenkung erkrankt seien. Laut dem nationalsozialistischen Sterilisationsgesetz war die Unfruchtbarmachung von Erbträgern jedoch nicht zulässig. Nach Ansicht des Amtsarztes würde die Ablehnung des Antrages dem Sinn des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ eklatant widersprechen, „wenn bei dieser schweren konstitutionellen Anomalie, bei der mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit schwer erbkranker Nachwuchs zu erwarten ist, der Antrag abgelehnt werden würde“.¹⁶⁶⁵ Trotz aller Bemühungen lehnte das Erbgesundheitsgericht Magdeburg eine Sterilisation aus formaljuristischen Gründen ab.

Bereits an dieser Stelle kann darauf hingewiesen werden, dass durch die zurückhaltende Rechtsprechung von regionalen Erbgesundheitsgerichten sowie des Erbgesundheitsobergerichts Naumburg die Unfruchtbarmachung von Frauen und Männern aufgrund von schweren körperlichen Missbildungen begrenzt wurde. Beispielsweise trat das Erbgesundheitsgericht Magdeburg bewusst als biopolitische Instanz zur Regulierung der nationalsozialistischen Bevölkerungspolitik auf und konstatierte in einem Beschluss vom März 1936 sendungsbewusst: „Gerade bei der Beurteilung von Missbildungen darf ein zu strenger Maßstab nicht angelegt werden, da die schon schwer darniederliegende Geburtenrate nicht noch mehr beeinträchtigt werden soll.“¹⁶⁶⁶

Daneben lehnten das Erbgesundheitsgericht Magdeburg sowie das Erbgesundheitsobergericht Naumburg in den Jahren 1938 und 1939 wiederholt Sterilisationsanträge aufgrund von körperlichen Missbildungen ab, da sich die betroffenen Personen im Leben bewähren würden und damit keine besondere Schwere nachgewiesen sei. Schließlich beschwerte sich der Amtsarzt von Magdeburg im September 1939 beim Regierungspräsidenten, da das Erbgesundheitsobergericht Naumburg einen Sterilisationsantrag aufgrund einer Gaumen-Kieferspalte abgelehnt habe. „Das Erbgesundheitsobergericht vertritt den Standpunkt, daß ein typischer Lippen-Gaumenspalt, auch wenn – wie in vorliegendem Fall – Erbllichkeit in der Sippe nachgewiesen ist, keine

¹⁶⁶⁵ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 173.

¹⁶⁶⁶ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 229.

schwere erbliche körperliche Mißbildung darstelle. Dieser Auffassung kann vom erbbiologischen Standpunkt nicht beigetreten werden [...]. Die vorliegende Spruchpraxis des Erbgesundheitsobergerichts Naumburg schließt praktisch Wolfsrachen überhaupt als Erbkrankheit im Sinne des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses aus.¹⁶⁶⁷ Diesbezüglich kann auch die defensive Rechtsprechung der Erbgesundheitsgerichte der preußischen Provinz Sachsen zu einer geringen Antragstellung von einzelnen „Erbkrankheiten“ beigetragen haben.

Der gutachterliche Nachweis einer schweren körperlichen Missbildung verfolgte zumeist eine explizite Kontrastierung der vorliegenden Erkrankung mit der individuellen ökonomischen und sozialen Leistungsfähigkeit. So wurde der primordiale Zwergwuchs einer Frau mit ihren intellektuellen und beruflichen Leistungen abgewogen. Die Frau habe die Mädchenbürgerschule besucht, sei als Arbeiterin angestellt und gelte als leistungsfähig. Demgegenüber müsse die vorliegende Missbildung „für den Fortbestand der Rasse [als] verhängnisvoll“ gelten.¹⁶⁶⁸ Die Feststellung der Fortpflanzungsunfähigkeit führte jedoch zur Einstellung des Verfahrens. In einem anderen Fall wurde die Missbildung von Schulter und Wirbelsäule ebenso nicht als schwere körperliche Missbildung anerkannt, da der betroffene Mann seiner Tätigkeit als Maler gerecht werde.¹⁶⁶⁹ Zudem läge keine familiäre Belastung vor. Und auch in der Verkrüppelung von Händen sah das Erbgesundheitsgericht Magdeburg keine „Erbkrankheit“ im Sinne des nationalsozialistischen Sterilisationsgesetzes, da der betroffene Mann überzeugend darstellen konnte, dass er seinen Beruf als Schiffer hinreichend ausüben konnte.¹⁶⁷⁰

Wurde gegenüber Männern die berufliche Leistungsfähigkeit betont, so galt für Frauen auch die Bewältigung des Haushalts als Beurteilungskriterium. Einer Frau, der eine Gehstörung vorgeworfen wurde, wurden im Dezember 1937 gute intellektuelle und berufliche Leistungen attestiert. Sie habe mehrere Jahre als Haushaltsgehilfin gearbeitet und ihr Kind weise keine geistigen und körperlichen Defizite auf. Daneben wurde ihre Mutterrolle betont. Eine schwere körperliche Missbildung könne nur fest-

¹⁶⁶⁷ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 3, fol. 204.

¹⁶⁶⁸ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 74.

¹⁶⁶⁹ Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 3, fol. 188; ein weiterer Fall siehe fol. 198–199.

¹⁶⁷⁰ Vgl. LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 229.

gestellt werden, „wenn die Erschienenene in ihrem Lebenskampf als Hausfrau beeinträchtigt wäre. Das ist die Erschienenene nach dem Gesamteindruck keinesfalls.“¹⁶⁷¹ Dementsprechend können am Beispiel von schweren körperlichen Missbildungen wiederholt gegensätzliche medizinische und gerichtliche Beurteilungskriterien des individuellen Lebenswertes festgestellt werden, die häufiger zu Freisprüchen und vermutlich auch zu einem geringen Antragsvolumen führten.

Auch der gutachterliche Nachweis einer erblichen Blindheit gestaltete sich vielfach als schwierig. So meldete ein Augenarzt aus Stendal einen jungen Mann im Januar 1939 als „erbkrank“, da eine „Pigmentdegeneration der Netzhäute“ bestünde.¹⁶⁷² Zudem stehe das linke Auge in Schielstellung. Der Amtsarzt von Stendal schloss sich der augenärztlichen Beurteilung an. Im Zuge des Sterilisationsverfahrens erstellte ein weiterer Augenarzt aus Stendal ein fachärztliches Gutachten und konnte abschließend keine „Erbkrankheit“ feststellen. Seiner Meinung nach wäre ein Auge aufgrund einer syphilitischen Infektion stark entzündet, das andere Auge sei seit der Geburt blind, was auf eine Syphilis der Mutter zurückgeführt werden müsse. Der Nachweis einer erblichen Veranlagung war somit hinfällig.

Der Amtsarzt von Oschersleben hatte einen Sterilisationsantrag für einen Mann eingereicht, der aufgrund eines beidseitigen „Iriskoloboms“ nahezu erblindet sei.¹⁶⁷³ Der Mann sei „von hohem Intellekt, aber [ein] Querulant [von] schlechtem Charakter“.¹⁶⁷⁴ Die Diagnose wurde jedoch bezweifelt und eine erbliche Veranlagung abgesprochen. „Gegen meinen Sterilisationsantrag wurde auf Grund eines pflaumenweichen augenärztlichen Gutachtens Berufung eingelegt. Es hieß in dem Gutachten, dass die Erblichkeit nicht bewiesen werden könne, wenn es nicht gelänge, noch weitere Fälle dieser Krankheit in der Sippe [...] nachzuweisen. Dieser Nachweis ist bisher nicht gelungen trotz mancherlei Bemühungen.“¹⁶⁷⁵ Aufgrund dessen wurde der Mann nicht sterilisiert, und auch die Versuche des Amtsarztes, die bestehende Schwangerschaft seiner Ehefrau zu unterbinden, scheiterten aufgrund der fehlenden gesetzlichen

¹⁶⁷¹ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 212.

¹⁶⁷² LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 175.

¹⁶⁷³ Iriskolobom oder okulares Kolobom bezeichnet eine Spaltbildung von Iris, Linse oder auch Netzhaut. Vgl. Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 111.

¹⁶⁷⁴ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 12, fol. 345.

¹⁶⁷⁵ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 12, fol. 345.

Grundlage. Die ungesicherte Diagnostik von erblicher Blindheit führte im Sterilisationsverfahren nicht selten zu Gegengutachten, die schließlich in der Einstellung von Sterilisationsverfahren münden konnten.¹⁶⁷⁶

Beispielsweise ermittelte der Amtsarzt von Gardelegen im Frühjahr 1936 gegen einen jungen Mann aufgrund einer Augenerkrankung. Die Kreisfürsorgerin berichtete im Mai 1936, dass die Mutter und deren Schwester ebenfalls eine Augenkrankheit hätten, sich jedoch tadellos im Leben bewähren würden.¹⁶⁷⁷ Der betroffene Mann könne ihrer Ansicht nach auch nicht als „minderwertig“ gelten, denn er habe die Unterprima besucht und eine Lehre erfolgreich beendet. Das Kreiswohlfahrtsamt bestätigte den Eindruck und betonte die besondere Arbeitsleistung, die seine „Vollwertigkeit“ beweise. Zudem gehöre er dem Spielmannszug der SA an.

Trotz der positiven Einschätzungen erstellte der Amtsarzt einen Sterilisationsantrag, der durch ein fachärztliches Gutachten überprüft wurde. Ein Augenarzt aus Stendal bestätigte in seinem Gutachten, dass ein „Star“ als Erbkrankheit gelte. Er vertrete jedoch die Meinung, dass insbesondere eine unmittelbare Verbindung zu „angeborenem Schwachsinn“ bestehen müsse, um von einer „Erbkrankheit“ ausgehen zu können. Da er im Gegensatz zur Beurteilung des Amtsarztes keinen „Schwachsinn“ feststellen könne, sondern der junge Mann stattdessen „recht intelligent“ sei und mit einer Starbrille eine „normale Sehschärfe“ erreicht werden könne, lehne er eine Unfruchtbarmachung ab.¹⁶⁷⁸ Dabei bezog er auch das „seelische Leid“ des betroffenen Mannes und der Mutter mit ein, die im Zuge der Antragstellung an Depressionen litten und Selbstmordabsichten geäußert hätten. Drei Monate später wurde schließlich ein augenärztliches Gutachten von Prof. Wilhelm Clausen, Direktor der Universitätsaugenklinik in Halle/Saale, angefertigt.¹⁶⁷⁹ Da der Mann mit einer Starbrille ein normales Sehvermögen erreiche, stelle er „einen voll erwerbsfähigen Menschen dar“.¹⁶⁸⁰ Aus diesem Grund könne er keine Unfruchtbarmachung empfehlen, da der Mann weder an erblicher Blindheit noch an einer schweren körperlichen Missbildung leide.

¹⁶⁷⁶ In diesem Zusammenhang versuchten sich begutachtende Ärzte auch einer abschließenden Beurteilung weitgehend zu entziehen und verwiesen auf kompetentere Kollegen. Vgl. KrA Salzwedel, Bestand Gardelegen, Gesundheitswesen (GW), einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z), Nr. 31–12.

¹⁶⁷⁷ Vgl. LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 222.

¹⁶⁷⁸ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 222.

¹⁶⁷⁹ Wilhelm Clausen (1878–1961) war seit 1925 Ordinarius der Universitätsaugenklinik Halle/Saale. Vgl. Klee: Personenlexikon, S. 94.

¹⁶⁸⁰ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 222.

In Anbetracht der diagnostischen Variabilität von erblicher Blindheit oder schweren körperlichen Missbildungen konnten einerseits bereits leichte Erkrankungsformen, wie etwa eine Gaumen-Kieferspalte oder Kurzsichtigkeit, zu einer Unfruchtbarmachung führen. Andererseits lehnten einzelne Erbgesundheitsgerichte der preußischen Provinz Sachsen eine Unfruchtbarmachung trotz einer vermeintlich erblichen Belastung oder besonderen Schwere der Erkrankung unter Verweis auf die intellektuelle und berufliche Leistungsfähigkeit ab. So unterliefen einzelne Erbgesundheitsgerichte das Erblichkeitsdogma des nationalsozialistischen Sterilisationsgesetzes zugunsten der individuellen Produktivität, Tüchtigkeit und Anpasstheit. Dies bedeutete jedoch keineswegs einen eklatanten Widerspruch zur nationalsozialistischen Sterilisationspraxis, sondern war stattdessen inhärenter Bestandteil der Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“.

Organisation und personelle Ausstattung des Erbgesundheitswesens in der preußischen Provinz Sachsen werden ebenso wie Umfang und Praxis von erbgerichtlichen Verfahren im folgenden Kapitel 6 behandelt.

5.5 Die Begutachtung im Sterilisationsverfahren als Konstruktion von „Erbkrankheiten“ und „Minderwertigkeit“

Die Begutachtung bildete die zentrale Technologie zur Konstruktion von als „erbkrank“ geltenden Frauen und Männern im nationalsozialistischen Sterilisationsverfahren. In einem mechanistischen Sinne wurden ermittelte oder von willfährigen Behörden, Amtsleitern oder einzelnen Berufsgruppen, wie Lehrern, gemeldete „erbkrankverdächtige“ Frauen und Männer von antragsberechtigten Amtsärzten und Psychiatern untersucht und begutachtet. Innerhalb der Sterilisationsgutachten wurden die ermittelten Ergebnisse zum sozialen Umfeld, zur persönlichen Entwicklung sowie zu medizinisch-psychiatrischen Untersuchungen sukzessive verdichtet. Infolge des gutachterlichen Verdichtungsprozesses wurden die als zumindest „erbkrankverdächtig“ geltenden Frauen und Männer mit „erbkrank“ geltenden Objekten im Sinne des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ gedoppelt. Das Sterilisationsgutachten übte dementsprechend eine maßgebliche Performativitätsfunktion in der Konstruktion von „Minderwertigkeit“ im Dritten Reich aus.

Der diskursive Nährboden der diagnostischen Begutachtungspraxis bestand aus einer Verknüpfung rassenbiologischer, medizinisch-psychiatrischer und gesellschaftlich-volksgemeinschaftlich verankerter Wissensbestände mit herrschaftlich-ideologischen, rassenhygienischen und gesetzlich definierten Zielen des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“. Weitere wichtige Ordnungsfaktoren bildeten die vom Gesetzgeber bereitgestellten Beurteilungskriterien und Begutachtungsformulare, die einen funktionellen Leitfaden sowie normierende Bemessungsmerkmale vorgaben und ein umfassendes Ausschlussverfahren ermöglichten. Vor allem der Gesetzeskommentar entwickelte eine außerordentliche Anleitungsfunktion und diente als amtsärztliches und gerichtliches Kompendium. Die vielfältigen, ineinander verwobenen und sich gegenseitig stützenden Wissensbestände, Vorstellungen und Interessen boten den maßgeblich am Sterilisationsgutachten beteiligten Ärzten, Psychiatern und Gesundheitsfürsorgerinnen ein variables Begutachtungsrüstzeug, um die stilisierte Degeneration des deutschen Volkskörpers mit einer zielgerichteten Selektionspolitik zu verhindern. In technologischer Konsequenz entstand ein „neuartiges“ Beurteilungs- und Regulierungsverfahren von „Minderwertigkeit“, wodurch die zur Unfruchtbarmachung verurteilten Frauen und Männer zum Simulacrum von rassenhygienischen, rassistisch-ideologischen, medizinisch-psychiatrischen, habituellen sowie sozialen Auffassungen und Wahrnehmungen von Wert und Unwert in der nationalsozialistischen

Volksgemeinschaft wurden. Die nationalsozialistische Zwangssterilisation verfolgte nicht a priori eine „Lösung der sozialen Frage“, vielmehr entwickelte sich das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ zu einem dynamischen wie multifunktionalen Ausschlussinstrument von sozialer, ökonomischer oder geschlechtsspezifischer „Minderwertigkeit“. Dabei spiegeln die überlieferten Fallakten von Sterilisationsverfahren minutiös die Herstellung und Selektion von Frauen und Männern als eine soziobiologische Infamie, als eine biopolitisch gedachte, zersetzende und schwächende Bedrohung der nationalsozialistischen Volksgemeinschaft wider.

Unter Einbezug der quantitativen Entwicklung von Sterilisationsanzeigen kann die Begutachtungspraxis von „erbkrankverdächtigen“ Frauen und Männern als eine Eruption und Entladung aufgestauter und ungelöster sozialer, ökonomischer, politischer und wissenschaftlicher Probleme charakterisiert werden. Die politisch, rassenhygienisch und gesellschaftlich bestehenden Interessen an einer auch mit Zwangsmitteln ausgestatteten Bevölkerungspolitik dokumentieren einen „Willen zur Sterilisation“, der bereits vor 1933 angelegt war, jedoch infolge der nationalsozialistischen Machtergreifung und der hiermit verbundenen volksgemeinschaftlichen Euphorie, der parteipolitischen Durchdringung und Einflussnahme auf Verwaltung und Justiz, der mit dem Gesetz einhergehenden staatlichen Aufforderung zur Durchführung sowie der Bereitstellung eines flexiblen medizinisch-rechtlichen Sterilisationsverfahrens eine einzigartige Dynamik gewann.

Die Entfaltung der biopolitischen Macht war weder ein einseitiges herrschaftliches Verfahren, noch lag dieses in den Händen weniger männlicher Ärzte und Richter. Vielmehr durchzog das Sterilisationsinteresse von „erbkranken“ Frauen und Männern als biopolitisches Diskurs- und Herrschaftsgefüge die gesamte Gesellschaft und es prägten sich dynamisierende Wechselbeziehungen aus. Die auf den ersten Blick aufscheinende Willkür, Eigenmächtigkeit und Erbarmungslosigkeit insbesondere in der Anfangsphase entsprach jedoch keinem herrschaftlichen Despotismus, stattdessen bildeten sie einen inhärenten Wesenszug der nationalsozialistischen Zwangssterilisation als selektive Technologie „sui generis“.¹⁶⁸¹

Ebenso wie in anderen Regionen des Dritten Reiches dominierte auch in den Sterilisationsgutachten der preußischen Provinz Sachsen der „angeborene Schwachsinn“ mit über 60 Prozent als Selektionsdiagnose. Schizophrenie und Epilepsie umfassten zusammen etwa ein Viertel der Sterilisationsanträge, die übrigen gesetzlich

¹⁶⁸¹ Vgl. Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 308.

definierten „Erbkrankheiten“ spielten dagegen nur eine randständige Rolle. Die außerordentliche quantitative Bedeutung von „angeborenem Schwachsinn“ sowie die Beurteilungspraxis insgesamt bestätigen die maßgebliche soziobiologische Ausrichtung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation als vornehmlich soziales, ökonomisches und geschlechtsspezifisches Selektionsverfahren. Zwar waren Frauen und Männer nahezu paritätisch von der nationalsozialistischen Sterilisationspolitik betroffen, jedoch lassen sich erhebliche geschlechtsspezifische Unterschiede erkennen. So waren Frauen stärker von der Diagnose „angeborener Schwachsinn“ betroffen, ebenso war das weibliche Sexualverhalten ein maßgebliches Beurteilungskriterium einer erblich bedingten „Minderwertigkeit“.

Die Konstruktion von „Erbkrankheiten“ im engeren Sinne orientierte sich maßgeblich an der Familie als sowohl sozialem Hintergrund als auch als Blut- und Schicksalsgemeinschaft, weiterhin an der qua Geschlecht bemessenen intellektuellen und beruflichen Leistungsfähigkeit für die nationalsozialistische Volksgemeinschaft als ökonomischem sowie an geschlechtsspezifisch erwarteten Verhaltensweisen und der entsprechenden Gestaltung der Lebenswelt als sozialem Bemessungskriterium. Einen vorwiegend weiblichen Konstruktionsparameter bildete die Überprüfung und Beurteilung des Sexualverhaltens. Eine weitere Kategorie bestand in der Einschätzung von lebensweltlichen Defiziten als Spiegel erbbiologischer „Minderwertigkeit“ in Form einer ergänzenden Überprüfung von sozialen Anpassungs- und Erfüllungsfähigkeiten. Hinzu traten eine Charakterisierung und Beschreibung des äußeren Erscheinungsbildes und von Verhaltensweisen während der medizinisch-psychiatrischen Begutachtung, mit dem Ziel, die begutachteten Frauen und Männer zumindest teilweise zu entmenschlichen und als notwendige Objekte der „Unfruchtbarmachung“ zu definieren.

Hinter der Familiensituation, der Leistungsfähigkeit, dem Sexualverhalten und der Lebenswelt als Beurteilungskategorien verbargen sich neben den engeren medizinisch-psychiatrischen und soziobiologischen Motiven auch weitere Sinn-, Wahrnehmungs- und Deutungshorizonte. So fungierte die Familie maßgeblich als Blutgemeinschaft und ermöglichte den statistischen und gutachterlichen Nachweis von „Minderwertigkeit“. Eine derartige Wahrnehmung von und Zuweisung an die Familie verdeutlicht ein mechanistisches Weltbild, in dem es kein unverschuldetes Schicksal geben sollte. Vielmehr sei menschliches Leben von Geburt an durch die elterlichen Erbanlagen determiniert. Die jeweiligen genetischen Ausprägungen zeichnen männliche und weibliche Lebenswege vor, sodass Menschen keineswegs als biologisch oder rechtlich gleich angesehen werden und ihnen ebenso keine vergleichbaren Lebenschancen und

Erfolge eingeräumt werden könnten. Der mechanistische Rekurs auf die Familie fußt auf dem zeitgenössischen Vererbungsdogma, das die Welt, gesellschaftliche Prozesse und Entwicklungen erklären und kontrollieren soll. Insofern können am Beispiel der Familie als Blut- und Schicksalsgemeinschaft auch Herrschaftsmechanismen erkannt werden, die eine Stärkung und Überwachung des nationalsozialistischen Gemeinwesens verfolgten. Im Kern zielte die biopolitische Herrschaft im Dritten Reich auf die Kontrolle und Steuerung der in der Familie als weiblich-männliche Paarbeziehung zusammenlaufenden sozialen, ökonomischen, politischen und biologischen Prozesse.

Einen essentiellen Bestandteil bildete in diesem Zusammenhang die Überprüfung des weiblichen Sexualverhaltens und die damit einhergehende Stigmatisierung von abweichendem Rollenverhalten durch die begutachtenden Frauen und Männer. Das weibliche Geschlechtsleben als Beurteilungskategorie verfolgte nicht nur das Ziel der Überprüfung und Einschätzung von Fortpflanzungspotenzial und Fortpflanzungsgefahr, sondern zielte darüber hinaus auf eine Kontrolle des weiblichen Sexualverhaltens. Die besondere Bedeutung beruhte auf der Vorstellung, dass Frauen als Mütter eine besondere Prägekraft auf Kinder besäßen. Aus diesem Grund wurde insbesondere die sexuelle Devianz von Frauen bis hin zur unehelichen Geburt als Kennzeichen von „Minderwertigkeit“ betont.

Weiterhin zielte die Überprüfung des Sexualverhaltens von Frauen auf die Wiederherstellung von traditionellen männlichen und weiblichen Rollenvorstellungen und damit verbunden einer Sexualmoral, in deren Zentrum die Keuschheit von Frauen als konstituierendes Merkmal stand. Dementsprechend spiegelt die vehemente Kennzeichnung von abweichender weiblicher Sexualität auch ein patriarchales Herrschaftsgefüge wider, das in Erfahrung der Weimarer Republik beabsichtigte, rollenspezifische Auflösungserscheinungen und Wandlungsprozesse rückgängig zu machen. Hierbei handelte es sich jedoch nicht nur um eine Restaurierung von überkommenen geschlechtsspezifischen Herrschaftsverhältnissen, sondern ebenso um die Etablierung eines rassistisch-patriarchalen Machttypus, der Frauen auch die Macht über die Geburt weitgehend entziehen sollte. Dieser Prozess war in den 1930er-Jahren durch den medizinisch-psychiatrischen Diskurs, etwa in Form von Frauenheilkunde und Schwangerenberatung bereits vorangeschritten und wurde nun durch die Überprüfungen der Veranlagung und des weiblichen Sexualverhaltens weiter ausgebaut und intensiviert.¹⁶⁸²

¹⁶⁸² Eine exzesshafte Fortführung der Entmachtung von Frauen als Müttern etablierte sich schließlich im „Lebensborn“. Vgl. Schmitz-Köster, Dorothee/Vankann, Tristan: Lebenslang Lebensborn. Die Wunschkinder der SS und was aus ihnen wurde, München 2012.

Bezüglich der Diskussionen um die „Ambivalenz der Moderne“ erscheinen am Beispiel der nationalsozialistischen Zwangssterilisation schließlich auch wechselseitige Umwandlungs- und Erneuerungsprozesse sowie dichotome wie ambivalente Charakteristika. So deutet die Überprüfung von intellektuellen und beruflichen Leistungskriterien von Frauen und Männern darauf hin, dass in der Wahrnehmung vor allem von männlichen Ärzten und anderen beteiligten Berufsgruppen eine geringe Schulbildung oder die Fähigkeit zu begrenzten mechanischen und einfachen Tätigkeiten nicht den Erfordernissen einer modernen Gesellschaft entsprächen. Auf der Grundlage des vorherrschenden tautologischen Erblichkeitsdogmas führte eine derartige Feststellung zur Disqualifikation und zum Fortpflanzungsausschluss. Demgegenüber erinnern Beurteilungskategorien insbesondere des weiblichen Geschlechtslebens und der männlichen wie weiblichen Lebenswelt an tradierte und mitunter vormoderne Vorstellungsmuster vom Zusammenleben von Frauen und Männern sowie geschlechtsspezifischen Rollenanforderungen. Der in den Augen der Nationalsozialisten mit dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ angetretene Modernisierungs- und Erneuerungsprozess bedeutete keinen linearen Entwicklungsweg, sondern erfasste in unterschiedlichem Tempo gesellschaftliche und geschlechtsspezifische Bereiche und konnte zum gleichen Zeitpunkt sowohl vorwärts- als auch rückwärtsgerichtet sein. Unter diesen Bedingungen bildete die nationalsozialistische Zwangssterilisation auch einen Kristallisationspunkt eines Modernisierungsstrebens, welcher sich bis heute in als notwendig wahrgenommenen eugenischen Vorstellungen und Maßnahmen widerspiegelt.

Im folgenden Kapitel wird die nationalsozialistische Erbgesundheitsgerichtsbarkeit untersucht. Entgegen der propagandistisch vertretenen Chimäre der Rechtssicherheit und unabhängigen gerichtlichen Überprüfung bestätigten die 1934 eingerichteten Erbgesundheitsgerichte in überwiegender Mehrzahl die von Amtsärzten und Psychiatern eingereichten Sterilisationsanträge. Durch die Bestätigungspraxis der Erbgesundheitsgerichte wurde die Performativität von männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“ im Sinne des nationalsozialistischen Sterilisationsgesetzes juristisch abgeschlossen. Die betroffenen Frauen und Männer als Mitglieder der nationalsozialistischen Volksgemeinschaft mussten sich einem chirurgischen Eingriff unterziehen und galten fortwährend als „Erbkranke“, die über eingeschränkte Rechte verfügten und sowohl körperlich als auch gesellschaftlich als „wertlos“, „nutzlos“, „unwert“ und „minderwertig“ stigmatisiert waren.

6 Die Errichtung von Erbgesundheitsgerichten und die justizielle Durchführung von Sterilisationsverfahren zur Feststellung von männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“

6.1 Vorbemerkungen

Die Errichtung von Erbgesundheitsgerichten sowie die gerichtliche Durchführung von Sterilisationsverfahren stellte ein wesentliches technologisches wie herrschaftliches Bindeglied für die nationalsozialistische Zwangssterilisation dar. In Form eines formal geordneten Gerichtsverfahrens des Zivilrechts, welches einen nachvollziehbaren und zumindest teilweise transparenten Ablauf besaß sowie Widersprüche oder auch die Hinzuziehung von Anwälten gestattete, trugen Aufbau und Praktizierung des justiziellen Erbgesundheitsverfahrens über 1945 hinaus zur Suggestion von gerichtlicher Konformität und gesellschaftlich-volksgemeinschaftlicher Rechtssicherheit von Unfruchtbarmachung nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ bei.

Die wesentliche Aufgabe der nationalsozialistischen Erbgesundheitsgerichtsbarkeit bestand in der Feststellung eines rechtsgültigen Beschlusses, welcher spätestens nach einem erfolglosen Widerspruch die operative Unfruchtbarmachung anwies. Der rechtskräftige Beschluss zur Unfruchtbarmachung bildete die unwiderrufliche Feststellung einer „Erbkrankheit“ und damit die juristische Grundlage der chirurgischen Sterilisation. Genau hierin lag die für die Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ außerordentliche wie charakteristische Bedeutung der nationalsozialistischen Erbjustiz.

Die herrschaftliche Funktion der Erbgesundheitsgerichtsbarkeit in Form der Wahrung von rechtlichen Codizes sowie der Suggestion von Rechtssicherheit zur Beruhigung der öffentlichen Wahrnehmung bedeutete jedoch gleichzeitig eine geringe Beteiligung an der Konstruktion von männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“. Die medizinisch-psychiatrische wie soziobiologische Herstellung von „Erbkrankheiten“ oblag den antragsstellenden Ärzten. Die Erbgesundheitsgerichte verfügten weder über die Organisation und personelle Zusammensetzung noch über die gerichtliche Aufgabe und diagnostischen Mittel, um entscheidend an der Konstruktion von „Minderwertigkeit“ mitzuwirken. Die Funktion der nationalsozialistischen Erbjustiz bestand stattdessen in der gerichtlichen Bestätigung des ärztlichen Sterilisationsantrages,

welche durch persönliche Einvernahmen oder die Veranlassung von Gutachten punktuell garniert wurde, um den Schein gerichtlicher Autonomie im Sterilisationsverfahren zu wahren.

Entsprechend der biopolitischen Funktionsbestimmung von Erbgesundheitsgerichten im Sterilisationsverfahren werden im folgenden Kapitel zunächst der Aufbau und die Strukturen des Erbgesundheitswesens in der preußischen Provinz Sachsen betrachtet. Ausgehend vom Erlass des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ wird die Organisation der provinziellen Erbgesundheitsgerichtsbarkeit anhand zeitlicher Entwicklungen und regionaler Faktoren, wie etwa der Größe der jeweiligen Gerichtsbezirke, analysiert. Anschließend werden die leitenden Erbgesundheitsrichter sowie medizinischen Beisitzer untersucht. Neben gruppenbiographischen Aspekten werden auf der einen Seite die Auswahlverfahren als Beitrag zur Besetzungspolitik von Erbgesundheitsgerichten betrachtet. Auf der anderen Seite werden auch personelle Defizite behandelt, die insgesamt die Praktizierung der nationalsozialistischen Erbjustiz nachhaltig konturierten. In einem zweiten Schritt wird das gerichtliche Verfahren charakterisiert und die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Richtern, gerichtliche Verfahrensweisen sowie schließlich Aspekte der erbgerichtlichen Rechtsprechung analysiert. Hierdurch ist eine adäquate Annäherung an die Charakteristik und Formen der nationalsozialistischen Erbjustiz als neuartiges wie problembehaftetes Gerichtsverfahren möglich. Abschließend wird paradigmatisch an ausgewählten Erbgesundheitsgerichten sowie am Erbgesundheitsobergericht Naumburg die erbjustizielle Verurteilungspraxis beschrieben. Aufgrund der besonderen Funktion der nationalsozialistischen Erbgerichtsbarkeit und ihrer technologisch-herrschaftlichen Abgrenzung zum Sterilisationsantrag als Ort der Herstellung von „Minderwertigkeit“ werden hauptsächlich statistische Ergebnisse herangezogen und ausgewertet.

6.2 Erbgesundheitsgerichte als biojuridische Institutionen

6.2.1 Aufbau und Strukturen bis 1945

Wesentliche Voraussetzung für die Durchsetzung des nationalsozialistischen Sterilisationsgesetzes war die flächendeckende Errichtung von Erbgesundheitsgerichten. Im Vergleich zur Indienstnahme von beamteten Amtsärzten zur Antragsstellung und der Zulassung von medizinischen Einrichtungen zur chirurgischen Vornahme der Unfruchtbarmachung bildete die Gründung von Erbgesundheitsgerichten die zugleich sichtbarste wie bedeutendste Form der technologischen Etablierung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation als Selektionsverfahren.

Im Vergleich zur rasanten Ausarbeitung und Verabschiedung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ erfolgte die erste Durchführungsverordnung erst am 5. Dezember 1933. Bis zu diesem Zeitpunkt konnten nur vorläufige administrative Anweisungen zur strukturellen Begründung und personellen Besetzung einer regionalen Erbjustiz erfolgen. Denn laut den gesetzlichen Ausführungen war zu diesem Zeitpunkt lediglich die Anbindung an ein Amtsgericht, die Besetzung mit einem Richter und einem beamteten und nicht-beamteten Mediziner sowie die gerichtliche Zuständigkeit für diejenigen Personen, „in de[r]en Bezirk der Unfruchtbarzumachende seinen allgemeinen Gerichtsstand hat“¹⁶⁸³ bindend.

Lokale Prozesse oder Verhandlungen können kaum nachvollzogen werden, und ebenso finden sich im Justizwesen der preußischen Provinz Sachsen nur geringfügige Initiativen zur Errichtung von Erbgesundheitsgerichten. Erst am 13. November 1933 informierte der preußische Justizminister Hanns Kerrl¹⁶⁸⁴ den Oberlandesgerichtspräsidenten in Naumburg, Paul Sattelmacher,¹⁶⁸⁵ „daß Erbgesundheitsgerichte

¹⁶⁸³ Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 57.

¹⁶⁸⁴ Hanns Kerrl (1887–1941), Justizbeamter, trat bereits 1923 der NSDAP bei, 1928–1933 Abgeordneter der NSDAP im preußischen Landtag, von April 1933 bis Juni 1934 preußischer Justizminister, anschließend Reichsminister ohne Geschäftsbereich, seit Juli 1935 Reichsminister für kirchliche Angelegenheiten. Vgl. Deniffel, Monika: Kerrl, Hanns. In: Weiß: Biographisches Lexikon zum Dritten Reich, S. 261–262; Klee: Personenlexikon, S. 305.

¹⁶⁸⁵ Prof. Dr. Paul Sattelmacher (1879–1947) wurde am 1. Juni 1933 Präsident des Oberlandesgerichts Naumburg, ab 1937 Mitglied der NSDAP. Im April 1941 nahm Paul Sattelmacher an einer Konferenz des Reichsjustizministeriums teil und wurde über den Krankenmord, Aktion T 4, informiert. Im Januar 1945 wurde von der NSDAP seine Ablösung gefordert, aber nicht vollzogen, im August 1945 Verhaftung durch die sowjetischen Besatzungsbehörden. Sattelmacher verstarb am 19. Juli 1947 im Speziallager Buchenwald. Vgl. Justiz im Nationalsozialismus, S. 161; Möhring, Andreas: Richter im Nationalsozialismus. Personalentwicklung und Personalpolitik am OLG Naumburg 1933–1945, Halle/Saale 2012, S. 92–115. Die biographischen Ausführungen von Heiner Lück erwecken den Eindruck einer positiven Überzeichnung – vgl. Lück, Heiner: Von Barop nach Bu-

im Sinne der §§ 5, 6 des Gesetzes vom 14. Juli 1933 [...] in Preußen bei jedem Amtsgericht am Sitze eines Landgerichts für dessen Bezirk eingerichtet werden“¹⁶⁸⁶ sollten. Um sicherzustellen, dass die Erbgesundheitsgerichte fristgemäß am 1. Januar 1934 ihre Arbeit aufnehmen könnten, sollten bis Ende November 1933 Vorschläge der einzusetzenden richterlichen Vorsitzenden eingesandt werden. Zu diesem Zeitpunkt vertrat zumindest der preußische Justizminister noch die Ansicht, dass ein richterlicher Beamter als Vorsitzender eines Erbgesundheitsgerichts sowie ein Stellvertreter den Anforderungen genügen würden.¹⁶⁸⁷ Über die jeweiligen Landgerichtspräsidenten wurden die Amtsgerichtsdirektoren schließlich aufgefordert, entsprechende personelle Vorschläge von geeigneten Richtern zu unterbreiten.

Am 18. Dezember 1933 teilte der preußische Justizminister mit, dass die Erbgesundheitsgerichte an den Amtsgerichten mit Sitz an einem Landgericht eingerichtet werden sollen.¹⁶⁸⁸ Gleichmaßen sei jedem Oberlandesgericht ein Erbgesundheitsobergericht anzugliedern. Entsprechend diesen Regelungen seien die erforderlichen Maßnahmen zu treffen. Gegen die bisher eingereichten Besetzungsvorschläge von Richtern in der preußischen Provinz Sachsen bestünden keine Einwände. Die Regelungen zur Bestellung der ärztlichen Beisitzer würden zeitnah erfolgen.

Am ersten Weihnachtsfeiertag 1933 erinnerte der Reichsjustizminister Franz Gürtner¹⁶⁸⁹ die Landesjustizbehörden an den Hinweis des Reichsministers des Innern, Wilhelm Frick,¹⁶⁹⁰ dass bei der Besetzung der Erbgesundheitsgerichte und der Erbgesundheitsobergerichte darauf Rücksicht genommen werden solle, „daß als ärztliche

chenwald. Der Naumburger OLG-Präsident Dr. Paul Sattelmacher (1879–1947). In: Höland, Armin/Lück, Heiner (Hrsg.): Juristenkarrieren in der preußischen Provinz Sachsen (1919–1945). Lebenswege und Wirkungen, Halle/Saale 2004, S. 91–115.

¹⁶⁸⁶ LASA, C 128 Landgericht Magdeburg, Nr. 342: Erbgesundheitsgerichte, Generalakten, Bd. 1 (1933–1936), fol. 1.

¹⁶⁸⁷ Vgl. LASA, C 128 Landgericht Magdeburg, Nr. 342: Erbgesundheitsgerichte, Generalakten, Bd. 1 (1933–1936), fol. 1.

¹⁶⁸⁸ Vgl. LASA, C 128 Landgericht Magdeburg, Nr. 342: Erbgesundheitsgerichte, Generalakten, Bd. 1 (1933–1936), fol. 4.

¹⁶⁸⁹ Franz Gürtner (1881–1941) wurde 1922 bayerischer Justizminister, 1932 Reichsjustizminister, seit 1934 preußischer Justizminister, 1937 Beitritt in die NSDAP. Gürtner war maßgeblich für die geringe Haftstrafe Hitlers im Zuge des Putschversuches im November 1923 verantwortlich. Vgl. Gruchmann, Lothar: Gürtner, Franz. In: Weiß: Biographisches Lexikon zum Dritten Reich, S. 170–171; weiterführend ders.: Justiz im Dritten Reich 1933–1940.

¹⁶⁹⁰ Wilhelm Frick (1877–1946), Jurist und 1919–1921 Leiter der bayerischen politischen Polizei, trat 1925 der NSDAP bei, zuvor Bewährungsstrafe infolge Teilnahme am „Hitler-Putsch“ im November 1923. Von 1930–1931 thüringischer Innen- und Volksbildungsminister, von 1933 bis 1943 Reichsminister des Innern, anschließend Reichsminister ohne Geschäftsbereich. Vgl. Lankheit, Klaus A.: Frick, Wilhelm. In: Weiß: Biographisches Lexikon zum Dritten Reich, S. 133–134; Nelib, Günter: Wilhelm Frick. Der Legalist des Unrechtsstaates, Paderborn 1992.

Mitglieder solche Personen ausgewählt werden, die innerlich auf dem Boden des Gesetzes stehen. Ich gehe davon aus, daß diese Gesichtspunkte auch bei der Bestellung der Vorsitzenden und ihren Stellvertretern berücksichtigt werden und darf bitten, die mit der Auswahl der Richter betrauten Stellen in entsprechendem Sinne verständigen zu wollen.“¹⁶⁹¹ Dergestalt zeichnete sich bereits frühzeitig eine zielgerichtete Einflussnahme auf die personelle Besetzung von Erbgesundheitsgerichten mit politisch und rassenhygienisch opportunen Funktionsträgern ab, um eine effektive Durchführung des Sterilisationsgesetzes zu gewährleisten. Zu diesem Zeitpunkt waren jedoch die Auswahl und die Bestellung von medizinischen Beisitzern weiterhin ungeklärt.

Der preußische Justizminister teilte schließlich am 20. Januar 1934 mit, dass den jeweils zuständigen Landesgerichtspräsidenten die Befugnis der Bestellung von medizinischen Beisitzern obliege. „Die Bestellung der ärztlichen Mitglieder soll auf Vorschlag des Regierungspräsidenten“¹⁶⁹² erfolgen. Die einzelnen Erbgesundheitsgerichte sollten insgesamt aus drei beamteten und nicht-beamteten Ärzten bestehen und für ein Jahr zugelassen werden. Die notwendigen Vorschläge seitens der Regierungspräsidenten sowie die Ernennung müssten zeitnah erfolgen, „damit die Erbgesundheitsgerichte beschlussfähig werden“.¹⁶⁹³ Über den Organisationsstand sollten die Landes- und Oberlandesgerichtspräsidenten bis Mitte Februar 1934 berichten. Demgegenüber behielten sich der Minister des Innern und der „Minister für Wissenschaft, Kunst und Volksbildung“ die Ernennung von „ärztlichen Mitglieder[n] der Erbgesundheitsobergerichte“ vor.¹⁶⁹⁴

Mitte Januar 1934 war die administrative wie personelle Etablierung einer Erbjustiz zumindest in den preußisch verwalteten Ländern in einen erheblichen zeitlichen Verzug geraten, sodass die Erbgesundheitsgerichte keineswegs im Januar 1934 ihre Tätigkeit aufnehmen konnten. Die schleppende Einrichtung von Erbgesundheitsgerichten kollidierte mit den begrenzten Belegkapazitäten der hiesigen psychiatrischen Einrichtungen, da laut der ersten Durchführungsverordnung vom 5. Dezember

¹⁶⁹¹ LASA, C 128 Landgericht Magdeburg, Nr. 342: Erbgesundheitsgerichte, Generalakten, Bd. 1 (1933–1936), fol. 9.

¹⁶⁹² LASA, C 128 Landgericht Magdeburg, Nr. 342: Erbgesundheitsgerichte, Generalakten, Bd. 1 (1933–1936), fol. 10.

¹⁶⁹³ LASA, C 128 Landgericht Magdeburg, Nr. 342: Erbgesundheitsgerichte, Generalakten, Bd. 1 (1933–1936), fol. 10.

¹⁶⁹⁴ LASA, C 128 Landgericht Magdeburg, Nr. 342: Erbgesundheitsgerichte, Generalakten, Bd. 1 (1933–1936), fol. 10. Der Verweis auf den „Minister für Wissenschaft, Kunst und Volksbildung“ (auch Reichserziehungsministerium) überrascht zu diesem Zeitpunkt, da das entsprechende Ministerium unter Bernhard Rust erst am 1. Mai 1934 gebildet wurde. Bis dahin bestand unter Leitung von Rust lediglich ein preußisches Kultusministerium.

1933 keine als fortpflanzungsfähig geltenden „erbkranken“ Frauen und Männer entlassen werden durften.¹⁶⁹⁵ Einen Monat später waren die psychiatrischen Einrichtungen vollständig ausgelastet und am 24. Februar 1934 teilte der preußische Justizminister den Landgerichtspräsidenten der preußischen Provinz Sachsen mit, dass die psychiatrischen Anstalten „bis zur Höchstgrenze ihrer Aufnahmefähigkeit belegt“¹⁶⁹⁶ seien, was zu erheblichen Mehrkosten führen würde. Deshalb sollten die Sterilisationsanträge zu männlichen und weiblichen Anstaltsinsassen „bevorzugt“ behandelt werden, ebenso zu Personen, bei denen die Fortpflanzungsgefahr besonders hoch einzuschätzen sei.¹⁶⁹⁷ Dies führe zwar zu einer besonderen Mehrarbeit der leitenden Richter, und gegebenenfalls müsse die Errichtung einer weiteren Kammer geprüft werden. Die Verzögerungen im Zuge der Einrichtung von Erbgesundheitsgerichten hemmten also nicht nur die Durchführung des Sterilisationsgesetzes, sondern führten auch in der psychiatrischen Versorgung zu erheblichen Problemen und Mehrkosten, die wiederum durch die Bezirksfürsorgeverbände beglichen werden mussten.

Schließlich konstatierte der Landeshauptmann Kurt Otto gegenüber dem Oberpräsidenten der preußischen Provinz Sachsen, Curt von Ulrich, am 26. März 1934, „daß ich die erbkranken Personen, die an sich entlassungsfähig sind, seit dem Inkrafttreten des Sterilisierungsgesetzes in den Landesheilanstalten zurückbehalten und die Anträge an die Erbgesundheitsgerichte auf Unfruchtbarmachung durch die Anstaltsdirektoren gestellt habe. Da die Bildung der Erbgesundheitsgerichte in Preußen im Gegensatz zu den süddeutschen Ländern sehr langsam von statten geht, sind die Landesheilanstalten z. Zt. [zur Zeit] überfüllt, weil eine erhebliche Anzahl von Kranken darin zurückbehalten werden musste, die längst entlassen werden konnte, wenn die Erbgesundheitsgerichte am 1. Januar 1934 die Arbeit aufgenommen hätten. Es wäre sehr erwünscht, wenn die von den Anstalten gestellten Anträge unverzüglich erledigt würden, damit unnötige Anstaltspflegekosten den Bezirksfürsorgeverbänden und dem Provinzialverband erspart werden.“¹⁶⁹⁸

¹⁶⁹⁵ Die erste „Verordnung zur Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 5. Dezember 1933 hatte angewiesen, dass „ein fortpflanzungsfähiger Erbkranker, der in einer geschlossenen Anstalt verwahrt wird, [...] nicht entlassen oder beurlaubt werden [darf], bevor der Antrag gestellt und über ihn entschieden ist.“ Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 63. Vgl. auch Kap. 4.2.1.

¹⁶⁹⁶ LASA, C 128 Landgericht Magdeburg, Nr. 342: Erbgesundheitsgerichte, Generalakten, Bd. 1 (1933–1936), fol. 31.

¹⁶⁹⁷ Vgl. LASA, C 128 Landgericht Magdeburg, Nr. 342: Erbgesundheitsgerichte, Generalakten, Bd. 1 (1933–1936), fol. 31.

¹⁶⁹⁸ LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 44; ebenso LASA, C 128 Landgericht Magdeburg, Nr. 342: Erbgesundheitsgerichte, Generalakten, Bd. 1 (1933–1936), fol. 35.

Die Einschätzung des Landeshauptmanns betont die in den preußischen Ländern sehr langsame Bildung von Erbgesundheitsgerichten im Vergleich zu den nicht näher benannten süddeutschen Ländern. Die konkreten Gründe der auch von der historischen Forschung ermittelten späten Errichtung von Erbgesundheitsgerichten, vor allem hervorgerufen durch die Diskussion der personellen Besetzung, können anhand der Überlieferung nur bedingt nachgezeichnet werden.¹⁶⁹⁹

Insgesamt scheinen die Verzögerungen auf der späten Veröffentlichung der ersten Durchführungsverordnung im Dezember 1933 zu beruhen, die im Mahlwerk preußischer Verwaltung zu weiteren Verzögerungen führte. Darüber hinaus konnte im Justizwesen der preußischen Provinz Sachsen kein vorauseilender Gehorsam nachgewiesen werden. Dagegen sieht eine Stellungnahme des Erbgesundheitsgerichts Naumburg die Gründe der Verzögerungen in der gewissenhaften Anwendung der gesetzlichen Vorgaben und der Vermeidung von Missbrauch begründet: „Die Aufnahme der Sitzungen hat sich nicht etwa um deswillen verzögert, weil nicht alles für die Aufnahme der Geschäfte vorbereitet gewesen wäre, sondern weil in jeder Sache, bevor das Erbgesundheitsgericht zur mündlichen Beratung zusammentrifft, eine erhebliche Vorarbeit geleistet werden muss, um alle für die Entscheidung in Frage kommenden Umstände soweit nur irgend möglich aufzuklären.“¹⁷⁰⁰ Frühestens Ende März 1934 fanden die ersten Sterilisationsverfahren vor Erbgesundheitsgerichten der preußischen Provinz Sachsen statt.

In der preußischen Provinz Sachsen wurden insgesamt neun Erbgesundheitsgerichte gegründet. Unter Berücksichtigung der provinziellen Verwaltungsgliederung wurden jeweils drei Erbgesundheitsgerichte in einem Regierungsbezirk eingerichtet. Hierbei handelte es sich für den Regierungsbezirk Magdeburg um die Erbgesundheitsgerichte Halberstadt, Magdeburg und Stendal; für den Regierungsbezirk Merseburg um die Erbgesundheitsgerichte Halle/Saale, Naumburg und Torgau und schließlich für den Regierungsbezirk Erfurt um die Erbgesundheitsgerichte Erfurt, Nordhausen und Suhl. Der Großteil der Erbgesundheitsgerichte wurde an Amtsgerichten eingerichtet, die ihren Sitz an einem Landgericht hatten. Der Zuständigkeitsbereich umfasste den Gerichtsbezirk des Landgerichts. Ein Erbgesundheitsobergericht wurde am Oberlandesgericht in Naumburg eingerichtet und fungierte als höchste Widerspruchsinstanz.

¹⁶⁹⁹ Vgl. Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 245–252.

¹⁷⁰⁰ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Naumburg, Nr. 3: Richtlinien und Verfügungen betr. Erbgesundheitsgerichte, Generalakten (1934–1945), fol. 38.

Im Hinblick sowohl auf die Fläche sowie Bevölkerungsanzahl der einzelnen Landesgerichtsbezirke als auch auf die zerrissene räumliche Gestalt der preußischen Provinz Sachsen vor allem im Regierungsbezirk Erfurt ergaben sich erhebliche strukturelle Unterschiede zwischen den einzelnen Erbgesundheitsgerichten. Diese Unterschiede werden auch durch die juristische Zuständigkeit des Oberlandesgerichtsbezirks Naumburg, welche nicht nur die preußische Provinz Sachsen umfasste, dokumentiert.

Das Oberlandesgericht Naumburg war neben der preußischen Provinz Sachsen auch für den Freistaat Anhalt sowie Gebietsteile Thüringens, die im Landgerichtsbezirk Erfurt lagen, zuständig. Die durchaus besondere Form der gerichtlichen Zuständigkeit war der räumlichen Zersplitterung im mitteldeutschen Raum geschuldet, an deren territorialen Grenzen jedoch nicht die justizielle Verantwortlichkeit endete.

Der Oberlandesgerichtsbezirk umfasste 1935 insgesamt 3 396 354 preußische, 364 798 anhaltische und 81 540 thüringische „Gerichtseingesessene.“¹⁷⁰¹ Die im Regierungsbezirk Magdeburg eingerichteten Erbgesundheitsgerichte umfassten in Halberstadt rund 315 000, in Magdeburg 709 000 und in Stendal knapp 275 000 Frauen und Männer.¹⁷⁰² Im Regierungsbezirk Merseburg waren die Erbgesundheitsgerichte in Halle/Saale für rund 721 000, in Naumburg für circa 384 000 und in Torgau für knapp 302 000 Frauen und Männer zuständig.¹⁷⁰³ Das Erbgesundheitsgericht Erfurt im gleichnamigen Regierungsbezirk war für 402 358 und das Erbgesundheitsgericht Nordhausen für knapp preußische 387 000 Gerichtseingesessene zuständig.¹⁷⁰⁴

¹⁷⁰¹ Vgl. Preußisches Staatshandbuch, hg. vom Preußischen Staatsministerium, Jg. 137 (1935), S. 519–531; siehe auch Statistik des Deutschen Reichs, S. 97–108

¹⁷⁰² Das Erbgesundheitsgericht Halberstadt umfasste die Stadt- und Landkreise Halberstadt, den Stadtkreis Aschersleben, den Stadt- und Landkreis Quedlinburg, die Kreise Oschersleben und die Grafschaft Wernigerode sowie Teile der Kreise Ilfeld und Wanzleben. Das Erbgesundheitsgericht Magdeburg umfasste den Stadtkreis Magdeburg, die Kreise Calbe/Saale, Jerichow I und Wolmirstedt sowie Teile der Kreise Gardelegen, Jerichow II, Neuhaldensleben und Wanzleben. Das Erbgesundheitsgericht Stendal war für den Stadt- und Landkreis Stendal, die Kreise Osterburg und Salzwedel sowie Teile der Kreise Gardelegen, Jerichow II und Neuhaldensleben zuständig. Vgl. Preußisches Staatshandbuch, hg. vom Preußischen Staatsministerium, Jg. 137 (1935), S. 519–531.

¹⁷⁰³ Das Erbgesundheitsgericht Halle/Saale umfasste die Stadtkreise Eisleben und Halle, den Mansfelder Seekreis, den Saalkreis, Teile der Kreise Bitterfeld, Delitzsch, Merseburg, Mansfelder Gebirgskreis sowie des Kreises Wittenberg. Das Erbgesundheitsgericht Naumburg schloss die Stadtkreise Naumburg, Weißenfels und Zeitz, die Landkreise Weißenfels und Zeitz und den Kreis Querfurt sowie Teile des Kreises Eckartsberga und Merseburg ein. Das Erbgesundheitsgericht Torgau umfasste die Kreise Liebenwerda, Schweinitz und Torgau sowie Teile der Kreise Bitterfeld, Delitzsch und Wittenberg. Vgl. Preußisches Staatshandbuch, hg. vom Preußischen Staatsministerium, Jg. 137 (1935), S. 519–531.

¹⁷⁰⁴ Das Erbgesundheitsgericht Erfurt umfasste die Stadtkreise Erfurt und Mühlhausen, die Kreise Langensalza und Weissensee sowie einen Teil des Landkreises Weissensee. Das Erbgesundheitsgericht Nordhausen schloss den Stadtkreis Nordhausen, die Kreise Heiligenstadt, Sangerhausen und

Das Erbgesundheitsgericht Suhl nahm eine Sonderrolle ein, da es nicht an einem Land-, sondern am Amtsgericht Suhl eingerichtet wurde. Es umfasste rund 130 000 Einwohner in den Kreisen Schleusingen und Ziegenrück sowie in Schmalkalden als Teil der preußischen Provinz Hessen-Nassau.¹⁷⁰⁵ Das Erbgesundheitsgericht Suhl war der Dienstaufsicht des Landgerichts Erfurt unterstellt, unterstand in Widerspruchsfällen jedoch nicht dem Erbgesundheitsobergericht Naumburg, sondern dem thüringischen Pendant in Jena.¹⁷⁰⁶ Der Dienstbetrieb des Erbgesundheitsgerichts Suhl war zeitlich begrenzt, da es laut einer Verordnung zum 1. April 1938 aufgehoben wurde.¹⁷⁰⁷

Ein entgegengesetztes Beispiel stellte das thüringische Erbgesundheitsgericht in Sondershausen dar, das wiederum dem Erbgesundheitsobergericht Naumburg unterstand und für 81 540 thüringische Gerichtseingesessene verantwortlich war, die ursprünglich dem Landgerichtsbezirk Erfurt unterstanden.¹⁷⁰⁸ Die strukturelle Organisation der Erbgesundheitsgerichtsbarkeit insbesondere im Regierungsbezirk Erfurt weist deutlich darauf hin, dass aufgrund der unterschiedlichen gerichtlichen Zuständigkeiten von einzelnen Erbgesundheitsgerichten sowie des Erbgesundheitsobergerichts Naumburg kaum von einer einheitlichen Rechtsprechung ausgegangen werden kann.

Mit Blick in die einzelnen Erbgesundheitsbezirke können weitere Unterschiede ausgemacht werden. So waren die Erbgesundheitsgerichte in Magdeburg, Halle/Saale und auch Erfurt teilweise für eine mehrheitlich städtische Bevölkerung sowie eine männliche und weibliche Arbeiterschaft zuständig. Zudem befanden sich dort bereits etablierte medizinisch-psychiatrische Strukturen, die auch infolge der Vereinheitli-

Worbis, die Grafschaft Hohenstein sowie Teile des Kreises Eckartsberga, des Landkreises Mühlhausen und des Mansfelder Gebirgskreises ein. Vgl. Preußisches Staatshandbuch, hg. vom Preußischen Staatsministerium, Jg. 137 (1935), S. 519–531.

¹⁷⁰⁵ Vgl. ThStAG, Landgericht Erfurt Nr. 178: Verhütung erbkranken Nachwuchses (1934–1936), fol. 167.

¹⁷⁰⁶ Vgl. ThHStAW, Thüringisches Ministerium des Innern Nr. E 1716: Einrichtung der Erbgesundheitsgerichte im Land Thüringen und Bestellung von ärztlichen Beisitzern für die Thüringisches Erbgesundheitsgerichte (1933–1943), fol. 41.

¹⁷⁰⁷ Vgl. ThHStAW, Thüringisches Ministerium des Innern Nr. E 1715: Besetzung des Thüringischen Erbgesundheitsobergerichts Jena und der Erbgesundheitsgerichte im Land Thüringen sowie ihre Zusammenarbeit und Gliederung (1934–1943), fol. 105. In welche erbgerichtliche Zuständigkeit die Kreise Schleusingen und Ziegenrück oder Schmalkalden schließlich fielen, konnte nicht abschließend geklärt werden.

¹⁷⁰⁸ Das Erbgesundheitsgericht Sondershausen umfasste die Amtsgerichtsbezirke Sondershausen, Allstedt, Ebeleben mit Abt. Schlotheim, Bad Frankenhausen und Greußen. Vgl. ThHStAW, Thüringisches Ministerium des Innern Nr. E 1715: Besetzung des Thüringischen Erbgesundheitsobergerichts Jena und der Erbgesundheitsgerichte im Land Thüringen sowie ihre Zusammenarbeit und Gliederung (1934–1943), fol. 102; Preußisches Staatshandbuch, hg. vom Preußischen Staatsministerium, Jg. 137 (1935), S. 519–531.

chung des Gesundheitswesens im Jahr 1935 eine zielgerichtete Erfassung der Bevölkerung gewährleisten und die Möglichkeit einer zielgerichteten Sterilisationspraxis eröffnen.

Die übrigen Erbgesundheitsgerichte, vor allem in Stendal, Torgau oder Suhl, umfassten vorwiegend ländliche Gebiete mit kleineren Kreisstädten. Dementsprechend traf die Sterilisationspraxis dort auf eine vorwiegend ländlich geprägte Klientel. Auch war die Durchführung der Verfahren in den jeweiligen zum Teil sehr großen Kreisen mit spezifischeren Problemen konfrontiert als in Städten wie Halle/Saale oder Magdeburg. So konnten etwa eine längere Anreise und ungenügende Infrastruktur die Vorladung zu Gerichtsverhandlungen oder persönliche Einvernahmen beeinträchtigen und zumindest mittelbar Einfluss auf das Gerichtsverfahren nehmen. Deshalb verlegten vor allem die Erbgesundheitsgerichte, die für ein größeres Gebiet zuständig waren, teilweise ihre Sitzungen in zuvor mit den Amtsärzten und Kommunalverwaltungen abgestimmte Städte, um die Reisewege von Betroffenen und Ärzten zu verringern.¹⁷⁰⁹

Es ist nicht genau nachweisbar, wann die einzelnen Erbgesundheitsgerichte in der preußischen Provinz Sachsen ihre Tätigkeit im Frühjahr 1934 aufnahmen. Das Erbgesundheitsgericht Magdeburg teilte am 20. März 1934 etwa mit, dass zu diesem Zeitpunkt 23 Anträge eingegangen seien, von denen 12 „erledigt“ worden wären.¹⁷¹⁰ Das Erbgesundheitsgericht Erfurt informierte den Regierungspräsidenten am 19. März 1934, dass zu diesem Zeitpunkt 57 Anträge eingegangen wären und die erste Sitzung am 22. März erfolgen solle.¹⁷¹¹ Zu diesem Zeitpunkt lagen dem Erbgesundheitsgericht Suhl vier Anträge vor, und der erste Sitzungstermin war noch nicht angesetzt. Ende April 1934 waren 16 Anträge eingegangen, sodass die erste Sitzung des Erbgesundheitsgerichts Suhl im Mai 1934 stattfinden sollte.¹⁷¹² Die Verzögerungen wurden mit der schleppenden Antragsstellung seitens der antragsberechtigten Ärzte begründet. So teilte das Erbgesundheitsgericht Suhl dem Landgericht Erfurt im März 1934 mit:

¹⁷⁰⁹ In der regionalen Forschung wird stellenweise von Erbgesundheitsgerichten etwa in Aschersleben, Sangerhausen oder Weißenfels gesprochen. Hierbei handelt es sich jedoch keineswegs um dort eingerichtete Erbgesundheitsgerichte, sondern vielmehr um Tagungsorte, da die Sitzungen der Erbgesundheitsgerichte aus logistischen und zweckdienlichen Gründen durchaus auch an anderen Orten durchgeführt wurden. Die Nennung von anderen Ortsnamen bezeichnet diesbezüglich also lediglich den Tagungsort. Vgl. etwa Grimm: Zwangssterilisation von Mädchen und Frauen, S. 26.

¹⁷¹⁰ Vgl. LASA, C 128 Landgericht Magdeburg, Nr. 342: Erbgesundheitsgerichte, Generalakten, Bd. 1 (1933–1936), fol. 34.

¹⁷¹¹ Vgl. ThStAG, Landgericht Erfurt Nr. 178: Verhütung erbkranken Nachwuchses (1934–1936), fol. 1–2.

¹⁷¹² Vgl. ThStAG, Landgericht Erfurt Nr. 178: Verhütung erbkranken Nachwuchses (1934–1936), fol. 20.

„Welchen Umfang die Arbeiten annehmen werden, kann noch nicht übersehen werden. Wenn noch keine weiteren Anträge gestellt sind, so liegt dies daran, dass die antragsberechtigten Stellen teilweise noch nicht im Besitze der erforderlichen Formulare sind.“¹⁷¹³ Die ersten Verhandlungen am Erbgesundheitsgericht Naumburg erfolgten Mitte April 1934 – bis zu diesem Zeitpunkt war das Gericht aufgefordert, Sterilisationsanträge zu sammeln.¹⁷¹⁴ Auch im Hinblick auf den überlieferten Schriftverkehr der übrigen Erbgesundheitsgerichte in der Provinz ist davon auszugehen, dass sie ihre Tätigkeit frühestens Ende März 1934 aufnahmen. Dabei wurden insbesondere die Erbgesundheitsgerichte, in deren Gerichtsbezirk sich ein oder mehrere Landesheilanstalten befanden, spätestens ab Sommer 1934 mit einer erheblichen Anzahl von Sterilisationsverfahren konfrontiert, um der Überfüllung der psychiatrischen Einrichtungen entgegenzuwirken. Hierzu gehörten etwa die Erbgesundheitsgerichte Stendal mit den Landesheilanstalten Uchtspringe und Jerichow; Magdeburg mit den Landesheilanstalten Haldensleben und Jerichow, Halle/Saale mit den Landesheilanstalten Altscherbitz und Nietleben sowie Erfurt mit der Landesheilanstalt Pfafferode.

Die Struktur und Anzahl von Erbgesundheitsgerichten blieb in der preußischen Provinz Sachsen, abgesehen von der Schließung des Erbgesundheitsgerichts Suhl im Jahr 1938, bis 1944 unverändert. Infolge der gesetzlichen Einschränkung der Sterilisationspraxis seit 1939, später infolge des „totalen“ Kriegseinsatzes, der kriegsbedingt eingeschränkten Strukturen, der äußerst begrenzten Personalressourcen sowie auch des verhältnismäßig geringen Antragsvolumens aufgrund einer Begrenzung auf „besonders dringliche Fälle“ in den letzten Kriegsjahren regte der Reichsjustizminister Otto G. Thierack¹⁷¹⁵ im August 1944 eine weitgehende Begrenzung von erbgesundheitlichen Verfahren beim Oberlandesgerichtspräsidenten Sattelmacher an.¹⁷¹⁶ „Die Wichtigkeit der Erbgesundheitssachen verbietet ihre Erledigung in einem behelfsmäßigen Verfahren. Infolge des totalen Kriegseinsatzes der mitwirkenden Ärzte ist eine sachgemäße Bearbeitung in der Mehrzahl aller Sachen zur Zeit nicht mehr möglich. Die Zurückstellung dieser Sachen ist einer unrichtigen Erledigung vorzuziehen. [...]

¹⁷¹³ ThStAG, Landgericht Erfurt Nr. 178: Verhütung erbkranken Nachwuchses (1934–1936), fol. 10.

¹⁷¹⁴ Vgl. LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Naumburg, Nr. 3: Richtlinien und Verfügungen betr. Erbgesundheitsgerichte, Generalakten (1934–1945), fol. 20.

¹⁷¹⁵ Otto Georg Thierack (1889–1946), Jurist, trat 1932 der NSDAP bei, seit 1933 sächsischer Justizminister und seit 1936 Präsident des Volksgerichtshofs, 1942 Übernahme des Reichsjustizministeriums. Vgl. Gruchmann, Lothar: Thierack, Otto Georg. In: Weiß: Biographisches Lexikon zum Dritten Reich, S. 458–459; Schädler, Sarah: „Justizkrise“ und „Justizreform“ im Nationalsozialismus. Das Reichsjustizministerium unter Reichsjustizminister Thierack 1942–1945, Tübingen 2009.

¹⁷¹⁶ Vgl. Kap. 3.3.2.

Ich bitte, den Erbgesundheitsgerichten nahezulegen, für die Dauer des totalen Kriegseinsatzes von jetzt ab nur noch solche Sachen zu bearbeiten, die bereits jetzt anhängig und sofort entscheidungsreif sind, oder in denen der Amtsarzt ausdrücklich beantragt, das Verfahren auch während des totalen Kriegseinsatzes durchzuführen. [...] Es ist erforderlich, daß die hiernach noch zu erledigenden Erbgesundheits-sachen auch während des totalen Kriegseinsatzes möglichst von erfahrenen Erbgesundheitsrichtern bearbeitet werden. Um dies zu gewährleisten, beabsichtige ich, die Erbgesundheitsgerichte während des totalen Kriegseinsatzes weitgehend zusammenzulegen. Bei den meisten Oberlandesgerichtsbezirken wird es genügen, wenn das Erbgesundheitsgericht, das sich am Sitz des Oberlandesgerichtsbezirks befindet, alle Erbgesundheits-sachen des Oberlandesgerichtsbezirks bearbeitet.“¹⁷¹⁷

Auf Grundlage dieser Anweisung wies der Oberlandesgerichtspräsident dann Ende August 1944 die Landgerichtspräsidenten an, dass lediglich Verfahren durchgeführt werden sollten, „die bereits anhängig sind und sofort entscheidungsreif sind, oder Sachen, in denen der Amtsarzt ausdrücklich beantragt, das Verfahren auch während des Kriegseinsatzes durchzuführen“.¹⁷¹⁸ Weiterhin stellten acht Erbgesundheitsgerichte im Bezirk des Oberlandesgerichtsbezirks Naumburg sowie das Erbgesundheitsobergericht Naumburg zum Jahresende 1944 ihre Tätigkeit ein, und schwebende Verfahren oder sogar Neuanträge wurden bis Kriegsende vom Erbgesundheitsgericht Naumburg als nunmehrige Zentralinstanz durchgeführt.¹⁷¹⁹ Trotz der erheblichen Kriegsauswirkungen auf den mitteldeutschen Raum sowie der Besetzung durch alliierte Truppen bearbeitete das Erbgesundheitsgericht Naumburg bis etwa April 1945 weiterhin Sterilisationsverfahren.

Die Errichtung einer flächendeckenden Erbgesundheitsgerichtsbarkeit in der preußischen Provinz Sachsen erfolgte wie in den übrigen preußischen Provinzen verhältnismäßig träge, sodass die Erbgesundheitsgerichte erst im Frühjahr 1934 ihre Tätigkeit aufnahmen. Aufgrund der steigenden Antragszahlen sowie der Überfüllung der psychiatrischen Einrichtungen wurden die hiesigen Erbgesundheitsgerichte ab spätestens Sommer 1934 mit einer Vielzahl von Sterilisationsverfahren konfrontiert. Hiermit verbunden wurde mindestens am Erbgesundheitsgericht Naumburg die Einrichtung

¹⁷¹⁷ LASA, C 127, Nr. 1155: Erbgesundheitspflege, Bd. 1: 1936–1942, 1948, fol. 205.

¹⁷¹⁸ Vgl. LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Naumburg, Nr. 2: Verkehr mit dem Reichsgesundheitsamt, Sammelakten, Bd. 2: 1941–1944, unfol.

¹⁷¹⁹ Vgl. Kap. 3.2.2.

einer Zweiten Kammer diskutiert.¹⁷²⁰ Am Erbgesundheitsobergericht Naumburg wurde Mitte der 1930er-Jahre aufgrund einer Vielzahl von Widersprüchen eine Zweite Kammer eingerichtet.

Die Etablierung von Erbgesundheitsgerichten orientierte sich strikt an den ministeriellen Vorgaben, indem an den Standorten von Land- und Amtsgerichten die jeweiligen Erbgesundheitsgerichte gebildet wurden. Diese Vorgehensweise unterschied sich im Vergleich zu Thüringen erheblich. Dort wurden auf der Grundlage des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ 18 Erbgesundheitsgerichte gegründet, die sich sowohl an den Sitz von Amtsgerichten als auch von Gesundheitsämtern orientierten.¹⁷²¹ Aufgrund der teilweise geringen Auslastung begannen jedoch bereits 1936 Diskussionen über die Schließung und Umstrukturierung einzelner Erbgesundheitsgerichte, die schließlich 1937 vom Reichsministerium des Innern angewiesen wurde und, trotz Gegenwehr Thüringens, spätestens 1938 erfolgte.¹⁷²² Zum Vergleich waren in Thüringen zumindest bis spätestens 1938 insgesamt 18 Erbgesundheitsgerichte für rund 1,7 Millionen Menschen zuständig, in der preußischen Provinz Sachsen neun Erbgesundheitsgerichte für rund 3,4 Millionen Frauen und Männer. Im Vergleich zur preußischen Provinz Sachsen wurde somit ein weitaus engmaschigeres Netz von Erbgesundheitsgerichten gebildet, welches sicherlich zur intensiven Sterilisationspraxis in Thüringen beigetragen hat. In der hohen Dichte von Erbgesundheitsgerichten in Thüringen kann neben dem „Thüringischen Landesamt für Rassewesen“ sowie einer

¹⁷²⁰ Vgl. Im Frühjahr 1934 teilt der preußische Justizminister dem Landgericht Magdeburg mit, dass in Hinblick auf die hohe Anzahl von Anträgen die Eröffnung einer zweiten Kammer geprüft und das Oberlandesgericht Naumburg dementsprechend benachrichtigt werden solle. Vgl. LASA, C 128 Landgericht Magdeburg, Nr. 342: Erbgesundheitsgerichte, Generalakten, Bd. 1 (1933–1936), fol. 31. Am Erbgesundheitsobergericht wurde im Verlauf des Jahres 1935 ein zweiter Vorsitzender zur Durchführung der Vielzahl von Verhandlungen bestellt. Vgl. LASA, C 127, Nr. 1158: Erbgesundheitsobergericht, Einzelsachen, Bd. 1: 1936–1944, fol. 8. Im EGG Naumburg wird im Hinblick auf die weiterhin hohe Anzahl von Sterilisationsanträgen für die Jahre 1936 bis 1937 eine zweite Kammer geplant. Vgl. LASA, C 128 Landgericht Naumburg, Nr. 140: Einzelsachen der Erbgesundheitsgerichte und Ernennung der richterlichen und ärztlichen Mitglieder (1936), fol. 18–20.

¹⁷²¹ In Württemberg wurde eine vergleichbare Vorgehensweise gewählt. Vgl. ThHStAW, Thüringisches Ministerium des Innern Nr. E 1716: Einrichtung der Erbgesundheitsgerichte im Land Thüringen und Bestellung von ärztlichen Beisitzern für die Thüringisches Erbgesundheitsgerichte (1933–1943), fol. 63; ThHStAW, Thüringisches Ministerium des Innern Nr. E 1715: Besetzung des Thüringischen Erbgesundheitsobergerichts Jena und der Erbgesundheitsgerichte im Land Thüringen sowie ihre Zusammenarbeit und Gliederung (1934–1943), fol. 62.

¹⁷²² Vgl. ThHStAW, Thüringisches Ministerium des Innern Nr. E 1715: Besetzung des Thüringischen Erbgesundheitsobergerichts Jena und der Erbgesundheitsgerichte im Land Thüringen sowie ihre Zusammenarbeit und Gliederung (1934–1943), fol. 62–106.

starken nationalsozialistischen Prägung des staatlichen Gesundheitswesens ein weiterer Aspekt der intensiven regionalen Sterilisationspraxis gesehen werden.¹⁷²³ Demgegenüber zog die hohe Anzahl von Erbgesundheitsgerichten erhebliche personelle Probleme nach sich, da die Gerichte vorwiegend mit nationalsozialistischen, aber nur unzureichend mit psychiatrisch qualifizierten Ärzten besetzt werden konnten.¹⁷²⁴

6.2.2 Das richterliche Personal

Die Besetzung des Vorsitzes von Erbgesundheitsgerichts durch einen richterlichen Vorsitzenden war bis zum Spätherbst 1933 ungeklärt. Am 13. November 1933 bat der preußische Justizminister Kerrl den Oberlandesgerichtspräsidenten in Naumburg bat um Vorschläge von geeigneten Richtern. Daraufhin unterbreiteten die zuständigen Amtsgerichtsdirektoren den vorgesetzten Landesgerichtspräsidenten personelle Empfehlungen. Die Landesgerichtspräsidenten leiteten die eingegangenen Besetzungsvorschläge an den Oberlandesgerichtspräsidenten in Naumburg als höchste juristische Instanz in der preußischen Provinz Sachsen weiter, der wiederum den preußischen Justizminister informierte und um Bestätigung der Ernennungsvorschläge bat. Über einen Monat später unterrichtete Kerrl den Oberlandesgerichtspräsidenten über Veränderungen der richterlichen Ernennung. „Die Befugnis zur Bestellung der Vorsitzenden der Erbgesundheitsgerichte und ihrer Stellvertreter wird für den für die Geschäftsverteilung bei den Amtsgerichten, die Befugnis zur Bestellung der den Erbgesundheitsobergerichten angehörenden Mitglieder der Oberlandesgerichte und ihrer Stellvertreter den für die Geschäftsverteilung bei den Oberlandesgerichten zuständigen Stellen übertragen.“¹⁷²⁵ Die bisherigen Regelungen verlören ihre Gültigkeit, obgleich keine Bedenken gegen die bisher vorgeschlagen Richter beständen.

Bis dato erfolgte die Ernennung unter Prüfung durch das preußische Justizministerium. Nach Auskunft des vorliegenden Schriftverkehrs sowie der verfügbaren Personalakten wurden scheinbar keine intensiveren fachlichen und politischen Nachprüfungen vorgenommen. Anschließend wurden Richter als Vorsitzende der Erbgesundheitsgerichte durch die zuständigen Amtsgerichtsdirektoren vorgeschlagen und schließlich über die Landesgerichts- und Oberlandesgerichtspräsidenten bestätigt.

¹⁷²³ Vgl. Vossen: Gesundheitsämter im Nationalsozialismus, S. 434–447.

¹⁷²⁴ Vgl. ThHStAW, Thüringisches Ministerium des Innern Nr. E 1715: Besetzung des Thüringischen Erbgesundheitsobergerichts Jena und der Erbgesundheitsgerichte im Land Thüringen sowie ihre Zusammenarbeit und Gliederung (1934–1943), fol. 36.

¹⁷²⁵ LASA, C 128 Landgericht Naumburg, Nr. 142: Besetzung der Erbgesundheitsgerichte und Erlasse des Reichsministers der Justiz über die Durchführung des Gesetzes zur Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, Bd. 1: 1934–1936, fol. 2–3.

Der zunächst geringe politische Einfluss auf die personelle Besetzung der Erbgesundheitsgerichte kann darauf zurückgeführt werden, dass die Justiz im Jahr 1933 „noch von der Partei unabhängig und keineswegs gleichgeschaltet war“.¹⁷²⁶ Der parteipolitische Einfluss auf die Ernennung von Richtern erhöhte sich seit der Mitte der 1930er-Jahre jedoch stetig, obgleich die Justiz unter Reichsjustizminister Franz Gürtner bis 1941 eine zumindest partielle parteipolitische Unabhängigkeit zu wahren versuchte.¹⁷²⁷ Mit der Errichtung von Erbgesundheitsgerichten begann die NSDAP jedoch gezielten Einfluss auf die Bestellung von Richtern zu nehmen.¹⁷²⁸ Schließlich sicherte sich Adolf Hitler im Jahr 1935 „das Recht zur Ernennung der Richter und Staatsanwälte“,¹⁷²⁹ welches er an Rudolf Heß¹⁷³⁰ als seinen Stellvertreter abtrat. Später wurde die Möglichkeit von politisch-persönlichen Stellungnahmen den zuständigen Gauleitungen übertragen, obgleich sich der ‚Stellvertreter des Führers‘ „das abschließende Entscheidungsrecht“ vorbehielt.¹⁷³¹

Spätestens seit 1935 war jede Ernennung eines Justizbeamten und auch Erbgesundheitsrichtern von parteipolitischen Einschätzungen abhängig.¹⁷³² Trotz der konkreten parteipolitischen Steuerungsmöglichkeiten können für die Erbgesundheitsgerichtsbarkeit in der preußischen Provinz Sachsen nur wenige zielgerichtete Einflussnahmen auf die richterliche Besetzung von Erbgesundheitsgerichten belegt werden.

¹⁷²⁶ Ganssmüller: Erbgesundheitspolitik des Dritten Reiches, S. 60.

¹⁷²⁷ Im Speziellen kann hier auch auf das Oberlandesgericht Naumburg hingewiesen werden, das Einfluss auf die Bestellung von Richtern nehmen konnte und mit Paul Sattelmacher als Präsidenten eine parteipolitische Distanz zu wahren versuchte, aufgrund derer es auch „häufig zu Konflikten und Auseinandersetzungen mit Parteistellen und den örtlichen Führungen von NS-Organisationen über die Entlassung von Richtern, aber auch die Umsetzung der NS-Politik kam“. Möhring: Richter im Nationalsozialismus, S. 268.

¹⁷²⁸ Vgl. Ganssmüller: Erbgesundheitspolitik des Dritten Reiches, S. 60. Beispielsweise übernahm Reichsjustizminister Franz Gürtner den dezidierten Hinweis von Reichsinnenminister Frick, die politische Konformität der vorgeschlagenen Erbgesundheitsrichter hinlänglich zu berücksichtigen. Die politische Überprüfung von Justizbeamten auf der Grundlage von Stellungnahmen der NSDAP behielt sich der preußische Justizminister seit Ende Februar 1934 vor.

¹⁷²⁹ Möhring: Richter im Nationalsozialismus, S. 246.

¹⁷³⁰ Rudolf Heß (1894–1987) trat 1920 der NSDAP bei. Teilnahme am Putschversuch im November 1923, gemeinsame Haftstrafe mit Hitler und Mithilfe bei „Mein Kampf“. Seit 1925 Privatsekretär Hitlers und ab 1933 „Stellvertreter des Führers“, ebenso Reichsminister ohne Geschäftsbereich. 1941 Flug nach Großbritannien zum Zweck nicht autorisierter Friedensverhandlungen und dortige Haft. 1946 Verurteilung zu lebenslänglicher Haftstrafe. Vgl. Fröhlich-Broszat, Elke: Heß, Rudolf. In: Weiß: Biographisches Lexikon zum Dritten Reich, S. 200–202; weiterführend Longerich, Peter: Hitlers Stellvertreter. Führung der Partei und Kontrolle des Staatsapparates durch den Stab Heß und die Partei-Kanzlei Bormann, München 1992.

¹⁷³¹ Möhring: Richter im Nationalsozialismus, S. 246.

¹⁷³² „Die Folge war, dass die Justiz fortan ihre Personalpolitik nicht mehr allein bestimmen konnte, sondern auf das Wohlwollen von Parteistellen angewiesen und damit zu Zugeständnissen gezwungen war.“ Möhring: Richter im Nationalsozialismus, S. 247.

Dies könnte auf einen geringen Steuerungsbedarf der erbgerichtlichen Sterilisationspraxis hinweisen, sodass es sich weitgehend um ein formales Besetzungsverfahren ohne größeren parteipolitischen Einfluss handelte. Gleichwohl kann die Einflussnahme der NSDAP auf die richterliche Besetzung der Erbgesundheitsgerichte nicht ausgeschlossen werden. Denn beispielsweise fanden innerhalb des Justizsektors explizite Bestrebungen der parteipolitischen Anbindung an die NSDAP statt, welcher einen innerinstitutionellen Druck erzeugen konnte, der den Parteieintritt und damit einhergehend die persönlich-dienstliche Wahrnehmung nationalsozialistischer Auffassungen einforderte. Stellvertretend sei hier auf die Gründung des Nationalsozialistischen Rechtswahrerbund (NSRB) verwiesen.¹⁷³³

Ein Hinweis auf die fachliche Befähigung bietet der „Gesetzeskommentar“ aus dem Jahr 1934. Demnach sollte ein „Amtsrichter berufen werden, der Entmündigungsverfahren bearbeitet oder bearbeitet hat und der über besondere Erfahrungen in familienrechtlichen Fragen verfügt. Er wird sich nach seiner Ernennung mit den Grundlagen der Vererbungslehre und ihrer Anwendbarkeit auf die in Frage kommenden krankhaften Zustände vertraut zu machen haben.“¹⁷³⁴ Hierzu seien die jeweiligen Regierungen angehalten, Fortbildungskurse, Lehrgänge sowie „belehrende, erläuternde“ Vorträge anzubieten.¹⁷³⁵ Entsprechend der qualifikatorischen Anforderungen wurde eine Nähe zum Familienrecht und Entmündigungsverfahren hergestellt, durch die die Erbgesundheitsrichter unter Aneignung erbbiologischer Sachverhalte in die Lage versetzt werden sollte, über den volksgemeinschaftlichen Fortpflanzungswert von Frauen und Männern zu richten.¹⁷³⁶ Und in Anbetracht dieser richterlichen Auswahl- und Qualifikationskriterien deutet sich auch auf personeller Ebene eine sozialpolitisch und sozio-biologisch intendierte Besetzung von Erbgesundheitsgerichten an.

Auf der Grundlage der Überlieferung ist es nicht möglich, die konkreten persönlichen und qualifikatorischen Gründe zur Ernennung von Richtern als Vorsitzende von Erbgesundheitsgerichten in der preußischen Provinz Sachsen zu benennen. Vielmehr schweigen die Materialien und es finden sich darüber hinaus auch nur wenige

¹⁷³³ Vgl. etwa Sunnus, Michael: Der NS-Rechtswahrerbund 1928–1945. Zur Geschichte der nationalsozialistischen Juristenorganisation, Frankfurt/Main 1990.

¹⁷³⁴ Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 146.

¹⁷³⁵ Diese qualifikatorischen Anforderungen sollten ebenso die Stellvertreter besitzen. Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 146.

¹⁷³⁶ Derartige Schulungen können als Versuch einer zielgerichteten Einflussnahme auf die Sterilisationspolitik charakterisiert werden, indem den Richtern in dreitägigen Kursen die Grundlagen und vor allem Ziele rassistisch-erbbiologischer Maßnahmen im Dritten Reich vermittelt wurden.

Hinweise in den Personalakten von Richtern, die die Tätigkeit im Erbgesundheitsgericht widerspiegeln.¹⁷³⁷

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Tätigkeit zunächst auf ein Jahr begrenzt war, aber fortlaufend verlängert und die Dienstzeit in der zweiten Hälfte der 1930er-Jahre auch für die vorsitzenden Richter auf zwei Jahre erhöht wurde. Daneben wurden meistens zwei Stellvertreter ernannt.¹⁷³⁸ Die Ernennung erfolgte zumindest in den Anfangsjahren weitgehend selbstständig im Justizsektor. Daneben können weiterführende biographische Daten dargestellt werden, die zu einer weiteren Differenzierung der erbgerichtlichen Praxis beitragen.

Die in der preußischen Provinz Sachsen tätigen Erbgesundheitsrichter waren männlich und entstammten weitgehend bürgerlich geprägten Familien, in denen die Väter Berufe wie Lehrer, kaufmännischer Angestellter, Bankier, Amtsgerichtsrat oder Gutsbesitzer bekleideten.¹⁷³⁹ Über 80 Prozent waren protestantisch getauft. Insofern erscheint es berechtigt, die Erbgesundheitsrichter der preußischen Provinz einem protestantisch geprägten Bildungsbürgertum zuzuordnen.¹⁷⁴⁰ Rund ein Drittel wurde in

¹⁷³⁷ Für die Unterstützung bei den Recherchen sei an dieser Stelle Dr. Daniel Bohse für seine Hinweise gedankt. Bohses überzeugende Untersuchung zu Entnazifizierungspraktiken in Verwaltung und Justiz in Sachsen-Anhalt in der unmittelbaren Nachkriegszeit bietet weiterführende Ergebnisse zum Fortleben von Richtern nach 1945. Vgl. Bohse: Die Entnazifizierung von Verwaltung und Justiz in Sachsen-Anhalt. Von den ermittelten 36 Erbgesundheitsrichtern, die als Vorsitzende und Stellvertreter der Erbgesundheitsgerichte und des Erbgesundheitsobergerichts Naumburg in der preußischen Provinz fungierten, konnten insgesamt neun Personalakten recherchiert werden. Es ist darauf hinzuweisen, dass sich etwa in den überlieferten Urteilen eine nicht unerhebliche Anzahl von Urteilen findet, in denen Richter fungierten, deren Ernennung und damit die Berechtigung zur Leitung eines Erbgesundheitsgerichts auch als Stellvertreter nicht überliefert ist. Diesbezüglich muss die Rechtsgrundlage der richterlichen Tätigkeit offenbleiben. Es ist jedoch davon auszugehen, dass es sich bei diesen Richtern um die jeweiligen Stellvertreter handelte. Bei den ermittelten Erbgesundheitsrichtern handelt es sich um Dr. Otto Dieckmann (stellv. Vorsitzender des EGG Magdeburg), vgl. LASA, C 127 Anh. Justiz PA D, Nr. 74, 5 Bde.; Dr. Helmut Friedrich (stellv. Vorsitzender des EGG Magdeburg), vgl. LASA, C 127 Anh. Justiz PA F, Nr. 209, 3 Bde.; Dr. Hubert Geimer (stellv. Vorsitzender des EGG Magdeburg), vgl. LASA, C 127 Anh. Justiz PA G, Nr. 50, 4 Bde.; Hermann Heine (stellv. Vorsitzender des EGG Stendal), vgl. LASA, C 127 Anh. Justiz PA H, Nr. 689, 6 Bde.; Julius Walter Kettmann (Vorsitzender des EGG Halle), vgl. LASA, C 127 Anh. Justiz PA K, Nr. 811, 5 Bde.; Georg Köhnicke (Vorsitzender des EGG Magdeburg), vgl. LASA, C 127 Anh. Justiz PA K, Nr. 347, 4 Bde.; Paul Tormann (stellv. Vorsitzender des EGG Halle), vgl. LASA, C 127 Anh. Justiz PA T, Nr. 126, 5 Bde.; Ernst du Plat (Vorsitzender des EGG Erfurt), vgl. ThHStAW, Personalakten aus dem Bereich Justiz Nr. 9264 (du Plat), 4 Bde.; Adolf Meischeider (Vorsitzender des EGG Nordhausen), vgl. ThHStAW, Personalakten aus dem Bereich Justiz Nr. 7929 (Meischeider), 3 Bde.

¹⁷³⁸ Die Anzahl von richterlichen Stellvertretern sowie medizinischen Beisitzern variierte aufgrund der personellen und regionalen Bedingungen sowie quantitativen Anforderungen der einzelnen Erbgesundheitsgerichte.

¹⁷³⁹ Eine frühe Untersuchung siehe Müller, Ingo: Furchtbare Juristen. Die unbewältigte Vergangenheit unserer Justiz, München 1987, S. 97–133.

¹⁷⁴⁰ Zur gesellschaftlichen Stellung siehe etwa Gall, Lothar: Bürgertum, liberale Bewegung und Nation. Ausgewählte Aufsätze, München 2000; Hartmann, Michael: Der Mythos von den Leistungseliten. Spitzenkarrieren und soziale Herkunft in Wirtschaft, Politik, Justiz und Wissenschaft, Frankfurt/Main 2002.

der preußischen Provinz Sachsen geboren. Am Beispiel des Erbgesundheitsgerichts in Magdeburg ergibt sich weiterhin ein verhältnismäßig hoher Anteil von Richtern, die in der Stadt oder in der näheren Umgebung geboren worden waren und insofern eine hohe persönliche und biographische Verwurzelung aufwiesen.

Das Studium absolvierten sie an unterschiedlichen deutschen Universitäten, etwa in Halle-Wittenberg, Göttingen, Würzburg oder Tübingen. Die erste sowie große Staatsprüfung absolvierten sie mit unterschiedlichem Erfolg, teilweise mussten einzelne Prüfungen wiederholt werden. Die richterliche Ausbildung zwischen erster und großer Staatsprüfung erfolgte in hohem Maße am Erbgesundheitsobergericht Naumburg sowie den unterstellten Amts- und Landgerichten. Die dienstliche Karriere war nach Abschluss der großen Staatsprüfung von einer nicht geringen Anzahl von unterschiedlichen Dienststellen sowohl in der preußischen Provinz Sachsen als auch in anderen Regionen und Städten, wie etwa in Breslau, gekennzeichnet.

Zum Zeitpunkt der nationalsozialistischen Machtergreifung 1933 war etwa 60 Prozent der Erbgesundheitsrichter über 40 Jahre alt und circa 30 Prozent über 50 Jahre alt. Rund 12 Prozent wurde im 20. Jahrhundert geboren. Der jüngste Richter, seit 1927 Mitglied der NSDAP, war im Jahr 1933 28 Jahre und der älteste Richter 57 Jahre alt. Mit wenigen Ausnahmen waren alle Erbgesundheitsrichter verheiratet und hatten Kinder. In Anbetracht der Altersstruktur überrascht es nicht, dass ein Großteil der Erbgesundheitsrichter am Ersten Weltkrieg teilgenommen hatte.¹⁷⁴¹ Ein geringer Anteil nahm später, etwa als Kriegsgerichtsrat, am Zweiten Weltkrieg teil oder wurde kurz vor Kriegsende zum Volkssturm eingezogen.

Nach Ausweis der Personalakten waren nur wenige Richter in der Weimarer Republik Mitglied in einer Partei. Zugehörigkeiten zu Logen sind nicht dokumentiert. Die geringe politische Bindung kann in Beziehung zu Standesvorstellungen in der Justiz gestellt werden, die in einer traditionellen Sichtweise einen Konflikt zwischen justizieller Unabhängigkeit und politischer Betätigung sah.

Auch unter Berücksichtigung der Auswirkungen des „Gesetzes zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums“ waren die politisch gebundenen Richter mehrheitlich Mitglied nationalkonservativer Parteien wie der DVP oder DNVP. Hinzu traten vereinzelte Mitgliedschaften in Freikorps nach Ende des Ersten Weltkrieges, im

¹⁷⁴¹ Die Kriegsteilnahme fand sowohl nach Abschluss der großen Staatsprüfung als auch innerhalb der juristischen Ausbildung statt. Einzelne Richter wurden verwundet oder gerieten in Gefangenschaft. Ein nicht unbeträchtlicher Teil errang durchaus höhere militärische Auszeichnungen wie das Eisene Kreuz Erster und Zweiter Klasse oder Tapferkeitsmedaillen. Der militärische Rang ist teilweise nicht zu klären, es ist jedoch von einem höheren Anteil von Offizieren auszugehen.

„Stahlhelm“ oder in der Organisation „Escherich“.¹⁷⁴² So war etwa ein Richter an der Niederschlagung des „Kapp-Putsches“ 1920 als Angehöriger eines Freikorps in Halle/Saale beteiligt.¹⁷⁴³ Ein anderer Richter war zehn Jahre bis 1930 Mitglied der DVP sowie von 1920–1923 Mitglied des in Magdeburg gegründeten paramilitärischen Verbandes „Stahlhelm. Bund der Frontsoldaten“.¹⁷⁴⁴ Ein weiterer Erbgesundheitsrichter war von 1927 bis 1928 Mitglied der DNVP. Dementsprechend überwogen unter den Erbgesundheitsrichtern insbesondere deutschnationale und konservative politische Einstellungen, die sie im Vergleich zu den Amtsärzten der preußischen Provinz Sachsen auch durch die höhere Beteiligung in Freikorps aktiv zum Ausdruck brachten.

Rund 15 Prozent traten vor 1933 in die NSDAP ein, hierbei handelte es sich um die Jahre 1932 und 1927. Etwa dreiviertel der Erbgesundheitsrichter trat erst im Mai 1933 der NSDAP bei, was durchaus im Widerspruch zur vorherigen geringen parteipolitischen Bindung steht.¹⁷⁴⁵ Ein Richter trat aus der NSDAP aus, einem weiteren wurde die Mitgliedschaft aufgrund persönlicher und politischer Differenzen versagt. Weitere Mitgliedschaften bestanden mehrheitlich in der Nationalsozialistischen Volkswohlfahrt oder dem Nationalsozialistischen Rechtswahrerbund (NSRB). Parteipolitische Funktionen übernahmen nur wenige der Erbgesundheitsrichter in der preußischen Provinz Sachsen.¹⁷⁴⁶ Die geringe Übernahme von parteipolitischen Ämtern sowie auch die mehrheitlich dezenten politischen Einschätzungen seitens der NSDAP-Gauleitung als Indizien einer aktiv unterstützten nationalsozialistischen Weltanschauung belegen insgesamt, dass nur ein geringerer Teil der Erbgesundheitsrichter die NSDAP in weiteren politisch-gesellschaftlichen Bereichen unterstützte. Diese Ergeb-

¹⁷⁴² Die Organisation Escherich oder kurz „Orgesch“ war ein einflussreicher antidemokratischer Selbstschutzverband im Deutschen Reich, welcher von Georg Escherich 1920 gegründet wurde. Vgl. Nußer, Horst: *Konservative Wehrverbände in Bayern, Preußen und Österreich 1918–1933*. Mit einer Biographie des Forstrates Georg Escherich 1870–1941, 2. Aufl., München 1990. Demgegenüber finden sich selten Richter, die sich etwa der national-liberalen DDP oder dem „jung-deutschen Orden“ anschlossen.

¹⁷⁴³ Unter regionalem Blickwinkel weiterführend Algermissen, Gundolf: *Der Kapp-Putsch 1920*. Ein Lesebuch über Ereignisse in Niedersachsen und Sachsen-Anhalt, Braunschweig 2010.

¹⁷⁴⁴ Vgl. Bastian, Marcel: „Soll Unsinn werden, was uns tiefster Sinn war?“.

¹⁷⁴⁵ Vgl. hierzu Kap. 3.4.2. Schließlich muss ein erhöhter innerbehördlicher und interpersoneller Druck in Betracht gezogen werden, der im Rahmen der nationalsozialistischen Machtergreifung den Eintritt in die NSDAP forderte. Auf der Grundlage der überlieferten Materialien ist davon auszugehen, dass sowohl politische Überzeugungen, persönliches Karrierestreben als auch parteipolitischer Druck innerhalb der Justiz im Rahmen von persönlich befürchtetem Statusverlust als wesentliche Motive des Parteieintritts angesehen werden müssen.

¹⁷⁴⁶ Zwei Richter fungierten als Blockleiter, ein Richter war stellvertretender Gauführer des NSRB und ein Richter war Vorsitzender des Gauehrengerichtes Halle/Merseburg.

nisse sprechen für die Annahme, dass die richterlichen Vorsitzenden der Erbgesundheitsgerichte nicht als exponierte Träger des Nationalsozialismus bezeichnet werden können. Vielmehr erscheinen sie in Anbetracht ihrer parteipolitischen Einbindung und Aktivitäten als zurückhaltend und konturlos.

Die obligatorischen politischen Einschätzungen waren gemeinhin positiv, obgleich berücksichtigt werden muss, dass einzelne Beurteilungen erst aus der Mitte der 1930er-Jahre stammten. Zu einem im Jahr 1936 beurteilten Richter, der im Mai 1933 der NSDAP beigetreten war, hieß es, er sei „unbedingt zuverlässig“ und trete „mit voller Persönlichkeit für den neuen Staat ein“.¹⁷⁴⁷ Ein älterer Parteigenosse wurde mit dem Prädikat versehen, dass er „sich jederzeit für die nationalsozialistische Deutsche Arbeiterpartei eingesetzt“ habe und „seine politische Zuverlässigkeit [...] über jeden Zweifel erhaben“ sei.¹⁷⁴⁸ Ein Richter in Halle/Saale, der 1932 der NSDAP beigetreten war und in den 1940er-Jahren als Hilfsrichter am Volksgerichtshof tätig sein sollte, wurde 1936 als „eifriger und überzeugter Vorkämpfer der nationalsozialistischen Weltanschauung“ charakterisiert.¹⁷⁴⁹ Demgegenüber wurde die politische Gesinnung von Erbgesundheitsrichtern auch weniger überschwänglich als „unbedenklich“ beschrieben oder sogar hinterfragt. So könne die politische Haltung eines katholischen Richters seitens der Gauleitung nicht eindeutig geklärt werden. Nach eigenen Angaben habe er Nachteile erfahren, als er in Prozessen gegen NSDAP-Mitglieder vor 1933 gegenüber den politischen Vorurteilen des leitenden Richters persönlich Stellung bezogen habe.¹⁷⁵⁰

Ein weiterer Richter erhielt vor seiner Tätigkeit im Erbgesundheitsgericht in Magdeburg vom Obersten Parteigericht der NSDAP in München eine Verwarnung sowie ein dreijähriges Verbot zur Ausübung von Parteiämtern.¹⁷⁵¹ Einem anderen Richter unterstellte die NSDAP-Kreisleitung Bitterfeld 1941/42 eine zu milde Urteilssprechung in Strafverfahren, was dem „gesunden Volksempfinden nicht“ entspreche und forderte seine Ablösung.¹⁷⁵² Der Landesgerichtspräsident übernahm die parteipolitische Einschätzung: „In der Strafverhängung ist er etwas weich. Als Jugendrichter hat

¹⁷⁴⁷ LASA, C 127 Anh. Justiz PA H, Nr. 689, Bd. 4, unfol.

¹⁷⁴⁸ LASA, C 127 Anh. Justiz PA F, Nr. 209, Bd. 3, fol. 1.

¹⁷⁴⁹ LASA, C 127 Anh. Justiz PA St., Nr. 138, 5 Bde., hier Bd. 1.

¹⁷⁵⁰ Zudem stellte er Ende Januar 1933 einen Antrag auf Aufnahme in die Zentrumsparterie, den er später jedoch zurückzog. Vgl. LASA, C 127 Anh. Justiz PA G, Nr. 50, Bd. 2, fol. 140.

¹⁷⁵¹ Unmittelbare Folge der Verwarnung war scheinbar die Absetzung von der Justizpressestelle in Magdeburg. Der Grund der Verwarnung ist nicht nachweisbar. Vgl. LASA, C 127 Anh. Justiz PA D, Nr. 74, Bd. 4, 5. Zum Obersten Parteigericht der NSDAP weiterführend Block, Nils: Die Parteigerichtsbarkeit der NSDAP, Frankfurt/Main u. a. 2002.

¹⁷⁵² LASA, C 127 Anh. Justiz PA T, Nr. 126, Bd. 5, unfol.

er Verständnis für die Jugend und deren Verfehlungen und nimmt sich des Vollzugs des Wochenendkarzers mit besonderer Liebe und Eifer und mit Geschick an.“¹⁷⁵³

Abgesehen von den zeitgenössischen Einschätzungen einer zu milden Rechtsauslegung deuten die vorliegenden politischen Einschätzungen an, dass die Erbgesundheitsrichter der preußischen Provinz Sachsen keineswegs als eifrige nationalsozialistisch gesinnte Richterschaft bezeichnet werden kann.¹⁷⁵⁴ Stattdessen entsteht ein differenter Eindruck einer richterlichen Beamtenschaft, die im Rahmen der veränderten politischen und herrschaftlichen Situation zwar persönliche Anpassungsleistungen, wie etwa den Beitritt in die NSDAP, vornimmt, aber insgesamt ihre richterliche Tätigkeit weitgehend bruchlos fortsetzt. Eine enge parteipolitische Bindung oder Nähe zur NSDAP war keineswegs eine notwendige Voraussetzung zur Diensttätigkeit in der Erbgesundheitsgerichtsbarkeit. Vielmehr können sowohl für die Erbgesundheitsrichter als auch leitenden Amtsärzte eine durchaus größere Distanz zur NSDAP sowie auch mitunter erhebliche Konfliktzonen betont werden. Hierzu gehörten auch schwerwiegende Auseinandersetzungen mit der NSDAP.

Der Landgerichtsdirektor von Nordhausen, Martin Kastendieck, der später am Erbgesundheitsobergericht Naumburg tätig war, führte 1934 ein Verfahren gegen den NSDAP-Kreisleiter der Grafschaft Hohenstein, Heinrich Keiser, wegen Amtsmissbrauchs.¹⁷⁵⁵ Im anhängigen Verfahren verurteilte Martin Kastendieck als leitender Richter Heinrich Keiser wegen „Nötigung, versuchter Erpressung und fahrlässiger Körperverletzung“ zu einer Gefängnisstrafe von einem Jahr und neun Monaten. Dieses Urteil wurde durch einen Gnadenerlass später aufgehoben. Aufgrund der Verurteilung eines Parteimitgliedes der NSDAP, das darüber hinaus über einen einflussreichen Patron wie Fritz Sauckel verfügte, geriet Martin Kastendieck unter politischen Druck der NSDAP, die in der Folgezeit massiv versuchte, ihn zu diskreditieren. Weiterhin wurde sein Antrag zur Aufnahme in die NSDAP abgelehnt.¹⁷⁵⁶

¹⁷⁵³ LASA, C 127 Anh. Justiz PA T, Nr. 126, Bd. 4, fol. 137. Wochenendkarzer bedeutet im vorliegenden Falle eine Form des schulischen Nachsitzens.

¹⁷⁵⁴ Vgl. Möhring: Richter im Nationalsozialismus.

¹⁷⁵⁵ Hintergrund waren Machtkämpfe innerhalb der NSDAP zwischen Heinrich Keiser, der mit Fritz Sauckel verschwägert war, und dem Kreisleiter von Nordhausen, Heinz Sting. Vgl. Nordhausen im Nationalsozialismus. Ein historischer Wegweiser, hrsg. im Auftrag der Stiftung Gedenkstätten Buchenwald und Mittelbau-Dora Nordhausen 2010.

¹⁷⁵⁶ Daneben wurde das Gerücht gestreut, dass er nach dem Prozess mit einem Juden durch die Stadt geführt werden sollte. Vgl. LASA, C 127 Anh. Justiz PA K, Nr. 853, fol. 197.

Im Zuge der Anfeindungen sah sich die „Deutsche Justiz“ als Zeitungsorgan im Jahr 1935 veranlasst, einen beleidigenden Artikel gegen Martin Kastendieck in vergleichsweise scharfer Form zurückzuweisen.¹⁷⁵⁷ Daneben wurde Martin Kastendieck aus der Schusslinie genommen und im Dezember 1935 an das Oberlandesgericht Naumburg versetzt.¹⁷⁵⁸

Bezüglich der richterlichen Qualifikationen als Anhaltspunkte der Ernennung und gerichtlichen Praxis kann festgehalten werden, dass die eingesetzten Erbgesundheitsrichter größtenteils als Amts- und Landgerichtsräte fungierten und über größere berufliche Erfahrungen in der Zivilgerichtsbarkeit wie Mietrecht oder Arbeitsrecht und in der Strafgerichtsbarkeit, wie etwa im Jugendstrafrecht, verfügten. Unter Berücksichtigung der im Gesetzeskommentar formulierten richterlichen Qualifikationen in Entmündigungsverfahren oder Familienstrafrecht verfügte nur ein geringerer Anteil der Erbgesundheitsrichter über die explizit geforderten dienstlichen Erfahrungen. Darüber hinaus wurde zwei Richtern lediglich die Ausübung von Strafverfahren attestiert.

Insgesamt besaßen die ernannten Erbgesundheitsrichter mehrjährige Berufserfahrungen. Darüber hinaus beruhte ihre Ausbildung auf einem langjährigen Referendariat zwischen erster und großer Staatsprüfung, in dem sie unterschiedliche juristische Bereiche (Anwalt- und Staatsanwaltschaft, Haftvollzug, Straf- und Zivilgerichtsbarkeit) durchlaufen hatten und später, mit wenigen Ausnahmen, in verschiedenen zivil- und strafgerichtlichen Gebieten arbeiteten.

Die dienstlichen Einschätzungen beschreiben eine Gruppe, die zum Teil über gute oder mindestens durchschnittliche richterliche Eignungen verfügte, aber auch lediglich begrenzte richterliche Fähigkeiten aufwies.¹⁷⁵⁹ So erwecken einzelne Beurteilungen den Eindruck, dass ein Teil der Erbgesundheitsrichter in ihrer bisherigen rich-

¹⁷⁵⁷ „Der Berichterstatter der Zeitung mag sich darüber, ob die eine oder andere Entscheidung richtig ist, seine eigene Meinung bilden und sie auch den Lesern seiner Zeitung mitteilen. Aber dass er diese Angelegenheit dazu benützt, die Ehre eines Mannes zu kränken, einen Richter, der seines Amtes waltet, in der öffentlichen Meinung herabzusetzen, verbietet das geschriebene und missbilligt aufs schärfste das ungeschriebene Gesetz, das der Berichterstatter in seinem Artikel angezogen hat.“ Den Hintergrund bildete ein Urteil Kastendiecks, das die Entscheidung eines Standesbeamten, der eigenmächtig und ohne gesetzliche Grundlage die Ehe von als „minderwertig“ geltenden Ehepartnern verhindert hatte, aufhob. *LASA, C 127 Anh. Justiz PA K, Nr. 853, fol. 202.*

¹⁷⁵⁸ Im Jahr 1939 galt Martin Kastendieck in den Augen der NSDAP-Gauleitung als politisch „zuverlässig“. 1942 wurde er zum Senatspräsidenten ernannt. Vgl. *LASA, C 127 Anh. Justiz PA K, Nr. 853, fol. 147, 178, 186–188.*

¹⁷⁵⁹ Die Glaubwürdigkeit von dienstlichen Beurteilungen ist im Hinblick auf eine langjährige Betonung der persönlichen Qualifikationen durchaus als hoch einzuschätzen. Jedoch müssen positive Einschätzungen, etwa im Rahmen von Bewerbungen, auch kritisch betrachtet werden, da hier mitunter das Ziel verfolgt wurde, Richter in einem „guten Licht“ zu präsentieren, um ihre Versetzung zu ermöglichen.

terlichen Tätigkeit durchaus größere fachliche und persönliche Schwierigkeiten gezeigt hatte. Einem Richter in Magdeburg wurde 1930 eine schwache Leistung attestiert, und es wurde betont, dass er für Strafsachen ungeeignet sei.¹⁷⁶⁰ Einem weiteren Magdeburger Richter wurden durch das Oberlandesgericht Naumburg unzulängliche schriftliche Leistungen bescheinigt.¹⁷⁶¹ Weiterhin wurde einem Richter in Halle/Saale wiederholt die notwendige persönliche Energie abgesprochen, und er sei aus diesem Grund im richterlichen Dienst nur beschränkt verwendbar.¹⁷⁶² Einem anderen Erbgesundheitsrichter in Halle/Saale wurde bereits in den 1920er-Jahren eine tiefgehende juristische Veranlagung abgesprochen. Er verfüge über kein „scharfes juristisches Unterscheidungsvermögen“, besäße aber eisernen Fleiß und eine hochstehende Berufsehre.¹⁷⁶³ Der Erbgesundheitsrichter in Erfurt galt sowohl als schwerhörig und schwerfällig als auch als sehr gründlich.¹⁷⁶⁴

Die teilweise sehr negativen Einschätzungen, die im Verlauf der richterlichen Tätigkeit vorgenommen wurden, spiegeln durchaus die hohen qualifikatorischen Ansprüche innerhalb der Justiz wider, die fachliche und persönliche Fehler und Unzulänglichkeiten in hohem Maße ahndete. Demgegenüber können derartige dienstliche Hinweise aber auch als Anhaltspunkte dafür dienen, dass Richter als Vorsitzende oder Stellvertreter von Erbgesundheitsgerichten ernannt wurden, die im Geschäftsplan von Amts- und Landesgerichten nur begrenzt einsetzbar waren. Derartige Besetzungsmodalitäten weisen deutlich darauf hin, dass die Erbgesundheitsgerichte scheinbar häufiger mit als leistungsschwach oder unbegabt geltenden Richtern besetzt wurden. Darüber hinaus bot das Attribut „eiserner Fließ“ sicherlich auch die Gewähr der gerichtlichen Durchführung einer Vielzahl von Sterilisationsverfahren.

Zusammenfassend lässt sich an dieser Stelle konstatieren, dass es sich bei den Vorsitzenden und Stellvertretern der Erbgesundheitsgerichte in der preußischen Provinz Sachsen um eine homogene und – den gesellschaftlichen Verhältnissen der Weimarer Republik und juristischen Standesvorstellungen geschuldet – politisch überwiegend konservative Personengruppe handelte, die im Rahmen der nationalsozialistischen Machtergreifung der NSDAP beitrug, in der Folgezeit aber nur begrenzte parteipolitische Aktivitäten entwickelte und stattdessen eine richterlich begrenzte Karriere weitgehend bruchlos fortsetzte.

¹⁷⁶⁰ Vgl. LASA, C 127 Anh. Justiz PA G, Nr. 50, Bd. 2.

¹⁷⁶¹ Vgl. LASA, C 127 Anh. Justiz PA H, Nr. 689, Bd. 3.

¹⁷⁶² Vgl. LASA, C 127 Anh. Justiz PA T, Nr. 126.

¹⁷⁶³ LASA, C 127 Anh. Justiz PA K, Nr. 811, hier Bd. 2, fol. 81 c.

¹⁷⁶⁴ Vgl. ThHStAW, Personalakten aus dem Bereich Justiz Nr. 926, Bd. 4, fol. 116.

Eine fachliche Ausbildung oder Qualifikation in medizinischen, erbbiologischen oder rassenhygienischen Themenfeldern ist nicht überliefert, und es ist davon auszugehen, dass die Erbgesundheitsrichter in der preußischen Provinz Sachsen lediglich über medizinisch-psychiatrisches, erbbiologisches und auch rassenhygienisches Laienwissen verfügten. Um der unzureichenden Qualifikation entgegenzuwirken, führte das Reichsministerium des Innern seit 1934 spezielle rassenhygienische Schulungen durch, deren Teilnahme für Erbgesundheitsrichter verpflichtend war. Am Beispiel einer entsprechenden zentralen Schulung in Berlin im Februar 1934, die in den folgenden Jahren wiederholt stattfand, kann das Programm kurz umrissen werden.¹⁷⁶⁵ In den drei geplanten Tagen hielten etwa Leonardo Conti, später Reichsgesundheitsführer, einen Vortrag zu „Rassenhygiene im völkischen Staat“; Eugen Fischer,¹⁷⁶⁶ Direktor des Kaiser-Wilhelm Instituts (KWI) für Anthropologie, menschliche Erblehre und Eugenik, einen Beitrag zu „Erbforschung und Anwendung auf den Menschen“; Fritz Lenz, Eugeniker und ebenfalls am KWI tätig, zu „Ursachen der Entartung“; Otmar Freiherr von Verschuer,¹⁷⁶⁷ Rassenhygieniker und Mitglied des „Sachverständigenbeirates für Bevölkerungs- und Rassenpolitik beim Reichsinnenminister“, zu „Praktischer Erbprognosestellung für Sterilisierung“; Kurt Pohlisch,¹⁷⁶⁸ Psychiater und später als Gutachter im Rahmen der NS-„Euthanasie“ tätig, zu „Vorweisung von erbbedingten Geisteskrankheiten“; Martin Staemmler,¹⁷⁶⁹ Mediziner und Ordinarius in Kiel, zu „Bevölkerungsbewegung“ und schließlich Arthur Gütt zu „Das Gesetz zur

¹⁷⁶⁵ Vgl. LASA, C 128 Landgericht Magdeburg, Nr. 342: Erbgesundheitsgerichte, Generalakten, Bd. 1 (1933–1936), fol. 15–16; siehe auch LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Naumburg, Nr. 3: Richtlinien und Verfügungen betr. Erbgesundheitsgerichte, Generalakten (1934–1945), fol. 11–12.

¹⁷⁶⁶ Eugen Fischer (1874–1967), Anthropologe und Eugeniker, gründete 1927 zusammen mit Hermann Muckermann das Kaiser-Wilhelm-Institut für Anthropologie, menschliche Erblehre und Eugenik. 1933–1935 Rektor der Universität Berlin, 1940 Eintritt in die NSDAP. Vgl. Rimmele, Eva: Fischer, Eugen. In: Weiß (Hrsg.): Biographisches Lexikon, S. 122–123; Schmuhl: Grenzüberschreitungen.

¹⁷⁶⁷ Otmar Freiherr von Verschuer (1896–1969), Arzt und Rassenhygieniker, Teilnahme am Kapp-Putsch 1920, seit 1927 am Kaiser-Wilhelm-Institut für Anthropologie, menschliche Erblehre und Eugenik, seit Mai 1933 Mitglied des „Sachverständigenbeirates für Bevölkerungs- und Rassenpolitik beim Reichsinnenminister“ und somit an Beratungen zum nationalsozialistischen Sterilisationsgesetz beteiligt. Später Beisitzer am Erbgesundheitsgericht Berlin-Charlottenburg sowie Leiter des Instituts für Erbbiologie und Rassenhygiene an der Universität Frankfurt/Main. 1940 Eintritt in die NSDAP und Beteiligung an Menschenversuchen in Konzentrationslagern – hier etwa Zusammenarbeit mit Josef Mengele. Vgl. Klee: Personenlexikon, S. 639–640.

¹⁷⁶⁸ Kurt Pohlisch (1893–1955), Psychiater und Neurologe, 1934–1945 Professor für Neurologie und Psychiatrie an der Universität Bonn, seit 1937 NSDAP-Mitglied und seit 1940 Gutachter im Rahmen des nationalsozialistischen Krankemordes, hiervon jedoch frühzeitig entbunden. Vgl. Klee: Personenlexikon, S. 467–468; weiterführend Forsbach, Ralf: Die Medizinische Fakultät der Universität Bonn im „Dritten Reich“, München 2006.

¹⁷⁶⁹ Martin Staemmler (1890–1974), deutscher Mediziner, medizinische Lehrtätigkeit in Gießen, Chemnitz, Leipzig und Kiel. 1931 Beitritt zur NSDAP und Referent im Rassenpolitischen Amt. Vgl. Labisch/Tennstedt: Der Weg zum „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“, Bd. 2, S. 502.

Verhütung erbkranken Nachwuchses“.¹⁷⁷⁰ Die nun rassenhygienisch und erbbiologisch „geschulten“ Richter waren wiederum aufgefordert, an ihren Dienstorten Vorträge über die Grundlagen und Ziele der nationalsozialistischen Zwangssterilisation zu halten, um so die männlichen und weiblichen Mitarbeiter der jeweiligen Land- und Amtsgerichte zu informieren und anzuleiten.

Die Auswahl an exponierten rassenhygienischen und eugenischen Medizinern sowie maßgebenden politischen Vertretern des „Dritten Reiches“ verdeutlicht das hohe Interesse des Reichsinnenministeriums, sowohl die beteiligten Richter von den bevölkerungspolitischen Zielen des Sterilisationsgesetzes zu überzeugen als auch die Beurteilung von „Erbleiden“ zielgerichtet vorzugeben. Gleichzeitig kann weitgehend ausgeschlossen werden, dass auf der Grundlage von drei Schulungstagen eine hinreichend erbbiologische Qualifikation medizinisch ungebildeter Richter erbracht werden konnte. Der Zweck von regelmäßigen Schulungen, an denen neu ernannte Erbgesundheitsrichter teilnehmen sollten, lag vielmehr auf einer grundständigen Einführung der rassenhygienischen Ziele des Dritten Reiches.

Die Beurteilung der Diensttätigkeit von Erbgesundheitsrichtern in der preußischen Provinz Sachsen war trotz der geringen medizinisch-psychiatrischen Vorbildung, der mitunter neuartigen und unbekannteren Verfahrensfragen sowie der Durchführung einer Vielzahl von Verfahren durchgängig positiv. So wurde dem Erbgesundheitsrichter von Nordhausen, Adolf Meischeider, 1936 bescheinigt, er sei „durchaus ausreichend befähigt und leistet ausreichendes. Eifrig und besonderes den Erbgesundheitssachen, die ihm zugeteilt sind, Interesse und Verständnis zuwendend.“¹⁷⁷¹ Dem Erbgesundheitsrichter von Erfurt, Ernst du Plat, wurde attestiert: „Amtsgerichtsrat du Plat ist sehr befähigt, vielseitig und fein gebildet. Er arbeitet mit außerordentlicher Gründlichkeit, indem er sich jeder einzelnen Sache eingehend unter Heranziehung des gesamten einschlägigen Schrifttums annimmt. So bietet er – da es ihm durchaus nicht an praktischem Blick und an Lebenserfahrung fehlt – auf den von ihm bearbeiteten neuen Gebieten des Erbgesundheitsrechts und des Anerbenrechts außergewöhnlich vertiefte und zuverlässige Leistungen.“¹⁷⁷² Und Walter Venediger, der 1935 den Vorsitz des Erbgesundheitsgerichts in Halle/Saale führte und später an das Oberlandesge-

¹⁷⁷⁰ Vgl. LHASA MD C 128 I g Landgericht Magdeburg, Nr. 342: Erbgesundheitsgerichte, Generalakten, Bd. 1, 1933–1936, fol. 16.

¹⁷⁷¹ ThHStAW, Personalakten aus dem Bereich Justiz Nr. 7929., hier Bd. 3, fol. 224.

¹⁷⁷² ThHStAW, Personalakten aus dem Bereich Justiz Nr. 9264, Bd. 4, fol. 116.

richt Naumburg versetzt wurde, habe „sich mit seinem Verständnis in dieses neue Arbeitsgebiet hineingefunden und bringt dieser seiner neuen dienstlichen Aufgabe ein sehr reges Interesse entgegen“.¹⁷⁷³

Zum Abschluss der vorliegenden Betrachtung des richterlichen Personals werden biographische Skizzen dargestellt, die die bisherigen Ergebnisse paradigmatisch an einzelnen Erbgesundheitsrichtern der preußischen Provinz Sachsen abbilden. So kann stellvertretend auf den langjährigen Vorsitzenden des Erbgesundheitsgerichts in Magdeburg, Georg Köhnicke, verwiesen werden.¹⁷⁷⁴ Köhnicke wurde 1891 in Magdeburg als Sohn eines Lehrers geboren.¹⁷⁷⁵ 1914 meldete er sich freiwillig zum Kriegsdienst, geriet früh in französische Kriegsgefangenschaft, aus der er im Jahr 1920 entlassen wurde. In den folgenden Jahren beendete er sein Rechtsstudium und begann 1927 seine Diensttätigkeit am Amtsgericht Magdeburg als Amtsgerichtsrat. Seine Leistungen wurden während des Referendariats bereits als „voll befriedigend“ beurteilt und seine Tätigkeit als Einzelrichter in Zivil- und Strafsachen im Jahr 1928 als „fleißig, flott, pünktlich und gewissenhaft“ eingeschätzt.¹⁷⁷⁶ Er sei im Ganzen „gewandt und zweckdienlich“ und seine Urteile seien sorgfältig begründet.¹⁷⁷⁷

Seit 1934 fungierte Georg Köhnicke, der am 1. Mai 1933 der NSDAP beigetreten war, als Stellvertreter des Erbgesundheitsgerichts Magdeburg.¹⁷⁷⁸ Spätestens im Jahr 1936 wurde er vorsitzender Richter.¹⁷⁷⁹ Zu diesem Zeitpunkt bewarb sich Georg Köhnicke auch um die Stelle als Amtsgerichtsdirektor in Magdeburg, die er jedoch nicht erhielt.¹⁷⁸⁰ Spätere Bewerbungen, etwa um eine Direktorenstelle am Landgericht

¹⁷⁷³ LASA, C 127 Anh. Justiz PA V, Nr. 14, Bd. 1, fol. 95.

¹⁷⁷⁴ Vgl. LASA, C 127 Anh. Justiz PA K, Nr. 347, 4 Bde.

¹⁷⁷⁵ Vgl. LASA, C 127 Anh. Justiz PA K, Nr. 347, 4 Bde. Vgl. auch Justiz im Nationalsozialismus, S. 199.

¹⁷⁷⁶ LASA, C 127 Anh. Justiz PA K, Nr. 347, hier Bd. 3, fol. 7.

¹⁷⁷⁷ LASA, C 127 Anh. Justiz PA K, Nr. 347, Bd. 3, fol. 7.

¹⁷⁷⁸ Zunächst wurde Dr. Springguth, zu dem keine Personalakte überliefert ist, zum Vorsitzenden des Erbgesundheitsgerichts Magdeburg vorgeschlagen und Georg Köhnicke zum Stellvertreter. Vgl. LASA, C 128 Landgericht Magdeburg, Nr. 342: Erbgesundheitsgerichte, Generalakten, Bd. 1 (1933–1936), fol. 3.

¹⁷⁷⁹ Der Zeitpunkt der Ernennung zum Vorsitzenden ist nicht genau nachweisbar, jedoch deutet ein mittelbarer Hinweis darauf hin, dass Georg Köhnicke im Jahr 1936 Vorsitzender des Erbgesundheitsgerichts Magdeburg wurde. Die Gründe zur Ablösung seines Vorgängers, der daraufhin Stellvertreter Köhnickes am Erbgesundheitsgericht in Magdeburg wurde, können nicht geklärt werden. Hierbei handelt es sich um eine Abordnung für eine Schulung, vgl. LASA, C 128 Landgericht Magdeburg, Nr. 343: Erbgesundheitsgerichte, Generalakten, Bd. 2 (1935–1936), fol. 26.

¹⁷⁸⁰ Die Stelle als Amtsgerichtsdirektor erhielt Dr. Helmut Friedrich, seit 1927 Mitglied der NSDAP. Friedrich übernahm zahlreiche parteipolitische Ämter und urteilte später auch in Erbgesundheitsgerichtsverfahren. Er bat im Februar 1942 um die Versetzung in die „Ostgebiete“, wurde dem Reichsminister für die besetzten Ostgebiete, Alfred Rosenberg, zur Verfügung gestellt und war schließlich Leiter der Abteilung Rechtswesen beim Generalkommissar Minsk (Ostland) unter Wilhelm Kube, später Curt von Gottberg. Friedrich, der Ende 1944 nach Magdeburg zurückkehrte und

Hannover, waren ebenfalls nicht erfolgreich. Walter Pistor,¹⁷⁸¹ Vizepräsident des Oberlandesgerichts Naumburg, beurteilte Georg Köhnicke in Vertretung des Oberlandesgerichtspräsidenten im August 1936 folgendermaßen: „Dem Amte eines Vorsitzenden im Erbgesundheitsgericht, das er jetzt ausübt, hat er sich voll gewachsen gezeigt. Besondere Verwaltungserfahrungen, wie sie für das Amt eines Amtsgerichtsdirektors erwünscht sind, besitzt er nicht, jedoch würde ihm neben seinem großen Fleiß die genaue Kenntnis der Verhältnisse in Magdeburg zustattenkommen. Georg Köhnicke steht unbedingt auf dem Boden des nationalsozialistischen Staates. Seine Führung war stets tadellos.“¹⁷⁸²

Seine Amtstätigkeit als Vorsitzender des Erbgesundheitsgerichts Magdeburg wurde durchgehend positiv eingeschätzt. Er habe sich hinreichende erbbiologische Kenntnisse angeeignet und arbeite einvernehmlich mit den beamteten und nicht-beamteten Ärzten.¹⁷⁸³ Trotz der positiven Einschätzungen verblieb Georg Köhnicke am Amtsgericht Magdeburg. Bewerbungen an Landgerichten, die eine Beförderung bedeuteten hätten, blieben erfolglos. Demgegenüber steht die Diensttätigkeit von Julius Walter Kettmann für einen fleißigen, aber leistungsschwachen Richter, der in einen starken Konflikt mit der NSDAP geriet und trotz der heftigen Auseinandersetzungen Vorsitzender des Erbgesundheitsgerichts Halle/Saale blieb.¹⁷⁸⁴

Julius Walter Kettmann wurde am 1. Januar 1892 in Catersdorf bei Zeitz, Regierungsbezirk Merseburg, als Sohn eines Gutsbesitzers geboren. Sein Reifezeugnis war genügend, die erste Staatsprüfung legte er Anfang 1914 ab und absolvierte anschließend bis 1918 Militärdienst. Dort bekleidete er den Rang eines Leutnants der Reserve und errang unterschiedliche militärische Auszeichnungen. Da er die große Staatsprüfung nach zwei Fehlversuchen nicht bestanden hatte, arbeitete er nach dem Krieg zunächst als Justizobersekretär. Seinem Antrag auf Wiederholung der großen Staatsprüfung wurde jedoch später stattgegeben. Er absolvierte die Prüfung erfolgreich und bekleidete ab 1928 die Funktion eines Amts- und Landrichters in Halle/Saale.

schließlich als „Landeschütze“ in der Wehrmacht diente, verstarb im September 1945 in einem Lazarett in der Nähe von Donezk. Vgl. LHASA, MD, Rep. C 127 Anh. Justiz PA F Nr. 209, 3 Bde.

¹⁷⁸¹ Zu Walter Pistor siehe Möhring: Richter im Nationalsozialismus, S. 132–136.

¹⁷⁸² LASA, C 127 Anh. Justiz PA F, Nr. 209, Bd. 3, fol. 26.

¹⁷⁸³ So urteilte der Amtsgerichtsdirektor in Magdeburg, dass Georg Köhnicke „seine Dienstgeschäfte pünktlich, fleißig und sehr gewissenhaft“ erledige. „Seine Urteile in Straf- und Zivilsachen sind klar und sorgfältig begründet, seine Verhandlungsführung ist ruhig und sicher. Geschickt und im besten Einvernehmen mit den mitwirkenden Ärzten führt er die Geschäfte des Erbgesundheitsgerichts, wobei er sich genaue Kenntnisse auf erbbiologischem Gebiet angeeignet hat.“ LASA, C 127 Anh. Justiz PA K, Nr. 347, Bd. 3, fol. 10.

¹⁷⁸⁴ Vgl. LASA, C 127 Anh. Justiz PA K, Nr. 811, 5 Bde.

Folgende Einschätzung seiner Dienstätigkeit aus dem Jahr 1928 kann stellvertretend als grundsätzliche Beurteilung seiner richterlichen Leistungen herangezogen werden: „Seine Entwicklung zeigt eine aufsteigende Linie. Was ihm an Veranlagung abgeht, ersetzt er durch eisernen Fleiß und lobenswerte Berufstreue. Er arbeitet pünktlich und ist regelmäßig auf dem Laufenden. [...] Seine Bestellung zum Amts- und Landrichter hat ihm einen weiteren Auftrieb gegeben. In der Verwaltung einer Zivilabteilung zeigt er sich den großstädtischen Anforderungen gewachsen.“¹⁷⁸⁵

Julius Walter Kettmann wurde vermutlich 1934 mit dem Vorsitz des Erbgesundheitsgerichts in Halle/Saale betraut. Als Ernennungsgründe erscheinen sein hohes Arbeitsvolumen sowie seine administrative Vielseitigkeit und vermutlich auch richterliche Ersetzbarkeit. Am 1. Mai 1933 war er der NSDAP beigetreten, trat jedoch Ende Juli 1934 wieder aus, indem er seine Mitgliedskarte ohne Erklärung an die Parteizentrale in München zurücksandte. Trotz dieses Affronts blieb Julius Walter Kettmann Vorsitzender des Erbgesundheitsgerichts.¹⁷⁸⁶

Ein wichtiger Grund für seinen Verbleib kann in der schützenden Haltung des Landgerichtspräsidenten in Halle/Saale gesehen werden, der 1936 die besonderen Standesvorstellungen Kettmanns betonte sowie die Gründe des Parteiaustritts zu erklären suchte.¹⁷⁸⁷ Dabei beschrieb er auch die richterlichen Fähigkeiten Julius Walter Kettmanns: „Er ist zwar kein feingeschliffener Jurist. Was ihm an Tiefe der juristischen Veranlagung abgeht, ersetzt er aber durch seine vornehme Dienstauffassung und seinen Pflichteifer. Man kann sich unbedenklich auf ihn verlassen. [...] Seit einigen Jahren ist er in die Geschäfte des Erbgesundheitsgerichtes hineingewachsen, dem er mit vollem Verständnis für die große nationale und völkische Tragweite der einschlägigen Gesetzgebung und mit Umsicht und praktischem Sinn vorsitzt.“¹⁷⁸⁸ Die Gaulei-

¹⁷⁸⁵ LASA, C 127 Anh. Justiz PA K, Nr. 811, Bd. 2, fol. 76a.

¹⁷⁸⁶ Die Motive für den Parteiaustritt konnten nicht geklärt werden, da keine persönliche Stellungnahme überliefert ist. Jedoch scheint Kettmann Auseinandersetzungen mit parteipolitischen Leitern und Parteimitgliedern gehabt zu haben. Hierbei habe er sich über „mancherlei Anordnungen und Äußerungen“ sehr erregt und sich dazu entschieden, aus der NSDAP auszuschneiden. LASA, C 127 Anh. Justiz PA K, Nr. 811, Bd. 3, fol. 189–192.

¹⁷⁸⁷ „Kettmann, ein aufrechter Mann mit prächtigem Charakter, hängt seinem Beruf mit vollem Herzen an. [...] Ich halte seine politische Zuverlässigkeit für unbedenklich. Er ist zwar aus der Partei ausgetreten [...]. Es dürfte aber lediglich auf übertriebene Gewissenhaftigkeit und Bescheidenheit zurückzuführen sein, wenn er sich in der Wahl seiner Mittel vergriffen hat. Er hängt dem Führer seit 1931 an und ist nach seiner Lebensauffassung nach meiner Beobachtung als guter Nationalsozialist, frei von jedem eigensüchtigen Wunsche, einzuschätzen. Es liegt ihm nicht, irgendwie hervorzutreten; er hält sich zurück, er drängt sich zu nichts.“ LASA, C 127 Anh. Justiz PA K, Nr. 811, Bd. 2, fol. 85.

¹⁷⁸⁸ LASA, C 127 Anh. Justiz PA K, Nr. 811, Bd. 2, fol. 85.

gung der NSDAP akzeptierte die Erklärung des Landesgerichtspräsidenten. Demgegenüber attackierte der Nationalsozialistische Rechtswahrerbund auf einem „Gauehengericht des Bundes nationalsozialistischer deutscher Juristen Gau Naumburg/Saale mit Sitz in Halle/Saale“ im August 1936 Kettmann scharf und warf ihm Scheinheiligkeit und Opportunismus vor.¹⁷⁸⁹ Darüber hinaus schädigte Kettmann das Ansehen des Nationalsozialistischen Rechtswahrerbundes, dessen Mitglied er ist, und es könne nicht geduldet werden, „dass Volksgenossen zu seinen Mitgliedern zählen, die der Partei den Rücken gekehrt haben und sie ablehnen“.¹⁷⁹⁰ Dem Ausschluss aus dem Nationalsozialistischen Rechtswahrerbund war ein Ehrengerichtshof der Deutschen Rechtsfront im Mai 1936 vorausgegangen, welcher feststellte, dass Kettmann aufgrund seines Parteiaustrittes nicht länger tragbar sei, da er den nationalsozialistischen „Orden“ vor allem im Zuge des so genannten „Röhm-Putsches“ aus persönlichen Motiven verlassen habe, was bewiese, dass ihm die „innige Verbundenheit“ zur Bewegung und die notwendige „Selbstdisziplin“ fehle.¹⁷⁹¹ Kettmann wies die Anschuldigungen zurück. Er würde als „Beschuldigter“ bezeichnet und müsse bestraft werden, wobei das „Urteil in Widerspruch zu der Anordnung des Stellvertreters des Führers [stehe], wonach die Mitgliedschaft zur NSDAP freiwillig ist und ein Zwang nicht ausgeübt werden darf. Ein schärferer Zwang als Bestrafung durch den Ehrengerichtshof im Falle der Aufgabe der Parteimitgliedschaft ist wohl nicht gut denkbar.“¹⁷⁹²

¹⁷⁸⁹ „Wer als Parteigenosse der Partei, zu der er sich noch dazu erst nach der Machtübernahme gefunden hat, freiwillig den Rücken kehrt, bringt zum Ausdruck, dass er die Partei ablehne, und zwar ganz gleich aus welchen Gründen der Austritt erfolgt. Jeder Nationalsozialist muss sich der Partei so verbunden fühlen und so viel Disziplin haben, dass er sich zu einem derartigen Schritt nicht hinreissen lässt.“ *LASA*, C 127 Anh. Justiz PA K, Nr. 811, Bd. 3, unfol.

¹⁷⁹⁰ *LASA*, C 127 Anh. Justiz PA K, Nr. 811, Bd. 3, unfol.

¹⁷⁹¹ Der Ehrengerichtshof bezeichnet die NSDAP nahezu durchweg als einen Orden, was auf die Vorstellung eines bündischen Verbandes hinweist, in dem Treue, Disziplin und Gehorsam maßgebliche Attribute bilden. Kettmanns Austritt wird weiterhin in den Kontext des so genannten „Röhm-Putsches“ gestellt, der propagandistisch als Angriff auf den Nationalsozialismus dargestellt wurde, im Kern jedoch die spontane, aber zielgerichtete Tötung von potentiellen Gegnern und abtrünnigen Weggefährten bildete. Vgl. u. a. Kershaw: *Hitler*, Bd. 1, S. 629–662.

¹⁷⁹² Im Hinblick auf seine Motive des Parteiaustrittes und die Feststellung des Ehrengerichtshofs führte Julius Walter Kettmann weiterhin aus: Die Behauptung, „mein Austritt aus der NSDAP lässt erkennen, daß ich damit jedenfalls die Weltanschauung der NSDAP ablehne“, stellt nur eine Behauptung dar, die ohne jede Erläuterung und Begründung gegeben ist. Wie man zu dieser Ansicht kommen kann, nachdem ich ausführlich die Gründe meines Austrittes dargelegt habe, wird mir und jedem dritten unerklärlich bleiben. Die Gründe meines Austrittes aus der NSDAP, die ich erst auf Anheimgen seitens des Herrn Präsidenten des Ehrengerichtshofs mitgeteilt habe, sind im Urteil in keiner Weise sachlich geprüft und gewürdigt worden. Weshalb mir dann überhaupt anheim gegeben wurde, die Gründe des Austrittes anzuführen, wenn sachliche Prüfung der Gründe nicht vorgenommen und die einfache Tatsache des Austrittes aus der NSDAP als genügende Grundlage für eine Bestrafung angesehen wird, ist mir unverständlich.“ *LASA*, C 127 Anh. Justiz PA K, Nr. 811, Bd. 3, fol. 186–187.

Die Auseinandersetzung zwischen Kettmann und dem Nationalsozialistischen Rechtswahrerbund, die sicherlich nicht verallgemeinert werden kann, verdeutlicht dennoch exemplarisch die persönliche Haltung sowie dienstliche und politische Einstellung von Erbgesundheitsrichtern. Die deutliche parteipolitische Abgrenzung steht in keiner unmittelbaren Beziehung zur Ablehnung von nationalsozialistischen Wert- oder beruflichen Standesauffassungen. Dementsprechend besteht für Kettmann auch kein Widerspruch in der Tatsache, dass er trotz der massiven parteipolitischen Anfeindungen als Erbgesundheitsrichter an der rassenhygienischen Gestaltung des Dritten Reichs aktiv, engagiert und couragiert mitwirkt. Auch wenn dieses Beispiel sicherlich nicht nur in der preußischen Provinz Sachsen eine Ausnahme bildet, so verdeutlicht der Parteiaustritt Kettmanns ebenso deutlich, dass die richterliche Besetzung von Erbgesundheitsgerichten keineswegs zwingend von parteipolitischen Beweggründen abhängig war.¹⁷⁹³

Insgesamt bleibt oftmals unklar, aus welchen Gründen die einzelnen Richter konkret vorgeschlagen wurden oder ob sie sich freiwillig bewarben. Etwaige Umbesetzungen erfolgten aus Altersgründen und nicht aus politisch-ideologischen Gründen. Im Hinblick auf die Verwaltungsakten sowie Personaldokumente war für die richterliche Besetzung der Erbgesundheitsgerichte die geschäftliche Organisation des Amtsgerichts verantwortlich. Damit verbunden weisen die vorliegenden quantitativen wie qualitativen Ergebnisse deutlicher darauf hin, dass die Erbgesundheitsrichter der preußischen Provinz Sachsen weniger dem Bild einer nationalsozialistischen Elite entsprachen, sondern eher als eine konturlose, leistungsschwächere, aber fleißige und im Gerichtswesen auch ersetzbare Berufsgruppe aufzufassen sind. Diesbezüglich unterschied sich die Ernennung der Erbgesundheitsrichter von der Auswahl der medizinischen Beisitzer, welche an konkrete politische Überprüfungen sowohl durch die Regierungspräsidenten als auch die NSDAP-Gauleitungen geknüpft war, wodurch ein höherer parteipolitischer Einfluss auf die Besetzung gesichert wurde.

6.2.3 Die ärztlichen Beisitzer

Das Gremium eines Erbgesundheitsgerichts wurde von einem richterlichen Vorsitzenden sowie von zwei medizinischen Beisitzern gebildet. Hierbei handelte es sich um einen beamteten Mediziner, zumeist Amtsärzte, und einen nicht beamteten Mediziner,

¹⁷⁹³ Inwiefern die weitere Tätigkeit Kettmanns zumindest mittelbar durch personelle Probleme im Justizsektor begründet wurde, kann nicht geklärt werden.

vorwiegend freipraktizierende oder in Krankenhäusern angestellte Ärzte. Die Besetzungsmodalitäten waren zwischen Justiz und Verwaltung aufgeteilt. Dem zuständigen Amtsgerichtsdirektor oblag das Recht der Ernennung der beamteten und nicht-beamteten medizinischen Beisitzer. Weiterhin zeigte er gegenüber dem Regierungspräsidenten die Notwendigkeit von Neubesetzungen oder personellen Erweiterungen von medizinischen Beisitzern an. In Anbetracht der personellen Erfordernisse hatte der Regierungspräsident demgegenüber die Aufgabe, konkrete Besetzungsvorschläge zu unterbreiten. Zur Wahrung parteipolitischer sowie herrschaftlicher Interessen wurden die zuständige Gauleitung der NSDAP oder weitere parteipolitische Dienststellen zum Auswahlverfahren hinzugezogen. Die Auswahl und Besetzung orientierte sich demzufolge vornehmlich an administrativen und parteipolitischen Gesichtspunkten, sodass seitens der NSDAP die Möglichkeit gewahrt wurde, zumindest zielgerichteten Einfluss auf die Besetzung von Erbgesundheitsgerichten zu nehmen. Der Justiz blieb hingegen das formale Recht der Ernennung.

Die Ausführungen der formalen Richtlinien zu den qualifikatorischen Voraussetzungen der medizinischen Beisitzer in den Erbgesundheitsgerichten waren begrenzt. Der Gesetzestext hielt zwar ausdrücklich fest, dass es sich bei nicht-beamteten Medizinern um Ärzte handeln müsse, die „mit der Erbgesundheitslehre besonders vertraut“ seien.¹⁷⁹⁴ Jedoch führte der Gesetzeskommentar keine spezifischen Parameter auf. Die Erläuterungen verweisen lediglich auf die notwendige Approbation, die „sich aus § 29 der Gewerbeordnung nebst Ausführungsbestimmungen“¹⁷⁹⁵ ergebe. Die formalen Anforderungen an die beamteten Mediziner bezogen sich demgegenüber nur auf die Frage, wer als beamteter Arzt anzusehen sei.¹⁷⁹⁶

In den Vorgaben wurde lediglich allgemeinverbindlich festgelegt, dass die jeweiligen Vertreter „dieselben Bedingungen erfüllen müssen, wie sie für die hauptamtlichen Mitglieder vorgesehen sind“.¹⁷⁹⁷ Aus diesen administrativen Richtlinien ergibt sich, dass spezifische erbbiologische oder rassenhygienische Qualifikationen oder medizinische Erfahrungen zwar eingefordert wurden, jedoch die medizinische Approbation als hinlängliche Eignung galt. Hierdurch war ein breiter Kreis von Ärzten diverser fachlicher Qualifikationen einsetzbar.

¹⁷⁹⁴ Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 57.

¹⁷⁹⁵ Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 130.

¹⁷⁹⁶ Vgl. Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 137.

¹⁷⁹⁷ Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 146.

Der Kreis von beamteten Medizинern als Beisitzern von Erbgesundheitsgerichten rekrutierte sich in der preußischen Provinz Sachsen größtenteils aus Amtsärzten des jeweiligen Amtsgerichtsbezirks. Hingegen wurden Leiter von psychiatrischen Einrichtungen oder ihre Stellvertreter, die ebenfalls als beamtete Ärzte galten und im Dienst der Provinzialverwaltung standen, kaum herangezogen. Diese Besetzungsmodalität ist überraschend, verfügten doch gerade Psychiater über eine hinreichende fachliche Qualifikation. Außerdem hatte der Landeshauptmann als Leiter des Provinzialverbandes dem Oberpräsidenten der preußischen Provinz Sachsen bereits am 20. Januar 1934 nahezu jeden Leiter der psychiatrischen Anstalten als beamteten Beisitzer vorgeschlagen.¹⁷⁹⁸ Die Vorschläge wurden in Anbetracht der späteren Besetzung der Erbgesundheitsgerichte jedoch nicht berücksichtigt. Die etwaigen Gründe hierfür können nicht exakt erschlossen werden.¹⁷⁹⁹

Auf der Grundlage der regionalen Überlieferung wurden für jedes Erbgesundheitsgericht in der preußischen Provinz Sachsen zunächst drei Ärzte als beamtete medizinische Beisitzer ernannt. Ihre Tätigkeit war zunächst auf ein Jahr begrenzt, ab 1936 wurde diese Frist auf zwei Jahre erhöht. Von Beginn an wurde die politische Gewähr durch die zuständigen Gauleitungen überprüft. Dabei spielte die Mitgliedschaft in der NSDAP zumindest für den Regierungsbezirk Magdeburg keine ausschlaggebende Bedeutung. Zwar waren am Erbgesundheitsgericht Halberstadt alle drei beamteten Ärzte Mitglied der NSDAP, jedoch waren zwei von ihnen erst im Mai 1933 der NSDAP beigetreten. In Magdeburg hingegen gehörte im Jahr 1934 kein beamteter Mediziner der NSDAP an. Jedoch erhöhte sich im Verlauf der 1930er-Jahre infolge von parteipolitischem Druck sukzessive der Anteil an NSDAP-Mitgliedern.¹⁸⁰⁰

¹⁷⁹⁸ Vgl. LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 17.

¹⁷⁹⁹ Die Gründe könnten in der zeitlichen Beanspruchung von psychiatrischen Einrichtungen der Provinz sowie in der besonderen Rolle von beamteten Psychiatern als Antragssteller und Gutachter im Sterilisationsverfahren liegen.

¹⁸⁰⁰ Vgl. Kap. 3.3.2. Im Jahr 1936 erfolgte zudem ein Runderlass, der vorschrieb, dass die „Amtsärzte als Leiter von Gesundheitsämtern, die als Mitglieder der NSDAP von den zuständigen Parteidienststellen ersucht werden, die Leitung eines Amtes für Volksgesundheit zu übernehmen, [...] dieser Aufforderung nach Möglichkeit zu entsprechen“ haben. Insofern wurden die Amtsärzte aufgefordert, nicht nur der NSDAP beizutreten, sondern auch parteipolitische Ämter zu übernehmen, um sowohl eine zielgerichtete Gesundheitspolitik als auch eine politisch intendierte medizinische Durchdringung der Gesellschaft zu ermöglichen. LASA, C 20 I, Ib Nr. 1545: Öffentliche Gesundheitspflege. Zusammenarbeit der staatlichen Gesundheitsämter (mit den Ämtern für Volksgesundheit der NSDAP) (1934–1936), fol. 6.

In seltenen Fällen wurden beamtete Mediziner von ihrer Funktion entbunden, sodass die 1934 vorgeschlagenen beamteten Amtsärzte weitgehend bis zum Jahresende 1944 als gerichtliche Beisitzer fungierten.¹⁸⁰¹ Punktuelle Veränderungen wurden zumeist von personellen Engpässen hervorgerufen. So stellte der Vorsitzende des Erbgesundheitsgerichts Magdeburg 1936 den Antrag, die Anzahl der beamteten Amtsärzte zu erhöhen: „Auf Wunsch der beamteten ärztlichen Mitglieder des hiesigen Erbgesundheitsgerichts [...] bitte ich, in der Gruppe der beamteten Ärzte ebenfalls ein weiteres Mitglied zu bestellen. Zur Zeit werden laufend von Herrn Medizinalrat Dr. Jeske als für Magdeburg zuständigen Kreisarzt sehr viele Anträge auf Unfruchtbarmachung gestellt, so daß er bei der Entscheidung nicht mitwirken kann. Herr Medizinalrat Dr. André ferner ist sehr oft an der Teilnahme der Sitzungen verhindert, da er als Gerichtsarzt viel in Anspruch genommen wird. Es ist wiederholt vorgekommen, daß die Sitzungen in Erbgesundheitssachen gestört wurden, weil Herr Medizinalrat Dr. André anderweitig eilig benötigt wurde. Es bedarf keiner Erörterung, daß derartige Störungen und Unterbrechungen, wenn sie sich wiederholt ereignen, der Bevölkerung mißliebig erscheinen. Der schließlich noch übrig bleibende Herr Medizinalrat Dr. Schmidt ist, wie er erklärt, derart geschäftlich belastet, daß er auch nicht fortwährend als Beisitzer einspringen kann.“¹⁸⁰² Das Erbgesundheitsgericht Magdeburg war in den ersten Jahren sowohl mit einer hohen Antragszahl als auch personellen Schwierigkeiten konfrontiert aufgrund der Vorschriften des Sterilisationsgesetzes sowie unabdingbarer Amtsgeschäfte der beamteten Beisitzer. Dem Antrag des richterlichen Vorsitzenden wurde entsprochen und schließlich Dr. Simon, Amtsarzt in Neuhaldensleben, als vierter beamteter Beisitzer benannt.¹⁸⁰³

Vergleichbare personelle Probleme bestanden zu diesem Zeitpunkt mindestens auch an den Erbgesundheitsgerichten Erfurt, Halberstadt, Halle/Saale und Naumburg, sodass dort ebenfalls die Durchführung von Verhandlungen gestört und teilweise die Anzahl beamteter Ärzte erhöht wurde.¹⁸⁰⁴ Demnach muss für die Anfangsjahre der nationalsozialistischen Zwangssterilisation konstatiert werden, dass über die Hälfte

¹⁸⁰¹ Die maßgeblichen Gründe für die Entbindung beamteter Ärzte bestanden hauptsächlich in ihrer Versetzung oder in ihrer Pensionierung.

¹⁸⁰² LASA, C 128 Landgericht Magdeburg, Nr. 343: Erbgesundheitsgerichte, Generalakten, Bd. 2 (1935–1936), fol. 40.

¹⁸⁰³ Vgl. LASA, C 128 Landgericht Magdeburg, Nr. 343: Erbgesundheitsgerichte, Generalakten, Bd. 2 (1935–1936), fol. 46–48.

¹⁸⁰⁴ Vgl. LASA, C 127, Nr. 1157: Einzelsachen, Bd. 1: 1936–1944, 1946, fol. 4, 34–35, 61; LASA, C 128 Landgericht Naumburg, Nr. 142: Besetzung der Erbgesundheitsgerichte und Erlasse des Reichsministers der Justiz über die Durchführung des Gesetzes zur Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, Bd. 1: 1934–1936, fol. 23.

der Erbgesundheitsgerichte der preußischen Provinz Sachsen erhebliche personelle Probleme mit beamteten medizinischen Beisitzern aufwies. Hierdurch wurde in nicht unerheblichem Maße die Verhandlungs- und Begutachtungspraxis geprägt, da Verhandlungen verschoben oder unter Zeitdruck durchgeführt werden mussten.

Für einen Teil der Erbgesundheitsgerichte in der preußischen Provinz Sachsen kann infolge der Abnahme der Antragszahlen ab circa 1936 eine kurzfristige Entspannung festgehalten werden. Demgegenüber betonten einzelne Gerichte die Notwendigkeit der Ergänzung des medizinischen Personals. Im Rahmen von Planungen für das Jahre 1937 teilte der Vorsitzende des Erbgesundheitsgerichts Naumburg seiner vorgesetzten Dienstbehörde mit, dass die medizinischen Beisitzer gebeten hätten, nicht zu häufig gerichtlich in Anspruch genommen zu werden.¹⁸⁰⁵ Die Gründe lägen einerseits in den nun von den Amtsärzten beantragten „Grenzfällen“, deren Beurteilung eine längere Zeit in Anspruch nehmen würde, und andererseits in einem Anstieg der Geschäftszahlen, die 1936 circa doppelt so hoch waren wie 1935, und die Entwicklung für das Jahr 1937 nicht abgeschätzt werden könne.¹⁸⁰⁶

Weiterhin seien im Gesundheitsamt Naumburg zwei Hilfsärzte angestellt worden, sodass dort von einer intensiven Antragsstellung ausgegangen werden müsse. In diesem Zusammenhang habe der Amtsarzt des Gesundheitsamtes Naumburg, Dr. Gundermann, den Vorschlag unterbreitet, im Erbgesundheitsgericht Naumburg statt zwei nun vier Kammern zu eröffnen.¹⁸⁰⁷ Die unterschiedlichen betrieblichen Grundlagen der Erbgesundheitsgerichte kollidierten demnach mit spezifischen Entwicklungen in den Amtsgerichtsbezirken, sodass für die preußische Provinz Sachsen lediglich von einer partiellen personellen Entspannung gesprochen werden kann.

Die erheblichen personellen Probleme der Erbgesundheitsgerichte, die zum Teil seit 1936 etwas nachließen, verschärfen sich am Ende der 1930er-Jahre abermals. Verantwortlich hierfür war jedoch nicht der Anstieg von Antragszahlen, sondern die dienstliche Inanspruchnahme infolge des Ehegesundheitsgesetzes, der erbbiologischen Bestandsaufnahme sowie Abkommandierungen zu militärischen Übungen.

¹⁸⁰⁵ Vgl. LASA, C 128 Landgericht Naumburg, Nr. 140: Einzelsachen der Erbgesundheitsgerichte und Ernennung der richterlichen und ärztlichen Mitglieder (1936), fol. 18–20.

¹⁸⁰⁶ Vgl. LASA, C 128 Landgericht Naumburg, Nr. 140: Einzelsachen der Erbgesundheitsgerichte und Ernennung der richterlichen und ärztlichen Mitglieder (1936), fol. 18–20.

¹⁸⁰⁷ Vgl. LASA, C 128 Landgericht Naumburg, Nr. 140: Einzelsachen der Erbgesundheitsgerichte und Ernennung der richterlichen und ärztlichen Mitglieder (1936), fol. 18–20.

So bemühte sich etwa der Vorsitzende des Erbgesundheitsgerichts Magdeburg im September 1938 beim Landgerichtspräsidenten erneut um eine Erhöhung der medizinischen Beisitzer: „Ich bitte als weitere Mitglieder hiesigen Erbgesundheitsgerichts zwei nichtbeamtete und einen beamteten Arzt zu bestellen. Die Beisitzer sind infolge ihrer ärztlichen Praxis häufig stark in Anspruch genommen und werden ihrem Wunsch entsprechend schon seit langem in stetem Wechsel durchweg zu halben Sitzungen herangezogen, sodaß zu einem Sitzungstag oft vier Beisitzer geladen werden. Dazu kommen plötzliche Verhinderungen durch Reisen, Krankheiten, Wehrmachtsübungen u. a. – mitunter liegen Verhinderungsgründe irgendwelcher Art gleichzeitig bei mehreren Beisitzern und Vertretern vor – die die Durchführung voller Sitzungen – zwei halbe Sitzungen – erschweren, ja sogar wiederholt schon unmöglich gemacht haben. Die Bestellung weiterer ärztlicher Mitglieder erscheint daher zur ordnungsgemäßen Durchführung der Sitzungen insbesondere der Vermeidung von Vertagungen erforderlich.“¹⁸⁰⁸ Der Landgerichtspräsident von Magdeburg informierte den Regierungspräsidenten über die Lage des Erbgesundheitsgerichts und forderte personelle Vorschläge zur Erhöhung der Anzahl medizinischer Beisitzer.¹⁸⁰⁹ „Da zur Zeit die Durchführung der bereits angesetzten Verhandlungen des Erbgesundheitsgerichts gefährdet ist, bitte ich, möglichst umgehend noch für das laufende Jahr einen weiteren beamteten Arzt und zwei weitere nicht beamtete Ärzte vorzuschlagen.“¹⁸¹⁰

Die personellen Schwierigkeiten nahmen mit Kriegsbeginn 1939 zu. Trotz der verhältnismäßig geringen Antragszahlen, die 1941 wieder leicht anstiegen, fehlten den Erbgesundheitsgerichten beamtete Ärzte. Die verbliebenen beamteten Ärzte waren dienstlich stark beansprucht und besaßen auch aufgrund der schwierigen infrastrukturellen Bedingungen vor allem in ländlichen Regionen nur selten die Mittel, wie Auto und Benzin, um an den Sitzungen teilzunehmen. Deshalb versuchte etwa der Landgerichtspräsident in Magdeburg, die Anzahl der medizinischen Beisitzer zu erhöhen, um

¹⁸⁰⁸ LASA, C 128 Landgericht Magdeburg, Nr. 344: Erbgesundheitsgerichte Einzelsachen, Sammelakte, Bd. 1: 1936–1940, fol. 102.

¹⁸⁰⁹ „Die Geschäftslage des Erbgesundheitsgerichts Magdeburg und die häufige Verhinderung der ärztlichen Mitglieder durch ihre anderweitige Tätigkeit und durch Wehrübungen macht die Erhöhung der Zahl der beamteten Ärzte beim Erbgesundheitsgericht um einen weiteren Beisitzer und der Zahl der nichtbeamteten Ärzte um zwei Beisitzer notwendig.“ LASA, C 28 Ig, Nr. 364: Erbgesundheitsgericht, enthält Bestellung ärztlicher Mitglieder (1937–1944), fol. 19.

¹⁸¹⁰ LASA, C 28 Ig, Nr. 364: Erbgesundheitsgericht, enthält Bestellung ärztlicher Mitglieder (1937–1944), fol. 19.

über ein größeres Reservoir von zugelassenen Ärzten zu verfügen.¹⁸¹¹ Die gerichtlichen Anliegen konnten seitens der Regierungspräsidenten jedoch mit zunehmender Kriegsdauer nicht gelöst werden, sodass die Dienstfähigkeit der Erbgesundheitsgerichte im Krieg überaus eingeschränkt war.

Die personellen Schwierigkeiten der Erbgesundheitsgerichte wurden auch dadurch hervorgerufen, dass Amtsärzte, die unter politischen Gesichtspunkten keine Gewähr für ihre nationalsozialistische Haltung böten, nicht als Beisitzer von Erbgesundheitsgerichten zugelassen wurden. Beispielsweise wurde im Herbst 1938 der Amtsarzt des Gesundheitsamtes Wanzleben, Dr. Hühnerbein, als beamteter Beisitzer für das Erbgesundheitsgericht Magdeburg vorgeschlagen. Gegen den Vorschlag erhob die Gauleitung der NSDAP Widerspruch.¹⁸¹² Hühnerbein wurde zum Vorwurf gemacht, dass er die NSDAP kritisiert, nach der Machtergreifung weiterhin in jüdischen Geschäften eingekauft und darüber hinaus Anzeigen im Rahmen des nationalsozialistischen Sterilisationsgesetzes, die von Parteigenossen gestellt worden seien, keine Beachtung geschenkt habe.¹⁸¹³ Die Vorwürfe wurden in einem längeren Verfahren schließlich weitgehend entkräftet, jedoch bot Hühnerbein in den Augen der NSDAP-Gauleitung nicht die weltanschauliche Gewähr für eine zielgerichtete nationalsozialistische Sterilisationspolitik.¹⁸¹⁴

Der Verdacht der fehlenden persönlichen Gewähr betraf auch Amtsärzte, die Mitglied einer Loge gewesen waren. Aufgrund einer Erkundigung des Vorsitzenden des Erbgesundheitsgerichts Stendal fragte der zuständige Ministerialrat im Regierungsbezirk Magdeburg, Erich Möbius,¹⁸¹⁵ beim Reichsinnenministerium im September 1942 nach, ob ein Amtsarzt, der einer Loge angehört und dies verschwiegen hatte,

¹⁸¹¹ Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 364: Erbgesundheitsgericht, enthält Bestellung ärztlicher Mitglieder (1937–1944), fol. 26, 68, 88.

¹⁸¹² „Einspruch muss ich allerdings einlegen gegen die Berufung des Med. Rates [Medizinalrates] Dr. Hühnerbein, Amtsarzt und Leiter des Staatlichen Gesundheitsamtes in Wanzleben. Meinen Einspruch begründe ich damit, daß m.[eines] E.[rachtens] gegen die Person des Dr. Hühnerbein in weltanschaulicher Hinsicht Bedenken bestehen.“ LASA, C 28 Ig, Nr. 364: Erbgesundheitsgericht, enthält Bestellung ärztlicher Mitglieder (1937–1944), fol. 33.

¹⁸¹³ Vgl. ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 27861: Personalakten des Med. Rats Dr. Josef Hünerbein in Wanzleben (1927–1939), unfol.

¹⁸¹⁴ Weiterführend Kap. 3.4.2.

¹⁸¹⁵ Erich Möbius (1880–1943), Mediziner und unter anderem Kreisarzt in Bremervörde, seit 1923 Regierungs- und Medizinalrat in Stade. 1933 Beitritt in die NSDAP und seit 1934 Oberregierungs- und Medizinalrat im Reichsinnenministerium, 1934 Ministerialrat. 1936 NSDAP-Mitgliedschaft aufgrund verschwiegener Logenmitgliedschaft aufgehoben und an die Medizinalabteilung des Regierungspräsidenten in Magdeburg versetzt. Personalakte; Vgl. Labisch/Tennstedt: Der Weg zum „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“, Bd. 2, S. 458.

aufgrund von akuter Personalnot als beamteter Beisitzer zugelassen werden könne.¹⁸¹⁶ „Nun bittet der Vorsitzende des Erbgesundheitsgerichtes [Stendal] noch ausserdem darum, den Vertreter des Amtsarztes Medizinalrat Dr. Hinze in Gardelegen, der seit 6 Wochen krank ist und voraussichtlich noch längere Zeit dienstunfähig sein wird, zum beamteten ärztlichen Mitglied des E.G. [Erbgesundheitsgerichts] zu ernennen, damit die Geschäftsfähigkeit des E.G. [Erbgesundheitsgerichts] aufrecht erhalten werden könne. Der Vertreter des Dr. Hinze ist jedoch der Amtsarzt, Medizinalrat Dr. Meyer-Estorff in Salzwedel, der [...] Logenmitglied im 4. Grad war. Er ist aber der einzige beamtete Arzt, der noch aus dem Bezirk des E.G. [Erbgesundheitsgerichts] Stendal für dieses Amt in Frage käme. Bevor ich weiteres unternehme, bitte ich um grundsätzliche Entscheidung, ob eine frühere Logenmitgliedschaft eines im Amt verbliebenen Medizinalbeamten seine Ernennung zum ärztlichen Beisitzer eines E.G. [Erbgesundheitsgerichts] ausschliesst, und, wenn dies nicht der Fall sein sollte, ob Bedenken gegen den Vorschlag des Dr. Meyer-Estorff bestehen. Ich habe weder in der dienstlichen Tätigkeit noch in der persönlichen Haltung des Dr. M. E. [Meyer-Estorff] etwas bemerkt, was darauf schliessen liesse, dass dieser sich nicht rückhaltlos für den nationalsozialistischen Staat einsetze.“¹⁸¹⁷ Das Reichsinnenministerium lehnte den Vorschlag im November 1942 ab, da die Einsetzung eines ehemaligen Logenmitglieds in einem Erbgesundheitsgericht nicht angebracht sei. „Wenn infolgedessen ein Erbgesundheitsgericht vorübergehend in seiner Tätigkeit behindert sei, so müsste dies in Kauf genommen werden.“¹⁸¹⁸ Der personelle Ausschluss von Ärzten als beamtete medizinische Beisitzer, die das Sterilisationsgesetz amtsärztlich betrieben und auch medizinisch-rassenhygienisch befürworteten, aber in den Augen der NSDAP keine politische Vertrauenswürdigkeit besaßen, führte konkret zu Verzögerungen der Tätigkeit einzelner Erbgesundheitsgerichte. Die betrieblichen Einschränkungen wurden seitens des Reichsinnenministeriums bewusst akzeptiert. So hatte auch das Erbgesundheitsgericht

¹⁸¹⁶ Ein besonderes Bonmot verbirgt sich in der Tatsache, dass Erich Möbius, der von Arthur Gütt 1934 als Referent für das öffentliche Gesundheitswesen in das Reichsinnenministerium geholt worden war und maßgeblich am Gesetz zur „Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ mitgewirkt hatte, im Rahmen einer politischen Kampagne gegen Arthur Gütt 1936 aufgrund seiner verschwiegene Mitgliedschaft in einer Freimaurer-Loge aus der NSDAP ausgeschlossen und nach Magdeburg versetzt wurde. Labisch/Tennstedt: Der Weg zum „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“, Bd. 1, S. 291–299.

¹⁸¹⁷ LASA, C 28 Ig, Nr. 364: Erbgesundheitsgericht, enthält Bestellung ärztlicher Mitglieder (1937–1944), fol. 133.

¹⁸¹⁸ LASA, C 28 Ig, Nr. 364: Erbgesundheitsgericht, enthält Bestellung ärztlicher Mitglieder (1937–1944), fol. 135.

Naumburg erhebliche Besetzungsprobleme, sodass zwischen Ende April und Mitte Juni 1942 keine Sitzungen stattfanden.¹⁸¹⁹

Die bereits für beamtete Mediziner konstatierte schwierige Personalsituation traf insbesondere für die nicht-beamteten Ärzte zu, da sie die durch die Gerichtsverhandlungen hervorgerufenen Verpflichtungen aus zeitlichen und ökonomischen Gründen schlichtweg nicht fortwährend aufbringen konnten.¹⁸²⁰ Zudem gesellten sich am Ende der 1930er-Jahre die Teilnahme an militärischen Übungen oder Abkommandierungen zur Wehrmacht hinzu.

Das Auswahlverfahren sowie die maßgeblichen Beurteilungskriterien können nur eingeschränkt betrachtet werden.¹⁸²¹ Die Besetzung der Erbgesundheitsgerichte in der preußischen Provinz Sachsen zu Beginn der nationalsozialistischen Zwangssterilisation deutet daraufhin, dass die parteipolitische Einschätzung als wesentliche Maßgabe diente und demgegenüber fachliche Qualifikationen auf rassenhygienischem oder erbbiologischem Gebiet eine zweitrangige Rolle spielten.¹⁸²² Hierfür steht eine Mitteilung vom Februar 1934, die die Besetzungspraxis des Erbgesundheitsgerichts Halberstadt behandelte und auch kritisierte. „Bei den Vorschlägen der Ärzte für das Erbgesundheitsgericht sind offensichtlich von der Parteileitung in Dessau ohne örtliche Kenntnis der wissenschaftlichen Qualifikation der anderen Ärzte für die Kreise Halberstadt und Wernigerode diejenigen Personen vorgeschlagen worden, die parteipolitisch als besonders bewährt erscheinen mussten, nämlich der Führer der Ärzteschaft für beide Kreise und der Sturmbannarzt. Beide sind natürlich bezüglich der Zu-

¹⁸¹⁹ Vgl. LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Naumburg, Nr. 5: Beisitzer für die Erbgesundheitssitzungen, Generalakten, Bd. 1: 1938–1941.

¹⁸²⁰ Eine genauere Betrachtung der nicht-beamteten medizinischen Beisitzer etwa auf der Grundlage von biographischen Daten, der Mitgliedschaft in der NSDAP sowie auch dienstlichen Aspekten ist aufgrund der Überlieferung nicht möglich. Die einzelnen Vorschläge und Ernennungen umfassen weitgehend lediglich den Namen sowie Dienort. Die besondere Qualifikation oder der fachliche Hintergrund werden hingegen nicht weiter ausgeführt. Aus diesem Grund bleibt ein Großteil der namentlich erfassten nicht-beamteten medizinischen Beisitzer konturlos. Soweit es die überlieferten Materialien zulassen, kann summarisch konstatiert werden, dass die nicht-beamteten Beisitzer teilweise als Chefarzte oder Leiter von städtischen Krankenhäusern fungierten.

¹⁸²¹ Insoweit einzelne Materialien zumindest mittelbare Informationen bieten, kann davon ausgegangen werden, dass informelle Gespräche mit Amtsärzten stattfanden und daraufhin entsprechende Hinweise weitergeleitet wurden. Gleichermäßen prüften sowohl die Medizinalverwaltung der jeweiligen Regierungen als auch die Gauleitung die aus fachlicher und parteipolitischer Sicht in Betracht kommenden Ärzte.

¹⁸²² Die politische Gewähr wurde insbesondere an der Mitgliedschaft in der NSDAP bemessen. Später trat die Tätigkeit im parteipolitisch geprägten „Amt für Volksgesundheit“ als formale Bemessungsgrenze hinzu. Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 364: Erbgesundheitsgericht, enthält Bestellung ärztlicher Mitglieder (1937–1944); vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 371: Erbkrankheiten (1934–1938), Bd. 1: 1934–1938, fol. 40.

verlässigkeit vollkommen einwandfrei; aber bezüglich ihrer wissenschaftlichen Eignung bestehen doch insofern Zweifel, als es entschieden andere Ärzte gibt, deren Zuziehung wegen ihrer tieferen Spezialkenntnisse für das Gericht vorteilhafter wäre.“¹⁸²³ Dergestalt wurde die Besetzungspraxis des Erbgesundheitsgerichts dahingehend kritisiert, dass der parteipolitischen Nähe mehr Gewicht zukam als der fachlichen Eignung und Qualifikation.

Entgegen der hier aufscheinenden unterschiedlichen Bestrebungen müssen die politischen Einflussnahmen der NSDAP oder anderer nationalsozialistischer Organisationen auf die Besetzung von Erbgesundheitsgerichten mit nicht-beamteten Ärzten als hoch eingeschätzt werden. Hierfür kann auch die Besetzungspraxis am Erbgesundheitsgericht Naumburg exemplarisch herangezogen werden. Im August 1936 teilte der Leiter des Kreiskrankenhauses des Landkreises Eckartsberga in Köllda, Dr. Rettig, dem Erbgesundheitsgericht in Naumburg mit, dass er seine seit 1934 bestehende Tätigkeit als Besitzer aus dienstlichen Gründen nicht fortsetzen könne.¹⁸²⁴ Daraufhin informierte der Vorsitzende des Erbgesundheitsgerichts Naumburg den zuständigen Landgerichtspräsidenten und stellte fest, dass es sich um nachvollziehbare Gründe handele und er das Gesuch unterstütze.¹⁸²⁵ Der Regierungspräsident schloss sich im Oktober 1936 den vorgebrachten Gründen an und hielt die Enthebung für gerechtfertigt.¹⁸²⁶ Anschließend ersuchte der Regierungspräsident den NS-Ärztebund für den Gau Halle-Merseburg um einen Personalvorschlag. Der nationalsozialistische Ärztebund schlug den Facharzt für innere Krankheiten, Dr. Zahnert, vor. Zahnert wandte sich jedoch umgehend an den Landgerichtspräsidenten in Naumburg und teilte ihm mit, dass er die Ernennung nicht annehmen könne, da er eine Privatpraxis leite und aus ökonomischen Gründen nicht als Beisitzer fungieren könne.¹⁸²⁷ Diesbezüglich habe er bereits mit dem Amtsarzt von Naumburg, Dr. Gundermann, gesprochen. Im Februar

¹⁸²³ LASA, C 28 Ig, Nr. 371: Erbkrankheiten (1934–1938), Bd. 1: 1934–1938, fol. 40.

¹⁸²⁴ Er bedauere die Entscheidung, jedoch bestehe in Köllda ein hohes Arbeitsaufkommen aufgrund von umfangreichen Bauarbeiten und damit einhergehenden Unfällen und es stünde kein chirurgisch erfahrener Vertreter zur Verfügung. Vgl. LASA, C 128 Landgericht Naumburg, Nr. 140: Einzelsachen der Erbgesundheitsgerichte und Ernennung der richterlichen und ärztlichen Mitglieder (1936), fol. 3.

¹⁸²⁵ Dr. Rettig habe seit 1934 großes Interesse gezeigt sowie viel Kraft in die Tätigkeit des Erbgesundheitsgerichts investiert. Es bestünde eine schwierige Reiseverbindung zwischen Köllda und Naumburg, und der Leiter des Kreiskrankenhauses würde seiner Meinung nach kein grundloses Gesuch stellen. Vgl. LASA, C 128 Landgericht Naumburg, Nr. 140: Einzelsachen der Erbgesundheitsgerichte und Ernennung der richterlichen und ärztlichen Mitglieder (1936), fol. 2.

¹⁸²⁶ Vgl. LASA, C 128 Landgericht Naumburg, Nr. 140: Einzelsachen der Erbgesundheitsgerichte und Ernennung der richterlichen und ärztlichen Mitglieder (1936), fol. 6.

¹⁸²⁷ Vgl. LASA, C 128 Landgericht Naumburg, Nr. 140: Einzelsachen der Erbgesundheitsgerichte und Ernennung der richterlichen und ärztlichen Mitglieder (1936), fol. 14.

1937 informierte der Ärztebund den Regierungspräsidenten von Merseburg, dass er auf Dr. Zahnert eingewirkt habe und dieser sich nun doch zur Teilnahme als Beisitzer bereit erklärt habe.¹⁸²⁸ Eine wesentliche Bedingung sei jedoch die Festlegung auf einen wöchentlich festen Termin, da sonst eine Schädigung der Privatpraxis eintrete, was der Ärztebund nachvollziehen könne und unterstütze.¹⁸²⁹

Die vorliegenden Beispiele der Besetzungspraxis vor dem Hintergrund einer angespannten personellen Situation werden durch einen weiteren Hinweis aus dem Jahr 1943 ergänzt, der den starken Einfluss des nationalsozialistischen Ärztebundes auf die Auswahl von geeigneten nicht-beamteten Beisitzern verdeutlicht. Zu diesem Zeitpunkt bat der Regierungspräsident von Merseburg den nationalsozialistischen Ärztebund explizit um personelle Vorschläge, da die Besetzung des Erbgesundgerichtes Naumburg nicht geklärt sei.¹⁸³⁰ Der Einfluss auf die Besetzung von nicht-beamten medizinischen Beisitzern durch die jeweils zuständigen Gauleitungen sowie verantwortlichen parteipolitischen Organisationen muss für die preußische Provinz Sachsen trotz fehlender Überlieferung als hoch eingeschätzt werden.¹⁸³¹ Im Vergleich zu Thüringen scheint der Einfluss jedoch moderat gewesen zu sein. Hierfür steht etwa eine Einschätzung des Erbgesundheitsobergerichts Jena vom März 1941, in welcher das Gericht feststellte, dass im Vergleich zur preußischen Provinz Sachsen der begrün-

¹⁸²⁸ Vgl. LASA, C 128 Landgericht Naumburg, Nr. 140: Einzelsachen der Erbgesundheitsgerichte und Ernennung der richterlichen und ärztlichen Mitglieder (1936), fol. 21.

¹⁸²⁹ Ein vergleichbares Besetzungs- und damit einhergehendes Abspracheproblem zwischen dem Regierungspräsidenten und nationalsozialistischen Ärztebund war bereits im Frühjahr 1935 aufgetreten. Im Februar hatte Dr. Müller, Standartenarzt und Angehöriger einer Sanitätsstaffel, den Regierungspräsidenten um Auflösung seiner gerichtlichen Tätigkeit gebeten, da er durch Parteiämter völlig überlastet sei und in Kürze voraussichtlich das Amt des ärztlichen Kreisleiters für Volksgesundheit antreten werde. Zwei Monate später teilte der Regierungspräsident dem Landgerichtspräsidenten in Naumburg mit, dass Dr. Müller vom nationalsozialistischen Ärztebund vorgeschlagen worden war und nun einen Ersatzvorschlag einbringen solle, woraufhin der Ärztebund wiederum mitteilte, dass Dr. Müller seine Tätigkeit nun aufnehmen. Ende April 1935 informierte der Landgerichtspräsident den Regierungspräsidenten, dass ein Missverständnis vorläge und Dr. Müller nicht als Beisitzer fungieren könne. Der Vorsitzende des Erbgesundheitsgerichts sei jedoch der Meinung, dass die übrigen zwei nicht-beamteten Ärzte vorerst genügen würden, sodass Dr. Müller nicht entlassen werden müsse, sondern bis Ende des Jahres weiterhin nominell geführt werden würde, ohne hinzugezogen zu werden. Vgl. LASA, C 128 Landgericht Naumburg, Nr. 142: Besetzung der Erbgesundheitsgerichte und Erlasse des Reichsministers der Justiz über die Durchführung des Gesetzes zur Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, Bd. 1: 1934–1936, fol. 41–43.

¹⁸³⁰ Vgl. LASA, C 128 Landgericht Naumburg, Nr. 140: Einzelsachen der Erbgesundheitsgerichte und Ernennung der richterlichen und ärztlichen Mitglieder (1936), fol. 145. Der Nachweis einer zielgerichteten Einflussnahme kann für die Regierungsbezirke Magdeburg und Erfurt nicht konkret erbracht werden. Für den Regierungsbezirk Magdeburg kann lediglich darauf hingewiesen werden, dass die personellen Besetzungsvorschläge von nicht-beamteten Ärzten vom Regierungspräsidenten eingebracht wurden. Diese Vorschläge wurden vorab durch die Gauleitung und verantwortlichen lokalen Kreisleiter bezüglich der parteipolitischen Gewähr geprüft.

¹⁸³¹ Zu den einzelnen Gauleitungen und ihren Gauleitern siehe Kap. 2.3.

dete Eindruck bestehe, dass in Thüringen auf die nationalsozialistische Gesinnung sowie die Teilnahme an rassenpolitischen Schulungen ein hoher Wert gelegt werde, weshalb Personalmängel entstünden und Gerichte teilweise nicht besetzt werden könnten sowie Verhandlungen ausfallen müssten.¹⁸³²

Entgegen der zielgerichteten parteipolitischen Einflussnahme auf die Besetzung mit politisch bewährten Medizinern kann seitens der Erbgesundheitsgerichte jedoch auch ein größeres Interesse an Ärzten konstatiert werden, die über berufliche Erfahrungen in der Erbbiologie und Psychiatrie verfügten. Das Erbgesundheitsgericht Magdeburg bat im Dezember 1935 darum, Prof. Ernst Fünfgeld,¹⁸³³ Direktor der Nervenlinik Magdeburg, zum nicht-beamteten Beisitzer zu bestellen: „Die zu behandelnden Fälle betreffen im wesentlichen angeborenen Schwachsinnige, Schizophrene und erbliche Fallsüchtige. Zur richtigen Erkenntnis dieser Erkrankungen und damit zur Gewährung einer gewissenhaften Rechtsprechung wird grundsätzlich zu den Sitzungen ein Psychiater als Beisitzer hinzugezogen. Das erscheint künftig umso mehr erforderlich, als die an sich schon überaus verantwortliche Tätigkeit des Erbgesundheitsgerichts auf Grund der Bestimmungen des Gesetzes zum Schutz der Erbgesundheit des deutschen Volkes (Ehegesundheitsgesetz) vom 18.10.1935 [...] erheblich erweitert ist. Die Bestellung des Herrn Oberarztes Dr. Hofheinz¹⁸³⁴ als einzigen Fachmann auf einschlägigem Gebiet reicht bei den oft notwendigen Vertretungen nicht aus. Die Mitwirkung des Herrn praktischen Arztes Dr. med. Keil und des Herrn Frauenarztes Dr. Röher kann m.[eines] E.[rachtens] nur in Ausnahmefällen in Betracht kommen.“¹⁸³⁵

¹⁸³² Vgl. ThHStAW, Thüringisches Ministerium des Innern Nr. E 1715: Besetzung des Thüringischen Erbgesundheitsobergerichts Jena und der Erbgesundheitsgerichte im Land Thüringen sowie ihre Zusammenarbeit und Gliederung (1934–1943), fol. 270.

¹⁸³³ Ernst Fünfgeld (1895–1948), seit 1. November 1934 Direktor der Psychiatrischen Klinik im Krankenhaus Magdeburg-Sudenburg, seit 1939 Universitätsnervenlinik Köln. Vgl. Wolff: Magdeburger Medizinalchronik, S. 219–220.

¹⁸³⁴ Gerhard Hofheinz, praktischer Nervenarzt in Magdeburg, ersetzte im November 1934 den bisherigen Beisitzer Prof. Walter Jacobi (1889–1938), bis dato Direktor der Psychiatrischen Klinik im Krankenhaus Magdeburg-Sudenburg, der 1934 „Führer“ der Medizinischen Gesellschaft in Magdeburg sowie auch der „Gesellschaft Deutscher Nervenärzte“ wurde. Jacobi hatte engen Kontakt zu Ernst Rüdin und veröffentlichte mit ihm zusammen mehrere Arbeiten zum „angeborenen Schwachsinn“. Am 1. November 1934 wechselte er an die Universität Greifswald. Vgl. Wolff: Magdeburger Medizinalchronik, S. 219.

¹⁸³⁵ LASA, C 128 Landgericht Magdeburg, Nr. 343: Erbgesundheitsgerichte, Generalakten, Bd. 2: 1935–1936, fol. 39. Zwischenzeitlich fungierte auch Dr. Paul Ohnacker, Leiter der HNO-Klinik und NSDAP-Mitglied, als Beisitzer. Vgl. LASA, C 128 Landgericht Magdeburg, Nr. 343: Erbgesundheitsgerichte, Generalakten, Bd. 2: 1935–1936, fol. 51. Es könnte sich hier aber auch um den Bruder Hans Karl Ohnacker handeln, der Gynäkologe in Magdeburg war.

Die fachliche Personalanforderung durch ein Erbgesundheitsgericht stellte eine Ausnahme dar, sodass die gerichtliche Einflussnahme auf die Besetzung mit medizinischen Beisitzern als verhältnismäßig gering eingeschätzt werden muss.¹⁸³⁶ Damit verbunden kann an dieser Stelle ebenfalls festgehalten werden, dass als Besetzungskriterium für nicht-beamtete Mediziner ebenfalls die parteipolitische Übereinkunft eine gewichtigere Rolle spielte als medizinisch-psychiatrische Qualifikationen.¹⁸³⁷ Beispielsweise umfassten die im Februar 1934 bestellten nicht-beamteten Beisitzer des Erbgesundheitsgerichts Stendal die Ärzte Dr. G. Warstadt, Chefarzt am Johanniter-Krankenhaus Stendal, Facharzt für Chirurgie;¹⁸³⁸ Dr. C. Stoeber, Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten und Dr. G. Lindemann, Facharzt für innere Krankheiten.¹⁸³⁹ Am Erbgesundheitsgericht Halberstadt war mit Dr. Braun zumindest ein fachpsychiatrischer Beisitzer bestellt.¹⁸⁴⁰ Wie am Beispiel des Erbgesundheitsgerichts Magdeburg bereits aufgezeigt, besaß hier ebenso nur ein geringerer Anteil an nicht-beamteten Ärzten eine psychiatrische oder vergleichbare Qualifikation, stattdessen handelte es sich weitgehend um Allgemeinmediziner, HNO-Ärzte oder Gynäkologen.

¹⁸³⁶ In diesem Zusammenhang ist lediglich ein Hinweis des Erbgesundheitsgerichts Naumburg überliefert, der die Eignung eines nicht-beamteten Arztes summarisch in Abrede stellt und aus diesem Grund nur in Ausnahmefällen herangezogen werden sollte. Hierbei ist jedoch nicht zu klären, ob es sich um fachliche oder persönliche Mängel handelte, die die Durchführung von Sitzungen behindern würden. Vgl. LASA, C 128 Landgericht Naumburg, Nr. 140: Einzelsachen der Erbgesundheitsgerichte und Ernennung der richterlichen und ärztlichen Mitglieder (1936), fol. 18–20.

¹⁸³⁷ Punktuell wurde auch im Hinblick auf die medizinische Qualifikation versucht, Leiter von städtischen psychiatrischen Einrichtungen als Beisitzer einzusetzen. Die Besetzung mit leitenden Ärzten beruhte auf dem politischen Interesse, der Erbgesundheitsgerichtsbarkeit auf personeller Ebene einen höheren gesellschaftlichen Stellenwert zuzuschreiben. Ein Großteil der medizinischen Beisitzer war privat tätig, die medizinische Qualifikation umfasste unterschiedliche Professionen wie etwa Augenheilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Chirurgie oder innere Krankheiten.

¹⁸³⁸ Für einzelne Gerichte besteht lediglich der Hinweis, dass die entsprechenden Ärzte in einer Privatpraxis tätig gewesen seien. Am Beispiel von Dr. Warstadt, Chefarzt am Johanniter-Krankenhaus Stendal, können weiterhin Überschneidungen konstatiert werden, da er sowohl als Beisitzer des Erbgesundheitsgerichts Stendal bestellt als auch als Operateur von Sterilisationen zugelassen war. Diese gleichzeitige Tätigkeit als Beisitzer und Operateur, die juristisch untersagt war, kann zumindest im Jahr 1934 für Dr. Warstadt direkt bestätigt werden. Eine Überprüfung der zur Sterilisation zugelassenen Chirurgen und Gynäkologen auf der Grundlage einer Zusammenstellung für das Jahr 1935 mit den nicht-beamteten medizinischen Beisitzern der einzelnen Erbgesundheitsgerichte ergibt, dass diese Doppeltätigkeit eine weitgehende Ausnahme bildete. Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 1, fol. 466. Heinrich Wilhelm Siedentopf (1901–1986), Facharzt für Frauenkrankheiten und seit 1938 an der Universitätsfrauenklinik Leipzig, nach 1945 Chefarzt der Frauenklinik der Universität Münster, wurde 1938 als Beisitzer des Erbgesundheitsgerichts Magdeburg vorgeschlagen und höchstwahrscheinlich zugelassen. Im Juli 1935 wurde ein Dr. Siedentopf als Sanitätsrat in Magdeburg erwähnt und als Operateur vorgeschlagen. Es ist nicht abschließend zu klären, ob es sich hier um dieselbe Person handelte. Vgl. LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 234; LASA, C 28 Ig, Nr. 364: Erbgesundheitsgericht, enthält Bestellung ärztlicher Mitglieder (1937–1944), fol. 20.

¹⁸³⁹ Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 371: Erbkrankheiten (1934–1938), Bd. 1, fol. 22.

¹⁸⁴⁰ Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 364: Erbgesundheitsgericht, enthält Bestellung ärztlicher Mitglieder (1937–1944), fol. 8.

Die nahezu durchgängig bestehenden personellen Probleme verschärften sich bereits am Ende der 1930er-Jahre. Hiermit verbunden sanken die fachlichen Anforderungen weiter zugunsten der parteipolitischen Opportunität.¹⁸⁴¹ So wurde im Juni 1940 ein Naumburger Arzt zum Beisitzer des hiesigen Erbgesundheitsgerichts ernannt. Zwei Jahre später erfuhr die Kreisleitung Weißenfels von der abermaligen Ernennung und teilte dem Landgerichtspräsidenten ausdrücklich mit, dass gegenüber diesem Arzt erhebliche politische Bedenken bestünden, und fragte an, ob die Berufung rückgängig gemacht werden könne.¹⁸⁴² Vier Monate später informierte die Gauleitung Halle-Merseburg den Landgerichtspräsidenten, dass gegen die Verwendung als Stellvertreter zwar derzeit keine Einwände bestünden, jedoch zukünftig keine erneute Berufung erfolge solle. Rund einen Monat später informierte der NS-Ärztebund den Regierungspräsidenten, dass der betreffende Arzt nicht weiter in Vorschlag gebracht werde, da dieser eine Geldstrafe erhalten habe sowie ein Parteigerichtsverfahren anhängig sei, sodass er persönlich nicht länger als würdig betrachtet werden könne.¹⁸⁴³

Trotz aller Versuche war die Personalsituation massiv angespannt und die einzelnen Erbgesundheitsgerichte versuchten, ihre personellen Probleme vor allem durch eine Erhöhung der Beisitzer zu lösen.¹⁸⁴⁴ So teilte das Erbgesundheitsgericht Magdeburg im Februar 1940 mit, dass die nicht-beamteten Beisitzer größtenteils zur Wehrmacht eingezogen worden seien und „die erbetene Erweiterung des Kreises der Mitglieder des Gerichts [...] dringend“ erforderlich sei.¹⁸⁴⁵ Jedoch war die personelle Lage im Frühjahr 1943 abermals angespannt und der Regierungspräsident teilte dem Landgerichtspräsidenten in Magdeburg mit: „Der Gaugesundheitsführer hat mir [...] auf meine Anfrage vom 12.2.1943 nunmehr endgültig [sic!] folgendes mitgeteilt: Es sei ihm leider nicht möglich, einen Arzt als Beisitzer für das Erbgesundheitsgericht in

¹⁸⁴¹ Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 364: Erbgesundheitsgericht, enthält Bestellung ärztlicher Mitglieder (1937–1944), fol. 133.

¹⁸⁴² Vgl. LASA, C 128 Landgericht Naumburg, Nr. 140: Einzelsachen der Erbgesundheitsgerichte und Ernennung der richterlichen und ärztlichen Mitglieder (1936), fol. 122.

¹⁸⁴³ Vgl. LASA, C 128 Landgericht Naumburg, Nr. 140: Einzelsachen der Erbgesundheitsgerichte und Ernennung der richterlichen und ärztlichen Mitglieder (1936), fol. 129.

¹⁸⁴⁴ Das Erbgesundheitsgericht Naumburg bestand 1939 nominell aus fünf beamteten Beisitzern und sechs nicht-beamteten Ärzten. Im Jahr 1941 verfügte das Erbgesundheitsgericht Magdeburg über fünf beamtete und zwölf nicht-beamtete Ärzte. Vgl. LASA, C 128 Landgericht Magdeburg, Nr. 345: Erbgesundheitsgerichte, Sammelakten, Einzelsachen, Bd. 2: 1939–1946, fol. 83.

¹⁸⁴⁵ „Die zur Zeit zur Verfügung stehenden Ärzte Dr. Keil und Oberregierungsrat und Obermedizinalrat a. D. Dr. Kutscher, die auch anderweitig stark in Anspruch genommen sind, können zum Sitzungsdienst nicht fortgesetzt herangezogen werden, Oberregierungsrat Dr. Kutscher schon deshalb nicht, weil er für Magdeburg oft Antragssteller ist.“ LASA, C 128 Landgericht Magdeburg, Nr. 345: Erbgesundheitsgerichte, Sammelakten, Einzelsachen, Bd. 2: 1939–1946, fol. 9.

Magdeburg vorzuschlagen. Er schlage vor, die Sitzungen des E.G. [Erbgesundheitsgerichts] hin und wieder auf Mittwochnachmittag anzusetzen, da dann auch die in Magdeburg bei der Wehrmacht dienstuenden Ärzte für diese Zeit verfügbar seien. Auch ich sehe keinen anderen Ausweg, falls die dem Erbgesundheitsgericht in Magdeburg noch voll zur Verfügung stehenden Ärzten nicht genügen sollten, da ich weitere Bemühungen angesichts des bestehenden Ärztemangels für aussichtslos halte.“¹⁸⁴⁶

Zu diesem Zeitpunkt bestanden auch am Erbgesundheitsgericht Stendal erhebliche Personalprobleme, da ein Teil der nicht-beamteten Ärzte zur Wehrmacht eingezogen worden war – die verbliebenen Beisitzer seien entweder durch ihre Privatpraxis verhindert oder müssten durch die kriegsbedingte Lage eine Anreise von etwa anderthalb Tagen absolvieren.¹⁸⁴⁷ Aus diesem Grund wurden vermehrt Ärzte vorgeschlagen und ernannt, die als Augenärzte oder praktische Ärzte über keine hinreichenden medizinisch-psychiatrischen Erfahrungen verfügten.¹⁸⁴⁸ In Hinblick auf die unzureichende personelle Besetzung der Erbgesundheitsgerichte kam die Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ weitgehend zum Erliegen.

Die beamteten medizinischen Beisitzer waren gemäß den Stellenbesetzungen der staatlichen Gesundheitsämter und psychiatrischen Einrichtungen in der preußischen Provinz ausschließlich Männer. Ebenso waren überwiegend Männer als nicht-beamtete medizinische Beisitzer in den Erbgesundheitsgerichten tätig. Lediglich für das Erbgesundheitsgericht Magdeburg kann eine Nervenärztin nachgewiesen werden, die aufgrund der massiven Personalprobleme vorgeschlagen worden war. So teilte die Gauleitung Magdeburg-Anhalt dem Regierungspräsidenten in Magdeburg mit: „Leider konnte nur eine Fachärztin für Nerven- und Gemütsleiden benannt werden, da die nicht eingezogenen und noch verfügbaren Ärzte dieser Disziplin in Magdeburg nicht Mitarbeiter des Amtes für Volksgesundheit sind und deshalb von mir für das Erbgesundheitsgericht nicht abgestellt werden können.“¹⁸⁴⁹ Unter Berücksichtigung der

¹⁸⁴⁶ LASA, C 128 Landgericht Magdeburg, Nr. 345: Erbgesundheitsgerichte, Sammelakten, Einzelsachen, Bd. 2: 1939–1946, fol. 133. Dem Schreiben des Regierungspräsidenten in Magdeburg lag die Antwort der Gauleitung Magdeburg-Anhalt vom 16. April 1943 auf eine vorangegangene Nachfrage zugrunde: „Es ist mir leider nicht möglich, einen Arzt als Beisitzer für das Erbgesundheitsgericht vorzuschlagen. Ich schlage vor, die Termine des Erbgesundheitsgerichts hin und wieder auf mittwochnachmittags anzusetzen, da dann auch die in Magdeburg bei der Wehrmacht dienstuenden Ärzte für die Zeit verfügbar wären.“ LASA, C 28 Ig, Nr. 364: Erbgesundheitsgericht, enthält Bestellung ärztlicher Mitglieder (1937–1944), fol. 144.

¹⁸⁴⁷ Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 364: Erbgesundheitsgericht, enthält Bestellung ärztlicher Mitglieder (1937–1944), fol. 148.

¹⁸⁴⁸ Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 364: Erbgesundheitsgericht, enthält Bestellung ärztlicher Mitglieder (1937–1944), fol. 149.

¹⁸⁴⁹ LASA, C 28 Ig, Nr. 364: Erbgesundheitsgericht, enthält Bestellung ärztlicher Mitglieder (1937–1944), fol. 70.

Überlieferung kann vermutet werden, dass an den übrigen Erbgesundheitsgerichten ebenfalls vereinzelt weitere Ärztinnen tätig waren.

Der geringe weibliche Anteil ist erklärungsbedürftig, da die zu dieser Zeit keineswegs ungewöhnliche Tätigkeit von Frauen als Ärztinnen die angespannte personelle Situation an den Erbgesundheitsgerichten zumindest partiell hätte ausgleichen können. Eine Verweigerungshaltung von Ärztinnen gegenüber der nationalsozialistischen Sterilisationspraxis kann ausgeschlossen werden, vielmehr lagen die Gründe in einem Berufsverbot für Frauen als Erbgesundheitsrichterinnen. Im April 1942 intervenierte die „Kanzlei des Führers“ beim Reichsstatthalter von Thüringen, Fritz Sauckel, und untersagte die Beschäftigung von Ärztinnen an Erbgesundheitsverfahren. Daraufhin unterrichtete der Reichsstatthalter von Thüringen den Leiter des thüringischen Innenministeriums: „Ich erhielt einen Anruf der Partei-Kanzlei [...], wonach zu Beisitzern für Erbgesundheitsgerichte in Thüringen auch Ärztinnen benannt worden seien. Im Einvernehmen mit dem Reichsjustizministerium teilt dazu die Partei-Kanzlei mit, dass dies nicht angängig sei, da nach einer Führerentscheidung Frauen nicht in richterlichen Funktionen verwendet werden dürfen. Die Partei-Kanzlei empfiehlt daher, die betr. Anträge zurückzuziehen.“¹⁸⁵⁰ Das thüringische Innenministerium wandte sich daraufhin an das Reichsministerium des Innern und teilte mit, dass diese Regelung bislang unbekannt gewesen sei und fünf Ärztinnen teilweise seit 1937 in Erbgesundheitsgerichten des Landes tätigen seien. Die Ärztinnen, unter anderem Margarete Hiel-scher, würden jedoch dringend benötigt werden, da die Tätigkeit der Erbgesundheitsgerichte ansonsten stark eingeschränkt werden müsste.¹⁸⁵¹ Aus diesem Grund wurde eine Lockerung des „Führerbefehls“ erbeten. Drei Monate später informierte das Reichsinnenministerium den Reichsstatthalter von Thüringen und das thüringische Innenministerium, dass von der „Führerentscheidung“ trotz Personalmangels nicht abgegangen werden dürfe und die bestellten Ärztinnen ersetzt werden müssten.¹⁸⁵² Im rassistisch-patriarchalischen Weltbild Hitlers schienen Frauen scheinbar ungeeignet, die

¹⁸⁵⁰ ThHStAW, Thüringisches Ministerium des Innern Nr. E 1715: Besetzung des Thüringischen Erbgesundheitsobergerichts Jena und der Erbgesundheitsgerichte im Land Thüringen sowie ihre Zusammenarbeit und Gliederung (1934–1943), fol. 148.

¹⁸⁵¹ Vgl. ThHStAW, Thüringisches Ministerium des Innern Nr. E 1715: Besetzung des Thüringischen Erbgesundheitsobergerichts Jena und der Erbgesundheitsgerichte im Land Thüringen sowie ihre Zusammenarbeit und Gliederung (1934–1943), fol. 149. Zu Margarete Hiel-scher und ihrer Beteiligung an der Ermordung von Kindern siehe Wanitschke, Matthias (Hrsg.): Quellen zur Geschichte Thüringens. Archivierter Mord: Der SED-Staat und die NS-„Euthanasie“-Verbrechen in Stadroda, Erfurt 2005.

¹⁸⁵² ThHStAW, Thüringisches Ministerium des Innern Nr. E 1715: Besetzung des Thüringischen Erbgesundheitsobergerichts Jena und der Erbgesundheitsgerichte im Land Thüringen sowie ihre Zusammenarbeit und Gliederung (1934–1943), fol. 152.

notwendigen persönlichen und fachlichen Qualifikationen für eine erbgerichtliche Tätigkeit zu besitzen.

Die Überlieferung deutet an, dass anfangs kein grundsätzliches Zulassungsverbot für Frauen bestand, sondern Frauen zunächst zwar nicht berücksichtigt, später aber mehrfach aufgrund lokalen Personalmangels herangezogen wurden. Der angesprochene „Führerbefehl“, der zu einer Blockierung erbgesundheitlicher Maßnahmen zumindest in Thüringen am Ende des Krieges führte, konnte für die preußische Provinz Sachsen nicht nachgewiesen werden.¹⁸⁵³

Die Besetzung der Erbgesundheitsgerichte mit medizinischen Beisitzern unterlag in der preußischen Provinz Sachsen zwischen 1934 und 1945 wechselnden Schwierigkeiten, die im Verlauf des Krieges zu einer erheblichen Einschränkung der Diensttätigkeit führten. Als maßgebliches Kriterium der Personalauswahl für beamtete sowie auch nicht-beamtete Ärzte galt insbesondere die parteipolitische Gewähr, die vor allem bei nicht-beamteten Ärzten an die Mitgliedschaft in der NSDAP gekoppelt wurde. Ärzte, die dementsprechend ein schlechtes politisches Zeugnis erhielten, wurden nicht als Beisitzer zugelassen. Diese Auswahlpraxis hatte für die Besetzung der Erbgesundheitsgerichte weitreichende Folgen, indem an Verhandlungen zumindest nicht-beamtete Ärzte teilnahmen, die größtenteils über keine bzw. lediglich begrenzte psychiatrische, eugenische oder rassenhygienische Berufserfahrungen verfügten. Der Beginn des Zweiten Weltkrieges stellte auf personeller Ebene einen größeren Einschnitt dar, der jedoch bereits in den Jahren zuvor seinen Anfang genommen hatte. Diese Entwicklung belegt einen erheblichen Bedeutungsverlust der nationalsozialistischen Zwangssterilisation. Die damit einhergehende Verschiebung beruhte in erster Linie auf der kriegsbedingten Verknappung von Ressourcen sowie einem „euthanatischen“ Wandel bevölkerungspolitischer Maßnahmen im Dritten Reich während des Zweiten Weltkrieges.

¹⁸⁵³ Der Befehl könnte im Zusammenhang mit der Umstrukturierung des Justizwesens und der Inthronisierung von Otto G. Thierack im Jahr 1942 stehen. Hierdurch wurde versucht, die Justiz enger an die Partei zu binden und auch eine schärfere juristische Ahndung durchzusetzen. Vgl. Kap. 6.2.2.

6.3 Das Erbgesundheitsverfahren

6.3.1 Zur Charakteristik des Gerichtsverfahrens und der Zusammenarbeit von Amtsärzten und Richtern

Das gerichtliche Erbgesundheitsverfahren orientierte sich an den „Vorschriften des Reichsgesetzes über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit“, welche an Amtsgerichten angesiedelt war.¹⁸⁵⁴ Als „Verfahrensgrundsätze“ galten „Amtsbetrieb, Amtsprüfung sowie Schriftlichkeit und Nichtöffentlichkeit“.¹⁸⁵⁵ Im Vergleich zur streitigen Gerichtsbarkeit, wie etwa der Strafrechtspflege, wird in der freiwilligen Gerichtsbarkeit, wie etwa Vormundschafts- oder Betreuungssachen, keine Klage erhoben, sondern das Gericht wird auf der Grundlage eines Antrages oder von Amtswegen tätig.¹⁸⁵⁶ Aus diesem Grund wird auch nicht von Kläger und Beklagten gesprochen, sondern von Beteiligten oder Betroffenen bzw. Antragssteller und Antragsgegner. Damit verbunden werden in der freiwilligen Gerichtsbarkeit auch keine Urteile, sondern Beschlüsse gefasst. Die Verhandlungen der freiwilligen Gerichtsbarkeit sind nichtöffentlich, und die Entscheidungen erfolgen zumeist nach Aktenlage. Die gerichtliche Entscheidung folgt dem Grundsatz der Amtsermittlungen, sodass die Erbgesundheitsgerichte eigenständig entscheiden konnten, welche Untersuchungsergebnisse herangezogen und ob weiterführende Ermittlungen anzustellen seien. Die juristische Zuordnung des Erbgesundheitsverfahrens zur freiwilligen Gerichtsbarkeit sollte eine zielgerichtete Loslösung „von den ansonsten geltenden einengenden Formvorschriften der Zivilrechtspflege“ ermöglichen und perspektivisch eine neuartige Form der staatlichen „Fürsorge“ im Rahmen von „Erb- und Familiensachen“ eröffnen.¹⁸⁵⁷ In der Konsequenz entstand mit dem Erbgesundheitsverfahren „eine ganz neue Verfahrensart“, die auch durch das medizinisch-juristische „Richterkollegium“ als „Novum“ begründet wurde.¹⁸⁵⁸

¹⁸⁵⁴ Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 148; vgl. RGBl. I, Jg. 1933, Nr. 138, S. 1021.

¹⁸⁵⁵ Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 148.

¹⁸⁵⁶ Eine eingehende Darlegung des Rassenrechts sowie des Wesens des Erbgesundheitsverfahrens zuzüglich einer detaillierten Darstellung der nationalsozialistischen Erbjustiz legte Erich Ristow vor. Ristow, Erich: Erbgesundheitsrecht. Berechtigung, Bedeutung und Anwendung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses mit einem Anhang der Gesetze, Verordnungen und wichtigsten Runderlasse, Stuttgart 1935, hier S. 20–50; ders.: Nachtrag zu Erbgesundheitsrecht, Stuttgart 1936.

¹⁸⁵⁷ Einhaus: Zwangssterilisation in Bonn, S. 32.

¹⁸⁵⁸ Einhaus: Zwangssterilisation in Bonn, S. 31–39. Demgegenüber war jedoch die gerichtliche Hinzuziehung von Ärzten als medizinischen Sachverständigen keine Seltenheit, sodass die Form des Erbgesundheitsgerichts als neue Gerichtsform auch in Anbetracht der medizinischen Entschei-

Unter strukturellen Gesichtspunkten unterstanden die Erbgesundheitsgerichte den weisungsbefugten Landgerichten, die zur Klärung von Verfahrensfragen gegebenenfalls das zuständige Oberlandesgericht Naumburg kontaktierten. Solche Verfahrensprobleme betrafen in den Jahren 1934/35 insbesondere die postalische Ermittlung gesetzlicher Vertreter, die Bestellung von Pflegern, die Frage der Vorladung der betroffenen Frauen und Männer, die Form und Anfertigung der Urteile oder die Sterilisation ausländischer Bürger.¹⁸⁵⁹ Gleichmaßen schlug das Oberlandesgericht Naumburg auch Verbesserungen der bürokratischen Durchführung etwa in Form alphabetischer Register vor.¹⁸⁶⁰

Der gerichtliche Verfahrensablauf besaß demgemäß folgende Struktur: Auf der Grundlage eines Sterilisationsantrages durch einen antragsberechtigten Arzt hatte das Erbgesundheitsgericht „von Amts wegen zur Feststellung des Sachverhalts die ihm zur Erforschung der Wahrheit erforderlich erscheinenden Ermittlungen anzustellen und seiner Entscheidung zugrunde zu legen“.¹⁸⁶¹ Hierzu konnte das Gericht Ermittlungen bei Arbeitgebern, Schulen, Verwaltungsbehörden oder Amtspersonen anstellen sowie die betroffenen Frauen und Männer oder Zeugen vorladen bzw. Sachverständige einbeziehen.¹⁸⁶²

Soweit es die überlieferten Materialien zulassen, entschieden die Erbgesundheitsgerichte der preußischen Provinz Sachsen vor allem in der Anfangsphase der nationalsozialistischen Zwangssterilisation nach vorliegender Aktenlage. Dementsprechend wurden den an den Verhandlungen beteiligten ärztlichen Beisitzern die zu verhandelnden Sterilisationsanträge vorab zur Verfügung gestellt. „Der Vorsitzende leitet die Beratung und sammelt die Fragen. [...] Zunächst stimmen die Ärzte und zum Schluß der Vorsitzende. Es wird nach absoluter Mehrheit entschieden. Es müssen also

dungsgrundlagen nicht überbewertet werden darf. Sie bildete stattdessen eine Aufweichung zuungunsten der juristischen Entscheidungshoheit. Ausführlich siehe Erbacher, Angela/Höroidt, Ulrike: Erbgesundheitsgerichtsbarkeit. In: Justiz im Dritten Reich. Justizverwaltung, Rechtsprechung und Strafvollzug auf dem Gebiet des heutigen Landes Rheinland-Pfalz, Teil 1, Frankfurt/Main 1995, S. 1142–1394.

¹⁸⁵⁹ Vgl. LASA, C 128 Landgericht Magdeburg, Nr. 342: Erbgesundheitsgerichte, Generalakten, Bd. 1: 1933–1936, fol. 42, 59–61, 73, 157.

¹⁸⁶⁰ Vgl. LASA, C 128 Landgericht Magdeburg, Nr. 342: Erbgesundheitsgerichte, Generalakten, Bd. 1: 1933–1936, fol. 46, 48.

¹⁸⁶¹ Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 149.

¹⁸⁶² Die vom Sterilisationsantrag betroffenen Personen wurden über die Antragsstellung sowie den Verhandlungstermin schriftlich informiert, wobei ihre Anwesenheit während der nichtöffentlichen Sitzung vorgesehen war. Insofern eine Pflegschaft angeordnet oder erforderlich war oder eine Vormundschaft bestand, erfolgte die Korrespondenz über die betreuungsberechtigten Personen.

stets von den das Erbgesundheitsgericht bildenden Personen zwei für die Unfruchtbarmachung stimmen.“¹⁸⁶³ Die gerichtliche Entscheidung sollte abschließend in einem Beschluss schriftlich verfasst werden, für den es „wünschenswert“ wäre, „wenn die Entscheidungsgründe allgemein in leichtverständlicher Form abgefasst würden; denn die Rechtsprechung im Dritten Reich soll keine volksfremde Jurisprudenz sein“.¹⁸⁶⁴ Auf der Grundlage einer fristgerechten und formal berechtigten Beschwerde wurde das Sterilisationsverfahren vor dem zuständigen Erbgesundheitsobergericht in Naumburg verhandelt, dessen Entscheidung endgültig war.¹⁸⁶⁵

Die Erbgesundheitsgerichtsbarkeit wurde laut den richterlichen Vorsitzenden der neugebildeten Erbgesundheitsgerichte der preußischen Provinz Sachsen als neuartige gerichtliche Verfahrenspraxis mit dem Ziel der Gesundung und Stärkung des deutschen Volkes anerkannt und begrüßt. So konstatierte der Vorsitzende des Erbgesundheitsgerichts Naumburg, Johannes Hummel: „Und wenn jetzt auch hier in Naumburg a. S. das Erbgesundheitsgericht zum Zwecke der Ausmerzungen biologisch minderwertigen Erbgutes die ersten Beschlüsse gefasst hat, so offenbart sich selbst in dieser Tätigkeit eines einzelnen Erbgesundheitsgerichts doch so recht sinnfällig die tatkräftige und weitblickende Fürsorge, die der nationalsozialistische Staat dem kommenden Geschlechte unseres Volkes angedeihen lässt.“¹⁸⁶⁶ Weiterhin wurden die offenen rechtlichen Verfahrensstrukturen begrüßt, welche die Chance zu einer effizienten Bevölkerungspolitik eröffnen würden und der Justiz die Möglichkeit böten, aktiv an der Aufartung des deutschen Volkes mitzuwirken.¹⁸⁶⁷

Die gerichtliche Partizipation erforderte im Dritten Reich jedoch eine Abkehr von traditionellen Rechtsvorstellungen sowie die Begründung eines spezifischen biopolitischen Rechts nationalsozialistischer Prägung. Denn die erbjustizielle Entscheidung über die Unfruchtbarmachung von als „erbkrank“ geltenden Frauen und Männern dürfe sich nicht an den Interessen des einzelnen Individuums orientieren, sondern müsse sich zentral am Wohl des Volkes, besser: der nationalsozialistischen Volksgemeinschaft orientieren.

¹⁸⁶³ Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 155.

¹⁸⁶⁴ Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 155. Der beglaubigte Beschluss wurde den betroffenen Frauen und Männern oder dem zuständigen Vormund postalisch zugesandt.

¹⁸⁶⁵ Vgl. Ristow: Erbgesundheitsrecht, S. 206–212, 219–236; Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 159. Eine außergerichtliche Widerspruchsmöglichkeit bestand in einem Gnadengesuch an die „Kanzlei des Führers“. Nach erfolglosem Widerspruch musste die Unfruchtbarmachung in einer Frist von zwei Wochen in einem dazu ermächtigten Krankenhaus vorgenommen werden.

¹⁸⁶⁶ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Naumburg, Nr. 3: Richtlinien und Verfügungen betr. Erbgesundheitsgerichte, Generalakten (1934–1945), fol. 38.

¹⁸⁶⁷ Vgl. LASA, C 127, Nr. 1155: Erbgesundheitspflege, Bd. 1: 1936–1942, 1948, fol. 20.

meinschaft, ausrichten. Diesbezüglich konstatierte der Vorsitzende des Erbgesundheitsgerichts Erfurt, Ernst du Plat, auf einer gemeinsamen Dienstversammlung mit Amtsärzten des Regierungsbezirks Erfurt im Jahr 1937: „Wie das Recht im nationalsozialistischen Staat nicht etwas vom Menschen losgelöstes sein soll, sondern der Erhaltung des Lebens und der Art dienen soll, so gilt dies“ unbedingt für das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“, das „die nicht wegzuleugnende Gegenauslese der Civilisation zu mildern und das Erbgut des Volkes langsam von Generation zu Generation fortschreitend von krankhaften Anlagen zu säubern“ versucht.¹⁸⁶⁸

Mit der justiziellen Übertragung obliege den provinziellen Erbgesundheitsgerichten eine hohe Verantwortung, und diese wären aufgefordert, ein adäquates Beurteilungsverfahren zu begründen, das eine Beurteilung des individuellen Wertes für die nationalsozialistische Volksgemeinschaft ermögliche. Die Erbgesundheitsgerichte müssten zwar schwerwiegende Beschlüsse fassen, die weit und unwiderruflich in die körperliche Integrität von Frauen und Männern eingreifen würden, die als Träger eines unverschuldeten „schweren Unglücks“ anzusehen seien. Demgegenüber müssten die Gerichte diese schwierige Aufgabe übernehmen, zumal ihre Tätigkeit maßgeblich zum Wohle des deutschen Volkes beitrage. „Und darum wird bei der Feststellung der im Gesetze als Erbkrankheiten vorgesehenen geistigen oder körperlichen Gebrechen immer nur mit aller erdenklichen Fürsorge und mit starkem Feingefühl vorgegangen werden. Auf der anderen Seite wird den Mitgliedern des Erbgesundheitsgerichts ihr schweres Amt dadurch einigermaßen erleichtert werden, dass sie sich vor Augen halten, dass der Eingriff in die körperliche Unversehrtheit und das sexuelle Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen ja um höherwertiger Interessen der Allgemeinheit eben notwendig ist. Auch hier geht der Gemeinnutz allen Sonderinteressen vor.“¹⁸⁶⁹ Entsprechend der übertragenen biopolitischen Aufgaben verstanden sich die Erbgesundheitsgerichte als basale Akteure und auch Mediatoren der nationalsozialistischen Bevölkerungspolitik, wobei sie sich durch eine „volkstümliche“ Rechtsprechung sowohl eine effiziente und reibungslose Etablierung und Durchführung als auch eine breite Erziehungsarbeit versprachen.

Die vorliegenden Ergebnisse zur Charakteristik des Erbgesundheitsverfahrens bestätigen die Forschungsergebnisse von Monika Einhaus, die betonte, dass das Ver-

¹⁸⁶⁸ LASA, C 127, Nr. 1155: Erbgesundheitspflege, Bd. 1: 1936–1942, 1948, fol. 20.

¹⁸⁶⁹ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Naumburg, Nr. 3: Richtlinien und Verfügungen betr. Erbgesundheitsgerichte, Generalakten (1934–1945), fol. 39.

fahren „nach außen familienrechtlichen Verhandlungen vor dem Amtsgericht“ ähnelte, „aber tatsächlich einen überwiegend strafrechtlichen Charakter“ besaß.¹⁸⁷⁰ Der strafprozessuale Charakter des Erbgesundheitsgerichtsverfahrens fiel jedoch „nur dem juristisch Geschulten oder eben dem Betroffenen“ auf, da das Erbgesundheitsverfahren als „Fürsorgemaßnahme“ deklariert und verschleiert wurde.¹⁸⁷¹

Die Charakterisierung des Erbgesundheitsverfahrens als Strafprozess bietet wichtige Hinweise auf die erbgerichtliche Praxis. Zugleich dürfen jedoch wichtige Strukturelemente nicht vernachlässigt werden. So handelte es sich um ein neuartiges Gerichtsverfahren, welches vor allem in der Anfangszeit erheblichen Regulierungsbedarf erforderte und sich auch unter den jeweiligen regionalen Bedingungen einspielen musste. Daneben besaß das gerichtliche Erbgesundheitsverfahren starke Konturen eines ärztlich dominierten und zugleich kameralistisch geprägten biopolitischen Gerichtsprozesses, der – weitgehend nach Aktenlage – über den „Erbwert“ von „erbkrankverdächtigen“ Frauen und Männern entschied. Darüber hinaus dürfen die fluktuierende Besetzung oder divergierende Verfahrensbedingungen und Gerichtsauffassungen nicht vernachlässigt werden, die den Blick auf zeitliche Entwicklungen und Veränderungen sowie gerichtliche Handlungs- und Ermessensspielräume freigeben. Denn insgesamt standen Erbgesundheitsgerichte in einem Spannungsfeld zwischen einer biopolitisch-nationalsozialistischen Rechtsauffassung zur Beurteilung des Wertes des Individuums für das Wohl des Volkes sowie der Wahrung einer unabhängigen Rechtsprechung.¹⁸⁷² Dabei kursierten innerhalb dieses dynamischen Spannungsverhältnisses unterschiedliche und auch fluktuierende Interessen, wie etwa die explizite Partizipation an der Gestaltung der nationalsozialistischen Volksgemeinschaft oder die habituell sowie standesgemäß geprägte Wahrung eines formal gesicherten und rechtlich legitimierten Verfahrens der freiwilligen Gerichtsbarkeit.

Einen inhärenten Bestandteil der erbjustiziellen Praxis und damit der Feststellung einer „Erbkrankheit“ im Sinne des nationalsozialistischen Sterilisationsgesetzes bildete die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Richtern. Grundsätzlich war die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Richtern als gerichtliches Kollegium kaum geregelt und reduzierte sich in actu auf die gerichtliche Einladung, die Übermittlung der

¹⁸⁷⁰ Einhaus: Zwangssterilisation in Bonn, S. 39.

¹⁸⁷¹ Einhaus: Zwangssterilisation in Bonn, S. 39.

¹⁸⁷² Vgl. Ristow: Erbgesundheitsrecht, S. 20–43.

zu verhandelnden Sterilisationsanträge und schließlich auf die Abstimmung im Zuge der anberaumten Sitzungen.¹⁸⁷³

Vor allem in der Anfangszeit muss für die richterlichen Vorsitzenden eine verhältnismäßig schwache Position konstatiert werden, hervorgerufen durch ihre geringen und zugleich berufsfremden rassenhygienischen und erbbiologischen Kenntnisse sowie die numerische Überzahl von Ärzten. Die marginalisierte Rolle, die sich weitgehend in der formalen Leitung des Verfahrens niederschlug, jedoch nicht in der Entscheidungsfindung, veranlasste Martin Grunau in seinem kritischen Aufsatz „Schwachsinn im Erbgesundheitsverfahren“ aus dem Jahr 1935, eine aktivere Teilnahme von Erbgesundheitsrichtern zu fordern.¹⁸⁷⁴ Anhand der personellen Besetzung von Erbgesundheitsgerichten könne nach Grunau darauf geschlossen werden, „dass der Jurist als Vorsitzender nur die Verhandlung zu leiten und für die Innehaltung der Verfahrensvorschriften zu sorgen habe, die medizinischen Fragen aber lediglich von Medizinern zu entscheiden seien“.¹⁸⁷⁵ Jedoch sollten die Erbgesundheitsrichter ihre Stellung nicht ausschließlich als „Statisten“ betrachten, sondern aktiv in die Entscheidungsfindung eingreifen, um eine hinreichende rechtliche Bewertung der ermittelten Ergebnisse sowie eine einheitliche Rechtsprechung zu gewährleisten.

Im Juli 1935 übermittelte der Oberlandesgerichtspräsident von Köln, Dr. Alexander Bergmann, einen Erfahrungsbericht über die Tätigkeit der ihm unterstellten Erbgesundheitsgerichte, welcher vom Reichsjustizministerium an die Erbgesundheitsobergerichte weitergeleitet und zum Anlass einer reichsweiten Stellungnahme genommen wurde. Ebenso wie Grunau kritisierte Bergmann die nationalsozialistische Sterilisationspraxis, da die gutachterlichen Instrumente unzureichend genutzt würden und unbescholtene Frauen und Männer von der Unfruchtbarmachung betroffen seien.¹⁸⁷⁶

¹⁸⁷³ Vgl. Ristow: Erbgesundheitsrecht, S. 138–157. Einzelne Berichte zur Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ lassen Spannungen zwischen Ärzten und Richtern erkennen, die neben parteipolitischen Interessen vermutlich auch standespolitische Rivalitäten zwischen Verwaltung, Innenministerium und Justiz dokumentieren. Unter diesem Blickwinkel ist es auch durchaus als eine Belobigung zu verstehen, wenn seitens der vorsitzenden Richter eine gute Zusammenarbeit insbesondere zu Amtsärzten als beamteten Beisitzern gepflegt wurde.

¹⁸⁷⁴ Neben der Kritik insbesondere an der praktizierten Anwendung des Intelligenzprüfungsbogens verfolgte Grunau eine professionsspezifische Aufwertung von Richtern als Vorsitzenden von Erbgesundheitsgerichten.

¹⁸⁷⁵ Grunau: Schwachsinn im Erbgesundheitsverfahren, S. 769.

¹⁸⁷⁶ So konstatierte Bergmann Widerstände und Unruhe in der Bevölkerung, die insbesondere durch die Antragspraxis von Amtsärzten hervorgerufen werde. So würden zu Frauen und Männern Sterilisationsanträge gestellt, zu „denen auch wohlmeinende und einsichtige Bevölkerungsteile für die Tatsache der Stellung des Antrages kein Verständnis aufbringen können.“ Nach Ansicht des Oberlandesgerichtspräsidenten würden zu „unbescholtenen und geschätzten Arbeitern“ Sterilisationsanträge gestellt, da sie Defizite in der Intelligenzprüfung gezeigt hätten. Ebenso wie Grunau kritisierte er die Anwendung des Prüfungsbogens und sah auch weitere Versäumnisse in der Tätigkeit der Amtsärzte. So würden diese einzelnen Personenkreise, wie etwa Hilfsschüler, schematisch und

„Infolgedessen kommt es gelegentlich, und zwar nicht bloss vereinzelt, zur Einleitung und je nach dem [...] auch Durchführung des Verfahrens auf Unfruchtbarmachung gegenüber Personen, die bei richtiger Beurteilung intellektuell im ganzen noch in der Breite des Physiologischen liegen und die sich vor allem im Leben bewährt haben und noch nie von jemandem aus ihrer Umgebung [...] als schwachsinnig oder auch nur als schwachbegabt angesehen worden sind, die vielmehr in jeder Beziehung die allgemeine Achtung und das allgemeine Vertrauen als wertvolle Volksgenossen besaßen.“¹⁸⁷⁷ Deshalb müsse nach Ansicht des Oberlandesgerichtspräsidenten das Erbgesundheitsverfahren dahingehend verbessert werden, dass eine mechanische Antragsstellung aufgegeben sowie genauere Ermittlungen in ihrem Vorfeld durchgeführt werden sollten. Weiterhin müssten die Durchführung der Intelligenzprüfung verbessert sowie die Lebensbewährung berücksichtigt und auch häufiger eine persönliche Vorladung vorgenommen werden. Zudem müsse die Rechtsmittelbelehrung intensiviert werden.

Der Vorsitzende des Erbgesundheitsgerichts in Naumburg/Saale unterstützte das Anliegen des Oberlandesgerichtspräsidenten von Köln und betonte, dass auch für den hiesigen Amtsbezirk festgestellt worden sei, dass vor allem „die ehemaligen Hilfschüler in der Hauptsache Gegenstand der Antragsstellung sind. Dies bietet nicht Gewähr, dass die Auswahl den wirklichen Notwendigkeiten angepasst ist.“¹⁸⁷⁸ Zudem kritisierte der Richter die schematische Durchführung von Intelligenzprüfungen der antragsberechtigten Amtsärzte. Die deutliche Kritik an der Antragspraxis von beamteten Ärzten rekurriert zumindest indirekt auf einen Disput über die gerichtliche Entscheidungspraxis zwischen Ärzten und Richtern, welcher keineswegs auf das Erbgesundheitsgericht Naumburg beschränkt war.

In diesem Zusammenhang erbat der Reichsjustizminister im Mai 1935 auch Mitteilungen über Verfahren, „in denen Fragen medizinischer oder juristischer Art behandelt oder die von grundsätzlicher Bedeutung oder von allgemeinem Interesse sind, ferner solche Beschlüsse, in denen das Gericht von einer ihm bekannten Entscheidung eines Erbgesundheitsobergerichts abgewichen ist“.¹⁸⁷⁹ Die Anordnung zielte darauf

ohne Ermittlungen und Überprüfungen als „erbkrank“ ansehen. LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Naumburg, Nr. 3: Richtlinien und Verfügungen betr. Erbgesundheitsgerichte, Generalakten (1934–1945), fol. 93.

¹⁸⁷⁷ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Naumburg, Nr. 3: Richtlinien und Verfügungen betr. Erbgesundheitsgerichte, Generalakten (1934–1945), fol. 94.

¹⁸⁷⁸ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Naumburg, Nr. 3: Richtlinien und Verfügungen betr. Erbgesundheitsgerichte, Generalakten (1934–1945), fol. 98.

¹⁸⁷⁹ LASA, C 136, Nachtrag, Nr. 119: Allgemeine Verfügungen und Erlasse in Erbgesundheitsangelegenheiten (1933–1945), fol. 25 b.

ab, einen Überblick über die gerichtliche Praxis zu wahren, die Stellung von Erbgesundheitsgerichten und Richtern zu stärken und etwaigen Schwierigkeiten, die zugleich zur Konfrontation zwischen Partei und Staat beitragen konnten, vorzubeugen.

Im Zuge der wachsenden Kritik am Sterilisationsverfahren nahm das Reichsjustizministerium bis 1936 größeren Einfluss auf die Tätigkeit von Erbgesundheitsgerichten, appellierte an die hohe Verantwortung der Gerichte und Richter und betonte die Einhaltung und Verbesserung von Verfahrensregeln. Schließlich wurden vor dem Hintergrund der „Krise der Zwangssterilisation“ im Oktober 1936 gemeinsame Dienstversammlungen zwischen Amtsärzten und Erbgesundheitsrichtern anvisiert. Es ist davon auszugehen, dass bis dato lediglich informelle Absprachen bestanden.¹⁸⁸⁰

In einem Erlass vom 19. Oktober 1936 regten der Reichsminister der Justiz sowie der Reichsminister des Innern an, einen „Erfahrungsaustausch“ zwischen den verantwortlichen Amtsärzten und leitenden Erbgesundheitsrichtern durchzuführen.¹⁸⁸¹ Die beabsichtigten Diskussionen sollten im Anschluss an die Dienstversammlungen der Amtsärzte erfolgen. Im Vordergrund der gemeinsamen Dienstberatungen sollte die Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Juristen und Medizinern stehen. Gleichzeitig sollten persönliche oder professionsspezifische Ressentiments abgebaut werden. Darüber hinaus sollten die Beratungen zur Klärung von medizinisch-juristischen Streitfragen beitragen.

Insgesamt kann nicht nachgewiesen werden, wie häufig gemeinsame Dienstversammlungen stattfanden. Es deutet sich jedoch an, dass ihr zeitlicher Schwerpunkt am Ende der 1930er-Jahre lag. Für den Regierungsbezirk Merseburg sind entsprechende Beratungen bis Oktober 1941 dokumentiert. Hier fand eine Dienstversammlung von Amtsärzten in Halle/Saale statt, an der die Vorsitzenden der Erbgesundheitsgerichte Torgau und Naumburg teilnahmen und Karl Astel¹⁸⁸² einen Vortrag zum Thema „hoher Fortpflanzungsgefahr“ hielt.¹⁸⁸³ Demgegenüber wurden scheinbar nicht in jedem Regierungsbezirk vergleichbare Versammlungen durchgeführt und alle Erbgesundheitsrichter eingeladen. So konstatierte der Vorsitzende des Erbgesundheitsgerichts Stendal, Voth, im November 1937, dass der Regierungspräsident in Magdeburg,

¹⁸⁸⁰ Zur Beschlussfassung der Erbgesundheitsgerichte siehe Ristow: Erbgesundheitsrecht, S. 171–191.

¹⁸⁸¹ Vgl. LASA, C 127 Oberlandesgericht Naumburg, Nr. 1155: Erbgesundheitspflege, Bd. 1: 1936–1942, 1948, fol. 4.

¹⁸⁸² Vgl. Kap. 3.4.2.

¹⁸⁸³ LASA, C 127, Nr. 1157: Einzelsachen, Bd. 1: 1936–1944, 1946, fol. 187.

Hans-Georg von Jagow, der Initiative keine Folge geleistet habe.¹⁸⁸⁴ „Er habe offenbar die Bedürfnisfrage verneint“ und aus diesem Grund sei kein Erfahrungsaustausch zustande gekommen, der jedoch sehr hilfreich gewesen wäre, da während der Verhandlungen nur wenig Zeit zur Diskussion bliebe und auch nur ein Teil der Amtsärzte anwesend sei.¹⁸⁸⁵ Daneben beschwerte sich der Vorsitzende des Erbgesundheitsgerichts Nordhausen im November 1937, da er zu keiner Aussprache eingeladen worden sei. „Das ist umso bedauerlicher, als eine Reihe von Fragen zu erörtern sein würde.“¹⁸⁸⁶ Die Gründe des geringen Austauschs zwischen Justiz und Medizin beruhten offensichtlich auf fehlenden Initiativen der Regierungspräsidenten und Amtsärzte, was mitunter als Indiz für herrschaftliche wie personelle Konflikte fungieren kann.

Demgegenüber begrüßten Erbgesundheitsrichter der preußischen Provinz Sachsen mehrheitlich die gemeinsamen Dienstversammlungen, da durch diese ein intensiver Erfahrungsaustausch sowie eine Diskussion über gesetzliche Anordnungen und Neuregelungen ermöglicht würde. Beispielsweise äußerten sich die Erbgesundheitsgerichte im Regierungsbezirk Merseburg sehr positiv über den Austausch mit den Amtsärzten des Regierungsbezirks. Es habe lebhafte Diskussionen gegeben und der Austausch sei für die Erbgesundheitsgerichte sowie richterlichen Vorsitzenden sehr hilfreich gewesen.¹⁸⁸⁷ Die Erbgesundheitsrichter von Halle/Saale und Naumburg/Saale waren sehr zufrieden mit den Ergebnissen einer gemeinsamen Dienstbesprechung vom 22. Februar 1936. Und der Vorsitzende des Erbgesundheitsgerichts Naumburg/Saale konstatierte, dass „die ganzen interessierenden Fragen aus dem Erb- und Ehegesundheitsrecht durchgesprochen“ werden konnten. „Es bestand Gelegenheit, die Ansichten zu klären und insbesondere mit den jeweiligen Amtsärzten des Bezirks Fühlung zu nehmen.“¹⁸⁸⁸ Der Vorsitzende des Erbgesundheitsgerichts Halle/Saale verwies auf eine lebhafte Diskussion, etwa zur diagnostischen Abgrenzung des „Schwachsinn“, zum Nachweis der Vererbung von Epilepsie, zu Beurteilungen von Schizophrenie sowie auch zu rechtlichen Verfahrensfragen, wie etwa der Aussetzung des Verfahrens. „Die rege Beteiligung an den Besprechungen bewies die Notwendigkeit des Erfahrungsaustausches.“¹⁸⁸⁹

¹⁸⁸⁴ Zum Vorsitzenden des Erbgesundheitsgerichts in Stendal, Voth, ist keine Personalakte überliefert. Sein Stellvertreter wurde 1937 Hermann Heine. Vgl. LASA, C 127 Anh. Justiz PA H, Nr. 689, 6 Bde.; vgl. auch Justiz im Nationalsozialismus, S. 210.

¹⁸⁸⁵ LASA, C 127, Nr. 1155: Erbgesundheitspflege, Bd. 1: 1936–1942, 1948, fol. 45.

¹⁸⁸⁶ LASA, C 127, Nr. 1155: Erbgesundheitspflege, Bd. 1: 1936–1942, 1948, fol. 41.

¹⁸⁸⁷ Vgl. LASA, C 127, Nr. 1155: Erbgesundheitspflege, Bd. 1: 1936–1942, 1948, fol. 35–36, 39.

¹⁸⁸⁸ LASA, C 127, Nr. 1155: Erbgesundheitspflege, Bd. 1: 1936–1942, 1948, fol. 39.

¹⁸⁸⁹ LASA, C 127, Nr. 1155: Erbgesundheitspflege, Bd. 1: 1936–1942, 1948, fol. 36.

Und auch der Vorsitzende des Erbgesundheitsgerichts in Torgau, Dr. Curt Bogk,¹⁸⁹⁰ äußerte sich zufrieden und teilte im November 1937 dem Landesgerichtspräsidenten in Torgau mit: „Einen breiten Raum nahm die mir bis dahin nicht bekannte Verfügung des Reichsministeriums des Innern über die Behandlung von Mitgliedern der Partei ein. Es wurden erhebliche Bedenken dagegen geäußert.“¹⁸⁹¹ Der Hinweis des Erbgesundheitsrichters in Torgau verdeutlicht dabei nicht nur juristische Zweifel an der Umsetzung von einzelnen Verfügungen, sondern kann auch als Beleg dafür verstanden werden, dass selbst die Rechtsprechung der Erbgesundheitsgerichte nur bedingt den aktuellen Anforderungen entsprach und durch unterschiedliche Auslegungen von Verfügungen und Erlassen geprägt wurde.

Auf einer vergleichbaren Veranstaltung im Regierungsbezirk Erfurt hielt der Vorsitzende des Erbgesundheitsgerichts in Erfurt auf Wunsch des Regierungspräsidenten einen Vortrag zum Thema „Gesundheitsamt und Erbgesundheitsgericht“.¹⁸⁹² Nach Ansicht des Vorsitzenden ergäbe sich in der Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ eine zwangsläufige Beziehung zwischen Ärzten und Juristen. Denn mit der Erbgesundheitsgerichtsbarkeit sei ein Verfahren geschaffen worden, „bei dem medizinisches Erfahrungswissen und juristische Genauigkeit zu einer harmonischen Arbeitsgemeinschaft verbunden sind“.¹⁸⁹³ Dabei würden die beteiligten Amtsärzte die Funktionen von Staatsanwälten, Richtern und Sachverständigen übernehmen und wären dementsprechend mit maßgeblichen herrschaftlichen Mitteln sowie einer hohen volksgemeinschaftlichen Verantwortung ausgestattet. Beide Berufsgruppen würden „in gemeinsamer Zusammenarbeit ihr auf verschiedenen Gebieten liegendes Können und ihre verschiedenen Betrachtungsweisen der Lebensvorgänge vereinen, um zu einer, in dem gedachten Sinne gerechten Entscheidung zu kommen, wobei der Richter gleichzeitig biologisch, der Arzt formal denken lernen soll“.¹⁸⁹⁴ Richter und Ärzte sollten voneinander partizipieren. Der Erfolg ihrer Tätigkeit müsse daran bemessen werden, inwieweit das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ Eingang in die Bevölkerung findet „und ob die Grundgedanken der Eugenik und Biologie mit der Zeit lebendig wirkendes Gedankengut des Volkes werden“.¹⁸⁹⁵

¹⁸⁹⁰ Zu Dr. Curt Bogk ist keine Personalakte überliefert.

¹⁸⁹¹ LASA, C 127, Nr. 1155: Erbgesundheitspflege, Bd. 1: 1936–1942, 1948, fol. 46.

¹⁸⁹² LASA, C 127, Nr. 1155: Erbgesundheitspflege, Bd. 1: 1936–1942, 1948, fol. 20–32.

¹⁸⁹³ LASA, C 127, Nr. 1155: Erbgesundheitspflege, Bd. 1: 1936–1942, 1948, fol. 20.

¹⁸⁹⁴ LASA, C 127, Nr. 1155: Erbgesundheitspflege, Bd. 1: 1936–1942, 1948, fol. 21.

¹⁸⁹⁵ LASA, C 127, Nr. 1155: Erbgesundheitspflege, Bd. 1: 1936–1942, 1948, fol. 33.

Die Erfahrungsberichte von gemeinsamen Dienstversammlungen, der Vortrag des Vorsitzenden des Erbgesundheitsgerichts in Erfurt sowie auch die Beteuerungen einer einvernehmlichen Zusammenarbeit verdeutlichen die inhärenten personellen wie professionsspezifischen Spannungen, die sich im Zuge der Etablierung und Tätigkeit von Erbgesundheitsgerichten offenbarten. Vermutlich wurden mit den gemeinsamen Dienstversammlungen seit Ende 1936 größere personelle und professionsspezifische Konflikte befriedet. Grundsätzlich ist eine eher sporadische Zusammenarbeit von Justiz und Medizin zu konstatieren. Insofern erscheint eine medizinisch-psychiatrische und ärztliche Dominanz im Erbgesundheitsverfahren, sodass den vorsitzenden Richtern zwar weitgehend die Leitung der Verfahren oblag, sie jedoch weniger an der Entscheidungsfindung beteiligt waren. In Anbetracht der ärztlichen Autorenschaft von Sterilisationsverfahren handelte es sich beim Erbgesundheitsverfahren insgesamt um einen durchaus differenten, jedoch insgesamt ärztlich dominierten strafprozessualen Feststellungsprozess von männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“. Die herrschaftliche Dominanz von Ärzten und medizinischen Gutachten spiegelt sich insbesondere in der Verurteilungsquote von Erbgesundheitsgerichten wider, die durchschnittlich über 80 Prozent der eingegangenen Sterilisationsanträge unterstützten.¹⁸⁹⁶

6.3.2 Gerichtliche Verfahrensweisen und Diskussionen zur Rechtsprechung in der preußischen Provinz Sachsen

Aufgrund der Zugehörigkeit zur freiwilligen Gerichtsbarkeit bestanden für die einzelnen Erbgesundheitsgerichte erhebliche gerichtliche Verfahrens- und Ermessensspielräume, die die Durchführung des Gerichtsverfahrens ebenso wie die Beschlussfassung maßgeblich konturierten. Zugleich riefen die Neuartigkeit sowie auch die Praktizierung der Erbgesundheitsgerichtsbarkeit im Dritten Reich deutliche Schwierigkeiten hervor, etwa in der Durchführung des Verfahrens oder bei der Beschlussfassung. Deshalb bestand, parallel zu weiteren administrativen wie ökonomischen Verfahrensfragen, bis in die zweite Hälfte der 1930er-Jahre hinein ein erheblicher Klärungs- und Diskussionsbedarf.¹⁸⁹⁷

¹⁸⁹⁶ Vgl. Kap. 6.4.

¹⁸⁹⁷ Zum Erbgesundheitsverfahren in der Mitte der 1930er-Jahre siehe Lemme, Hansjoachim: Das Verfahren der Erbgesundheitsgerichte. In: *Der öffentliche Gesundheitsdienst* 2 (1936), S. 326–330. Weiterführend Einhaus: *Zwangssterilisation in Bonn*; Erbacher/Höroldt: *Erbgesundheitsgerichtsbarkeit*.

Daneben fanden Diskussionen zur Rechtsprechung und über die Feststellung von „Erbkrankheiten“ statt, die wiederum auf eine regionalspezifische Sterilisationspraxis hinweisen. Als vorgesetzter Behörde kam dem Erbgesundheitsobergericht Naumburg eine entscheidende Funktion zu, indem es verbindliche Leitlinien der erbgerichtlichen Praxis für die angegliederten Erbgesundheitsgerichte vorgeben konnte.¹⁸⁹⁸

Die Betrachtung des gerichtlichen Verfahrens sowie die Darstellung von Diskussionen zur Rechtsprechung tragen nicht unwesentlich zu einer Differenzierung der regionalen Erbgesundheitsgerichtsbarkeit bei. Im Vordergrund stehen zunächst die gerichtliche Beurteilung von Sterilisationsanträgen, die Überprüfung der Geschäftsfähigkeit und die gerichtliche Einsetzung einer Pflegschaft, weiterhin die Vorladung von „erbkrankverdächtigen“ Frauen und Männern, die Abfassung und Übermittlung von Gerichtsbeschlüssen sowie schließlich die Wahrung der Schweigepflicht. Abschließend wird am Beispiel der Leitlinien des Erbgesundheitsobergerichts Naumburg zur Beurteilung von „schweren körperlichen Missbildungen“ die erbgerichtliche Praxis in der preußischen Provinz Sachsen exemplarisch untersucht.

Einen wichtigen Hinweis auf die Beschlüsse der Erbgesundheitsgerichte in der Anfangsphase bietet die massive Kritik an der Antragsstellung. Nach Ansicht der Erbgesundheitsrichter der preußischen Provinz Sachsen genügten die von den antragsberechtigten Ärzten eingereichten Sterilisationsanträge nicht den gerichtlichen Anforderungen und boten nur eine unzureichende Grundlage für ein zügiges Gerichtsverfahren.¹⁸⁹⁹ Die wesentlichen Mängel bestanden in der unzureichenden Begründung des Antrages, der teilweise kaum ausgefüllt wurde und in dem wichtige Angaben für eine gerichtliche Beschlussfassung fehlten. Aus diesem Grund erstellte das Erbgesundheitsgericht Naumburg/Saale bereits am 19. April 1934 ein allgemeines Informationsschreiben, das den übrigen Gerichten der preußischen Provinz Sachsen als Vorlage zur Verfügung gestellt wurde. So forderten die Erbgesundheitsgerichte insgesamt, dass grundsätzlich die Lesbarkeit eingehalten werden solle, da sich der gerichtliche Beschluss maßgeblich auf die Sterilisationsanträge beziehe. Weiterhin sollte in den Anträgen die jeweilige Informationsquelle explizit verzeichnet werden, damit ersichtlich

¹⁸⁹⁸ Wie bereits der Schriftwechsel mit dem Erbgesundheitsobergericht Köln andeutet, so versuchte auch das Erbgesundheitsobergericht Naumburg eine eigenständige Position und durchaus selbstbewusste Rechtsprechung zu wahren. Vgl. Kap. 6.4.3.

¹⁸⁹⁹ Vgl. auch Grunau: Schwachsinn im Erbgesundheitsverfahren.

sei, ob die ermittelten Daten von Familienangehörigen stammten oder aus einem Krankenblatt entnommen wurden. In den Augen der Justiz sei es ebenso „dringend erforderlich, auch den Tag der Ausstellung des Gutachtens in das Gutachten aufzunehmen, da das Gutachten eine der Hauptgrundlagen in dem ergehenden Beschluss betreffend Unfruchtbarmachung des E[rbkranken] ist und die eindeutige Bezugnahme auf ein auch dem Tag der Ausstellung nach ganz bestimmtes Gutachten bei der Wichtigkeit des ergehenden Beschlusses notwendig ist“.¹⁹⁰⁰ Deshalb müsse auch der Intelligenzprüfungsbogen datiert und unterschrieben werden.

Die expliziten Hinweise der Erbgesundheitsgerichte zur ärztlichen Antragsstellung hatten zunächst nur geringen Erfolg. Die Antragssteller beherzigten zumindest die formalen Hinweise der Datierung von einzelnen Dokumenten, jedoch wurde die Anfertigung von Gutachten sowie die Durchführung der Intelligenzprüfungen auch weiterhin kritisiert. So beschwerte sich das Erbgesundheitsgericht Magdeburg zu Beginn des Jahres 1936 über die Arbeitsweise des Amtsarztes von Jerichow II, da er die Ermittlungsergebnisse von psychiatrischen Außenfürsorgen unkommentiert und sogar ohne Antragsstellung weiterleitete. Nach einer längeren Diskussion zwischen Gesundheitsamt und Erbgesundheitsgericht schaltete sich schließlich der Regierungspräsident von Magdeburg ein und erkannte eine Versäumnis des Amtsarztes. „Es ist nicht zugänglich, dass das Gericht seinerseits den Antrag vervollständigen muss. [...] Im Übrigen ist der Amtsarzt verpflichtet, auf Erfordern des Gerichts den Unfruchtbarzumachenden selbst zu untersuchen und von vornherein geeignete Unterlagen zur Erleichterung der Beurteilung zu beschaffen. [...] Ich trete der vorstehenden Auffassung bei und ersuche, in Zukunft den Anträgen bei dem Erbgesundheitsgericht entweder ein amtsärztliches oder ein ärztliches Gutachten beizufügen.“¹⁹⁰¹ In der zweiten Hälfte der 1930er-Jahre nahmen die Diskussionen über die Antragsstellung ab, was sich auch in den überlieferten Sterilisationsanträgen widerspiegelt, die nun meist ausführlicher ausgefüllt wurden.

Eine besondere Bedeutung spielte die Geschäftsfähigkeit der betroffenen Frauen und Männer, die generell von den Gerichten überprüft werden musste. Nach Ansicht der hiesigen Erbgesundheitsgerichte galt eine große Anzahl von „erbkrankverdächtigen“ Frauen und Männern in der Frühphase der nationalsozialistischen Zwangssterilisation als geschäftsunfähig und benötigte einen gerichtlich bestellten

¹⁹⁰⁰ ThStAG, Landgericht Erfurt Nr. 178: Verhütung erbkranken Nachwuchses (1934–1936), fol. 26.

¹⁹⁰¹ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 198.

Pfleger.¹⁹⁰² Nach Auffassung des stellvertretenden Vorsitzenden des Erbgesundheitsgerichts Magdeburg vom Januar 1935 käme hinzu, „dass aus den Anträgen und ärztlichen Gutachten nicht immer hervorgeht, ob eine Verständigung mit dem Erbkranken möglich ist. Alles Mißstände, die dem Geist des Gesetzes gegenüberstehen.“¹⁹⁰³

Die Überprüfung einer bestehenden Pflegerschaft sowie die Einschätzung der Geschäftsfähigkeit stellte die Gerichte jedoch vor erhebliche Schwierigkeiten, da sie vor allem in den Sterilisationsgutachten nur unzureichend dokumentiert wurden.¹⁹⁰⁴ Weiterhin konnten die den Amtsgerichten angegliederten Vormundschaftsgerichte den Bedarf an Pflegern oft nicht zeitnah decken. Dies führte zu erheblichen Problemen, da die Beschlüsse von Erbgesundheitsgerichten erst durch die postalische Übersendung an den gesetzlichen Vertreter rechtskräftig wurden. Insofern die Unfruchtbarmachung vorher vorgenommen wurde, galt sie als unzulässig.

In Anbetracht der zunehmenden Verzögerungen schlug das Erbgesundheitsgericht Magdeburg Ende September 1934 vor, etwaige gesetzliche Vertreter grundsätzlich zu entbinden und die Vormundschaft ausnahmslos den Jugendämtern zu übertragen.¹⁹⁰⁵ Das Erbgesundheitsgericht Erfurt betonte im September 1934 ebenfalls die bestehenden Schwierigkeiten, lehnte eine generelle Übertragung auf die Jugendämter jedoch ab und rekurrierte auf die lokale Verfahrensweise in Erfurt, mit der ausgewählte Justizbeamte generell zur Pflegerschaft im Erbgesundheitsverfahren herangezogen werden würden.¹⁹⁰⁶

Die Amtsgerichte von Langensalza und Weißensee kritisierten den Vorschlag und die Verfahrensweise, da durch die Bestellung von opportunen Pflegern keine Zustimmung innerhalb der Bevölkerung gewonnen werden könne und die rechtlichen Bestimmungen einer Vormundschaft zu einer Leerformel degradiert werden würden.¹⁹⁰⁷ Denn die Bestellung von vorgesehenen Justizbeamten als Pflegern würde

¹⁹⁰² Insofern die Geschäftsunfähigkeit festgestellt wurde oder die betroffenen Frauen und Männer als geschäftsfähig galten, jedoch den Sinn des Erbgesundheitsverfahrens nicht verstanden, mussten zur Fortführung und formalen Einhaltung des Verfahrens Pfleger bestellt werden. Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 133–135.

¹⁹⁰³ LASA, C 128 Landgericht Magdeburg, Nr. 342: Erbgesundheitsgerichte, Generalakten, Bd. 1: 1933–1936, fol. 73.

¹⁹⁰⁴ So erwies sich die Ermittlung von gesetzlichen Vertretern als zeitraubend und schwierig, sodass langwierige Ermittlungen und Überprüfungen und gegebenenfalls Neubestellungen erforderlich waren.

¹⁹⁰⁵ Vgl. LASA, C 128 Landgericht Magdeburg, Nr. 342: Erbgesundheitsgerichte, Generalakten, Bd. 1: 1933–1936, fol. 42.

¹⁹⁰⁶ Vgl. ThStAG, Landgericht Erfurt Nr. 178: Verhütung erbkranken Nachwuchses (1934–1936), fol. 47, 50 e.

¹⁹⁰⁷ Vgl. ThStAG, Landgericht Erfurt Nr. 178: Verhütung erbkranken Nachwuchses (1934–1936), fol. 50 a–b.

maßgebliche rechtliche Rahmenrichtlinien der Vormundschaft unterlaufen, da die ausgewählten Personen aufgrund ihrer Unkenntnis der familiären und persönlichen Situation ihrer Pfleglinge keine begründete Aussage treffen könnten. Zudem müssten die vormundschaftlichen Regelungen dazu beitragen, das Vertrauen der Bevölkerung in den Staat sowie das Erbgesundheitsverfahren zu stärken. Der Vorsitzende des Erbgesundheitsgerichts Erfurt verteidigte daraufhin seinen Vorschlag und verwies auf die massiven Probleme der Gerichtsverfahren, die den staatlichen Interessen an der Unfruchtbarmachung nicht gerecht werden würden. Jedoch betonte auch er die mit seinem Vorschlag in Zusammenhang stehenden Probleme, sodass zur Vermeidung von Unruhe sowie der Schwächung der rechtlichen Verteidigung insbesondere die Eltern nicht übergangen werden dürften. „Aus diesem Grunde scheint es mir auch nicht für richtig, allgemein die Ortsgruppenleiter der nationalsozialistischen Arbeiterpartei als Pfleger zu bestimmen.“¹⁹⁰⁸

Am 1. Oktober 1934 bat der Oberlandesgerichtspräsident von Naumburg die Erbgesundheitsgerichte der preußischen Provinz Sachsen, die generelle Übertragung der Vormundschaft im Erbgesundheitsverfahren zu beurteilen.¹⁹⁰⁹ Der Vorsitzende des Erbgesundheitsgerichts Suhl begrüßte die Initiative und sah in der Übertragung an die Jugendämter eine erhebliche Vereinfachung des Verfahrens. Dagegen lehnte der Großteil der Erbgesundheitsgerichte der preußischen Provinz Sachsen den Vorschlag weitgehend ab.¹⁹¹⁰ Das Erbgesundheitsgericht in Erfurt sah in der generellen Übertragung an Jugendämter massive rechtliche, gesellschaftliche und behördliche Probleme, die die Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ nachhaltig hemmen würden. Seiner Ansicht nach seien die Jugendämter bereits mit der Bereitstellung von Pflegern und Akten überfordert, sodass sich die Verzögerungen ohne eine personelle Aufstockung noch verstärken würden. Darüber hinaus würde die Missachtung von Eltern vor allem Widerstände gegen die nationalsozialistische

¹⁹⁰⁸ ThStAG, Landgericht Erfurt Nr. 178: Verhütung erbkranken Nachwuchses (1934–1936), fol. 50 d.

¹⁹⁰⁹ Die Anfrage beruhte vermutlich auf einem Vorschlag des Erbgesundheitsgerichts Magdeburg, der vorsah, „die Wahrnehmung der Rechte im Erbgesundheitsverfahren unter Ausschluß der sonst vorhandenen oder zu bestellenden gesetzlichen Vertreter allgemein dem zuständigen Jugendamt“ zu übertragen. „Das Jugendamt würde auch weit besser als die anderen gesetzlichen Vertreter in der Lage sein, zu prüfen, ob im Einzelfalle eine Beschwerde sachdienlich ist oder nicht.“ ThStAG, Landgericht Erfurt Nr. 178: Verhütung erbkranken Nachwuchses (1934–1936), fol. 59.

¹⁹¹⁰ Zur Stellungnahme des EGG Naumburg siehe LASA, C 128 Landgericht Naumburg, Nr. 142: Besetzung der Erbgesundheitsgerichte und Erlasse des Reichsministers der Justiz über die Durchführung des Gesetzes zur Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, Bd. 1: 1934–1936, fol. 28–34.

Zwangssterilisation verstärken, was hinsichtlich der bestehenden negativen Reaktionen zwingend verhindert werden müsse. „Insbesondere halte ich es für untragbar, wenn in den Verfahren auf Unfruchtbarmachung die Inhaber der elterlichen Gewalt nicht mehr berechtigt sein sollten, die Interessen ihrer Kinder wahrzunehmen.“¹⁹¹¹ Aus diesen Gründen plädierte er für eine stark beschränkte Übertragung und schlug stattdessen eine Änderung der postalischen Übersendung vor, um die Rechtskraft des gerichtlichen Beschlusses grundsätzlich zu sichern. Eine für das Erbgesundheitsverfahren allgemeingültige gesetzliche Regelung der Bestellung von Pflegern wurde nicht erlassen, sondern sie erfolgte anhand der bestehenden Vorschriften des Vormundschafswesens.¹⁹¹² Gleichwohl wurden bis ans Ende der 1930er-Jahre erhebliche Mängel in der ärztlichen Antragsstellung verzeichnet.

Für die gerichtliche Praxis kann festgehalten werden, dass die Rechte von betroffenen Frauen und Männern häufiger missachtet wurden, da Pfleger oftmals erst nach dem Beschluss des Erbgesundheitsgerichts bestellt wurden. Zudem wurden zielgerichtet Pfleger ausgewählt, die eine Unfruchtbarmachung unterstützten, um das Verfahren zeitnah abschließen zu können. So kann für das Erbgesundheitsgericht Stendal eine größere Anzahl von Verfahren nachgewiesen werden, in denen die jeweiligen Pfleger standardisiert zu Protokoll gaben: „Ich bin mit der Unfruchtbarmachung von [...] einverstanden.“¹⁹¹³ Die erforderlichen Kenntnisse über die betroffenen Frauen und Männer oder über das familiäre Umfeld wurden dabei auch willentlich missachtet. So erklärte beispielsweise ein Pfleger im September 1937, „dass er mit dem Antrag auf Unfruchtbarmachung der Kranken einverstanden sei. Er erklärte weiter, dass er sonstige sachdienliche Angaben nicht machen könne.“¹⁹¹⁴ Ein anderer Pfleger erklärte ebenfalls, dass er keine Einwände gegen die Sterilisation seines Pfleglings hätte, jedoch solle der Eingriff aus Arbeitsgründen verschoben werden.¹⁹¹⁵ Weiterhin wurde die Einstellung der Eltern überprüft, und es besteht der Verdacht, dass Eltern als Vormund zielgerichtet ausgeschlossen wurden. So teilte das Jugendamt aus Gardelegen dem Erbgesundheitsgericht in Stendal im April 1935 mit, dass über die Eltern keine nachteiligen Informationen vorlägen. „Da sich die Eltern dem Verfahren gegenüber

¹⁹¹¹ ThStAG, Landgericht Erfurt Nr. 178: Verhütung erbkranken Nachwuchses (1934–1936), fol. 61.

¹⁹¹² Vgl. Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 133–135.

¹⁹¹³ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 169.

¹⁹¹⁴ KrA Salzwedel, Bestand Gardelegen, Gesundheitswesen (GW), einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z), Nr. 70–16.

¹⁹¹⁵ Vgl. KrA Salzwedel, Bestand Gardelegen, Gesundheitswesen (GW), einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z), Nr. 70–11.

nicht sträuben, wird als Pfleger der Vater [...] in Vorschlag gebracht.“¹⁹¹⁶ Ein entsprechend standardisiertes Schreiben an Familienangehörige über die beabsichtigte Bestellung eines Pflegers könnte zudem darauf hinweisen, dass zumindest am Erbgesundheitsgericht Stendal systematisch Familienangehörige ausgeschlossen und zielgerichtet opportune Pfleger eingesetzt wurden.¹⁹¹⁷

Einen weiteren Hinweis auf die gerichtliche Vorgehensweise bietet ein standardisiertes Anschreiben des Erbgesundheitsgerichts Magdeburg an ein Vormundschaftsgericht mit der Bitte, einen Pfleger zu verpflichten. Dabei wurden die gesetzlichen Pflichten eines Pflegers und seine Verantwortung gegenüber seinem Pflegling ausdrücklich betont, jedoch wurden die dargelegten Pflichten für eindeutige Sterilisationsanträge aufgehoben, um eine Verzögerung des Verfahrens zu vermeiden. „Der Pfleger ist eindringlich darauf hinzuweisen, dass er sich in dem Verfahren, soweit es sich nicht um klarliegende Fälle (z. B. Idiotie) handelt, fürsorglich für seinen Pflegling zu betätigen hat, sich vor dem Termin beim Erbgesundheitsgericht mit dem Pflegling oder seiner Familie in Verbindung setzen muss, den Pflegling in Zweifelsfällen auch anzuhalten hat, selbst zum Termin zu erscheinen.“¹⁹¹⁸ Das Anschreiben des Erbgesundheitsgerichts Magdeburg könnte auf eine explizite rechtliche Beugung hinweisen, indem der gesetzliche Beistand, der für die Rechte seines Pfleglings einzustehen hatte, seine Pflichten nur für Personen wahrnehmen sollte, die nicht bereits vor der gerichtlichen Verhandlung als „erbkrank“ galten. Insgesamt verweisen die Diskussionen sowie die Praktizierung aber auf keine strukturelle Aushöhlung rechtlicher Vorschriften, sondern lediglich auf unterschiedliche gerichtliche Vorgehensweisen, die in der Konsequenz eine rechtliche Aufweichung zum Zweck eines effizienten Sterilisationsverfahren verfolgten. Die jeweilige Vorgehensweise war maßgeblich vom Vorsitzenden, seinen rechtlichen und politischen Vorstellungen sowie seinem Interesse an einer reibungslosen Durchführung abhängig.

Für die Begutachtung und gerichtliche Beschlussfassung spielte es weiterhin eine wesentliche Rolle, in welchem Umfang Erbgesundheitsgerichte Ermittlungen durchführten. Als wichtige Auskunftspersonen galten vor allem Gemeindevorsteher, die Ortspolizei, Schulleiter, Pfarrer und später auch Arbeitgeber.¹⁹¹⁹ Die gerichtlichen

¹⁹¹⁶ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 186.

¹⁹¹⁷ Vgl. LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 64.

¹⁹¹⁸ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 14.

¹⁹¹⁹ ThStAG, Landgericht Erfurt Nr. 178: Verhütung erbkranken Nachwuchses (1934–1936), fol. 6.

Nachfragen erfolgten anhand von standardisierten Fragebögen, die fallspezifisch abgeändert werden konnten und auf die Familiensituation und wirtschaftlichen Verhältnisse, asoziale oder kriminelle Verhaltensweisen, gesundheitliche Erkrankungen sowie Aufenthalte in psychiatrischen Einrichtungen abzielten. Dabei wurde auch nach charakterlichen Eigenschaften gefragt, und ob die betroffenen Frauen und Männer etwa reizbar, erotisch, verkommen oder melancholisch seien.¹⁹²⁰ Zur Klärung von medizinischen Fragen konnten die Gerichte spezielle Fachgutachten anordnen.

Der Umfang der gerichtlichen Ermittlungen in Sterilisationsverfahren kann anhand der Überlieferung nicht genau geklärt werden. Es ist jedoch anzunehmen, dass sich mit dem Rückgang der Antragszahlen sowie der intensiveren Beurteilung der Lebensbewährung der gerichtliche Ermittlungsumfang erhöhte.¹⁹²¹ Daneben versuchten einzelne Gerichte eine Zusammenarbeit mit kommunalen Behörden zu etablieren, um eine effiziente Ermittlungsarbeit zu gewährleisten.¹⁹²² Auch wenn einige Erbgesundheitsgerichte die Notwendigkeit von Ermittlungen und Überprüfungen betonten, so muss unter Berücksichtigung der großen Anzahl von Sterilisationsanträgen bis 1936 einerseits sowie anhand der überlieferten Fallakten der Erbgesundheitsgerichte Magdeburg und Stendal andererseits davon ausgegangen werden, dass die Gerichte lediglich sporadisch eigene Ermittlungen durchführten.¹⁹²³

Eine nicht unwesentliche Rolle für die gerichtliche Beschlussfassung spielte auch die persönliche Vorladung „erbkrankverdächtiger“ Frauen und Männer. Aufgrund der Zugehörigkeit zur freiwilligen Gerichtsbarkeit war die persönliche Anwesenheit zur Gerichtssitzung nicht vorgesehen. Zur Wahrung des rechtlichen Gehörs mussten die betroffenen Frauen und Männer lediglich postalisch über das Verfahren und den Sitzungstermin informiert werden.¹⁹²⁴ Jedoch zeichnete sich abermals eine

¹⁹²⁰ Vgl. ThStAG, Amtsgericht Erfurt Nr. 623: Allgemeine Anordnungen in Erbgesundheitsachen (1934–1936), fol. 5–7.

¹⁹²¹ Weiterhin besteht der Eindruck, dass seit der zweiten Hälfte der 1930er-Jahre häufiger medizinische Fachgutachten angewiesen wurden, um die „Erblichkeit“ einzelner Erbkrankheiten zu überprüfen. Vgl. auch in ThHStAW, Thüringisches Oberlandesgericht Jena Nr. 1265: Tätigkeit der Erbgesundheitsgerichte (1937–1941), fol. 55.

¹⁹²² So nahm das Erbgesundheitsgericht Erfurt beispielsweise Kontakt zum Oberbürgermeister auf, da nach Ansicht des Richters vor allem Bezirksfürsorgerinnen die entsprechenden Ermittlungen adäquat durchführen würden und durch ihr Anstellungsverhältnis zur Verschwiegenheit verpflichtet seien. Der Oberbürgermeister von Erfurt stimmte der Ermittlungsarbeit zumindest zeitlich befristet zu. ThStAG, Landgericht Erfurt Nr. 708: Erbgesundheitspflege, Einzelheiten, fol. 11–12.

¹⁹²³ Vgl. ThStAG, Landgericht Erfurt Nr. 178: Verhütung erbkranken Nachwuchses (1934–1936), fol. 117.

¹⁹²⁴ Vgl. Ristow: Erbgesundheitsrecht, S. 150–157. In einem Rundschreiben des Ministers des Innern vom 12. Mai 1934 wurde jedoch bereits auf die Bedeutung der persönlichen Vorladung hingewiesen.

erheblich differierende Gerichtspraxis ab, was durch die unterschiedlichen gerichtlichen Begutachtungsformen der Erbgesundheitsgerichte Erfurt und Suhl verdeutlicht werden kann.

Der Vorsitzende des Erbgesundheitsgerichts Erfurt vertrat im März 1934 den Standpunkt, nur in seltenen Fällen eine persönliche Vorladung anordnen zu müssen. Seiner Meinung nach genüge eine hinreichende Ermittlung, die eine Entscheidung nach Aktenlage berechtige. „Es ist beabsichtigt, die Akten vor der Sitzung beiden Ärzten vorzulegen, um die Sitzungen möglichst abzukürzen. Nach der bisherigen Natur der Fälle nehme ich nicht an, dass mündliche Verhandlungen allzu häufig sein werden. Jedenfalls habe ich nicht vor, in den bisher von mir bearbeiteten Sachen von Amtswegen eine mündliche Verhandlung anzuberaumen.“¹⁹²⁵ Zur weiteren Beschleunigung wurden Familienangehörige auch nicht zu den Sitzungen, sondern lediglich im Vorfeld eingeladen.¹⁹²⁶ Diese Praxis wurde jedoch bereits im Verlauf des Jahres 1934 untersagt.

Der Vorsitzende des Erbgesundheitsgerichts in Suhl teilte dem Landgerichtspräsidenten in Erfurt im Dezember 1934 hingegen mit, dass sich die Abhaltung von Gerichtssitzungen, etwa in psychiatrischen Einrichtungen, bewährt habe. Vor allem durch den persönlichen Kontakt wurden in nicht geringem Maße Sterilisationsanträge abgelehnt, „die nach den Akten durchaus begründet erschienen“.¹⁹²⁷

Im Zuge von Erfahrungsberichten beharrte der Vorsitzende des Erbgesundheitsgerichts Erfurt auf seiner Einschätzung und lehnte die Stellungnahme seines Amtskollegen ab. Dabei orientierte er sich an den Richtlinien der freiwilligen Gerichtsbarkeit, nach der er in Anbetracht der Sachlage Ermittlungen und Vernehmungen anordnen könne. Die Vorladung der Betroffenen sei seiner Meinung nach und in Übereinstimmung mit den gerichtlich bestellten Kreisärzten nicht notwendig, „um zu einer richtigen Entscheidung zu kommen.“¹⁹²⁸ Der Vorsitzende von Erfurt konnte lediglich für die Frauen und Männer, die aufgrund von „angeborenem Schwachsinn“ angezeigt worden waren und als „Grenzfälle“ galten, eine persönliche Vernehmung als sinnvoll

¹⁹²⁵ ThStAG, Landgericht Erfurt Nr. 178: Verhütung erbkranken Nachwuchses (1934–1936), fol. 7.

¹⁹²⁶ Vgl. ThStAG, Landgericht Erfurt Nr. 178: Verhütung erbkranken Nachwuchses (1934–1936), fol. 17.

¹⁹²⁷ ThStAG, Landgericht Erfurt Nr. 178: Verhütung erbkranken Nachwuchses (1934–1936), fol. 77.

¹⁹²⁸ ThStAG, Landgericht Erfurt Nr. 178: Verhütung erbkranken Nachwuchses (1934–1936), fol. 82–83.

anerkennen.¹⁹²⁹ Seiner Meinung nach würde die persönliche Vorladung weiterhin erhebliche Kosten verursachen und in ihrer gutachterlichen Bedeutung für die Beurteilung der männlichen und weiblichen Persönlichkeit auch überschätzt werden. „Es wird darin offenbar eine Garantie der persönlichen Rechte des Individuums gesehen, meines Erachtens aber zu Unrecht. In einer sorgfältigen, genauen und gewissenhaften Prüfung und Bearbeitung des einzelnen Falles seitens aller beteiligten Stellen liegt meiner Auffassung nach eine grössere Gewähr für den einzelnen, als dies durch einen Vorstellungszwang erreicht werden kann. Der Grundsatz der notwendigen Vorstellung aller Kranken vor dem Erbgesundheitsgericht [birgt] im Gegenteil [die Gefahr] einer formalistischen und zu wenig differenziellen Behandlung der verschieden gelagerten Fälle in sich.“¹⁹³⁰

Auch das Erbgesundheitsgericht in Suhl beharrte auf seinem Standpunkt, woraufhin sich schließlich eine juristische und zuweilen persönlich konnotierte Kontroverse mit dem Erbgesundheitsgericht in Erfurt entwickelte.¹⁹³¹ Nach Ansicht des Suhler Amtsrichters müssten alle Betroffenen zumindest die Möglichkeit auf „rechtliches Gehör“ haben. In Bezug auf die Stellungnahme aus Erfurt lehnte er eine Vorladung von Personen ab, die etwa an Schizophrenie erkrankt waren, „weil in diesen Fällen der persönliche Eindruck selbstverständlich ohne jede Bedeutung ist“.¹⁹³² Jedoch betonte der Vorsitzende weiterhin die Zweckmäßigkeit der Vorladung von Frauen und Männern, die aufgrund von „angeborenem Schwachsinn“ sterilisiert werden sollten. Nur durch den persönlichen Kontakt könnten die Erkrankungsgrade festgestellt werden. Dies sei umso wichtiger, da ungeklärt sei, ob die „leichten Fälle“ unfruchtbar gemacht werden müssten. Zudem müssten neben den intellektuellen Fähigkeiten auch etwaige kriminelle Handlungen oder auch der soziale Nutzen überprüft werden. Unter diesem Gesichtspunkt wies er den Vorwurf des Formalismus zurück, da die Verfahrensweise des Erbgesundheitsgerichts in Suhl gerade das Gegenteil beabsichtige. Auch würden

¹⁹²⁹ Für eine Gruppe von „erbkrankverdächtigen“ Frauen und Männern wäre der Tatbestand nach Aktenlage hinreichend geklärt, sodass keine Vorladung erforderlich sei. „Wenn in allen diesen Fällen in gründlicher Weise Ermittlungen angestellt, insbesondere alle Krankengeschichten und Anstaltsakten herangezogen und geprüft werden, so halte ich in der ersten Gruppe von Fällen Irrtümer für so gut wie ausgeschlossen.“ Für eine andere Gruppe könne die Vorladung zu keiner Klärung beitragen, da von den Betroffenen keine weiterführenden Informationen gewonnen oder die medizinische Frage der Erblichkeit nicht überprüft werden könne. ThStAG, Landgericht Erfurt Nr. 178: Verhütung erbkranken Nachwuchses (1934–1936), fol. 83.

¹⁹³⁰ ThStAG, Landgericht Erfurt Nr. 178: Verhütung erbkranken Nachwuchses (1934–1936), fol. 83.

¹⁹³¹ Vgl. ThStAG, Landgericht Erfurt Nr. 178: Verhütung erbkranken Nachwuchses (1934–1936), fol. 89 b–c, 90, 118–119.

¹⁹³² ThStAG, Landgericht Erfurt Nr. 178: Verhütung erbkranken Nachwuchses (1934–1936), fol. 118.

die größere zeitliche Dauer von Sitzungen sowie die erhöhten finanziellen Kosten keinen ausschlaggebenden Grund darstellen. Vielmehr würde das persönliche Erscheinen vor Gericht zur Aufklärung und Beruhigung der Bevölkerung beitragen. „Die Bevölkerung darf auch nicht den Eindruck gewinnen, als ob die Sache mit dem Gutachten – wie gesagt meist der Antragssteller – bereits entschieden und das Verfahren vor dem Gericht eigentlich überflüssig ist.“¹⁹³³

Der Vorsitzende des Erbgesundheitsgerichts Erfurt reagierte prompt und versuchte seine Verfahrensweise zu begründen und sich in der Kontroverse zu positionieren. Die geringe Anzahl von persönlichen Vorladungen am Erfurter Gericht beruhe auf der Ministerialanordnung vom 12. Mai 1934. Unruhe innerhalb der Bevölkerung oder größere Widerstände könnten in Erfurt nicht beobachtet werden. Weiterhin würde allen Betroffenen die Möglichkeit auf rechtliches Gehört gegeben. Diese Einschätzung musste er jedoch an anderer Stelle revidieren und gestand im Mai 1935 gegenüber dem Landgerichtspräsidenten ein, dass die betroffenen Frauen und Männer oder ihre gesetzlichen Vertreter nicht regelmäßig über den Verhandlungstermin informiert worden seien.¹⁹³⁴ Jedoch erscheine ihm die Vorladung von idiotischen und imbezillen Frauen und Männern als „unnötig und belastet nach meiner Ansicht die Sitzungen der Erbgesundheitsgerichte in durchaus überflüssiger Weise“.¹⁹³⁵ Zudem könnten so nur ein Bruchteil der eingegangenen Sterilisationsanträge pro Sitzung verhandelt werden. Eine Ausnahme bilde die Gruppe der Debilen, deren Vorladung „geboten erscheinen kann. Am wenigsten wird eine solche Ladung bei den Asozialen und Kriminellen wie einem Teil der psychopathischen Debilen Erfolg versprechen.“¹⁹³⁶ Abschließend konstatierte der Vorsitzende des Erbgesundheitsgerichts Erfurt, dass die Notwendigkeit einer persönlichen Vorladung „letzten Endes durch medizinische Sachverständige und Instanzen zu entscheiden sein dürfte“.¹⁹³⁷

Das Reichsjustizministerium betonte am 9. Mai 1935 zumindest die Notwendigkeit der Einhaltung des „rechtlichen Gehörs“. „In den Fällen, in denen nach ärztlichem Urteil eine Verständigung mit dem Erbkranken nicht vornherein aussichtslos ist, ist daher dem Erbkranken wenigstens von dem Eingang des Antrags und dem Termin,

¹⁹³³ ThStAG, Landgericht Erfurt Nr. 178: Verhütung erbkranken Nachwuchses (1934–1936), fol. 119.

¹⁹³⁴ Vgl. ThStAG, Amtsgericht Erfurt Nr. 623: Allgemeine Anordnungen in Erbgesundheitssachen (1934–1936), fol. 13.

¹⁹³⁵ ThStAG, Landgericht Erfurt Nr. 178: Verhütung erbkranken Nachwuchses (1934–1936), fol. 115.

¹⁹³⁶ ThStAG, Landgericht Erfurt Nr. 178: Verhütung erbkranken Nachwuchses (1934–1936), fol. 115.

¹⁹³⁷ ThStAG, Landgericht Erfurt Nr. 178: Verhütung erbkranken Nachwuchses (1934–1936), fol. 117.

in dem über den Antrag entschieden werden soll, Kenntnis zu geben.“¹⁹³⁸ Insofern eine persönliche Anhörung seitens des Erbgesundheitsgerichts für nicht erforderlich angesehen wurde, sollte die Entscheidung den betroffenen Frauen und Männern mitgeteilt und auch eine Übernahme der Fahrtkosten verneint werden.¹⁹³⁹

Vor dem Hintergrund der ministeriellen und parteipolitischen Auseinandersetzungen über die nationalsozialistische Sterilisationspraxis betonte der Reichsjustizminister in einer weiteren Rundverfügung vom 22. April 1936 die Bedeutung der persönlichen Anhörung. Die richterliche Freiheit im Erbgesundheitsverfahren dürfe nicht zu einem rein schriftlichen Verfahren führen, und „ich würde es begrüßen, wenn sich eine einmütige Auffassung der Erbgesundheitsgerichte und Erbgesundheitsobergerichte dahin ausbilden würde, dass in keinem Falle – Fälle von Idiotie ausgenommen – über einen Antrag auf Unfruchtbarmachung wegen angeborenen Schwachsinn entschieden werden darf, bevor sich die Kammer des Erbgesundheitsgerichts oder der Senat des Erbgesundheitsobergerichts durch eine persönliche Anhörung des Unfruchtbarzumachen davon überzeugt hat, ob Schwachsinn vorliegt oder nicht“.¹⁹⁴⁰ Auch sollten Frauen und Männer häufiger angehört werden, die an Schizophrenie oder Epilepsie erkrankt seien, da durch die persönliche Vernehmung auch neue Informationen gewonnen werden könnten. „Außerdem bietet die persönliche Anhörung den nicht zu unterschätzenden Vorteil, dass auch der Unfruchtbarzumachende selbst das Gefühl erhält, dass seiner Angelegenheit die ihr zukommende Bedeutung beigemessen und dass sie mit der erforderlichen Sorgfalt geprüft wird.“¹⁹⁴¹ Deshalb müsse auch die Anzahl von zu verhandelnden Sterilisationsanträgen pro Sitzung auf 15 bis 20 Verfahren reduziert werden.

Hinsichtlich der persönlichen Vorladung verfolgten die Erbgesundheitsgerichte der preußischen Provinz Sachsen bis zum Frühjahr 1936 eine unterschiedliche Verfahrenspraxis. So plädierten etwa die Gerichte in Suhl und Nordhausen für eine persönliche Vorladung von Personen, die aufgrund von „angeborenem Schwachsinn“ unfruchtbar gemacht werden sollten. Dabei konnten sich die Gerichte auch auf die Verfahrenspraxis des Erbgesundheitsobergerichts in Naumburg stützen, das ebenfalls

¹⁹³⁸ LASA, C 136 Nachtrag, Nr. 119: Allgemeine Verfügungen und Erlasse in Erbgesundheitsangelegenheiten (1933–1945), fol. 25 c.

¹⁹³⁹ Im Umkehrschluss kann die Anordnung des Reichsjustizministers darauf hinweisen, dass eine nicht geringe Anzahl von Frauen und Männern nicht über das Sterilisationsverfahren informiert wurde.

¹⁹⁴⁰ LASA, C 128 Landgericht Magdeburg, Nr. 343: Erbgesundheitsgerichte, Generalakten, Bd. 2: 1935–1936, fol. 22.

¹⁹⁴¹ LASA, C 128 Landgericht Magdeburg, Nr. 343: Erbgesundheitsgerichte, Generalakten, Bd. 2: 1935–1936, fol. 22.

die persönliche Anhörung empfahl.¹⁹⁴² Hingegen vertrat das Erbgesundheitsgericht Erfurt bis 1936 den Standpunkt, dass die persönliche Anhörung für das Verfahren überschätzt würde. Es solle den Betroffenen lediglich der Termin übermittelt werden, um ihnen somit die Möglichkeit zu geben, zur Sitzung zu erscheinen. „Nach den hier gemachten Erfahrungen wünschen manche sich nur wegen der Folgen des chirurgischen Eingriffs auszusprechen, von dem sie Gesundheitsschädigungen befürchteten.“¹⁹⁴³ Vielmehr würden die vorgeladenen Frauen und Männer in kurzen Aussprachen einen „verhältnismäßig günstigen“ Eindruck hinterlassen, was zu Fehlurteilen beitragen könnte. Zudem bedeute die Vorladung auch eine Härte, da den Betroffenen, bei denen es sich „vorwiegend um die ärmsten Teile der Bevölkerung“ handelt, lediglich die Fahrtkosten, aber keine Zehrungskosten oder der Verdienstaussfall erstattet werden könne.¹⁹⁴⁴

Die disparate Verfahrenspraxis konnte größeren Einfluss auf die regionale Sterilisationspraxis nehmen, indem Sterilisationsanträge aufgrund der persönlichen Anhörung und der dabei ermittelten Ergebnisse eher abgelehnt werden konnten. Beispielsweise betrug die Quote von abgelehnten Anträgen am Erbgesundheitsgericht Suhl in den Jahren 1934 und 1935 rund 14 bis 15 Prozent.¹⁹⁴⁵ Der Anteil von Ablehnungen am Erbgesundheitsgericht Erfurt schwankte im gleichen Zeitraum zwischen circa drei bis neun Prozent.¹⁹⁴⁶ Dieser Unterschied ist nach der Einschätzung des Vorsitzenden des Erbgesundheitsgerichts Suhl auch auf die gerichtliche Verfahrenspraxis der persönlichen Anhörung zurückzuführen.

Trotz der unterschiedlichen Positionen zur persönlichen Vorladung deuten die vorliegenden Ergebnisse darauf hin, dass es sich bei Erbgesundheitsverfahren größtenteils um kameralistische Schnellverfahren handelte, die ohne persönliche Vorladung nach Aktenlage entschieden wurden. Denn auch nach der verbindlichen Anordnung zur persönlichen Anhörung missachteten die Erbgesundheitsgerichte die vorgeschriebene Vorladung. So sah sich das Erbgesundheitsgericht Magdeburg im Januar 1938 gegenüber dem Oberlandesgerichtspräsidenten gezwungen, eine Verhandlung

¹⁹⁴² Vgl. ThStAG, Landgericht Erfurt Nr. 178: Verhütung erbkranken Nachwuchses (1934–1936), fol. 66.

¹⁹⁴³ ThStAG, Landgericht Erfurt Nr. 178: Verhütung erbkranken Nachwuchses (1934–1936), fol. 162.

¹⁹⁴⁴ ThStAG, Landgericht Erfurt Nr. 178: Verhütung erbkranken Nachwuchses (1934–1936), fol. 163.

¹⁹⁴⁵ Vgl. ThStAG, Landgericht Erfurt Nr. 178: Verhütung erbkranken Nachwuchses (1934–1936), fol. 93, 167.

¹⁹⁴⁶ Vgl. ThStAG, Landgericht Erfurt Nr. 178: Verhütung erbkranken Nachwuchses (1934–1936), fol. 89, 165.

ohne persönliche Anhörung zu rechtfertigen. Die betroffenen Personen oder der gesetzliche Vertreter würden nach Auskunft des Gerichts grundsätzlich zur Verhandlung geladen. Sollte jedoch niemand zur Verhandlung erscheinen und die Sachlage aufgrund der ermittelten Tatbestände eindeutig sein, so würde auch ohne persönliche Vernehmung ein Beschluss gefasst. Im vorliegenden Fall handele es sich um ein 16-jähriges Mädchen, das als „idiotisch“ gelten müsse und für das keine „Lebensbewährung“ berücksichtigt werden könne. „Hätten bei der Entscheidung der Kammer auch nur die geringsten Zweifel bestanden, wäre das persönliche Erscheinen der Kranken angeordnet worden.“¹⁹⁴⁷ Auch dem Erbgesundheitsgericht Naumburg wurde im Mai 1938 vorgeworfen, die persönliche Anhörung von betroffenen Frauen und Männern nicht wahrzunehmen.¹⁹⁴⁸

Als ein weiterer Hinweis für die buchhalterische Charakteristik von Erbgesundheitsverfahren kann die Diskussion über die schriftliche Abfassung von Sterilisationsbeschlüssen gelten. Seit 1934 folgte eine Vielzahl von Beschlüssen der Erbgesundheitsgerichte einer standardisierten Vorlage, in der keine konkreten Bezüge zur Person oder Erkrankung vorgenommen, sondern lediglich summarisch verzeichnet wurde, dass die betroffenen Frauen und Männer an einer „Erbkrankheit“ erkrankt seien und ihr Nachwuchs mit hoher Wahrscheinlichkeit ebenfalls „erbkrank“ sein würde.¹⁹⁴⁹ Die standardisierte Beschlussform, hervorgerufen durch die große Anzahl von Sterilisationsverfahren, entsprach keineswegs den formalen Rechtsgrundsätzen und wurde auch seitens der Betroffenen und gesetzlichen Vertreter kritisiert, da die Sterilisationsgründe sowie die Beweisführung unersichtlich blieben.

Die Erbgesundheitsgerichte wurden durch die vorgesetzten Aufsichtsbehörden bereits frühzeitig auf eine adäquate schriftliche Beschlussfassung hingewiesen. So konstatierte der Reichsjustizminister im Mai 1935, dass die Erbgesundheitsgerichte standardisierte Vordrucke benutzen würden, „in die bereits die Gründe der Entscheidung aufgenommen sind. Ein solches Verfahren kann bei den Erbkranken leicht den Eindruck erwecken, als ob ihre Sache nicht mit der gebotenen Sorgfalt geprüft worden

¹⁹⁴⁷ LASA, C 128 Landgericht Magdeburg, Nr. 346: Einzelsachen, Sammelakten (1938–1947), fol. 3.

¹⁹⁴⁸ Vgl. LASA, C 128 Landgericht Naumburg, Nr. 140: Einzelsachen der Erbgesundheitsgerichte und Ernennung der richterlichen und ärztlichen Mitglieder (1936), fol. 71.

¹⁹⁴⁹ Vgl. LASA, C 128 Landgericht Naumburg, Nr. 142: Besetzung der Erbgesundheitsgerichte und Erlasse des Reichsministers der Justiz über die Durchführung des Gesetzes zur Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, Bd. 1: 1934–1936, fol. 22.

sei.“¹⁹⁵⁰ Aus diesem Grund sollten derartige Vordrucke im schriftlichen Verkehr mit den betroffenen Frauen und Männern nicht verwendet werden.¹⁹⁵¹

Im Zuge der Rundverfügung des Justizministeriums vom April 1936 wurden die Erbgesundheitsgerichte schließlich ebenfalls angehalten, den gerichtlichen Beschluss hinreichend zu begründen. Es genüge hinsichtlich des Begründungszwanges keineswegs, wenn lediglich das Vorliegen einer „Erbkrankheit“ verzeichnet werden würde. „Insbesondere muss zu allen Einwendungen des Unfruchtbarzumachenden in der Begründung des Beschlusses Stellung genommen werden. [...] Es darf also die in dem Antrage oder in den dem Antrage beigefügten Gutachten gemachten Angaben nicht ohne weiteres als wahr unterstellen, sondern hat, soweit die Entscheidung auf diese Angaben gestützt wird, darzutun, wodurch sie erwiesen sind.“¹⁹⁵² Insoweit die Überlieferung der Erbgesundheitsgerichte Magdeburg und Stendal dieses Urteil zulässt, wurden die Sterilisationsbeschlüsse in der preußischen Provinz Sachsen bis mindestens 1936 kaum begründet. In den folgenden Jahren änderte sich die Praxis dahingehend, jedoch missachteten einzelne Erbgesundheitsgerichte weiterhin die angewiesenen Vorgaben.¹⁹⁵³

Gegenüber den offensichtlichen Hinweisen und Indizien auf die Charakteristik der nationalsozialistischen Erbgesundheitsgerichtsbarkeit als unpersönliches strafprozessuales Schnellverfahren verweisen die Regelungen zur Wahrung der Schweigepflicht auf Bestandteile der nationalsozialistischen Zwangssterilisation, die außerhalb des gerichtlichen Verfahrens lagen, aber unmittelbar mit der Beschlussfassung verbunden waren. Die Wahrung der Schweigepflicht sollte die betroffenen Frauen und Männer schützen, indem eine umfassende volksgemeinschaftliche Stigmatisierung verhindert werden sollte.¹⁹⁵⁴ Demgegenüber sollten hierdurch auch lokale Wider-

¹⁹⁵⁰ LASA, C 136, Nachtrag, Nr. 119: Allgemeine Verfügungen und Erlasse in Erbgesundheitsangelegenheiten (1933–1945), fol. 25 b.

¹⁹⁵¹ Beispielsweise behauptete der richterliche Vorsitzende des Erbgesundheitsgerichts in Erfurt, dass er keine Vordrucke verwende, da eine solche Vorgehensweise zu Formalismus und Oberflächlichkeit führen würde. Vgl. ThStAG, Amtsgericht Erfurt Nr. 623: Allgemeine Anordnungen in Erbgesundheitssachen (1934–1936), fol. 13.

¹⁹⁵² LASA, C 128 Landgericht Magdeburg, Nr. 343: Erbgesundheitsgerichte, Generalakten, Bd. 2: 1935–1936, fol. 23.

¹⁹⁵³ Vgl. LASA, C 128 Landgericht Naumburg, Nr. 140: Einzelsachen der Erbgesundheitsgerichte und Ernennung der richterlichen und ärztlichen Mitglieder (1936), fol. 71.

¹⁹⁵⁴ Es findet sich in der Überlieferung eine geringe Anzahl von Einzelfällen, in denen die Schweigepflicht durch unterschiedliche Personen oder Umstände verletzt wurde. Siehe etwa ThStAG, Landgericht Erfurt Nr. 178: Verhütung erbkranken Nachwuchses (1934–1936), fol. 56–69; oder auch in ThHStAW, Thüringisches Oberlandesgericht Jena Nr. 1532: Geschäftsverkehr und Schriftwechsel mit den Gesundheitsämtern (1933–1937), fol. 130.

stände verhindert werden. Eine wesentlich größere Rolle spielte hingegen die namentliche Nennung von Informanten, die maßgeblich zur Begutachtung beigetragen haben.¹⁹⁵⁵

So beschwerte sich der Landrat von Langensalza beim Regierungspräsidenten von Erfurt im September 1934, da in einem Beschluss des Erbgesundheitsgerichts Erfurt der Name des Gemeindegewerks genannt worden sei.¹⁹⁵⁶ „Durch eine solche Handlungsweise spielt man ja den Betroffenen direkt gegen den Schulzen aus und schafft einen dauernden Unruheherd. Der Schulze, der verpflichtet ist, solche Dinge zur Anzeige zu bringen, wird sich angesichts solcher Zustände überhaupt nicht mehr bereit finden, irgendeinen Bericht oder Anzeige zu erstatten. Die Auswirkungen solcher verkehrten Handlungsweisen sind einfach verheerend.“¹⁹⁵⁷ Der Regierungspräsident berief sich auf den Runderlass vom 10. Juli 1934 und betonte die notwendige Namensnennung als wesentliche Grundlage der gerichtlichen Beweisführung. „Wenn ich auch nicht verkenne, dass es einem Gemeindevorsteher u. U. unangenehm sein mag, wenn er in einem Urteil des Erbgesundheitsgerichtes als Zeuge genannt wird, so ist dies Verfahren bei den Gerichten zur Beweisführung doch nicht zu vermeiden.“¹⁹⁵⁸ Zudem sei die Mitarbeit, ebenso wie für andere staatliche Mitarbeiter, eine gesetzliche Pflicht, „andernfalls würde er sich dem Verdacht einer Pflichtverletzung aussetzen“.¹⁹⁵⁹ Ebenso wies der Vorsitzende des Erbgesundheitsgerichts Erfurt die Vorwürfe des Landrates zurück, denn die betroffenen Frauen und Männer hätten ein Recht, die gerichtliche Beweisführung nachzuvollziehen. Aber auch er konnte aufgrund von persönlichen beruflichen Erfahrungen die Entstehung und Dynamik von persönlichen Gehässigkeiten in kleineren Gemeinden verstehen. Aus diesem Grund würde er in der Beschlussfassung sehr vorsichtig mit der Namensnennung verfahren.

Demgegenüber wurde am 7. Dezember 1934 der Oberlandesgerichtspräsident von Naumburg sowohl vom preußischen Justizminister als auch vom Innenministerium darauf hingewiesen, dass das ärztliche Anliegen zur Anonymisierung im Falle einer Zeugenvernehmung berechtigt sei.¹⁹⁶⁰ Der professionsspezifische Unterschied,

¹⁹⁵⁵ Vgl. Kap. 4.3.2.

¹⁹⁵⁶ Vgl. ThStAG, Landgericht Erfurt Nr. 178: Verhütung erbkranken Nachwuchses (1934–1936), fol. 69.

¹⁹⁵⁷ ThStAG, Landgericht Erfurt Nr. 178: Verhütung erbkranken Nachwuchses (1934–1936), fol. 69.

¹⁹⁵⁸ ThStAG, Landgericht Erfurt Nr. 178: Verhütung erbkranken Nachwuchses (1934–1936), fol. 71.

¹⁹⁵⁹ ThStAG, Landgericht Erfurt Nr. 178: Verhütung erbkranken Nachwuchses (1934–1936), fol. 71.

¹⁹⁶⁰ Vgl. ThStAG, Landgericht Erfurt Nr. 178: Verhütung erbkranken Nachwuchses (1934–1936), fol. 80; LASA, C 136, Nachtrag, Nr. 119: Allgemeine Verfügungen und Erlasse in Erbgesundheitsangelegenheiten (1933–1945), fol. 15.

etwa zu Angestellten der Gemeinde, bestünde darin, „daß das zwischen dem Erbkranken und dem Arzt bestehende Vertrauensverhältnis beeinträchtigt werden könne, wenn der Erbkranke aus dem Beschlusse des Erbgesundheitsgerichts die Aussage des Arztes erfahre, und daß der Arzt auch eine Schädigung seiner Praxis befürchten müsse“.¹⁹⁶¹ Auch wenn der preußische Justizminister die Namensnennung weiterhin für notwendig erachtete, so seien die Beschlüsse künftig „so abzufassen, daß auch den berechtigten Wünschen der Ärzte Rechnung getragen wird. Ich ersuche deshalb alle Erbgesundheitsgerichte und Erbgesundheitsobergerichte, bei der Abfassung der Gründe diese Gesichtspunkte zu beachten.“¹⁹⁶²

In einer Rundverfügung vom 9. Mai 1935 betonte der Reichsjustizminister die allgemeine Einhaltung der Schweigepflicht. Aus diesem Grund sollte vermieden werden, gerichtliche Nachfragen oder Anordnungen per Postkarten, sondern stattdessen in Briefumschlägen und ohne Hinweise auf ein Erbgesundheitsgericht zu versenden.¹⁹⁶³ Zudem sollten alle Auskunftspersonen ausdrücklich auf ihre Schweigepflicht hingewiesen werden. „Die zu ergreifenden Maßnahmen werden den örtlichen Verhältnissen angepasst werden müssen; insbesondere wird zu beachten sein, dass in ländlichen Bezirken die Geheimhaltung erheblich mehr gefährdet ist als in großstädtischen Bezirken.“¹⁹⁶⁴

Der Vorsitzende des Erbgesundheitsgerichts Suhl äußerte sich im Mai 1935 gegenüber dem Landgerichtspräsidenten in Erfurt ausführlich zur Einhaltung der Schweigepflicht. In Anlehnung an die Hinweise des Justizministeriums sollte es vermieden werden, in einer Sitzung mehrere Anträge aus einer Gemeinde zu verhandeln, um zufällige Kontakte zu unterbinden. Darüber hinaus müssten insbesondere die ermächtigten Krankenhäuser auf ihre Schweigepflicht hingewiesen werden, auch sollte das medizinische Personal zielgerichtet getäuscht und der Operationsgrund verschleiert werden. Weiterhin schlug der Richter den betroffenen Frauen und Männern vor, die Operation in einem Krankenhaus vornehmen zu lassen, das sich nicht am Wohnort befand. Zudem empfahl er „den Erbkranken und ihren Angehörigen regelmäßig, sie

¹⁹⁶¹ LASA, C 136, Nachtrag, Nr. 119: Allgemeine Verfügungen und Erlasse in Erbgesundheitsangelegenheiten (1933–1945), fol. 15.

¹⁹⁶² LASA, C 136, Nachtrag, Nr. 119: Allgemeine Verfügungen und Erlasse in Erbgesundheitsangelegenheiten (1933–1945), fol. 15.

¹⁹⁶³ Vgl. LASA, C 136, Nachtrag, Nr. 119: Allgemeine Verfügungen und Erlasse in Erbgesundheitsangelegenheiten (1933–1945), fol. 25 b.

¹⁹⁶⁴ LASA, C 136, Nachtrag, Nr. 119: Allgemeine Verfügungen und Erlasse in Erbgesundheitsangelegenheiten (1933–1945), fol. 25 b.

möchten auf Anfrage angeben, sie hätten auf dem Vormundschaftsgericht oder im Grundbuchamt zu tun gehabt“.¹⁹⁶⁵

Die Wahrung der Schweigepflicht spielte innerhalb der Justiz eine besondere Rolle und wurde auch gegenüber zielgerichteten parteipolitischen Interessen verteidigt. Innerhalb des Justizwesens wurde großer Wert auf die Einhaltung der Schweigepflicht gelegt, um grundsätzliche rechtliche Verfahrensregeln zu wahren, Widerstände und Konflikte zu vermeiden und ein effizientes Gerichtsverfahren zu gewährleisten. Hierzu gehörte jedoch nicht nur die Sicherung des Erbgesundheitsverfahrens, sondern auch der Schutz der gewonnenen Ermittlungsergebnisse.

Beispielsweise traten im Juli 1936 die Kreisleitungen der NSDAP an die Erbgesundheitsgerichte heran und baten um Auskunft, ob gegen Parteimitglieder Sterilisationsbeschlüsse getroffen worden seien und die entsprechenden Akten ausgehändigt werden könnten. Der Vorsitzende des Erbgesundheitsgerichts Erfurt nahm aufgrund dessen Kontakt zum Landgerichtspräsidenten auf und stellte auf Grundlage der Besprechung mit diesem gegenüber der Kreisleitung Erfurt fest, dass aufgrund der Geheimhaltungspflicht keine Auskünfte erteilt oder Akten ausgehändigt werden könnten. Unter Verweis auf die Rechtslage wurde das parteipolitische Interesse an den Materialien zur nationalsozialistischen Zwangssterilisation abgewiesen.¹⁹⁶⁶ Zudem würde die Parteimitgliedschaft auch nicht explizit verzeichnet, und insgesamt hätten sich nur wenige Personen auf die NSDAP berufen.

Das im Dritten Reich etablierte Erbgesundheitsverfahren stellte ein neuartiges Verfahren mit erheblichen Handlungsspielräumen dar, welche durch die einzelnen Erbgesundheitsgerichte genutzt und gehandhabt wurden. Die Auslegung von Verfahrensgrundsätzen und damit auch die Verurteilungspraxis beruhten in hohem Maße auf der Rechtsauffassung und Tätigkeit der richterlichen Vorsitzenden. Zugleich wurde die Tätigkeit der Gerichte in hohem Maße von der quantitativen Entwicklung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation beeinflusst. Unter dem Eindruck einer Viel-

¹⁹⁶⁵ ThStAG, Landgericht Erfurt Nr. 178: Verhütung erbkranken Nachwuchses (1934–1936), fol. 126.

¹⁹⁶⁶ Drei Monate später ersuchte das Oberste Parteigericht der NSDAP die Gesundheitsämter der preußischen Provinz Sachsen, „ihnen die unfruchtbar gemachten Parteimitglieder namhaft zu machen.“ Wenige Tage später teilte das Reichsministerium des Innern mit, dass „vorerst [...] in der Angelegenheit nichts zu veranlassen“ ist. Die Interessen der NSDAP an „erbkranken“ Parteimitgliedern wurden seitens des Justiz- und Innenministeriums unter Bezug auf die bestehenden Amts- und Schweigepflichten zurückgewiesen. Zu einer Einigung kam es bis 1945 nicht. Dabei spielten auch interne Konflikte und Rivalitäten zwischen Partei und Staat keine unwesentliche Rolle. LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 2: 1937–1944, fol. 14–17.

zahl von Sterilisationsanträgen entwickelte sich die kameralistisch angelegte Erbgesundheitsgerichtsbarkeit als ein Beurteilungsverfahren, das von der massiven Antragsstellung vor sich hergetrieben wurde, wodurch in der Folge formale Verfahrensgrundsätze vernachlässigt oder zielgerichtet gebeugt wurden. Paradigmatisch steht etwa die Einschätzung des Erbgesundheitsgerichts Magdeburg vom August 1934: „Die Geschäfte haben so zugenommen, dass es schon jetzt oft nicht möglich ist, mit der gebotenen Gründlichkeit zu arbeiten.“¹⁹⁶⁷

Bis in die zweite Hälfte der 1930er-Jahre wurden unterschiedliche Versuche unternommen, um die divergierende Sterilisationspraxis zu vereinheitlichen. Hierzu gehörte auch die Beurteilung von „Erbkrankheiten“ im Sinne des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“. Die erbgesundheitliche Rechtsprechung wurde seit 1934 diskutiert.¹⁹⁶⁸ Die Diskussion von Urteilen sollte rechtliche Leitlinien vorgeben und zu einer einheitlichen Rechtsprechung in der Bewertung von „Erbkrankheiten“ und Verfahrensfragen beitragen. Auch im Hinblick auf die sich abzeichnenden Diskussionen über die Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ versuchte der Reichsjustizminister im Mai 1935, einen Überblick über die Rechtsprechung zu gewinnen. Im Zuge der Diskussionen in der Mitte der 1930er-Jahre wurde schließlich durch das Justiz- und Innenministerium erwogen, ein den Erbgesundheitsobergerichten übergeordnetes „Reichserbgesundheitsgericht“ zu gründen, welches Streit- und Grundsatzfragen klären und zu einer Vereinheitlichung der erbgesundheitlichen Rechtsprechung beitragen sollte. Nach Auskunft des Reichsinnenministers waren im Oktober 1939 die Diskussionen noch nicht abgeschlossen und er bedauerte die zeitlichen Verzögerungen, da hierdurch weiterhin einer uneinheitlichen Rechtsprechung Vorschub geleistet werden würde. In Bezugnahme auf ein Erbgesundheitsgerichtsverfahren teilte er dem Regierungspräsidenten von Magdeburg mit: „Ihrer Auffassung, dass die Frage [...] der Rechtsprechung der Erbgesundheitsgerichte einer grundsätzlichen Steuerung im Sinne einer einheitlichen Auffassung bedarf, trete ich bei. Ich habe daher schon seit längerer Zeit Verhandlungen wegen der Schaffung einer obersten Instanz geführt, die sich aber wegen der Verschiedenheit der hier sich geltend

¹⁹⁶⁷ LASA, C 128 Landgericht Magdeburg, Nr. 342: Erbgesundheitsgerichte, Generalakten, Bd. 1: 1933–1936, fol. 48.

¹⁹⁶⁸ Innerhalb der Justiz wurden in juristischen Fachzeitschriften fortlaufend Urteile von Erbgesundheitsgerichten dargestellt und besprochen. Diese Auseinandersetzungen können hier nicht vertieft werden. Exemplarisch siehe Lemme: Rechtsprechung in Erbgesundheitssachen, S. 789–797. Im Hinblick auf Veränderungen siehe Theiß: Die Entwicklung der Rechtsprechung über die erbliche Fallsucht.

machenden Auffassungen leider hinausgezögert hat.“¹⁹⁶⁹ Zur Einrichtung eines „Reichserbgesundheitsgerichts“ kam es letztendlich nicht.

Einen hartnäckigen Diskussionsgegenstand bildete die Diskussion über die gutachterliche Würdigung der so genannten Lebensbewährung bei „angeborenem Schwachsinn“.¹⁹⁷⁰ Insgesamt hatten die Erbgesundheitsgerichte bereits frühzeitig für die Lebensbewährung als Beurteilungskriterium plädiert. Im April 1936 konstatierte der Reichsjustizminister, dass die Bewährung im Leben nun eine maßgebende Rolle in der Feststellung von „angeborenem Schwachsinn“ spielen solle. „Die von den Erbgesundheitsgerichten und Erbgesundheitsobergerichten ausgebildete Rechtsprechung, dass, wenn die Unfruchtbarmachung wegen angeborenen Schwachsinn beantragt worden ist, nicht allein die Leistungen des Unfruchtbarzumachenden auf intellektuellem Gebiete entscheidend sind, dass vielmehr auch der Bewährung im Leben eine ausschlaggebende Bedeutung zukommt, ist zu billigen.“¹⁹⁷¹ Frauen und Männer, die zwar intellektuelle Defizite aufwiesen, jedoch im Berufsleben nicht nur mechanische Arbeiten verrichten würden, könnten „nicht als schwachsinnig bezeichnet werden“.¹⁹⁷²

Hiermit versuchte das Justizwesen Einfluss auf das Erbgesundheitsverfahren zu gewinnen, indem es die Berücksichtigung der Lebensbewährung als eine Beurteilungsmaßgabe betrachtete, die sich innerhalb der erbgesundheitlichen Rechtsprechung ausgebildet habe.¹⁹⁷³ Darüber hinaus wandte sich der Reichsjustizminister explizit gegen einen Beurteilungsschwerpunkt, der insbesondere von Amtsärzten benutzt wurde. In der Betonung einer besonderen Fortpflanzungsgefahr insistierten die amtsärztlichen Sterilisationsgutachten häufig auf der abnormen Sexualmoral insbesondere von Frauen.¹⁹⁷⁴ Nach Auffassung des Justizministers sei „eine Wertung der moralischen

¹⁹⁶⁹ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 3, fol. 201.

¹⁹⁷⁰ Bereits Martin Grunau als Richter am Erbgesundheitsobergericht Kiel hatte im Jahr 1935 die Diagnostik des „angeborenen Schwachsinn“ scharf kritisiert. Der von Grunau vorgebrachten Kritik schlossen sich auch Gerichte der preußischen Provinz Sachsen, wie etwa das Erbgesundheitsgericht Suhl, an. Grunau: Schwachsinn im Erbgesundheitsverfahren, S. 775–776. Zur Intelligenzprüfung siehe Kap. 5.2; ThStAG, Landgericht Erfurt Nr. 178: Verhütung erbkranken Nachwuchses (1934–1936), fol. 90.

¹⁹⁷¹ LASA, C 136, Nachtrag, Nr. 119: Allgemeine Verfügungen und Erlasse in Erbgesundheitsangelegenheiten (1933–1945), fol. 33.

¹⁹⁷² LASA, C 136, Nachtrag, Nr. 119: Allgemeine Verfügungen und Erlasse in Erbgesundheitsangelegenheiten (1933–1945), fol. 33.

¹⁹⁷³ Für die Bewertung der Arbeitsleistung und praktischen Intelligenz wurde versucht, das konkrete Tätigkeitsprofil sowie die Arbeitsmoral und das Verhalten zu sondieren. LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 171.

¹⁹⁷⁴ Vgl. Kap. 5.4.2.3.

Eigenschaften nicht geeignet [...], eine sichere Grundlage für die Beurteilung der Fortpflanzungsgefahr zu geben“.¹⁹⁷⁵ Dementsprechend würden sich die Erbgesundheitsgerichte am körperlichen Befund orientieren. Die rechtlichen Neuausrichtungen im Jahr 1936 spiegeln in besonderem Maße die medizinischen, juristischen und parteipolitischen Konflikte sowohl über die Deutungshoheit als auch über die Durchführung und Ausrichtung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation wider.¹⁹⁷⁶

Das Verfahren ebenso wie die Beschlussfassung von Erbgesundheitsgerichten im Nationalsozialismus unterlagen dementsprechend unterschiedlichen Ermessens- und Handlungsspielräumen, was erheblichen Einfluss auf einzelne Verfahren ebenso wie auf die generelle gerichtliche Begutachtung von „Erbkrankheiten“ hatte. Aber trotz der mitunter störrischen Haltung von Erbgesundheitsgerichten sowie auch der Betonung von überkommenen Rechtsgrundsätzen handelte es sich bei der nationalsozialistischen Erbgesundheitsgerichtsbarkeit grundsätzlich um Schnellverfahren zur Gewährleistung einer effizienten Sterilisationspolitik.

¹⁹⁷⁵ LASA, C 136, Nachtrag, Nr. 119: Allgemeine Verfügungen und Erlasse in Erbgesundheitsangelegenheiten (1933–1945), fol. 33.

¹⁹⁷⁶ So wurde in der zweiten Hälfte der 1930er-Jahre die zurückhaltende Rechtsprechung des Erbgesundheitsgerichts in Altenburg kritisiert, sodass die antragsstellenden Amtsärzte häufiger Widerspruch gegen die ergangenen Beschlüsse einlegen mussten. Vgl. ThHStAW, Thüringisches Oberlandesgericht Jena Nr. 1267: Organisation der Erbgesundheitsgerichte (1937–1945).

6.4 Zur Tätigkeit der Erbgesundheitsgerichte in der preußischen Provinz Sachsen

6.4.1 Quantitative Annäherungen und zeitliche Entwicklungen

Die Überlieferung zur Tätigkeit der neun Erbgesundheitsgerichte in der preußischen Provinz Sachsen ist stark begrenzt, sodass die Gesamtzahl oder auch zeitliche Entwicklungen von Sterilisationsverfahren von einzelnen Erbgesundheitsgerichten nur partiell skizziert werden können. Trotz der Einschränkungen können quantitative Entwicklungstendenzen oder auch die Verurteilungsintensität in Bezug zur Bevölkerungsgröße des Gerichtsbezirks exemplarisch analysiert werden. Die quantitativen Ausprägungen bieten eine basale Annäherung an die erbgerichtliche Praxis, die mit kleinen zeitlichen Verzögerungen zu den Erfassungsprozeduren sowie der Konstruktion von „Erbkrankheiten“ im Sterilisationsantrag verlief.¹⁹⁷⁷ Anhand von grundlegenden Ergebnissen zur Quantität und zeitlichen Entwicklungen der Erbgesundheitsgerichtsbarkeit in der preußischen Provinz Sachsen wird in den anschließenden Kapiteln die Verurteilungspraxis am Beispiel ausgewählter Erbgesundheitsgerichte sowie des Erbgesundheitsobergerichts Naumburg betrachtet.¹⁹⁷⁸ In Ergänzung der qualitativen Ergebnisse zur Erfassung und Begutachtung liegt der analytische Schwerpunkt im Folgenden auf einer quantitativen Untersuchung.

Die Tätigkeit der Erbgesundheitsgerichte korrelierte unmittelbar mit der ärztlichen Antragsstellung. Dementsprechend war der Umfang von Sterilisationsverfahren in hohem Maße abhängig von der Fläche und Bevölkerungszahl des Gerichtsbezirks, der Anzahl von Gesundheitsämtern sowie auch dem Engagement der verantwortlichen Amtsärzte. Insgesamt kann festgehalten werden, dass in städtischen und bevölkerungsstarken Regionen weitaus mehr Sterilisationsanträge verhandelt wurden als in ländlichen und bevölkerungsärmeren Bezirken. Ein weiterer maßgeblicher Einflussfaktor waren psychiatrische Einrichtungen, die die amtsärztliche Antragsstellung vor allem

¹⁹⁷⁷ Einen zeitgenössischen Vergleich siehe auch Maßfeller, Franz: Die Arbeit der Erbgesundheitsgerichte im Jahre 1934. In: Reichsgesundheitsblatt, Jg. 10 (1934), S. 592–593; ders.: Die Auswirkungen des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. In: Deutsche Justiz, Jg. 97 (1935), S. 780–782

¹⁹⁷⁸ Die vorliegenden Ergebnisse beruhen einerseits auf der Dokumentation des Justizwesens. Andererseits wurden Register einzelner Gerichte ausgewertet. Vgl. Tabellen zur erbgerichtlichen Praxis siehe Anhang, IV: Zur Tätigkeit von Erbgesundheitsgerichten auf dem Gebiet der preußischen Provinz Sachsen 1934–1945.

in der Anfangszeit erheblich ergänzten.¹⁹⁷⁹ Als Anzeiger für eine intensive erbgerichtliche Sterilisationspraxis dient neben der absoluten Zahl von Erbgesundheitsverfahren insbesondere das Verhältnis von Sterilisationsbeschlüssen und Bevölkerungszahl.

In Anbetracht der strukturellen Bedingungen der gerichtlichen Einzugsbezirke können für die preußische Provinz Sachsen drei Typen von Erbgesundheitsgerichten unterschieden werden. Zu den großen Einrichtungen gehörten die Erbgesundheitsgerichte in Magdeburg und Halle/Saale. Erbgesundheitsgerichte mittlerer Größe waren Naumburg, Erfurt und Nordhausen. Zu den eher kleineren Gerichten gehörten Halberstadt, Stendal, Torgau und Suhl.

Der Gesamtumfang von Sterilisationsbeschlüssen der Erbgesundheitsgerichte in der preußischen Provinz Sachsen ist aufgrund der fragmentarischen Überlieferung nicht zu bestimmen. Auf der Grundlage der überlieferten Materialien kann ein Gesamtumfang von etwa 18 000 bis 20 000 Sterilisationsbeschlüssen für die preußische Provinz Sachsen geschätzt werden.¹⁹⁸⁰ Im Vergleich zu anderen Regionen handelt es sich um einen durchschnittlichen Wert, der ebenso wie der Umfang der Sterilisationsanträge auf keine herausragende Rolle bei der Durchsetzung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation hinweist.

Unter Berücksichtigung der gerichtlichen Einzugsgebiete erließen die Erbgesundheitsgerichtsbezirke in Magdeburg und Halle/Saale die größte Anzahl von Sterilisationsbeschlüssen. Ein Register des Erbgesundheitsgerichts Magdeburg weist insgesamt 4 297 Verfahren aus, was auch im überregionalen Vergleich einen erheblichen Umfang darstellt.¹⁹⁸¹ Für die Erbgesundheitsgerichte mittlerer Größe können am Beispiel Naumburgs insgesamt 1 773 Sterilisationsverfahren verzeichnet werden.¹⁹⁸² Es handelt sich hierbei vermutlich um einen vergleichbaren Mittelwert. Für die kleineren

¹⁹⁷⁹ Von geringerer Bedeutung, jedoch nicht zu vernachlässigen, waren weitere Betreuungseinrichtungen, wie etwa Blinden- und Taubstummeneinrichtungen oder Arbeits- und Erziehungslager. Gefängnisse spielten scheinbar keine ausschlaggebende Rolle.

¹⁹⁸⁰ Zum Umfang der Zwangssterilisationen siehe Kap. 7.4.

¹⁹⁸¹ Vgl. LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, Nr. 1: Register des EGG Magdeburg (1934). Die angegebenen Daten divergieren im Vergleich zu einer Registratur für den Zeitraum von 1936–1937. Vgl. LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, Nr. 2–4: Register des EGG Magdeburg (1936–1937). Insgesamt handelte es sich nicht ausschließlich um Sterilisationsverfahren, sondern auch Verfahren im Zuge des „Ehegesundheitsgesetzes“. Es ist davon auszugehen, dass das Erbgesundheitsgericht in Halle/Saale ebenfalls eine solch hohe Anzahl von Sterilisationsbeschlüssen fasste. Hierfür sprechen insbesondere auch die Forschungsergebnisse von Jana Grimm, die allein für die Universitäts-Frauenklinik Halle/Saale mindestens 1 417 Zwangssterilisationen von Frauen und Mädchen nachgewiesen hat, die zu einem beträchtlichen Anteil aus der Region Halle-Merseburg stammte. Vgl. Grimm: Zwangssterilisation von Mädchen und Frauen, S. 19–29.

¹⁹⁸² LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Naumburg, Nr. 7–12: Register für Erbgesundheitssachen (1934–1944).

Erbgesundheitsgerichte liegen keine entsprechenden Materialien vor. In Bezug auf eine Schätzung des Vorsitzenden des Erbgesundheitsgerichts Halberstadt aus dem Jahr 1934 dürfte der Umfang von maximal 1 500 Sterilisationsbeschlüssen im Zeitraum von 1934 bis 1944 nicht überschritten worden sein. Für das Erbgesundheitsgericht Suhl, das 1938 geschlossen wurde, muss aufgrund des ländlichen und bevölkerungsärmeren Umfeldes von einer weitaus geringeren Anzahl von Sterilisationsbeschlüssen ausgegangen werden.

Die Tätigkeit der Erbgesundheitsgerichte in der preußischen Provinz Sachsen folgte tendenziell einer vergleichbaren Entwicklung. Im Frühjahr 1934 lagen den Gerichten zunächst nur wenige Sterilisationsanträge vor, jedoch erhöhte sich die Anzahl bis zum Sommer zunehmend. So waren dem Erbgesundheitsgericht Halberstadt bis März 1934 insgesamt 18 und bis Mai 110 Sterilisationsanträge zugegangen.¹⁹⁸³ Das starke Antragsvolumen verblieb bis 1935 auf einem vergleichsweise sehr hohen Niveau. Der Höhepunkt der Entwicklung kann – mit regionalen Unterschieden – auf das Jahr 1936 terminiert werden.

Die höchste Anzahl von Sterilisationsbeschlüssen wiesen dabei die Erbgesundheitsgerichte in Magdeburg und Halle/Saale auf. So wurden im Jahr 1936 in Magdeburg 905 Beschlüsse und in Halle/Saale 773 Beschlüsse gefasst.¹⁹⁸⁴ Die Erbgesundheitsgerichte mittlerer Größe in Naumburg, Erfurt und Nordhausen erließen im selben Zeitraum zwischen 296 bis 485 Sterilisationsbeschlüsse.¹⁹⁸⁵ In den kleineren Gerichten in Halberstadt, Stendal, Torgau und Suhl schwankte die Anzahl zwischen 256 und 577 Beschlüssen.¹⁹⁸⁶

¹⁹⁸³ Vgl. LASA, C 129 Amtsgericht Halberstadt, Nr. 218: Erbgesundheitspflege (1938–1940), fol. 23–24.

¹⁹⁸⁴ Vgl. LASA, C 127 Oberlandesgericht Naumburg, Nr. 1157: Einzelsachen, Bd. 1: 1936–1944, 1946, fol. 74–75. Das Register zum Erbgesundheitsgericht Magdeburg listet insgesamt 903 Verfahren auf. Vgl. LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, Nr. 1: Register des EGG Magdeburg (1934). Als neu eingegangene Sterilisationsanträge am Erbgesundheitsgericht Magdeburg werden für das Jahr 1936 insgesamt 800 Sterilisationsanträge verzeichnet. Vgl. LASA, C 128 Landgericht Magdeburg, Nr. 342: Erbgesundheitsgerichte, Generalakten, Bd. 1: 1933–1936, fol. 75.

¹⁹⁸⁵ Vgl. LASA, C 127 Oberlandesgericht Naumburg, Nr. 1157: Einzelsachen, Bd. 1: 1936–1944, 1946, fol. 77, 81, 83. In der Überlieferung des Landgerichts Erfurt wurden für das Erbgesundheitsgericht im Jahr 1936 insgesamt 479 Sterilisationsanträge gelistet. Vgl. ThStAG, Landgericht Erfurt Nr. 708: Erbgesundheitspflege, Einzelheiten, fol. 14. In der Überlieferung des Landgerichts Naumburg werden statt 405 lediglich 402 Sterilisationsanträge für das Erbgesundheitsgericht Naumburg verzeichnet. Vgl. LASA, C 128 Landgericht Naumburg, Nr. 140: Einzelsachen der Erbgesundheitsgerichte und Ernennung der richterlichen und ärztlichen Mitglieder (1936), fol. 18–20.

¹⁹⁸⁶ LASA, C 127 Oberlandesgericht Naumburg, Nr. 1157: Einzelsachen, Bd. 1: 1936–1944, 1946, fol. 76, 78, 82; ThStAG, Landgericht Erfurt Nr. 708: Erbgesundheitspflege, Einzelheiten, fol. 15.

Die exemplarischen Ergebnisse zum Umfang von erbgerichtlichen Sterilisationsverfahren infolge intensiver Erfassungs- und Begutachtungsmaßnahmen unterstreichen die erhebliche organisatorische und personelle Beanspruchung der provinziellen Erbgesundheitsgerichte. Allein aufgrund des quantitativen Umfangs wird die Charakteristik der erbgerichtlichen Beschlussfassung als kameralistisches Schnellverfahren weiter bestätigt. Diese Einschätzung wird dadurch erhärtet, dass die unter normativen Gesichtspunkten festgelegte Anzahl von 12 bis 15 Sterilisationsverfahren pro Sitzungstag nicht eingehalten wurde und teilweise weitaus mehr Verhandlungen durchgeführt wurden.¹⁹⁸⁷

Darüber hinaus waren die Erbgesundheitsgerichte nicht in der Lage, das Antragsvolumen zu bewältigen. Als ein Anzeiger der gerichtlichen Konfrontation mit Sterilisationsanträgen kann der Umfang der jährlich nicht bearbeiteten Anträge herangezogen werden. Im Zeitraum von 1934 bis 1937 betrug der Anteil von übernommenen Sterilisationsanträgen bis zu 25 Prozent des jährlichen Antragsvolumens.¹⁹⁸⁸

Im Zeitraum von 1937 bis 1939 nahm der Umfang von Sterilisationsbeschlüssen sukzessive ab. Der stetige Rückgang setzte sich infolge der kriegsbedingten Einschränkungen weiter fort. Eine Ausnahme bildet das Jahre 1941 mit einem leichten Anstieg von Erbgesundheitsbeschlüssen, der vermutlich auf einer ergänzenden Anordnung des Reichsinnenministeriums über die Beurteilung der „Fortpflanzungsgefahr“ beruhte.¹⁹⁸⁹ So halbierte sich der Umfang von Sterilisationsbeschlüssen am Erbgesundheitsgericht Erfurt am Ende der 1930er-Jahre, sodass schließlich im Jahr 1939 insgesamt 281 Anträge und 1940 insgesamt 209 Anträge verhandelt wurden.¹⁹⁹⁰ Für das Erbgesundheitsgericht Halberstadt ist ein stärkerer Rückgang zu konstatieren. Bereits im Jahr 1938 war der Umfang von Sterilisationsbeschlüssen im Vergleich zum

¹⁹⁸⁷ Die jeweilige gerichtliche Tätigkeit lässt sich mitunter kaum erschließen, es ist jedoch davon auszugehen, dass vor allem bis 1935/36 mehrere wöchentliche Sitzungstage durchgeführt wurden. Daneben ist auch anhand der Form der Urteilsausführungen zu vermuten, dass in den jeweiligen Sitzungen deutlich mehr Sterilisationsanträge bearbeitet wurden.

¹⁹⁸⁸ Vgl. LASA, C 127 Oberlandesgericht Naumburg, Nr. 1157: Einzelsachen, Bd. 1: 1936–1944, 1946, fol. 74–85; LASA, C 128 Landgericht Magdeburg, Nr. 342: Erbgesundheitsgerichte, Generalakten, Bd. 1: 1933–1936, fol. 75; LASA, C 128 Landgericht Naumburg, Nr. 142: Besetzung der Erbgesundheitsgerichte und Erlasse des Reichsministers der Justiz über die Durchführung des Gesetzes zur Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, Bd. 1: 1934–1936, fol. 77.

¹⁹⁸⁹ Siehe Kap. 6.2.4.

¹⁹⁹⁰ Vgl. ThStAG, Landgericht Erfurt Nr. 178: Verhütung erbkranken Nachwuchses (1934–1936), fol. 89, 165; ThStAG, Landgericht Erfurt Nr. 706: Erbgesundheitsgerichte, Ernennung der Vorsitzenden und Beisitzer, Einzelheiten (1936–1944), fol. 105; ThStAG, Landgericht Erfurt Nr. 708: Erbgesundheitspflege, Einzelheiten, fol. 15.

Jahr 1936 um 75 Prozent zurückgegangen. Im Zeitraum von 1940 bis 1942 betrug der durchschnittliche Anteil rund 10 Prozent der Anfangsjahre.¹⁹⁹¹

In den letzten Kriegsjahren spielte die gerichtliche Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation eine randständige Rolle. Der stetige Rückgang wurde allerdings durch einen signifikanten Anstieg der Sterilisationszahlen im Jahr 1944 unterbrochen. So wurden im Jahr 1944 in Halberstadt 13, in Naumburg 14 und in Magdeburg 65 Sterilisationsanträge verhandelt. Die konkreten Hintergründe dieses Anstiegs im vorletzten Kriegsjahr können nicht genau geklärt werden. Neben einer innenpolitischen Radikalisierung infolge der sich abzeichnenden Kriegsniederlage muss in diesem Kontext insbesondere die Schließung von Erbgesundheitsgerichten zum Jahresende 1944 und damit die Aufforderung zur Beendigung von laufenden Sterilisationsverfahren in Rechnung gestellt werden.

Die vorliegenden Daten bestätigen allgemeine Entwicklungstendenzen der nationalsozialistischen Zwangssterilisation im Dritten Reich ebenso wie organisatorische und personelle Regulierungen und Anforderungen an die hiesigen Erbgesundheitsgerichte. In Anbetracht der absoluten Zahlen nahmen zwar die Erbgesundheitsgerichte in Magdeburg und Halle/Saale eine herausgehobene Stellung in der provinziellen Sterilisationspraxis ein. Jedoch kann die exemplarische Betrachtung des Verhältnisses von quantitativem Umfang und Bevölkerungsgröße zu einer analytischen Differenzierung beitragen und wichtige Hinweise auf die regionale Sterilisationsintensität liefern.

Unter Berücksichtigung der hermeneutischen Einschränkungen kann davon ausgegangen werden, dass die Erbgesundheitsgerichte von Magdeburg, Stendal, Halle/Saale, Naumburg, Torgau und Erfurt eine Sterilisationsquote von etwa eins zu tausend aufwiesen. Hierbei handelte es sich um einen durchschnittlichen Wert. Das Erbgesundheitsgericht in Nordhausen hatte die geringste Quote mit weniger als eins zu tausend. Demgegenüber hatten die Erbgesundheitsgerichte in Suhl und Halberstadt mit 1,8 bis 2 auf 1 000 Personen die höchste regionale Sterilisationsintensität. Ebenso wie die zuweilen sehr hohen jährlichen Antragszahlen wurde die Sterilisationsquote insbesondere durch eine intensive Durchführung von Erfassungs- und Begutachtungsmaßnahmen durch die verantwortlichen Amtsärzte hervorgerufen, indem gezielt die männlichen und weiblichen Bewohner von Betreuungseinrichtungen in die Sterilisationspraxis einbezogen wurden. Konkrete Einblicke gewährt die im folgenden Kapitel

¹⁹⁹¹ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Halberstadt, Nr. 1025–1027: Register des EGG Halberstadt (1938–1944).

durchgeführte exemplarische Analyse der Verurteilungspraxis von ausgewählten Erbgesundheitsgerichten.

6.4.2 Zur erbgerichtlichen Verurteilungspraxis auf dem Gebiet der preußischen Provinz Sachsen

Die im Folgenden durchgeführte Analyse der erbgerichtlichen Verurteilungspraxis beruht auf der Tätigkeit der Erbgesundheitsgerichte in Halberstadt, Magdeburg, Naumburg und Stendal und verfolgt insbesondere zwei analytische Schwerpunkte.¹⁹⁹² Auf der einen Seite werden vor dem Hintergrund der bislang erarbeiteten statistischen Ergebnisse zur Erfassung und Begutachtung zunächst die quantitativen Ergebnisse zur geschlechtlichen Verteilung, zum Alter, zur Sozialstruktur und „Erbkrankheit“ der als „erbkrank“ verurteilten Frauen und Männer skizziert. Die gewonnenen Daten dienen demgemäß als weiteres Zwischenergebnis der Analyse der quantitativen und qualitativen Ausprägung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation auf dem Gebiet der preußischen Provinz Sachsen. Für eine vertiefende Untersuchung der erbgerichtlichen Beschlusspraxis werden auf der anderen Seite anhand der Tätigkeit der Erbgesundheitsgerichte Magdeburg und Stendal die Anordnung von Fachgutachten, die Zustimmungsquote sowie die Begründung und Charakteristik von Sterilisationsanträgen analysiert.

Entsprechend der bisherigen Forschungsergebnisse zur Gruppe von zwangssterilisierten Frauen und Männern im Dritten Reich überrascht es weniger, dass die von den Erbgesundheitsgerichten in der preußischen Provinz Sachsen verurteilten Personengruppen sowohl homogene als auch differente Ausprägungen von Geschlecht,

¹⁹⁹² Die Auswahl orientiert sich im Wesentlichen am Überlieferungsgrad. Für einen Teil der Erbgesundheitsgerichte in der preußischen Provinz Sachsen liegen lediglich Fragmente zum Umfang von Sterilisationsbeschlüssen vor. Vgl. Kap. 2.3, 5.4.1. Tabellen zur erbgerichtlichen Praxis siehe Anhang, IV: Zur Tätigkeit von Erbgesundheitsgerichten auf dem Gebiet der preußischen Provinz Sachsen 1934–1945. Die Überlieferungsgrundlage des vorliegenden Kapitels besteht aus chronologischen und alphabetischen Registern sowie personenbezogenen Fallakten, die statistisch ausgewertet wurden. Vgl. Kap. 2.3; daneben LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Naumburg, Nr. 7–12: Register für Erbgesundheitssachen (1934–1944). Das Register des Erbgesundheitsgerichts Magdeburg verzeichnet keine „Erbkrankheit“ und keinen Antragssteller. Dieser Mangel kann partiell durch ein ergänzendes Register für die Jahre 1936 bis 1937 ausgeglichen werden. Vgl. LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, Nr. 1–4: Register des EGG Magdeburg (1934–1937). Eine Vergleichsbasis bietet die Dokumentation des Erbgesundheitsgerichts Halberstadt, die für den Zeitraum von 1938 bis 1944 vorliegt. Vgl. LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Halberstadt, Nr. 1025–1027: Register des EGG Halberstadt (1938–1944).

Beruf, Alter oder „Erbkrankheit“ vorweisen. So bestand ein ausgeglichenes Geschlechterverhältnis von nahezu 50 Prozent.¹⁹⁹³ Dieses Ergebnis entspricht der Charakteristik der ärztlichen Antragsstellung, die ebenfalls keine signifikante geschlechtsspezifische Konzentration dokumentiert.¹⁹⁹⁴ Und auch unter Berücksichtigung von zeitlichen Entwicklungen können kaum bemerkenswerte Unterschiede gefunden werden, die auf eine geschlechtsspezifische Ausrichtung hindeuten.¹⁹⁹⁵

Beispielsweise kann für das Erbgesundheitsgericht Magdeburg für das Jahr 1935 ein erhöhter Frauenanteil von rund 58 Prozent festgehalten werden. Da aber für die übrigen Jahre keine größeren Unterschiede bestehen, kann hier ein Zufallsbefund nicht ausgeschlossen werden.¹⁹⁹⁶ Auf quantitativer Ebene charakterisiert das ausgeglichene Geschlechterverhältnis die nationalsozialistische Zwangssterilisation als ein Selektionsverfahren, welches sich gegen Frauen und Männer gleichermaßen richtete. Hiervon ist jedoch die medizinische Begutachtung und auch erbgerichtliche Beschlussfassung zu unterscheiden, die sehr wohl geschlechtsspezifische Beurteilungsmuster aufwies.¹⁹⁹⁷

Ebenso wie das Geschlecht ist die Altersverteilung der betroffenen Frauen und Männer sehr homogen. Der Schwerpunkt lag auf Frauen und Männer im Alter von 19 bis 25 Jahren mit etwa 27 bis 28 Prozent. Diese Kohorte wurde von den Altersgruppen der 14- bis 18-Jährigen und der 26- bis 30-Jährigen mit rund 17 bis 19 Prozent flankiert. Dementsprechend waren rund zwei Drittel der unfruchtbar gemachten Frauen und Männer im Alter von 14 bis 30 Jahren. Wird die Altersgruppe der 31- bis 35-Jährigen, die mit etwa 14 Prozent vertreten ist, hinzugezählt, so waren knapp vier Fünftel der zwangssterilisierten Frauen und Männer im Alter von 14 bis 35 Jahren.¹⁹⁹⁸

¹⁹⁹³ Das Geschlechterverhältnis am Erbgesundheitsgericht Magdeburg betrug 50,4 Prozent Männer zu 49,6 Prozent Frauen, am Erbgesundheitsgericht Naumburg 49,18 Prozent Männer zu 50,82 Prozent Frauen.

¹⁹⁹⁴ Vgl. Kap. 5.2.1.

¹⁹⁹⁵ Am Erbgesundheitsgericht Naumburg liegen die Unterschiede zwischen Frauen und Männern bei unter fünf Prozent. In Halberstadt bestand für das Jahr 1938 eine Häufung von Männern mit etwa 58 Prozent.

¹⁹⁹⁶ Vgl. Kap. 7.1.1. Der höhere Anteil könnte auf eine zeitlich befristete Ausrichtung der Sterilisationspraxis in der Frühphase hindeuten, die unter Umständen mit dem Ausbau der Operationsmöglichkeiten für Frauen in Zusammenhang stehen könnte.

¹⁹⁹⁷ Vgl. Kap. 5.4.2.

¹⁹⁹⁸ Frauen und Männer im Alter von unter 14 Jahren oder über 50 Jahren waren mit etwa einem Prozent kaum vertreten. Die jeweiligen Spitzen waren ein neunjähriges Kind und ein 64-jähriger Mann.

Dieses Ergebnis bestätigt die Zielrichtung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ auf gebärfähige männliche und weibliche Personen.¹⁹⁹⁹

Die Altersstruktur korrelierte mit dem Familienstand sowie der Kinderzahl. So waren an den Erbgesundheitsgerichten Magdeburg und Stendal rund drei Viertel der zwangssterilisierten Personen ledig und rund ein Fünftel verheiratet. Der Anteil unverheirateter Männer lag um etwa zehn Prozent höher als der Anteil unverheirateter Frauen. Nahezu drei Viertel der in Magdeburg und Stendal sterilisierten Frauen und Männer waren kinderlos. Der Anteil kinderloser Männer lag dabei etwa zehn Prozent höher. Die statistischen Ergebnisse unterstützen die in den Sterilisationsanträgen vertretenen Vorstellungen einer besonderen vorehelichen männlichen Fortpflanzungsgefahr sowie einer spezifischen, durch eine uneheliche Mutterschaft indizierten weiblichen Fortpflanzungsgefahr.

Hinsichtlich der zeitlichen Entwicklungen lässt sich anhand der Altersstruktur ein signifikanter Trend feststellen, da seit der zweiten Hälfte der 1930er-Jahre und dann vor allem während des Zweiten Weltkrieges häufiger jüngere Frauen und Männer sterilisiert wurden. Ein wesentlicher Grund war die Einschränkung der Sterilisationspraxis und die damit verbundene Fokussierung auf die besondere „Fortpflanzungsgefahr“ von als „erbkrank“ geltenden Frauen und Männern. So stieg etwa am Erbgesundheitsgericht Magdeburg der Anteil von Personen in den Altersgruppen von 14 bis 18 Jahren seit 1941 auf zunächst über 30 und schließlich auf über 40 Prozent. Demgegenüber sank der Anteil der Frauen und Männer im Alter von über 30 Jahren auf etwa 15 Prozent. Eine vergleichbare Entwicklung kann für das Erbgesundheitsgericht Naumburg und insbesondere für das Erbgesundheitsgericht Halberstadt konstatiert werden. Für den Zeitraum zwischen 1938 und 1944 betrug in Halberstadt der Anteil von Frauen und Männern im Alter zwischen 14 und 18 Jahren über 38 Prozent.

Ein Großteil der im Dritten Reich unfruchtbar gemachten Frauen und Männer stammte aus sozial schwachen Milieus, was den Charakter der nationalsozialistischen Zwangssterilisation als Sozialauslese bestätigt.²⁰⁰⁰ Rund 30 Prozent wurden als Arbei-

¹⁹⁹⁹ Der geringe Anteil von sehr jungen Mädchen und Jungen beruht auf den gesetzlichen Fristen, die eine Unfruchtbarmachung im Alter von unter zehn Jahren untersagte und bis 14 Jahren an die Zustimmung der Eltern knüpfte. Der geringe Anteil von Personen über 50 Jahren stand in Zusammenhang mit der Fortpflanzungsfähigkeit, die im Zuge des Sterilisationsverfahrens überprüft wurde. Entsprechend der biologischen Voraussetzungen war die Altersgruppe der über 50-Jährigen hauptsächlich männlich geprägt. Vgl. Kap. 5.3 und 5.4.

²⁰⁰⁰ Siehe hierzu auch Kap. 5.3. Aufgrund der unterschiedlichen Vorgehensweise können nur eingeschränkt zeitliche Entwicklungen betrachtet werden. So waren etwa am Erbgesundheitsgericht Naumburg im Jahr 1934 rund 44 Prozent der sterilisierten Frauen und Männer berufslos.

ter in der Industrie oder Landwirtschaft bezeichnet. Der Anteil von Hilfsarbeitern betrug etwa sieben bis acht Prozent. Demgegenüber waren Handwerker und Angestellte mit vier bis sieben Prozent nur wenig und akademische Berufsgruppen mit unter einem Prozent kaum vertreten. Insgesamt ist davon auszugehen, dass rund die Hälfte der zwangssterilisierten Frauen und Männer zum Zeitpunkt ihrer Unfruchtbarmachung keiner geregelten Arbeit nachging und im Familienhaushalt und von Fürsorgemaßnahmen lebte.²⁰⁰¹ Vor allem für Frauen wurde häufig keine berufliche Tätigkeit, sondern lediglich der Geburtsname als Hinweis auf den Ehestand verzeichnet. Unter diesem Blickwinkel wurden vor allem Frauen sterilisiert, die im familiären oder ehelichen Haushalt lebten.

Die Erbgesundheitsgerichte in der preußischen Provinz Sachsen beschlossen Sterilisationen im Wesentlichen basierend auf der Diagnose „angeborener Schwachsinn“.²⁰⁰² In Anbetracht der Überlieferung ist davon auszugehen, dass etwa 65 bis 70 Prozent aller Sterilisationsverfahren aufgrund der Diagnose „angeborener Schwachsinn“ durchgeführt wurden. Am Erbgesundheitsgericht Naumburg schwankte der jährliche Anteil zwischen 55 und 80 Prozent.²⁰⁰³ In Bezug auf die Sozialstruktur wird die unmittelbare Korrelation zwischen schwachem sozialem Hintergrund der betroffenen Frauen und Männer und „angeborenem Schwachsinn“ bestätigt.

Der quantitative Anteil von Schizophrenie und Epilepsie unterschied sich zwischen den einzelnen Erbgesundheitsgerichten mintunter erheblich. So war etwa der Anteil von Schizophrenie am Erbgesundheitsgericht Magdeburg mit elf bis 15 Prozent in der Mitte der 1930er-Jahre teilweise doppelt so hoch wie am Erbgesundheitsgericht Naumburg oder später auch Halberstadt mit jeweils sechs bis sieben Prozent.²⁰⁰⁴ Der größere Anteil von Schizophrenie am Erbgesundheitsgericht Magdeburg kann dabei

²⁰⁰¹ Die einzelnen Dokumentationen unterscheiden sich jedoch vor allem in der Angabe von Arbeits- und Berufslosigkeit sowie der Tätigkeit im Familienhaushalt. Teilweise wird die Berufslosigkeit konkret verzeichnet. Demgegenüber fehlen häufig jegliche Angaben zur beruflichen Tätigkeit. Darüber hinaus werden vor allem bei Frauen keine Berufe, sondern lediglich ihr Geburtsname als Hinweis auf den Ehestand und vermutlich auch auf das Tätigkeitsfeld im Haushalt verzeichnet. Die Vorgehensweise unterscheidet sich nicht nur zwischen den einzelnen Gerichten, sondern auch innerhalb der einzelnen Dokumentationen, was auf Verwaltungsvorschriften, aber im Wesentlichen auf die verantwortlichen Mitarbeiter zurückzuführen ist.

²⁰⁰² Die ermittelten Ergebnisse werden zuweilen durch fehlende Angaben für einzelne Zeiträume verfälscht, sodass die jährlichen Verteilungen aussagekräftiger sind. Für das Erbgesundheitsgericht Magdeburg wurden lediglich für die Jahre 1936 und 1937 „Erbkrankheiten“ verzeichnet, sodass die vorliegenden Ergebnisse weitgehend auf den Dokumentationen der Erbgesundheitsgerichte Halberstadt und Naumburg beruhen.

²⁰⁰³ Der verhältnismäßig geringe Anteil von „angeborenem Schwachsinn“ wird vor allem durch eine große Anzahl von Verfahren hervorgerufen, für die keine „Erbkrankheit“ nachgewiesen werden kann.

²⁰⁰⁴ Demgegenüber war der Anteil von Epilepsie in Magdeburg wesentlich geringer als in Naumburg und Halberstadt.

auf die größere Dichte an psychiatrischen Einrichtungen im Gerichtsbezirk und im Regierungsbezirk Magdeburg zurückgeführt werden. Denn ein Fünftel der Sterilisationsanträge am Erbgesundheitsgericht Magdeburg wurde von psychiatrischen Anstaltsleitern gestellt, hingegen lag der Anteil von Sterilisationsanträgen aufgrund von Schizophrenie in den Bezirken Halberstadt und Naumburg ohne entsprechende Einrichtungen bei lediglich zehn Prozent. Die übrigen „Erbkrankheiten“ spielten nur eine marginale Rolle. Etwaige statistische Unterschiede beruhten vor allem auf dem Vorhandensein von entsprechenden Blinden- oder Taubstummen- sowie anderen Erziehungseinrichtungen im jeweiligen Gerichtsbezirk.²⁰⁰⁵

Über die engeren Ergebnisse zur Opfergruppe hinaus bieten insbesondere die Ergebnisse zur gerichtlichen Verurteilungspraxis weiterführende Perspektiven auf die Tätigkeit der provinziellen Erbgesundheitsgerichte.

Die Erbgesundheitsgerichte der preußischen Provinz Sachsen schlossen sich etwa 80 bis 85 Prozent der ärztlichen Antragsstellung an. Demgegenüber wurden durchschnittlich rund elf Prozent der Sterilisationsanträge abgelehnt.²⁰⁰⁶ Hierbei handelte es sich hauptsächlich um Verfahren, in denen keine Erblichkeit festgestellt werden konnte, oder das Gericht erkannte auf so genannte Grenzfälle, denen eine besondere Lebensbewährung attestiert wurde. Diese Ergebnisse verdeutlichen die maßgebliche Bedeutung der ärztlichen Antragsstellung und Begutachtung. Die Erbgesundheitsgerichte erscheinen insbesondere als biojuridische Erfüllungsgehilfen der medizinisch-psychiatrischen Selektion zum Zweck der Aufartung der deutschen Volksgemeinschaft.

In Anbetracht der gerichtlichen Beschlussfassung können tendenzielle zeitliche Entwicklungen ausgemacht werden. Vor allem im Jahr 1934 lehnten die Erbgesundheitsgerichte mit drei bis fünf Prozent einen Bruchteil der eingegangenen Anträge ab. Seit 1935 stieg der Anteil an Ablehnungen von zunächst sieben auf zehn Prozent. In der zweiten Hälfte der 1930er-Jahre lag der Anteil von abgelehnten Sterilisationsanträgen bei rund 13 bis 14 Prozent. Innerhalb weniger Jahre verdreifachte sich somit die Anzahl an Ablehnungen von ärztlichen Sterilisationsanträgen.

Die Hintergründe dieser Entwicklung sind vielfältig. In der Anfangszeit waren die Erbgesundheitsgerichte mit einem völlig neuen Beurteilungsverfahren konfrontiert

²⁰⁰⁵ In diesem Zusammenhang bestand für das Erbgesundheitsgericht Halberstadt eine Besonderheit, da über 13 Prozent der Sterilisationsanträge von Erziehungs- und Betreuungsanstalten gestellt wurden.

²⁰⁰⁶ Ein kleiner Anteil von Sterilisationsverfahren wurde eingestellt oder an andere Gerichte abgegeben.

und besaßen keine rechtlichen oder medizinisch-psychiatrischen Erfahrungen. Weiterhin waren die Erbgesundheitsgerichte aufgefordert, eine Vielzahl von Anträgen von psychiatrischen Einrichtungen zu bearbeiten, um eine Entlastung der provinziellen Landesheilanstalten zu gewährleisten.²⁰⁰⁷ In diesem Zusammenhang galten auch die in der Frühphase beantragten Frauen und Männer als „leichte“ Fälle, deren erbliche „Minderwertigkeit“ weitgehend bewiesen wäre. Infolge der „Krise“ der nationalsozialistischen Zwangssterilisation sowie der diagnostischen Einführung der „Lebensbewährung“ waren die Erbgesundheitsgerichte dazu aufgefordert, ihre Beschlüsse zu prüfen und umfassend zu begründen. Schließlich fand auch ein Wandel in der Gruppe der „erbkrankverdächtigen“ Frauen und Männer statt, die nunmehr als „schwerere“ Fälle galten, da ihre erbliche „Minderwertigkeit“ schwieriger zu beurteilen wäre. Mit den gesetzlichen Beschränkungen seit Kriegsbeginn 1939 wurde schließlich eine größere Anzahl von Verfahren aufgrund der Feststellung einer geringeren Fortpflanzungsgefahr eingestellt. Die Beschränkung der Verfahren auf die Fortpflanzungsgefahr führte seit spätestens 1942 zu einem weiteren Anstieg an gerichtlichen Ablehnungen. Trotz des Anstiegs von Ablehnungen, die sicherlich auf ein stärkeres Selbstbewusstsein von Erbgesundheitsgerichten schließen lassen, agierten die Erbgesundheitsgerichte weitgehend als Satrapen.

Die überlieferten Fallakten zu den Erbgesundheitsgerichten Magdeburg und Stendal weisen darauf hin, dass die gerichtlichen Sterilisationsverhandlungen häufig durch identische richterliche und medizinische Gremien durchgeführt wurden. So leitete der vorsitzende Richter des Erbgesundheitsgerichts Magdeburg über 60 Prozent der nachgewiesenen Sterilisationsverfahren. In Stendal betrug der Anteil sogar über 80 Prozent. Aufgrund der amtsärztlichen Antragsstellung und der Fluktuation von nicht-beamteten medizinischen Beisitzern war die regelmäßige Teilnahme von Amtsärzten und Ärzten demgegenüber geringer. Der Anteil von einzelnen Amtsärzten an gerichtlichen Verhandlungen betrug bis zu 70 Prozent. Der höchste Beteiligungsgrad von nicht-beamteten Ärzten machte rund 30 Prozent aus.

Bei den Sterilisationsurteilen handelte es sich bis zur Mitte der 1930er-Jahre um größtenteils formalisierte und vorgefertigte Beschlüsse, die keine spezifischen Gründe aufführten, sondern lediglich summarisch auf eine „Erbkrankheit“ im Sinne des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ hinwiesen. Seit der zweiten Hälfte der 1930er-Jahre wurden die Urteile aufgrund von ministeriellen Anordnungen

²⁰⁰⁷ Vgl. Kap. 4.2.2.

umfangreicher. Damit einhergehend stieg auch die Anordnung von Fachgutachten, um den Grad sowie die Erbllichkeit einer Erkrankung zu überprüfen. Diesbezüglich kann festgehalten werden, dass in etwa 20 Prozent der Fälle ein medizinisches Fachgutachten angeordnet wurde. Zu zwei Dritteln wurden psychiatrische Einrichtungen vor allem für die Feststellung von Schizophrenie und Epilepsie beauftragt. Fachärzte, etwa für Augenerkrankungen, wurden für rund ein Fünftel der jeweiligen Verfahren in Anspruch genommen.

Die konkrete Urteilsbegründung orientierte sich häufiger wortwörtlich am Sterilisationsantrag oder Fachgutachten und wurde teilweise von Ermittlungen durch die Erbgesundheitsgerichte ergänzt.²⁰⁰⁸ Seit Mitte der 1930er-Jahre wurden häufiger persönliche Vorladungen ausgesprochen oder auch Intelligenzprüfungen vor Gericht durchgeführt. Die persönliche Vorladung konnte den betroffenen Personen die Möglichkeit einer konkreten Verteidigung vor Gericht bieten. So trug etwa die erfolgreiche Durchführung einer Intelligenzprüfung vor dem Erbgesundheitsgericht Magdeburg dazu bei, dass die gerichtlichen Zweifel am Gutachten bestätigt wurden und der Antrag gegen eine junge Frau aufgrund von „angeborenem Schwachsinn“ abgelehnt wurde.²⁰⁰⁹ Zugleich konnte auch das persönliche Verhalten vor Gericht oder bereits das Aussehen zum Gegenstand der Urteilsbegründung werden: „Der Minderjährige bietet schon äußerlich das Bild eines typisch Schwachsinnigen.“²⁰¹⁰

Die begründeten erbgerichtlichen Beschlüsse orientierten sich an der medizinischen Antragsstellung sowie am Krankheitsbild. Neurologische oder physiologische Erkrankungen wie Schizophrenie oder Epilepsie wurden anhand der Ergebnisse der medizinisch-psychiatrischen Begutachtungen oder Fachgutachten begründet. Im Vordergrund stand die gerichtliche Feststellung der Erbllichkeit. Die Begründungen für das angebliche Vorliegen „angeborenen Schwachsinn“ orientierten sich mit rund 16 Prozent an einem mangelnden Intellekt, der mit einer mangelnden Lebensbewährung in Beziehung gesetzt wurde. Dabei führte die diagnostische Ergänzung ab der zweiten Hälfte der 1930er-Jahre zu einer tautologischen wie auch reflexartigen Verneinung der

²⁰⁰⁸ Vgl. LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 82, 136.

²⁰⁰⁹ Vgl. LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 223.

²⁰¹⁰ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 202; auch LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 76, 98.

männlichen und weiblichen Lebensbewährung. So konstatierte das Erbgesundheitsgericht Magdeburg beispielsweise zu einem jungen Mann: „Dass der Minderjährige die übertragenen Arbeiten auf dem Lande als Knecht zur Zufriedenheit seines Arbeitsgebers auszuführen vermag und fleißig ist, steht der Feststellung des Schwachsinn nicht entgegen.“²⁰¹¹ Rund neun Prozent der Sterilisationsbeschlüsse begründeten den „angeborenen Schwachsinn“ sowohl mit einer familiären Belastung als auch mit einem geringen Intellekt. Dementsprechend wurde das Vorliegen von „angeborenem Schwachsinn“ von Erbgesundheitsgerichten hauptsächlich mit geringen intellektuellen Fähigkeiten begründet.

Entlastungen der als „erbkrank“ präjudizierten Frauen und Männer finden sich in den gerichtlichen Beschlüssen und auch Ablehnungen naturgemäß selten. Ein wesentlicher Ablehnungsgrund bestand in der Feststellung, dass es sich um keine erbliche Ausprägung der vorliegenden Krankheit handele oder die vorliegende Erkrankung keine „Erbkrankheit“ im Sinne des Sterilisationsgesetzes sei.

Für den „angeborenen Schwachsinn“, aber auch für „schwere körperliche Missbildungen“ oder „erbliche Blindheit oder Taubheit“ wurde der geringe Krankheitsgrad, die Leistungsfähigkeit und der Nutzen für die nationalsozialistische Volksgemeinschaft festgehalten. Dabei konterkarierten einzelne gerichtliche Begründungen die rassenhygienisch intendierte Sterilisationspolitik, da trotz des Nachweises einer „Erblichkeit“ keine „Erbkrankheit“ im Sinne des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ festgestellt wurde. So heißt es in einem Gutachten des Erbgesundheitsgerichts Magdeburg zu einem Mann vom März 1936: „Zwar wird dem ärztlichen Gutachten nach eingehender Prüfung darin zugestimmt, daß die bei dem Erschienenen festgestellte Mißbildung erblich ist. Sie kann jedoch nicht als schwere körperliche Mißbildung erachtet werden“, da der Mann seiner beruflichen Tätigkeit uneingeschränkt nachgehen könne.²⁰¹²

Ganz selten finden sich Hinweise auf die soziale Situation der betroffenen Frauen und Männer, die als ursächlich für geringe schulische oder berufliche Leistungen angesehen wurde. Demnach handelt es sich bei der Ablehnung eines Sterilisationsantrages des Erbgesundheitsgerichts Stendal um eine Ausnahme, wenn darin im

²⁰¹¹ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 34.

²⁰¹² LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 229.

Zuge eines Verfahrens gegen eine junge verheiratete Mutter auf die große Armut der Familie und die schlechte Wohnsituation verwiesen wurde.²⁰¹³

Die vorliegenden Ergebnisse bestätigen die Funktion und Bedeutung der Erbgesundheitsgerichte als biojuridische Erfüllungsgehilfen der medizinisch-psychiatrischen und vor allem amtsärztlich dominierten Sterilisationspraxis. Die Bedeutung der Erbgesundheitsgerichte im Dritten Reich bestand insbesondere in der Wahrung eines rechtsformalen Ablaufs und der öffentlichen Suggestion von Rechtssicherheit. Gleichwohl nahmen die Erbgesundheitsgerichte zumindest punktuell Einfluss auf die Sterilisationspraxis, indem sie bei der Bewertung von einzelnen „Erbkrankheiten“ oder bei der Bewertung des „angeborenen Schwachsinn“ einen strengeren Maßstab als die antragsstellenden Ärzte anlegten und einen Teil der Sterilisationsanträge ablehnten.²⁰¹⁴

6.4.3 Zur Tätigkeit des Erbgesundheitsobergerichts Naumburg als Widerspruchsinstanz

Vom Erbgesundheitsobergericht Naumburg als oberster Widerspruchsinstanz der Erbjustiz in der preußischen Provinz Sachsen wurde ein Großteil der Widersprüche gegen Sterilisationsbeschlüsse der hiesigen Erbgesundheitsgerichte verhandelt.²⁰¹⁵ Anhand der Tätigkeit des Erbgesundheitsobergerichts Naumburg können weiterführende Ergebnisse zur gerichtlichen Sterilisationspraxis herausgearbeitet werden, indem Bestätigungen, aber auch gerichtliche Korrekturen von Sterilisationsbeschlüssen in Form von Ablehnungen betrachtet werden.²⁰¹⁶ Hiermit können einerseits die Ausprägungen der erbgerichtlichen Rechtsprechung differenzierter untersucht werden. Andererseits können anhand der Anzahl und zeitlichen Entwicklung der Umfang und die Erfolgsaussichten von persönlichen Abwehrversuchen gegen die Unfruchtbarmachung betrachtet werden.²⁰¹⁷ Unter diesen Blickwinkeln werden zunächst die quantitative Entwicklung von Verhandlungen vor dem Erbgesundheitsobergericht Naumburg

²⁰¹³ Vgl. LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 190.

²⁰¹⁴ Vgl. Kap. 6.2.4.

²⁰¹⁵ Eine Ausnahme bildet das Erbgesundheitsgericht Suhl, das dem Erbgesundheitsobergericht Jena unterstellt war. Demgegenüber war das Erbgesundheitsobergericht Naumburg für Widersprüche der Erbgesundheitsgerichte Dessau und Sondershausen zuständig, die im Freistaat Anhalt respektive im Freistaat Thüringen lagen. Vgl. Kap. 6.1.1.

²⁰¹⁶ Bezüglich der Zielrichtung der vorliegenden Untersuchung sowie der umfangreichen Überlieferung zu Widerspruchsverhandlungen wurde auf eine eingehende Analyse sowie statistische Aufbereitung des vorliegenden Materials verzichtet und bietet nachfolgenden Untersuchungen eine materialreiche Materialbasis.

²⁰¹⁷ Weiterführend siehe Kap. 8.3.2.

burg sowie die Verurteilungsquote im Vergleich zu den hiesigen Erbgesundheitsgerichten untersucht.²⁰¹⁸ Anschließend erfolgt eine spezifische Analyse am Beispiel des Erbgesundheitsgerichts Magdeburg anhand des Anteils von Widersprüchen sowie der Erfolgsquote unter Berücksichtigung der vorgeworfenen „Erbkrankheit“.²⁰¹⁹ Abschließend wird am Beispiel der Diskussionen über die Beurteilung von „schweren körperlichen Missbildungen“ die Urteilstätigkeit des Erbgesundheitsobergerichts Naumburg charakterisiert, die auch im überregionalen Vergleich auf eine moderate Beschlussfassung hinweisen könnte.

Der Umfang von Verhandlungen vor dem Erbgesundheitsobergericht Naumburg stand in enger Beziehung zur Anzahl von Sterilisationsbeschlüssen durch die zugeordneten Erbgesundheitsgerichte. So erhöhte sich das Volumen von Widersprüchen von 392 Verfahren im Jahr 1934 auf 912 Widersprüche im Jahr 1936.²⁰²⁰ Hierbei handelt es sich um die höchste Anzahl von jährlichen Widersprüchen gegen Sterilisationsbeschlüsse in der preußischen Provinz Sachsen. Im Jahr 1937 sank der Umfang auf 747 Verfahren. Aufgrund des Rückgangs von Sterilisationsanträgen nahm auch die Anzahl von Widersprüchen in den folgenden Jahren stark ab.²⁰²¹

Bezüglich der quantitativen Entwicklungen von Widersprüchen in der preußischen Provinz Sachsen kann davon ausgegangen werden, dass im Jahr 1934 etwa gegen zehn bis 15 Prozent der Sterilisationsbeschlüsse Beschwerde eingelegt wurde. Der Anteil stieg seit 1935 stetig und betrug im Jahr 1936 rund ein Viertel.²⁰²² Dabei bestanden größere Unterschiede zwischen den einzelnen Erbgesundheitsgerichten. Beispielsweise wurde im Jahr 1934 gegen 103 Sterilisationsbeschlüsse am Erbgesundheitsgericht Magdeburg Widerspruch eingelegt. Dies bedeutete etwa 13 Prozent der

²⁰¹⁸ Die Überlieferung ist fragmentarisch und erlaubt eine Betrachtung im Zeitraum von 1934 bis 1937. Vgl. LASA, C 136, Nachtrag, Nr. 54–56, 91: Namensverzeichnis für das Beschwerderegister des Erbgesundheitsobergerichts (1934–1935); LASA, C 127, Nr. 1155: Erbgesundheitspflege, Bd. 1: 1936–1942, 1948; LASA, C 127, Nr. 1156: Erbgesundheitspflege, Einzelsachen, Bd. 1: 1937–1938, 1940, 1946, 1946–1948, LASA, C 127, Nr. 1157: Einzelsachen, Bd. 1: 1936–1944, 1946; LASA, C 127, Nr. 1158: Erbgesundheitsobergericht, Einzelsachen, Bd. 1: 1936–1944.

²⁰¹⁹ Zum Erbgesundheitsobergericht Naumburg liegen 26 Akten von Widerspruchsverhandlungen vor, die den Zeitraum 1934 bis 1945 umfassen und nach „Erbkrankheiten“ sortiert sind. Die vorliegenden Akten wurden in Bezug auf den Regierungsbezirk Magdeburg durchgesehen. Ein weiterer Vergleich bietet sich insbesondere mit dem Register des Erbgesundheitsgerichts Naumburg an. Vgl. LASA, C 136, Nr. 27–45, 48–53: Beschlüsse des Erbgesundheitsobergerichts (1934–1944). Hierbei handelt es sich um die Beschlüsse betreffs der gesetzlich definierten „Erbkrankheiten“.

²⁰²⁰ Vgl. LASA, C 127, Nr. 1158: Erbgesundheitsobergericht, Einzelsachen, Bd. 1: 1936–1944, fol. 19. Seit 1935/36 wurden ebenso Verfahren zur Ehetauglichkeit verhandelt. Da es sich jedoch um eine geringe Anzahl handelt, können sie an dieser Stelle weitgehend vernachlässigt werden.

²⁰²¹ Vgl. LASA, C 127, Nr. 1158: Erbgesundheitsobergericht, Einzelsachen, Bd. 1: 1936–1944, fol. 60.

²⁰²² Dieses Ergebnis wird durch die Überlieferungen der Erbgesundheitsgerichte gestützt, da die vorliegenden Daten besagen, dass etwa gegen 15 bis 20 Prozent der gerichtlichen Sterilisationsbeschlüsse Widerspruch eingelegt wurde. Vgl. Kap. 6.3.2.

Sterilisationsbeschlüsse.²⁰²³ Der Anteil an den Erbgesundheitsgerichten Erfurt und Naumburg betrug hingegen rund sechs Prozent. Für das folgende Jahr kann für alle Erbgesundheitsgerichte ein starker Anstieg von Widersprüchen konstatiert werden. So erhöhte sich allein die Anzahl von Beschwerden am Erbgesundheitsgericht Halberstadt bis Juni 1935 von 66 auf 103.²⁰²⁴

Die Konfrontation mit einer Vielzahl von Widersprüchen überforderte das Erbgesundheitsobergericht Naumburg, sodass seit 1935 lediglich ein Teil der Verfahren verhandelt werden konnte. Bemessen an 807 eingegangenen Widersprüchen wurden lediglich drei Viertel bearbeitet und abgeschlossen. Mindestens 205 Verhandlungen wurden in das kommende Jahr übernommen.²⁰²⁵ Die Übernahme von Verfahren führte zu weiteren Verzögerungen, sodass im Jahr 1936 nahezu 40 Prozent der vorliegenden Beschwerden nicht bearbeitet werden konnten. Von den neu hinzukommenden Widersprüchen konnten lediglich zwei Drittel bearbeitet werden.

Infolge des quantitativen Anstiegs, welcher sich laut Erbgesundheitsobergericht bereits im Jahr 1935 angekündigt hatte, wurden personelle Ergänzungen sowie die Einrichtung einer zweiten Kammer/Senat diskutiert, um eine zeitnahe Bearbeitung von Sterilisationsverfahren zu gewährleisten. Im Januar 1937 teilte der Vorsitzende dem Oberlandesgerichtspräsidenten mit, dass seine „Annahme, dass die Beschwerden allmählich zahlenmäßig zurückgehen würden, [...] sich nicht bestätigt hat. [...] Seit Mitte Oktober 1936 haben wöchentlich 2 Sitzungen stattgefunden. [...] Trotz angestrengtester Tätigkeit ist eine Aufarbeitung der Beschwerden nicht gelungen. [...] Es liegt dies an der zahlenmäßigen Zunahme, der Schwierigkeit der Beschwerden und daran, dass die Tätigkeit des zweiten Richters erst Mitte Oktober 1936 einsetzte.“²⁰²⁶ Deshalb forderte der Vorsitzende des Erbgesundheitsobergerichts Naumburg, Oberlandesgerichtsrat Dr. Wahle, dass der zweite Richter, Oberlandesgerichtsrat Klebe, als ständiger Vorsitzender weiter beschäftigt werden müsste. Erst zum Ende des Jahres

²⁰²³ Vgl. LASA, C 136, Nr. 91: Namensverzeichnis für das Beschwerderegister des Erbgesundheitsobergerichts (1934).

²⁰²⁴ Vgl. LASA, C 136, Nr. 56: Namensverzeichnis für das Beschwerderegister des Erbgesundheitsobergerichts (1935).

²⁰²⁵ Hinsichtlich der anhängig gebliebenen Beschwerden liegen unterschiedliche Zahlenangaben vor. Vgl. LASA, C 127, Nr. 1158: Erbgesundheitsobergericht, Einzelsachen, Bd. 1: 1936–1944, fol. 19, 60.

²⁰²⁶ LASA, C 127, Nr. 1158: Erbgesundheitsobergericht, Einzelsachen, Bd. 1: 1936–1944, fol. 17.

1937 konnte anhand des Rückgangs von Widersprüchen eine leichte Entspannung konstatiert werden.²⁰²⁷

Der massive Anstieg von Widerspruchsverfahren bildete keine Ausnahme, denn auch das Erbgesundheitsobergericht Düsseldorf konstatierte eine vergleichbare Konfrontation mit Sterilisationsverfahren im Jahr 1937. Dort betrug der Anteil von nicht-bearbeiteten Widersprüchen rund ein Viertel.²⁰²⁸

Laut einem Register verhandelte das Erbgesundheitsobergericht Naumburg im Zeitraum von 1934 bis 1944 über 3 656 Widersprüche.²⁰²⁹ Die den Widersprüchen zugrunde liegenden Erbkrankheiten im Sinne des nationalsozialistischen Sterilisationsgesetzes orientierten sich an den diagnostischen Verteilungen der Antragsstellung. So wurden am Erbgesundheitsobergericht über 70 Prozent aufgrund von „angeborenem Schwachsinn“ geführt. Schizophrenie umfasste rund acht Prozent und Epilepsie circa zehn Prozent.

Neben der großen Anzahl von Widersprüchen konstatierte der Vorsitzende des Erbgesundheitsobergerichts Naumburg unterschiedliche organisatorische und diagnostische Schwierigkeiten, die zu zeitlichen Verzögerungen beitrügen. Da auf der Grundlage von ministeriellen Anordnungen die betroffenen Frauen und Männer häufiger zu den Verhandlungen vorgeladen werden, würde einerseits eine zügige Durchführung verhindert. Zum anderen „können an den Sitzungstagen nicht mehr so viele Sachen beraten werden wie früher“.²⁰³⁰ Dementsprechend verursachte der Hinweis auf eine gewissenhaftere Prüfung der eingegangenen Sterilisationsverfahren erhebliche zeitliche Verzögerungen und personelle Anforderungen, gleichzeitig bestätigt er die bis dato vorherrschende Charakteristik von Beschlüssen als kameralistische Schnellverfahren. Die hemmende Vorladungspraxis wurde in den Augen des Vorsitzenden weiter verschärft, da mittlerweile „diagnostisch zweifelhafte Fälle sowohl von Direktoren der Universitätskliniken wie von Heilstätten zur Entscheidung der Erbgesundheitsgerichte gebracht werden.“²⁰³¹ Die nunmehr erforderlichen Nachforschungen und

²⁰²⁷ Vgl. LASA, C 127, Nr. 1158: Erbgesundheitsobergericht, Einzelsachen, Bd. 1: 1936–1944, fol. 46. Da der Umfang jedoch nicht von einem Richter bewältigt werden könnte, bat der Vorsitzende um die Wiederbesetzung der zweiten Richterstelle für das Jahr 1938.

²⁰²⁸ Vgl. LASA, C 127, Nr. 1158: Erbgesundheitsobergericht, Einzelsachen, Bd. 1: 1936–1944, fol. 62.

²⁰²⁹ LASA, C 136, Nr. 27–45, 48–53: Beschlüsse des Erbgesundheitsobergerichts (1934–1944), 28. Bde.

²⁰³⁰ LASA, C 127, Nr. 1158: Erbgesundheitsobergericht, Einzelsachen, Bd. 1: 1936–1944, fol. 8.

²⁰³¹ LASA, C 127, Nr. 1158: Erbgesundheitsobergericht, Einzelsachen, Bd. 1: 1936–1944, fol. 17.

Überprüfungen behinderten ebenso wie die Anordnung einer hinlänglichen schriftlichen Begründung eine zügige Beschlussfassung, sodass weitaus weniger Urteile gefällt werden könnten.²⁰³²

Die konkrete Urteilstätigkeit des Erbgesundheitsobergerichts Naumburg kann für das Jahr 1936 betrachtet werden. Inklusive der aus dem Jahr 1935 übernommenen Beschwerden lagen dem Erbgesundheitsobergericht Naumburg 1 124 Widersprüche vor.²⁰³³ Davon richtete sich ein Achtel gegen die Ablehnung der Unfruchtbarmachung, was zum Großteil auf Beschwerden von Amtsärzten beruhte. Das Erbgesundheitsobergericht wies in 72 Prozent der Fälle Beschwerden gegen den Sterilisationsbeschluss zurück. In etwa 13 Prozent der Fälle wurden die Verfahren „sonstwie“ abgeschlossen, was auf die Abgabe des Verfahrens, auf die Wiederaufnahme oder auch auf die Zurückweisung der Beschwerde aufgrund formeller Fehler hinweisen kann.

In knapp 15 Prozent der Fälle wurde der Beschwerde stattgegeben und der Sterilisationsbeschluss abgelehnt. Dementsprechend kann davon ausgegangen werden, dass das Erbgesundheitsobergericht Naumburg in etwa 80 Prozent der Fälle die Unfruchtbarmachung beschloss.²⁰³⁴ Dies entsprach der Rechtsprechung anderer Erbgesundheitsobergerichte. Somit lag die Verurteilungsquote etwa zehn Prozent niedriger als bei den Erbgesundheitsgerichten der preußischen Provinz Sachsen.

Die Urteilstätigkeit des Erbgesundheitsobergerichts Naumburg kann am Beispiel der Rechtsprechung des Erbgesundheitsgerichts Magdeburg konkretisiert werden. Nachweislich wurde gegen rund 15 Prozent der Sterilisationsbeschlüsse in Magdeburg Beschwerde eingelegt. Der Umfang schwankte erheblich und erreichte in den Jahren 1937 und 1938 einen Anteil von über 20 Prozent.²⁰³⁵ Der Höchstwert wurde im Jahr 1944 mit rund 24 Prozent erreicht.

Die geschlechtliche Verteilung der betroffenen Frauen und Männer war weitgehend ausgeglichen. Der Großteil von Widersprüchen mit rund 80 Prozent wurde von

²⁰³² So betonte das Erbgesundheitsobergericht Düsseldorf, dass die Erbgesundheitsgerichte und Erbgesundheitsobergerichte aufgefordert worden waren, ihre Beschlüsse entsprechend zu begründen. Deshalb müsse geprüft werden, „ob nicht wegen Überlastung des Vorsitzenden des Erbgesundheitsgerichts [sic] ein zweiter Senat zu bilden oder die stellvertretenden Vorsitzenden regelmäßig zu einem Teil der Sitzungen hinzuzuziehen sind“. LASA, C 127, Nr. 1158: Erbgesundheitsobergericht, Einzelsachen, Bd. 1: 1936–1944, fol. 59. Es müsste „Erbgesundheitsobergericht“ heißen.

²⁰³³ Vgl. LASA, C 127, Nr. 1158: Erbgesundheitsobergericht, Einzelsachen, Bd. 1: 1936–1944, fol. 19.

²⁰³⁴ Ein nicht unerheblicher Unterschied bestand zu Sterilisationsverfahren, die in erster Instanz abgelehnt worden waren und aufgrund des Widerspruchs des Antragsstellers verhandelt wurden. Etwa 25 Prozent der Verfahren wurde stattgegeben und die Unfruchtbarmachung beschlossen. Demnach hatten die Beschwerden von Amtsärzten oder antragsberechtigten Psychiatern größeren Erfolg als die Widersprüche von betroffenen Personen gegen den Sterilisationsbeschluss.

²⁰³⁵ Der Anteil von Widersprüchen von antragsberechtigten Ärzten betrug unter neun Prozent.

Betroffenen oder Familienangehörigen eingereicht. Beschwerden von gesetzlichen Vertretern waren mit rund zehn Prozent kaum vertreten. Punktuell wurden die Beschwerden durch Rechtsanwälte unterstützt, jedoch hatte die Hinzuziehung eines rechtsanwaltlichen Beistandes nur geringen Einfluss auf das Sterilisationsurteil.

Die den Widersprüchen zugrundeliegende Sterilisationsdiagnose entsprach der für die Erbgesundheitsgerichte konstatierten Antragspraxis und weist kaum Unterschiede auf.²⁰³⁶ Demnach kristallisiert sich keine „Erbkrankheit“ heraus, gegen die häufiger Beschwerde eingelegt worden wäre. Eine geringfügige Ausnahme bildeten „schwere körperliche Missbildungen“. Ihr Anteil ist mit knapp vier Prozent etwa doppelt so hoch wie in Sterilisationsverfahren vor Erbgesundheitsgerichten der preußischen Provinz Sachsen. Eine besondere Häufung kann für das Jahr 1938 mit über elf Prozent ausgemacht werden.

Das Erbgesundheitsobergericht Naumburg entschied in etwa drei Viertel der Widerspruchsverfahren auf die Unfruchtbarmachung und in rund 18 Prozent lehnte es die durch das Erbgesundheitsgericht Magdeburg beschlossene Sterilisation ab. Dabei kann ein starker zeitlicher Wandel konstatiert werden, da der Anteil von stattgegebenen Beschwerden von unter zehn Prozent in den Anfangsjahren auf ein Viertel in der zweiten Hälfte der 1930er-Jahre anstieg. Der höchste Anteil betrug nahezu 50 Prozent im Jahr 1942. Der Anstieg von stattgegebenen Beschwerden gegen den Sterilisationsbeschluss beruhte im Wesentlichen auf den Veränderungen der Sterilisationspraxis infolge der „Krise“ des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“, die zu einer differenzierteren Beurteilung und Begründung, der persönlichen Vorladung sowie der diagnostischen Berücksichtigung der Lebensbewährung aufforderte.

Demgegenüber hatten die Beschwerden von antragsberechtigten Ärzten gegen die Ablehnung von Sterilisationsanträgen insgesamt größeren Erfolg, da nahezu ein Drittel vom Erbgesundheitsobergericht als berechtigt angesehen wurde und zum Sterilisationsbeschluss führte.

Etwa sieben Prozent der Verfahren wurden aufgrund der Rücknahme der Beschwerde oder der Unzulässigkeit eingestellt. Der Anteil entsprach somit weitgehend der Rechtsprechung des Erbgesundheitsobergerichts Naumburg im Jahr 1936. In Anbetracht der gerichtlichen Verfahrensweise kann für das Jahr 1935 eine Häufung von unzulässigen Beschwerden mit über elf Prozent festgehalten werden. Dieses Ergebnis verdeutlicht die zunächst geringen Erfahrungen und Kenntnisse der Verfahrensregeln

²⁰³⁶ Vgl. Kap. 6.3.2.

von betroffenen Frauen und Männern, sodass etwa gesetzlich nicht zulässige Personen, etwa bei einer bestehenden Vormundschaft, die Beschwerde einreichen.

Die Überprüfung der Rechtsprechung der Erbgesundheitsgerichte oblag in Widerspruchsfällen dem Erbgesundheitsobergericht Naumburg. So formulierte das Erbgesundheitsobergericht Naumburg für den Oberlandesgerichtsbezirk auch Grundsatzfragen, etwa in der Definition und juristischen Auslegung von „Erbkrankheiten“. Dementsprechend versuchte das Erbgesundheitsobergericht Naumburg in den Jahren 1940/41 grundsätzliche Leitlinien vorzugeben, indem ausgewählte Verfahrensfragen, wie etwa die Aussetzung oder Wiederaufnahme, oder einzelne „Erbkrankheiten“, wie etwa Schizophrenie, Epilepsie oder „angeborener Schwachsinn“, konkret besprochen wurden.²⁰³⁷

Entsprechend der juristischen Kompetenzhoheit kann durchaus von einer gewissen Unabhängigkeit, die auch in der Bestellung von Vorsitzenden in der Anfangszeit zum Ausdruck kommt, gesprochen werden. In diesem Zusammenhang kann auf die strategische Positionierung des Reichsjustizministeriums unter Franz Gürtner verwiesen werden, der versuchte, alles zu vermeiden, „was die unabhängige Justiz zu beseitigen drohte“.²⁰³⁸ Vor diesem Hintergrund wurde die Rechtsprechung der Erbgesundheitsgerichte seitens des Reichsjustizministeriums überprüft.²⁰³⁹

Die zumindest partielle Eigenart der provinziellen Rechtsprechung sowie auch die durchaus vorhandene Unabhängigkeit des Erbgesundheitsobergerichts Naumburg spiegeln wiederholte Diskussionen über die juristisch-medizinische Bewertung von „schweren körperlichen Missbildungen“ wider, die 1938 zu einer größeren Auseinandersetzung mit dem Reichs- und Preußischen Minister des Innern führten.²⁰⁴⁰

Bereits im Jahr 1935 wurde vor dem Erbgesundheitsgericht Magdeburg die Sterilisation einer Frau verhandelt, die mehrere Kinder mit einer Hüftgelenksverrenkung geboren hatte und persönlich eine Unfruchtbarmachung anstrebte. Das Erbgesundheitsgericht Magdeburg lehnte den Antrag mit der Begründung ab, da die Frau

²⁰³⁷ Vgl. LASA, C 136, Nr. 4: Verfahrensrechtliche Gutachten und Stellungnahmen (1935–1941).

²⁰³⁸ Ganssmüller: Erbgesundheitspolitik im Dritten Reich, S. 64. Vgl. Möhring: Richter im Nationalsozialismus.

²⁰³⁹ So wurden seit Mai 1935 „Beschlüsse der Erbgesundheitsgerichte und Erbgesundheitsobergerichte“ überprüft, „in denen Fragen medizinischer oder juristischer Art behandelt oder die von grundsätzlicher Bedeutung oder von allgemeinem Interesse sind, ferner solche Beschlüsse, in denen das Gericht von einer ihm bekannten Entscheidung eines Erbgesundheitsobergerichts abgewichen ist“, um einen Überblick über die Rechtsprechung der Erbgesundheitsgerichte zu bewahren. LASA, C 128 Landgericht Magdeburg, Nr. 342: Erbgesundheitsgerichte, Generalakten, Bd. 1: 1933–1936, fol. 138–139; auch Ganssmüller: Erbgesundheitspolitik im Dritten Reich, S. 62–64.

²⁰⁴⁰ Vgl. LASA, C 127, Nr. 1158: Erbgesundheitsobergericht, Einzelsachen, Bd. 1: 1936–1944, fol. 73–75.

nicht persönlich erkrankt, sondern lediglich Erbträgerin sei. Der Amtsarzt legte Beschwerde ein und verwies hinsichtlich der erkrankten Kinder auf die Feststellung, „dass auch die Antragstellerin in ihrer konstitutionellen Anlage krank ist und infolge ihrer erblichen Anlage eine erbkrankte Nachkommenschaft haben wird“.²⁰⁴¹ Weiterhin verwies er auf einen Beschluss des Erbgesundheitsgerichts Aachen, dass in einem vergleichbaren Fall die Unfruchtbarmachung beschlossen hatte. Trotz des Hinweises beharrte das Erbgesundheitsgericht Magdeburg auf seiner Entscheidung und berief sich dabei auf den Gesetzeskommentar, „wonach das Vorhandensein einer verdeckten Veranlagung, mag diese auch noch so verhängnisvoll für einzelne Glieder einer Familie sein, zur Vornahme einer Unfruchtbarmachung nicht genüge“.²⁰⁴² Die rechtliche Unterscheidung und Beurteilung von Anlage- und Krankheitsträger blieb in der gerichtlichen Tätigkeit ungelöst und oblag der Rechtsauffassung der einzelnen Gerichte.

Die Stellungnahme des Erbgesundheitsgerichts Magdeburg wurde vom Erbgesundheitsobergericht Naumburg unterstützt, welches in der zweiten Hälfte der 1930er-Jahre eine zurückhaltende Verurteilung von Frauen und Männern aufgrund von „schweren körperlichen Missbildungen“ verfolgte, was den Sterilisationsinteressen von Amtsärzten entgegenstand und schließlich zu ministeriellen Diskussionen führte. So hob das Erbgesundheitsobergericht Naumburg einen Sterilisationsbeschluss im März 1938 auf, da es keine „schwere“ Missbildung erkannte. „Das Erbgesundheitsobergericht sieht aber nach seiner ständigen Rechtsprechung eine Missbildung nur dann als schwer an, wenn der Betroffene dadurch im Lebenskampf beeinträchtigt und seine Anpassung an das Leben wesentlich erschwert wird. Diese Feststellung konnte jedoch hier nicht getroffen werden.“²⁰⁴³

Im September 1939 lehnte das Obergericht wiederum einen Antrag des Amtsarztes von Magdeburg mit der Begründung ab, „daß ein typischer Lippen-Gaumenspalat, auch wenn – wie in vorliegendem Fall – Erblichkeit in der Sippe nachgewiesen ist, keine schwere erbliche körperliche Mißbildung darstelle“.²⁰⁴⁴ In den Augen des Magdeburger Amtsarztes würde die Entscheidungspraxis in der Konsequenz dazu führen, dass „praktisch Wolfsrachen überhaupt als Erbkrankheit im Sinne des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ ausgeschlossen werde.²⁰⁴⁵ Der Amtsarzt

²⁰⁴¹ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) ((1934–1945 (1946)), Nr. 173.

²⁰⁴² LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 173.

²⁰⁴³ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 3, fol. 199.

²⁰⁴⁴ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 3, fol. 204.

²⁰⁴⁵ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 3, fol. 204.

von Magdeburg konnte diesen Standpunkt nicht nachvollziehen und unterrichtete den Regierungspräsidenten, der ebenfalls eine „grundsätzliche Steuerung im Sinne einer einheitlichen Auffassung“ befürwortete.²⁰⁴⁶ Eine einheitliche Reglementierung fand bis 1945 nicht statt.²⁰⁴⁷

Die zurückhaltende Verurteilungspraxis des Erbgesundheitsobergerichts im Falle von „schweren körperlichen Missbildungen“ konnte zumindest geringfügig eine stärkere Widerspruchspraxis hervorrufen. Dabei verweist die Inanspruchnahme von Beschwerden seit 1935 insgesamt auf ein stärker ausgeprägtes Abwehrverhalten im Rahmen der gesetzlichen Handlungsmöglichkeiten, indem bis zu einem Viertel der von einem Sterilisationsbeschluss betroffenen Frauen und Männer einen Widerspruch einlegten.

Die statistischen Ergebnisse zur Urteilstätigkeit des Erbgesundheitsobergerichts Naumburg belegen demgegenüber, dass mit circa 75 bis 80 Prozent ein Großteil der Verfahren in der Unfruchtbarmachung mündete. Demnach besaßen die Betroffenen auch vor dem Erbgesundheitsobergericht Naumburg nur geringe Chancen, die Unfruchtbarmachung abzuwehren. Die geringere Verurteilungsquote begründet sich auf der erneuten und mitunter konkreteren Überprüfung des vorliegenden Sterilisationsantrages, der durch eine persönliche Vorladung, weitere Ermittlungen sowie ärztlichen Gutachten ergänzt wurde. Lediglich partiell vertrat das Erbgesundheitsobergericht, etwa hinsichtlich der Bewertung von „schweren körperlichen Missbildungen“, eine mildere Beurteilungspraxis, die eine leicht erhöhte Anzahl von Ablehnungen hervorrief.

Demgegenüber ähnelte die gerichtliche Tätigkeit in hohem Maße der Beschlussfassung der Erbgesundheitsgerichte. Unterschiede bestanden etwa in der Anfertigung von Sterilisationsbeschlüssen, die am Erbgesundheitsobergericht Naumburg ausführlicher als an den Erbgesundheitsgerichten begründet wurden. Dies betraf insbesondere die Begründung der „Erblichkeit“ sowie die Ausprägung einer „Erbkrankheit“ im Sinne des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“. Mitunter erscheinen auch sprachliche Unterschiede, die den Beschluss des Erbgesundheitsobergerichts Naumburg weniger drastisch erscheinen lassen. Gleichwohl urteilten diese

²⁰⁴⁶ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 3, fol. 201.

²⁰⁴⁷ Vgl. LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 212. In Anbetracht der Beurteilung von „schweren körperlichen Missbildungen“ folgten die Erbgesundheitsgerichte auch der juristischen Beurteilung des Erbgesundheitsobergerichts und lehnten eine Sterilisation ab, wenn die betroffenen Frauen und Männer ihre beruflichen und sozialen Aufgaben erfüllten.

Beschlüsse ebenso explizit über den geringen „Wert“ der betroffenen Frauen und Männer. „Wesentlich ist, daß in der Sippe des Minderjährigen mehrfach geistige abnorme Abartigkeiten vorgekommen sind. Ein Bruder des Vaters und ein Sohn eines weiteren Vaterbruders sind fallsüchtig und Trinker. Ein dritter Vaterbruder ist trunksuchtverdächtig und hat einen stotternden, wenig begabten Jungen. Der Vater des Minderjährigen selbst ist leicht erregbar, was sich auch in der Sitzung des Gerichts bemerkbar gemacht hat, wo er sehr ausfällig wurde und sich völlig uneinsichtig zeigte. In Wertung aller vorgenannten Umstände, besonders auch der Belastung in der Sippe ist mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit das Vorliegen erblicher Fallsucht bei dem Minderjährigen zu bejahen. Irgendwelche Momente, die auf ein Erworbensein der Erkrankung hinweisen, sind nicht vorhanden.“²⁰⁴⁸

²⁰⁴⁸ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 3, fol. 147–148.

6.5 Zusammenfassung. Der juridische Beitrag zur medizinisch-psychiatrischen Konstruktion von männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“

Die Untersuchung der Erbgesundheitsgerichtsbarkeit auf dem Gebiet der preußischen Provinz Sachsen konnte erstmals fundierte Ergebnisse zur Struktur, Organisation und personellen Besetzung der neun Erbgesundheitsgerichte erarbeiten. Anhand der Betrachtung von gerichtlichen Verfahrensweisen sowie von Diskussionen zur Rechtsprechung einerseits sowie der konkreten Analyse der erbgerichtlichen Verurteilungspraxis am Beispiel ausgewählter Gerichte andererseits konnten zudem weiterführende Ergebnisse zur technologischen wie herrschaftlichen Funktion von Erbgesundheitsgerichten im Zuge der nationalsozialistischen Zwangssterilisation vorgelegt werden.

Dergestalt konnte aufgezeigt werden, dass die Erbgesundheitsgerichte der preußischen Provinz Sachsen vornehmlich als biojuridische Erfüllungsgehilfen der nationalsozialistischen Bevölkerungspolitik fungierten, indem sie die gerichtlichen Rahmenbedingungen eines Selektionsverfahren boten, welches nach außen Rechtssicherheit und Objektivität suggerierte. Die innere Durchführung von Sterilisationsverfahren glich jedoch einem kameralistisch-straftprozessualen Schnellverfahren, welches im Wesentlichen von der ärztlichen Beurteilung und Diagnostik von „Erbkrankheiten“ sowie männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“ konturiert wurde.

Trotz der partiellen Einflussnahmen, die wohlmöglich auch als Reflexe von Autonomiebestrebungen der Justiz im Dritten Reich angesehen werden könnten, bestätigten die Erbgesundheitsgerichte der preußischen Provinz Sachsen größtenteils die eingegangenen Sterilisationsanträge. Aufgrund der vorliegenden statistischen Ergebnisse kann davon ausgegangen werden, dass die provinziellen Erbgesundheitsgerichte zu rund 80 bis 90 Prozent den ärztlichen Sterilisationsanträgen folgten. Die Verurteilungsquote des Erbgesundheitsobergerichts als zentrale Widerspruchsinstanz in der preußischen Provinz Sachsen lag mit 70 bis 80 Prozent vermutlich etwas niedriger. Bezüglich der erbgerichtlichen Verurteilungspraktiken konnten unterschiedliche Einflussfaktoren herausgearbeitet werden, die dazu beitragen, die technologische und herrschaftliche Charakteristik von Erbgesundheitsgerichten im Dritten Reich nachzuzeichnen.

Der Aufbau und die Etablierung von Erbgesundheitsgerichten in der preußischen Provinz Sachsen verliefen schleppend, sodass die provinzielle Erbgerichtsbarkeit frühestens im März 1934 ihre Tätigkeit aufnahm. Bis in die zweite Hälfte der

1930er-Jahre hinein wurde die nationalsozialistische Erbjustiz als neuartiger Gerichtsprozess von unterschiedlichen Verfahrensfragen, wie etwa der persönlichen Anhörung oder der Bestellung von Pflegern, begleitet. Ebenfalls bestand erheblicher Diskussionsbedarf hinsichtlich der schriftlichen Abfassung von Beschlüssen, was neben einem erheblichen Regulierungsbedarf auch auf eine differente Verhandlungs- und Beschlusspraxis zwischen den einzelnen Gerichten hinweist. Die divergierende Handhabung nahm einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf die Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation, indem die persönliche Vorladung nachweislich eine geringere Verurteilungspraxis auslöste. Ebenso trugen die nichtöffentliche Verhandlungspraxis, die schematische Beschlussfassung ohne hinreichende Begründung sowie die Pflegerbestellung zugunsten eines effizienten Sterilisationsverfahrens dazu bei, die öffentliche Akzeptanz des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ zu schmälern.

Ein wesentlicher Motor der divergenten erbgerichtlichen Praktiken von Pflegerbestellung, Beschlussfassung und persönlicher Einvernahme sowie rechtskräftiger Mitteilung an die betroffenen Personen, die sowohl zielgerichtet als auch mittelbar zur Außerkraftsetzung von formalen Rechtsgrundsätzen führten, war die enorme Anzahl von Sterilisationsanträgen, die bis in die zweite Hälfte der 1930er-Jahre hinein zu einer Überlastung der hiesigen Erbgesundheitsgerichte führte. Dementsprechend trieb die enorme numerische Wucht von Sterilisationsanträgen die Erbjustiz vor sich her.

Die biographische Betrachtung der Vorsitzenden der hiesigen Erbgesundheitsgerichte ergab das Bild einer Berufsgruppe, die weniger als fachliche oder nationalsozialistische Elite angesehen werden kann. Vielmehr handelte es sich um Richter, die über keine ausgeprägten richterlichen Qualifikationen verfügten und in den Amtsgeschäften der Amtsgerichte weitgehend entbehrlich waren. Die Einsetzungsverfahren waren zumindest in der Anfangszeit von geringem parteipolitischen Einfluss gekennzeichnet. Insofern unterschied sich die Auswahl der Richter in erheblichem Maße von der Einsetzung der medizinischen Beisitzer, die intensiv seitens der Gauleitungen überprüft wurden. Im Vordergrund stand die Gewährleistung einer effizienten und zielstrebigsten Sterilisationspolitik.

Als beamtete medizinische Beisitzer agierten nahezu ausnahmslos die Amtsärzte der preußischen Provinz Sachsen. Bei den nichtbeamteten medizinischen Beisitzern handelte es sich um leitende Mitarbeiter von Krankenhäusern oder Fachärzte in Privatpraxis. Die Auswahl orientierte sich insgesamt weniger an der fachlichen, sondern insbesondere an der parteipolitischen Opportunität, sodass allem Anschein nach

eine nicht unerhebliche Anzahl von medizinischen Beisitzern nur über geringe erbbiologische Erfahrungen verfügte. Dabei waren die Vorbehalte gegenüber Ärzten, die nicht den parteipolitischen Vorstellungen widersprachen oder sich durch verschwiegene Logenmitgliedschaften diskreditiert hatten, und auch weiblichen Ärzten derart groß, dass während des Zweiten Weltkrieges sogar die zwischenzeitlich wegen Personalmangels erwogene Schließung von Erbgesundheitsgerichten in Kauf genommen wurde. Trotz der personellen und organisatorischen Schwierigkeiten im Fortgang des Zweiten Weltkrieges versuchten die Erbgesundheitsgerichte bis März 1945, eine ordnungsgemäße Durchführung von Sterilisationsverfahren zu gewährleisten.

Auf der Grundlage der Organisation, Besetzung und Verurteilungspraktik der hiesigen Erbgesundheitsgerichte kann geschlussfolgert werden, dass die formale erbgerichtliche Vorgehensweise maßgeblich vom leitenden Richter konturiert wurde. Demgegenüber war die Beschlussfassung weitgehend ärztlich dominiert. Bis zur Festlegung von gemeinsamen Dienstbesprechungen von Erbgesundheitsrichtern und Amtsärzten im Oktober 1936 kann davon ausgegangen werden, dass die Sterilisationsbeschlüsse weitgehend durch die bestellten ärztlichen Mitglieder der Erbgesundheitsgerichte herbeigeführt wurden. Infolge der gemeinsamen Zusammenkünfte und Absprachen sowie der Diskussionen um die erbgerichtliche Rechtsprechung gewannen die Erbgesundheitsrichter scheinbar größeren Einfluss auf die Sterilisationsbeschlüsse. Hierfür könnte auch die moderatere Rechtsprechung des Erbgesundheitsobergerichts Naumburg zu „schweren körperlichen Missbildungen“ sprechen.

7 Der operative Eingriff als biotechnologischer Abschluss der nationalsozialistischen Zwangssterilisation. Zur chirurgischen Durchführung der Unfruchtbarmachung

7.1 Vorbemerkungen

Die bisherigen Ausführungen zur nationalsozialistischen Zwangssterilisation als praktiziertes Selektionsverfahren haben die wechselseitigen Prozeduren der Erfassung, Begutachtung und Verurteilung betrachtet. Im Sinne Michel Foucaults können diese Phasen als eine biopolitische Strategie charakterisiert werden, deren Kern die Dopplung von männlichen und weiblichen Individuen mit delinquenten, genauer: mit als „minderwertig“ und „erbkrank“ geltenden Subjekten bildete. Aufgrund der nun eingeschriebenen erbbiologisch-rassenhygienischen Infamie wurden die mittels einer medizinisch-psychiatrischen sowie juristischen Begutachtung und Verurteilung selektionsfähigen und selektionsnotwendigen Frauen und Männer zu Objekten einer Technologie: der Unfruchtbarmachung als chirurgische Zerstörung der männlichen und weiblichen Fortpflanzungsfähigkeit.²⁰⁴⁹

Der operative Eingriff ist der Abschluss eines abgestuften und wechselseitigen Selektionsverfahrens.²⁰⁵⁰ Zu diesem Zeitpunkt bestand einerseits ein gerichtlicher Beschluss, der das Vorhandensein einer „Erbkrankheit“ konstatiert hatte, sodass die Sterilisation angezeigt war. Andererseits verloren die betroffenen Frauen und Männer im Rahmen der nationalsozialistischen Zwangssterilisation anschließend das biopolitische Herrschaftsinteresse und wurden als stigmatisierte und fortpflanzungsunfähige, aber als weiterhin benötigte männliche und weibliche Arbeitskräfte in die Volksgemeinschaft entlassen.²⁰⁵¹ Dementsprechend kann der chirurgische Eingriff als ein vorwiegend medizinisch-technischer Akt verstanden werden – dies bedeutet jedoch nicht,

²⁰⁴⁹ Nach Michel Foucault bestünde das Ziel darin, „den Urheber des Verbrechens, ob verantwortlich oder nicht, mit einem delinquenten Subjekt zu doppeln, welches das Objekt einer speziellen Technologie sein wird“. Foucault: *Anormalen*, S. 40. Hinsichtlich der Analyse der nationalsozialistischen Zwangssterilisation erscheint es begrifflich konziser, das gesamte Verfahren als eine Technologie zu charakterisieren. Der chirurgische Eingriff fungiert aber nicht als ein unabhängiger Bestandteil zur vorherigen Dopplung, sondern ist vielmehr als ein integrierter und wechselseitiger Vorgang innerhalb des Selektionsverfahrens zu verstehen. Hierzu Kap. 2.2.

²⁰⁵⁰ Als ein charakteristischer Anzeiger können die erbgerichtlichen Fallakten herangezogen werden, die mit der medizinischen Dokumentation des chirurgischen Eingriffs enden.

²⁰⁵¹ Dies bedeutet jedoch nicht, dass sie im Zuge begleitender bevölkerungs- und sozialpolitischer Maßnahmen nicht wieder zu Objekten von spezifischen Exklusionsmaßnahmen werden konnten, wie etwa der Verhinderung der Ehe oder Vorenthaltung von Eigentum und finanziellen Darlehen.

dass die betroffenen Frauen und Männer im Sinne ihrer erbbiologischen Stigmatisierung als „minderwertig“ und „erbkrank“ behandelt wurden.

Die Charakterisierung als Technik bedeutet keineswegs einen Bedeutungsverlust des operativen Eingriffs, vor allem da das Ziel des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ in eben jenem zerstörerischen Vorgang bestand. Vielmehr eröffnet sie eine Blickfeldverschiebung, um organisatorische Abläufe und Strukturen, Interessenlagen sowohl von Kliniken und Operateuren als auch Betroffenen und schließlich auch unbeabsichtigte Effekte und Konsequenzen differenzieren zu können.

Am Beispiel des Regierungsbezirks Magdeburg hat Stefan Wolter die These aufgestellt, dass der erhebliche Umfang von Zwangssterilisationen aufgrund „eines großen Kreises von hierzu bevollmächtigten Krankenanstalten“ hervorgerufen wurde; „einerseits, weil die Krankenanstalten staatlicherseits dazu verpflichtet wurden, andererseits aber auch, weil ihre Leiter und zum Teil die für den jeweiligen Bezirk zuständigen Amtsärzte dazu drängten. Diese Entwicklung beeinflusste nicht nur die Zahl der Sterilisationen, sie scheint auch Auswirkungen auf die Qualität der Operation, das heißt auf den Heilungsverlauf, gehabt zu haben.“²⁰⁵² Als wesentliche Gründe der herrschaftlichen Indienstnahme von medizinischen Einrichtungen und Ärzten sieht Stefan Wolter eine „willige[r] Gesetzeserfüllung“ und das Streben nach finanziellem Gewinn sowie persönlicher Anerkennung der operierenden Ärzte, was zusammengenommen einen Sog ausgelöst hätte, „der die einst aus humanen Gründen geschaffenen Krankenanstalten in die Abgründe des menschenverachtenden NS-Staates herabführte“.²⁰⁵³

Die angesprochenen Aspekte der Teilhabe und Partizipation bieten wichtige analytische Bezugspunkte, um die Beteiligung von Kliniken und Ärzten am unmittelbaren chirurgischen Eingriff zu perspektivieren. Gleichwohl ist es notwendig, die Vornahme der operativen Unfruchtbarmachung und das Engagement von medizinischen Einrichtungen nüchterner zu betrachten. Statt eine künstliche Grenze zu ziehen zwischen den humanen Praktiken der Weimarer Jahre und den „menschenverachtenden Abgründen“ des Dritten Reiches, müssen konkret die gesetzlichen Vorschriften, die herrschaftlichen Rahmenbedingungen und Bedürfnisse sowie die divergenten Interessenlagen von Ärzten und Krankenhäusern einbezogen werden.²⁰⁵⁴ Zunächst werden

²⁰⁵² Wolter: „Fluchstaat macht Gewaltstaat“, S. 38.

²⁰⁵³ Wolter: „Fluchstaat macht Gewaltstaat“, S. 61.

²⁰⁵⁴ Die Notwendigkeit von Unfruchtbarmachungen aus eugenisch-rassenhygienischen Gründen wurde nicht nur in Deutschland politisch und medizinisch mehrheitlich bejaht. Zudem bildete die Sterilisation als ein medizinischer Eingriff auch keineswegs ein Novum, sondern wurde seit dem ausgehenden 19. Jahrhundert aus medizinischen und auch eugenischen Gründen praktiziert, auch

die administrativen Grundlagen sowie die Zulassung von medizinischen Einrichtungen zur Durchführung der Unfruchtbarmachung untersucht. Mit Blick auf die Etablierung eines flächendeckenden Netzes von ermächtigten Einrichtungen auf dem Gebiet der preußischen Provinz Sachsen liegt der zeitliche Schwerpunkt auf dem Zeitraum bis 1936. Auch wenn Privatkliniken nur eine untergeordnete Rolle spielten, so bietet ihr Einbezug wichtige Hinweise auf die Organisationsformen der chirurgischen Unfruchtbarmachung sowie auf partizipative Interessen von Ärzten. Im Anschluss wird die Sterilisation als technischer Akt am Beispiel der Aussetzung des Verfahrens, des Schwangerschaftsabbruchs sowie anhand von Todesfällen analysiert.²⁰⁵⁵ Insbesondere der starke Anstieg von Todesfällen zur Mitte der 1930er-Jahre bietet wichtige Hinweise auf herrschaftliche Strategien der Kontrolle und zugleich Verschleierung, weiterhin auf geschlechtsspezifische Ausprägungen der nationalsozialistischen Zwangssterilisation aufgrund des hohen prozentualen Anteils von Frauen sowie auf Umgangs- und Betreuungsformen von als „erbkrank“ geltenden Frauen und Männern in zur Unfruchtbarmachung zugelassenen Krankenhäusern. In Anbetracht des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ als abgestuftes Verfahren wird abschließend der quantitative Umfang von zwangssterilisierten Frauen und Männern in der preußischen Provinz Sachsen diskutiert.

wenn die Sterilisation aus eugenischen Gründen bis 1933 auf deutschem Boden verboten war. Vgl. Kap. 3.

²⁰⁵⁵ Auf eine eingehende medizinische Betrachtung der unterschiedlichen chirurgischen Eingriffe wird ebenso verzichtet wie auf eine Erörterung der mit dem zweiten Änderungsgesetz des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 4. Februar 1936 legalisierten Röntgen- und Radiumbestrahlung von Frauen ab dem 38. Lebensjahr. Vgl. Kap. 3.3.2. Weiterführend auch Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 219–227. Übersicht über die Ursachen des Versagens der gesetzlichen operativen Unfruchtbarmachungen bei Frauen und Männern, im Auftrag des Reichsministers des Innern, bearbeitet von dem Präsidenten des Reichsgesundheitsamts, Berlin 1943.

7.2 Zulassung und Beteiligung von medizinischen Einrichtungen an der chirurgischen Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation

7.2.1 Die Ermächtigung von staatlichen Kliniken und die Zulassung von Operateuren

Das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933 skizzierte einen groben Rahmen der medizinisch-chirurgischen Erfordernisse an Krankenhäuser und Ärzte.²⁰⁵⁶ Die erste Durchführungsverordnung vom 5. Dezember 1933 konkretisierte die Ausführungen. Der Operateur müsse ein „chirurgisch geschulter Arzt“ sein.²⁰⁵⁷ „Für die Ausführung des chirurgischen Eingriffs sind staatliche und kommunale Kranken-, Heil- und Pflegeanstalten zu bestimmen, andere Anstalten nur, wenn sie sich dazu bereiterklären.“²⁰⁵⁸ Hinsichtlich der Vornahme der Sterilisation sollten den Betroffenen vom zuständigen Amtsarzt „die in Betracht kommenden Anstalten benannt“ werden.²⁰⁵⁹ Die Durchführung der Operation sollte innerhalb einer zweiwöchigen Frist erfolgen.

Die Zulassung von Krankenhäusern oblag demnach den einzelnen Ländern. Dabei intendiert die Formulierung „bestimmen“, dass den einzelnen Anstalten die Durchführung staatlicherseits auferlegt werden konnte und nicht auf Freiwilligkeit beruhte. Die Beteiligung von Krankenhäusern in privater Trägerschaft wurde zunächst offengelassen und an ihre aktive Bereitschaft geknüpft. Die 1934 von Arthur Gütt, Ernst Rüdin und Falk Rutke publizierten Erläuterungen des Gesetzes und der ersten

²⁰⁵⁶ Vgl. RGBl. I, Jg. 1933, Nr. 86, S. 529–531. So führte der Gesetzestext aus, dass die Operation erst nach dem rechtskräftigen Beschluss eines Erbgesundheitsgerichts zu erfolgen habe. Die oberste Landesbehörde habe entsprechende medizinische Einrichtungen zu benennen, und die Operation dürfe nicht von einem Arzt ausgeführt werden, der als Antragssteller oder als gerichtlicher Beisitzer fungiert habe. Im Anschluss an die Operation habe der operierende Arzt einen schriftlichen Bericht über den Genesungsverlauf an die zuständigen Amtsärzte zu senden.

²⁰⁵⁷ RGBl. I, Jg. 1933, Nr. 138, S. 1022.

²⁰⁵⁸ RGBl. I, Jg. 1933, Nr. 138, S. 1022.

²⁰⁵⁹ RGBl. I, Jg. 1933, Nr. 138, S. 1021. Im April 1934 erließ der Reichsinnenminister eine Sonderregelung für männliche und weibliche Straf- und Untersuchungshäftlinge. Die Sterilisation von männlichen Häftlingen des Oberlandesgerichtsbezirks Naumburg hatte in speziell benannten Einrichtungen wie etwa im Untersuchungsgefängnis Berlin-Moabit zu erfolgen. „Wird vom Erbgesundheitsgericht die Unfruchtbarmachung von weiblichen Personen, die sich in Untersuchungshaft, einstweiliger Unterbringung, Strafhaft oder Sicherungsverwahrung befinden, beschlossen, so sind diese Personen zum Zwecke der Vornahme des chirurgischen Eingriffs in ein für die Operation zugelassenes und für den Bezirk zuständiges allgemeines Krankenhaus zu überführen. Bei in Untersuchungshaft oder einstweiliger Unterbringung befindlichen Personen bedarf es hierzu der Zustimmung des Richters, bei in Strafhaft oder Sicherungsverwahrung befindlichen Personen der Zustimmung der Strafvollstreckungsbehörde LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 45.

Durchführungsverordnung konkretisierten die bestehenden Reglementierungen. „Sowohl bei staatlichen wie kommunalen Kranken-, Heil- und Pflegeanstalten ist die Forderung zu stellen, daß sie über eine ausreichend chirurgische Einrichtung und einen chirurgisch geschulten Arzt verfügen, im übrigen werden die Landesregierungen die Anstalten nach Zweckmäßigkeitsgründen auszuwählen haben.“²⁰⁶⁰ Die Beteiligung von privaten Anstalten sah der „Gesetzeskommentar“ für nicht erforderlich an. Die Zulassung von medizinischen Einrichtungen seitens der Länderbehörden hatte sich dementsprechend an den klinischen und personellen Voraussetzungen zu orientieren. Hinsichtlich der Errichtung eines flächendeckenden Netzes sollte bei der Zulassung von Krankenhäusern die lokale und regionale „Zweckmäßigkeit“ berücksichtigt werden.

„Als ‚chirurgisch geschult‘ wird ein Arzt anzusehen sein, wenn er als Facharzt für Chirurgie oder für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe oder für beide Spezialfächer anerkannt ist.“²⁰⁶¹ Die Anerkennung als Facharzt unterlag zu dieser Zeit keiner gesetzlichen Regelung, sondern orientierte sich an den „Leitsätzen des Deutschen Ärztevereinsbundes zur Facharztfrage“ aus dem Jahr 1924.²⁰⁶² Entsprechend diesen Vorgaben bildete die mindestens fünfjährige chirurgische oder gynäkologische Tätigkeit die qualifikatorische Voraussetzung zur Durchführung der Sterilisation bei Frauen und Männern.²⁰⁶³ Ende des Jahres 1935 wurden die Qualifikationsanforderungen zur Sterilisation gesenkt, indem die operierenden Chirurgen oder Frauenärzte nicht zwingend als Fachärzte anerkannt sein, sondern lediglich eine fachärztliche Ausbildung besitzen mussten. „Im Hinblick auf die besondere Verantwortung bei den auszuführenden Eingriffen muss ich bei den zu ermächtigenden Ärzten, falls diese nicht als Fachärzte für Chirurgie oder für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe anerkannt sind, wenigstens verlangen, dass sie über die in den Anordnungen der ‚Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands‘ über die Standes- und Facharztordnung geforderte fachärztliche Ausbildungszeit verfügen.“²⁰⁶⁴ Eine Ausnahme betraf die Sterilisation von Frauen durch Chirurgen, welche „den früher geltenden Grundsätzen entsprechend [...] eine weitere

²⁰⁶⁰ Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 159–160.

²⁰⁶¹ Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 159–160.

²⁰⁶² Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 160.

²⁰⁶³ Vgl. LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 141.

²⁰⁶⁴ LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 274.

zweijährige Ausbildungszeit in dem 2. Fach“, also der Gynäkologie, besitzen mussten.²⁰⁶⁵ Im Dezember 1936 nahm der Reichsinnenminister eine weitere Neuregelung vor, sodass zukünftig ausschließlich Direktoren und Oberärzte die Unfruchtbarmachung von Frauen und Männern vornehmen durften und medizinische Assistenten nur bei Vorliegen eines entsprechenden Facharztstitels.²⁰⁶⁶ Demgemäß wurde zumindest unter normativen Gesichtspunkten die zwischenzeitliche Absenkung des ärztlichen Qualifikationsstandards rückgängig gemacht.

Die Durchführung der Sterilisation an Frauen und Männern wurde im Gesetz und in der ersten Durchführungsverordnung lediglich als „chirurgischer Eingriff“ umschrieben. Eine Darlegung des chirurgischen Eingriffs bei Frauen und Männern inklusive bildlicher Darstellung enthielt der so genannte „Gesetzeskommentar“.²⁰⁶⁷ Der Gynäkologe Albert Döderlein konstatierte im Hinblick auf „die Eingriffe zur Unfruchtbarmachung der Frau“ im Jahr 1934: „Aus vielen Gründen sind die zur Sterilisierung der Frau in Betracht kommenden Operationen anders zu bewerten als die beim Manne. Es handelt sich um einen schweren Eingriff in den Körper, und es bedurfte erst großer Forschung und Erfahrung, um unter den vielen hier in Betracht kommenden Operationsmöglichkeiten die besten ausfindig zu machen. Noch sind wir nicht an diesem Ziele angelangt, und dies hat wohl seinen Hauptgrund darin, daß bisher die sterilisierenden Operationen bei der Frau doch nur selten ausgeführt wurden.“²⁰⁶⁸ Die Einschätzung „selten“ ist hier vor allem in Beziehung zur nationalsozialistischen Zwangssterilisation als Massensterilisation zu setzen. Hinsichtlich der Etablierung eines effektiven Netzes von zugelassenen Krankenhäusern sowie zur Vorbeugung von Komplikationen und Todesfällen erfolgte im August 1934 ein Runderlass des Reichsinnenministeriums, in dem den operierenden Ärzten die Anwendung der Methode zugestanden wurde, die sie beherrschen würden.²⁰⁶⁹

Das Zulassungsverfahren zur Ermächtigung von medizinischen Einrichtungen begann seitens der Regierungsbehörden der preußischen Provinz Sachsen im Januar

²⁰⁶⁵ LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 274.

²⁰⁶⁶ Vgl. LASA, C 48 II, Nr. 558: Besichtigungen der Landesheil- und Pflegeanstalten (1920–1946), fol. 270.

²⁰⁶⁷ Vgl. Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 219–227, 295–303. Bei Männern wurden unter örtlicher Betäubung die Samenleiter durchtrennt. Die Unfruchtbarmachung erfolgte bei Frauen durch Quetschung oder Verknotung der Eileiter.

²⁰⁶⁸ Döderlein, Albert: Die Eingriffe zur Unfruchtbarmachung der Frau. In: Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 224.

²⁰⁶⁹ Demgemäß seien die im Gesetzeskommentar dargestellten Methoden nicht zwingend vorgeschrieben. Vgl. LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 54.

1934. Zunächst entstanden keine größeren Probleme, da die Erbgesundheitsgerichte frühestens im März 1934 erstmals tagten.²⁰⁷⁰ Aber bereits im April 1934 traten erhebliche Schwierigkeiten ein, da die bis dato zugelassenen Krankenhäuser der Vielzahl an Sterilisationsurteilen vor allem für Frauen nicht genügten.²⁰⁷¹ Vor dem Hintergrund der Hochphase der nationalsozialistischen Zwangssterilisation bestand bis zur Jahresmitte 1935 ein erheblicher Mangel an zugelassenen Kliniken und Ärzten. Von diesem Zeitpunkt an war ein System von Einrichtungen zur Vornahme der Sterilisation geschaffen worden, das bis Kriegsende 1945 weitgehend Bestand hatte.

Die Vorgehensweisen der Regierungen in Erfurt, Magdeburg und Merseburg lassen erkennen, dass in Hinblick auf die Etablierung eines flächendeckenden Systems von Kliniken keine umfassenden Planungen vorgenommen wurden. Vielmehr entstand aus den regionalen und lokalen Anforderungen und Bedingungen ein Netz von medizinischen und psychiatrischen Einrichtungen. Hierbei spielten die qualifikatorischen Anforderungen an die zugelassenen Ärzte sowie die Operations- und Unterbringungsmöglichkeiten eine ausschlaggebende Rolle.

In der preußischen Provinz Sachsen waren Mitte März 1933 insgesamt 39 medizinische Einrichtungen zur Sterilisation zugelassen. Hiervon durften in 32 Kliniken ausschließlich Männer, in zwei Krankenhäusern nur Frauen und in fünf Einrichtungen Männer und Frauen sterilisiert werden.²⁰⁷² Die Problematik der chirurgischen Unfruchtbarmachung von Frauen wird bereits an dieser Stelle deutlich, da lediglich sieben Einrichtungen die Zulassung zur Sterilisation von Frauen in der preußischen Provinz Sachsen mit einer Bevölkerungszahl von über 3,6 Millionen Einwohnern besaßen. Diese Diskrepanz wird umso deutlicher am Beispiel des Regierungsbezirks Merseburg mit rund 1,5 Millionen Einwohner, für den zu diesem Zeitpunkt keine Anstalt die Berechtigung zur Sterilisation von Frauen erhalten hatte. Weiterhin wird ein Ungleichgewicht zwischen den an Einwohnerzahl und Fläche vergleichbaren Regierungsbezirken Magdeburg und Merseburg offensichtlich, der die Durchführung der

²⁰⁷⁰ Vgl. Kap. 6.2.1.

²⁰⁷¹ Zu weiteren Auswirkungen vor allem in der psychiatrischen Versorgung siehe Ley, Astrid: „Die Verminderung der Hausbesuche erklärt sich durch die anderweitige Inanspruchnahme der Fürsorgeärzte...“. Zu den Auswirkungen des Sterilisationsgesetzes auf die offene Fürsorge für Geisteskranke. In: Stöckel, Sigrid/Walter, Ulla (Hrsg.): Prävention im 20. Jahrhundert. Historische Grundlagen und aktuelle Entwicklungen in Deutschland, München 2002, S. 122–135.

²⁰⁷² Vgl. LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 113–114.

nationalsozialistischen Zwangssterilisation prägen sollte. Im Regierungsbezirk Magdeburg waren zu diesem Zeitpunkt bereits 25 Einrichtungen, hingegen im Regierungsbezirk Merseburg lediglich sieben Kliniken zur Unfruchtbarmachung zugelassen.

Im Oktober 1934 hatten bereits 48 Kliniken die Erlaubnis erhalten, Sterilisationen durchzuführen.²⁰⁷³ Am Jahresende erfolgte in der Provinz eine erste Überprüfung der zugelassenen medizinischen Einrichtungen, um deren Effektivität und Auslastung festzustellen. Im Frühjahr 1935 wurde seitens des Reichsinnenministeriums die weitere Zulassung von Krankenhäusern gestoppt und im Sommer das bestehende Netz von zugelassenen Einrichtungen auf den Prüfstand gestellt.²⁰⁷⁴ Anschließend wurden weitere Einrichtungen zur Durchführung der Sterilisation bestimmt, sodass sich die Anzahl in der preußischen Provinz Sachsen im Juni 1936 schließlich auf 51 Einrichtungen erhöhte.²⁰⁷⁵

Im Regierungsbezirk Magdeburg befand sich mit 31 Einrichtungen die höchste Anzahl von zugelassenen Kliniken.²⁰⁷⁶ Im Regierungsbezirk Merseburg waren elf²⁰⁷⁷ und im Regierungsbezirk Erfurt neun²⁰⁷⁸ Einrichtungen zur Sterilisation zugelassen.

²⁰⁷³ Im Regierungsbezirk Magdeburg wurden 29, im Regierungsbezirk Merseburg elf und im Regierungsbezirk Erfurt acht medizinische Einrichtungen zugelassen, Unfruchtbarmachungen im Zuge des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ durchzuführen. Vgl. LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 143–144.

²⁰⁷⁴ Vgl. LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 211–249.

²⁰⁷⁵ Vgl. LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 282–283.

²⁰⁷⁶ Im Regierungsbezirk Magdeburg waren im Jahr 1936 folgende Einrichtungen für Frauen und Männer zugelassen: die Landesheilanstalten (Neu)Haldensleben und Uchtspringe, die Kreiskrankenhäuser in Gardelegen, Burg, Oschersleben, die Städtischen- und Kreiskrankenhäuser in Quedlinburg, Magdeburg-Sudenburg, Neuhaldensleben, Osterburg, Oschersleben und Staßfurt, das Salvator-Krankenhaus Halberstadt, das Johanniter-Krankenhaus Stendal sowie das Kaiser-Wilhelm Krankenhaus in Schönebeck; ausschließlich für Frauen waren zugelassen: die Landesfrauenklinik Magdeburg, die Privatfrauenkliniken Dr. Wegrad und Dr. Siedentopf in Magdeburg, Dr. Kuntzsch in Aschersleben, Dr. Froriep in Halberstadt, Dr. Rausch in Halberstadt, Dr. Schlichting in Wernigerode und die Privatklinik Dr. Kiehne in Stendal; ausschließlich für Männer war zugelassen: die Landesheilstation Jerichow, das Kreiskrankenhaus Wernigerode, die städtischen Krankenhäuser Magdeburg-Altstadt, Tangermünde und Hornburg, das Krankenhaus der Vereinigten Stiftungen in Calbe/Saale und das Johanniter Krankenhaus Genthin. Vgl. LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 282–283.

²⁰⁷⁷ Im Regierungsbezirk Merseburg waren im Jahr 1936 für Frauen und Männer zugelassen: die Landesheilstation Altscherbitz, das städtische Krankenhaus Naumburg sowie das Evangelische Diakonissenhaus Halle/Saale; keine Klinik ausschließlich für Frauen; ausschließlich für Männer: die Städtischen Krankenhäuser in Eisleben, Merseburg, Zeitz und Weißenfels, die Allgemeinen Krankenhäuser in Sangerhausen und Bitterfeld, das Knappschaftskrankenhaus Eisleben, das Paul-Gerhardt-Krankenstift in Wittenberg sowie die Heilstation Weidenplan. Vgl. LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 282–283.

²⁰⁷⁸ Im Regierungsbezirk Erfurt waren im Jahr 1936 für Frauen und Männer zugelassen: die Landesheil- und Pflegeanstalt Pfafferoode sowie die Städtischen Krankenhäuser in Erfurt, Mühlhausen, Nordhausen, Langensalza und Suhl; ausschließlich für Frauen: die Landesfrauenklinik Erfurt; aus-

Hierbei handelte es sich insgesamt um Landesheilanstalten, Städtische und Kreiskrankenhäuser, um Krankenhäuser in Trägerschaft des Roten Kreuzes oder der Johanniter, um das Evangelische Diakonissenhaus in Halle/Saale sowie um Privatkliniken. Diesbezüglich handelte es sich insgesamt um 35 staatlich-kommunale Einrichtungen, zehn Privatkliniken sowie sechs Einrichtungen, die als gemeinnützig galten oder im Rahmen einer Stiftung verwaltet wurden.

Die Anzahl von 51 Kliniken bildete vermutlich den Höchststand der zur Sterilisation zugelassenen Krankenhäuser in der preußischen Provinz Sachsen. In den folgenden Jahren fanden keine zielgerichteten Erweiterungen von medizinischen Einrichtungen, sondern lediglich lokale Ergänzungen statt.²⁰⁷⁹ Die geringere Anzahl an zugelassenen Kliniken im Regierungsbezirk Erfurt erklärt sich anhand der vergleichsweise geringen Größe und Bevölkerungszahl. Demgegenüber überrascht die verhältnismäßig geringe Anzahl von Einrichtungen im Regierungsbezirk Merseburg, der von der Fläche etwa dem Regierungsbezirk Magdeburg entsprach und dazu über eine höhere Bevölkerungsdichte verfügte.²⁰⁸⁰ Dementsprechend verfügte insbesondere der Regierungsbezirk Magdeburg über ein relativ dichtes und flächendeckendes Netz von Einrichtungen zur Vornahme von Unfruchtbarmachungen.

Die konkreten Zulassungsverfahren von medizinischen Einrichtungen können insbesondere am Beispiel der Landesheilanstalten der preußischen Provinz Sachsen sowie von Privatkliniken beschrieben werden. Hingegen finden sich kaum entsprechende Hinweise für kommunale Kliniken.²⁰⁸¹ Es ist davon auszugehen, dass eine Vielzahl von Einrichtungen aufgrund ihrer räumlichen und personellen Bedingungen sowie der lokalen „Zweckmäßigkeit“ zur Durchführung der Sterilisation bestimmt wurde. Daneben erfolgten Zulassungen auch auf Antrag des Kreises oder nach Rück-

schließlich für Männer: das Kreiskrankenhaus Ranis sowie das Knappschaftskrankenhaus Bleichrode. Vgl. LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 282–283.

²⁰⁷⁹ Der vorhandenen Überlieferung zufolge wurden auch in Hinblick auf die sinkenden Sterilisationszahlen keine Zulassungen zurückgenommen, und es erscheint wahrscheinlich, dass in einzelnen berechtigten Einrichtungen aufgrund der geringen Anzahl von Sterilisationsbeschlüssen faktisch keine Unfruchtbarmachungen von Frauen und Männern stattfanden.

²⁰⁸⁰ Die Gründe für diese Situation können nicht abschließend geklärt werden. Mit Ausnahme des Kreises Liebenwerda war jedoch auch im Regierungsbezirk Merseburg für jeden Bezirk mindestens eine Klinik zur Durchführung der Sterilisation berechtigt war.

²⁰⁸¹ Diese Überlieferungslage ist weit weniger erstaunlich, als auf den ersten Blick vermutet werden könnte. Stadt- oder Kreiskrankenhäuser unterstanden der jeweiligen Kommune und besaßen häufig die notwendigen materiellen und personellen Voraussetzungen. Insofern ist von einem weitgehend formalen Zulassungsverfahren auszugehen, welches keine umfangreichen Konsultationen erforderte und dementsprechend kaum schriftlichen Niederschlag in den höheren Verwaltungsbehörden hervorbrachte.

sprache mit dem zuständigen Amtsarzt. So erkundigte sich etwa der Kreisarzt von Oschersleben beim Regierungspräsidenten von Magdeburg im November 1934, ob das Krankenhaus in Oschersleben auch für die Sterilisation von Frauen bestimmt werden könnte. Dies wäre notwendig, da die „zugelassenen Krankenanstalten überbelegt sind“.²⁰⁸² Der für die Unfruchtbarmachung vorgesehene Arzt sei „ein vorzüglicher Chirurg“, der die „Gewähr für [eine] einwandfreie Ausführung der bei Frauen üblichen Sterilisations-Operationen“ biete.²⁰⁸³ Der Regierungspräsident in Magdeburg informierte daraufhin den Reichsminister des Innern, der wenige Tage später die Zusage erteilte.²⁰⁸⁴

In Rekurs auf notwendige organisatorische Ergänzungen sowie öffentliche und finanzielle Interessen setzte sich Anfang September 1936 der Amtsarzt von Eisleben beim Regierungspräsidenten von Merseburg für die Zulassung des städtischen Krankenhauses ein. Ausgangspunkt war die Einstellung eines qualifizierten Arztes, und „es wäre eine ungerechtfertigte Benachteiligung der Stadtverwaltung, wenn jetzt nicht auch das Stadtkrankenhaus zur Unfruchtbarmachung von Männern zugelassen würde. Ich habe bisher schon weit über 300 Unfruchtbarmachungen durchführen lassen. Ich nehme an, dass ich in absehbarer Zeit auf die doppelte Zahle komme. Bisher mussten viele aus Eisleben so wie aus dem Seekreis den Krankenhäusern in Halle zugeführt werden. Auch der Mansfelder Gebirgskreis besitzt kein Krankenhaus, in dem Sterilisationen vorgenommen werden. Auch er könnte dann die Unfruchtbar zu machenden [sic!] nach Eisleben in das Stadtkrankenhaus überweisen und brauchte sie nicht durch Eisleben hindurch nach Halle zu bringen.“²⁰⁸⁵ Auf der Grundlage der vorgebrachten Argumente hielt der Amtsarzt von Eisleben „die Zulassung im Interesse der Durchführung für dringend notwendig, welche am 18. September 1936 erteilt wurde“.²⁰⁸⁶ Neben strukturellen Kriterien des Sterilisationsverfahrens und finanziellen Vorteilen

²⁰⁸² LASA, C 28 Ig, Nr. 371: Erbkrankheiten (1934–1938), Bd. 2: 1934–1938, fol. 8.

²⁰⁸³ LASA, C 28 Ig, Nr. 371: Erbkrankheiten (1934–1938), Bd. 2: 1934–1938, fol. 28.

²⁰⁸⁴ Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 371: Erbkrankheiten (1934–1938), Bd. 2: 1934–1938, fol. 4, 9.

²⁰⁸⁵ LASA, C 53 Gesundheitsamt Eisleben, Nr. 3: Beaufsichtigung von Krankenhäusern und Heimen (1905–1948), unfol.

²⁰⁸⁶ LASA, C 53 Gesundheitsamt Eisleben, Nr. 3: Beaufsichtigung von Krankenhäusern und Heimen (1905–1948), unfol. Zwei Jahre später wurde im Krankenhaus in Eisleben ein neuer Arzt eingestellt, der anscheinend die Berechtigung zur Sterilisation von Frauen und Männern besaß. Und da im „Stadtkrankenhaus zu Eisleben [...] nicht nur die erbkranken Männer aus Eisleben und dem Mansf.[elder] Seekreis, sondern auch ein großer Teil aus dem Mansf.[elder] Gebirgskreis zur Unfruchtbarmachung untergebracht“ werden sowie ein Bedürfnis zur Sterilisation von Frauen bestehe, da auch die Kapazitäten in Halle/Saale erschöpft seien, müsste das Krankenhaus zur Unfruchtbarmachung beider Geschlechter notwendigerweise zugelassen werden. Eine Antwort ist nicht überliefert.

der teilnehmenden Kliniken erscheinen als weitere Gründe der Zulassung sowohl Partizipationsinteressen von Stadt- oder Kreisverwaltungen als auch die öffentliche Wahrnehmung der jeweiligen medizinischen Einrichtungen als chirurgisch qualifizierte Krankenhäuser. So unterstützte der Amtsarzt von Gardelegen im August 1938 die Zulassung des Chefarztes des Kreiskrankenhauses Gardelegen aufgrund des gesellschaftlichen Ansehens: „Es muß für jeden Chirurgen, der Leiter eines Kreiskrankenhauses ist, höchst peinlich sein und unter Umständen seinem Ansehen schaden“, wenn er keine Ermächtigung zur Durchführung von Sterilisationen besäße, „weil dadurch der Eindruck erweckt werden kann, dass er dazu nicht fähig wäre.“²⁰⁸⁷

Die psychiatrischen Einrichtungen der preußischen Provinz Sachsen übernahmen wie in anderen Regionen auch eine Schlüsselrolle bei der Durchführung der Unfruchtbarmachung. Sie verfügten zwar weniger über die erforderlichen medizinisch-chirurgischen Voraussetzungen, jedoch besaßen sie im Gegensatz zu Krankenhäusern die räumlichen und personellen Ressourcen zur Unterbringung und Betreuung von männlichen und weiblichen Psychatriepatienten. Zudem übernahmen sie vor allem für den Zeitraum nach Inkrafttreten des nationalsozialistischen Sterilisationsgesetzes eine maßgebliche Bedeutung, da insbesondere männliche und weibliche Patienten der psychiatrischen Krankenhäuser begutachtet und sterilisiert wurden. Deshalb spielte die Zulassung der Landesheilanstalten in der preußischen Provinz Sachsen eine herausgehobene Rolle und bildete einen Eckpfeiler in den Strukturplanungen seit 1934.

Im Januar 1934 schlug der Landeshauptmann als Vertreter des Provinzialverbandes dem Oberpräsidenten der preußischen Provinz Sachsen die Landesheilanstalten in Altscherbitz bei Schkeuditz, Uchtsprünge, Jerichow, Pfafferode bei Mühlhausen sowie in Neuhaldensleben als medizinische Einrichtungen vor. „In Altscherbitz und Pfafferode sind ausgebildete Chirurgen vorhanden, welche auch größere Operationen machen, in Jerichow reichen die Einrichtungen für die Unfruchtbarmachungen weiblicher Personen nicht aus. Ich bitte deshalb Altscherbitz und Pfafferode für die Unfruchtbarmachung aller, Jerichow für die männlichen Personen zu bestimmen. In Uchtsprünge werden bisher alle Operationen durch einen vertraglich verpflichteten Chirurgen in der Anstalt vorgenommen, ebenso in Neuhaldensleben. Es würde sich empfehlen, auch diese beiden Anstalten für die Durchführung der Unfruchtbarmachung Geisteskranker zu bestimmen, da erfahrungsgemäß die Unterbringung dieser Kranken in allgemeinen Krankenhäusern zu Schwierigkeiten führt, weil sie dafür nicht

²⁰⁸⁷ Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 370: Erbgesundheit, Unfruchtbarmachung (1938–1945), fol. 6.

eingerichtet sind und über keine Erfahrungen mit diesen Kranken verfügen. Für die Unterbringung weiblicher Geisteskranker aus Jerichow bitte ich das Kreiskrankenhaus in Genthin zu bestimmen, das mit der Behandlung solcher Kranken hinreichende Erfahrungen hat.“²⁰⁸⁸

Der Oberpräsident unterstützte den Vorschlag und bat den Regierungspräsidenten von Magdeburg, die vorhandenen psychiatrischen Einrichtungen in Neuhaldenleben und Uchtspringe zu überprüfen, „weil es immer wieder vorkommt, daß Geisteskranke im Anschluß an Operationen mit Erregungszuständen aus den allgemeinen Krankenhäusern in die Landesheilanstalten eingeliefert werden, weil sie dort mit ihnen nicht fertig werden“.²⁰⁸⁹ Infolge der Überprüfungen der psychiatrischen Einrichtungen der Provinz wurde festgestellt, dass in der Landesheilanstalt Altscherbitz „chirurgisch geschulte Ärzte in dem Sinne, wie sie die gesetzlichen Bestimmungen fordern, m.[eines] E.[rachtens] nicht vorhanden sind“.²⁰⁹⁰ Entgegen der ablehnenden Stellungnahme versuchte der Provinzialverband, die seiner Meinung nach hinreichende medizinisch-chirurgische Qualifikation der vorhandenen Ärzte zu begründen. So wurden die medizinisch-chirurgischen Qualifikationen des für die Landesheilanstalt Altscherbitz vorgeschlagenen Dr. Kolb, der 1930 sein Medizinstudium beendete und seit 1933 im Dienst des Provinzialverbandes stand, hinlänglich hervorgehoben: „Auf Grund seines tiefgründigen medizinischen Wissens und seiner besonderen chirurgischen Eignung konnte Dr. Kolb sehr frühzeitig in der Chirurgie selbstständig tätig sein und hat schon nach einem Jahr Assistentenzeit die Vertretung des Chefarztes übernommen. [...] [Er] hat in der Landesheilanstalt Altscherbitz schon annähernd 30 Sterilisationen bei Personen beiderlei Geschlechts ausgeführt.“²⁰⁹¹

Im Juni 1934 teilte der Regierungspräsident in Merseburg dem Oberpräsidenten der preußischen Provinz Sachsen mit, dass der Reichsminister des Innern noch keine Entscheidung über die Zulassung von Dr. Kolb getroffen habe. Dadurch seien aufgrund der Vielzahl von „entlassungsfähige[n] weiblichen Geisteskranken“, die jedoch vor der Entlassung unfruchtbar gemacht werden müssten, erhebliche Probleme aufgetreten, und er hielt es daher „für zweckmäßig, daß die Unfruchtbarmachung in der genannten Anstalt durch Ärzte der für Unfruchtbarmachung von Männern und

²⁰⁸⁸ LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 17.

²⁰⁸⁹ LASA, C 28 Ig, Nr. 371: Erbkrankheiten, (1934–1938), Bd. 1: 1934–1938, fol. 32.

²⁰⁹⁰ LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 21.

²⁰⁹¹ LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 30–31.

Frauen zugelassenen Chirurgischen und Universitäts-Frauenklinik in Halle erfolgt.“²⁰⁹² Diesem Vorschlag schloss sich der Oberpräsident gegenüber dem Reichsinnenminister im Juli 1934 an. Die Landesheilanstalt Altscherbitz wurde spätestens im Oktober 1934 zur Sterilisation von Frauen und Männern zugelassen.²⁰⁹³ Die Unfruchtbarmachungen von Personen beiderlei Geschlechts wurde schließlich nicht nur von zugelassenen Ärzten der Universitätsfrauenklinik Halle/Saale durchgeführt, sondern ebenfalls von Dr. Kolb, dem vermutlich 1935 die entsprechende Erlaubnis erteilt worden war.²⁰⁹⁴ Im Sommer 1935 hatte er scheinbar bereits 117 Sterilisationen durchgeführt.²⁰⁹⁵

Vergleichbare Zulassungsschwierigkeiten betrafen ebenfalls die Landesheilanstalten Neuhaldensleben, Uchtsprunge und Pfaferode.²⁰⁹⁶ Der Regierungspräsident in Erfurt äußerte im Oktober 1934 Zweifel an der Zulassung der Landesheilanstalt Pfaferode mit und schlug stattdessen die Landesfrauenklinik Erfurt zur Sterilisation von Frauen zu.²⁰⁹⁷ Der maßgebliche Grund bestand in der ungenügenden Qualifikation der vorhandenen Ärzte, da sie keine „Ausbildung als Spezialist[en] für Chirurgie“ besäßen. Dr. Krzywanek könne aufgrund seiner Qualifikation zwar „die einfachere Sterilisation an Männern“ vornehmen, „sie müsse aber für die schwierige Ausführung an Frauen als unzulänglich betrachtet werden“.²⁰⁹⁸

²⁰⁹² LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 128.

²⁰⁹³ Vgl. LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 143.

²⁰⁹⁴ Vgl. Synder: Uchtsprunge, S. 79. Nach Synder wechselte Kolb im Jahr 1936 an die Landesheilanstalt Uchtsprunge und wurde dort ebenfalls für die Sterilisation von Frauen und Männern zugelassen. Gegen diese Einschätzung steht jedoch die Mitteilung des Regierungspräsidenten in Merseburg, der den Direktor der Landesheilanstalt Altscherbitz darüber informiert, dass lediglich Dr. Kolb die Berechtigung zur Sterilisation besäße. Vgl. LASA, C 48 Ii, Nr. 558: Besichtigungen der Landesheil- und Pflegeanstalten (1920–1946), fol. 270.

²⁰⁹⁵ Vgl. LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 228. Dr. Kolb wechselte an die Landesheilanstalt Uchtsprunge. Im April 1936 wurde seitens des Reichsinnenministeriums seine Zulassung zur Unfruchtbarmachung von Frauen und Männern bestätigt. Vgl. Synder: Uchtsprunge, S. 76.

²⁰⁹⁶ Für die Landesheilanstalt Neuhaldensleben wurde Dr. Keller, der im städtischen Kreiskrankenhaus angestellt war, zunächst nur für die Sterilisation von Männern zugelassen. Diese Beschränkung beruhte auf seiner geringeren chirurgischen Erfahrung, die zu diesem Zeitpunkt lediglich drei Jahre betrug. Aufgrund der Betonung der persönlichen Qualifikation sowie der lokalen Erfordernisse wurde Keller schließlich Ende Juli 1934 zur Sterilisation von Frauen zugelassen. Er sei chirurgisch im städtischen Klinikum Haldensleben tätig und habe bereits „vor Inkrafttreten des Gesetzes vom 14. Juli 1933 in der Anstalt mehrere Frauen unfruchtbar gemacht hat.“ Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 371: Erbkrankheiten (1934–1938), Bd. 1: 1934–1938, fol. 163–165, 177–178, 179; LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), fol. 124–125, 136, 138.

²⁰⁹⁷ Vgl. LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 21.

²⁰⁹⁸ LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 141.

Der Oberpräsident als Leiter des Provinzialverbandes versuchte die unzureichende Qualifikation gegenüber dem Oberpräsidenten der Provinz abermals abzuschwächen, indem er feststellte, dass Dr. Krzywanek zumindest „eine 3 ½ jährige chirurgische und gynäkologische Ausbildung“ besitze.²⁰⁹⁹ Und auch wenn es zwar keine „zwingenden Gründe für die Ausführung der Operationen in der Landesheilanstalt Pfafferoode“ gäbe, so liege es aber im finanziellen Interesse der Bezirksfürsorgeverbände, dass Sterilisierungsoperationen in der Landesheilanstalt ausgeführt würden.²¹⁰⁰ Vor allem die Bezirksfürsorgeverbände hätten große finanzielle Schwierigkeiten, und die Möglichkeit der Sterilisation in Pfafferoode böte die Möglichkeit der Kostenreduzierung etwa aufgrund eingesparter Reise- und Transportkosten. Daneben betonte der Oberpräsident die besondere Bedeutung der Landesheilanstalten für die Versorgung von männlichen und weiblichen Patienten. „Außerdem ist zu berücksichtigen, daß bei evtl. [eventuell] nach der Operation und während der weiteren Behandlung auftretenden Erregungszuständen das dafür geschulte Personal in den Heilanstalten eine bessere Behandlung und Beaufsichtigung gewährleistet, als es in einem allgemeinen Krankenhaus möglich ist.“²¹⁰¹ Da nach Ansicht des Oberpräsidenten eine zeitliche Aufschiebung nicht tragbar war, forderte er die Zulassung der Landesheilanstalt Pfafferoode, die dann am 2. Januar 1935 zunächst nur für die Durchführung von Sterilisationen an Männern durch den Reichsminister des Innern erfolgte – die Zulassung von Sterilisationen an Frauen wurde dabei zumindest in Aussicht gestellt.²¹⁰² Im Mai 1936 richtete sich nunmehr der Regierungspräsident von Erfurt direkt an den Reichsinnenminister und bat, die Anstalt nun auch zur Vornahme der Unfruchtbarmachung von Frauen zuzulassen. „Die chirurgische Tätigkeit wird der Provinzialobermedizinalrat Dr. Kayser in Erfurt (der bereits zur Unfruchtbarmachung von Frauen in der Landesfrauenklinik Erfurt zugelassen ist) in Pfafferoode ausüben.“²¹⁰³ Diesem Antrag wurde schließlich zugestimmt.

Die Verhandlungen verdeutlichen auf der einen Seite das finanzielle Interesse des Provinzialverbandes an der Zulassung von psychiatrischen Einrichtungen, indem

²⁰⁹⁹ LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 147–148.

²¹⁰⁰ LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 147–148.

²¹⁰¹ LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 147–148.

²¹⁰² Vgl. LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 151–155.

²¹⁰³ LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 287.

sowohl die Fürsorgekosten gesenkt als auch Einnahmen über die Vornahme des chirurgischen Eingriffs generiert werden könnten. Auf der anderen Seite wird auch die besondere Rolle der Landesheilanstalten deutlich, die über die personellen Ressourcen und Qualifikationen verfügten, um psychiatrische Patienten zu versorgen.

Insbesondere die Betreuungs- und Versorgungslage von psychiatrischen Patienten kann am Beispiel der Landesheilanstalt Uchtsprunge aufgezeigt werden. Die Unfruchtbarmachung von männlichen und weiblichen Patienten erfolgte zunächst im Johanniter-Krankenhaus in Stendal, das zur Jahresmitte 1934 seine Kapazitätsgrenzen erreichte und sich nicht länger im Stande sah, Psychatriepatienten zu versorgen. Aufgrund dieser Entwicklungen teilte der Oberpräsident dem Reichsinnenminister am 19. Juli 1934 mit, „daß die Unfruchtbarmachung weiblicher Geisteskranker aus der Landesheilanstalt Uchtsprunge, welche unruhig und unsauber sind, auf Schwierigkeiten stößt, weil das dafür zugelassene Johanniter-Krankenhaus in Stendal sich weigert, solche Kranke aufzunehmen, weil es der Pflege solcher Kranke nicht gewachsen ist. Außerdem ist das Johanniter-Krankenhaus Stendal zurzeit voll belegt und hat weitere Aufnahmen weiblicher Kranker zur Unfruchtbarmachung abgelehnt. Diese sich durch die Praxis ergebenden Missstände führen beim Eintreffen rechtskräftiger Beschlüsse zu Stockungen und unliebsamen Verzögerungen.“²¹⁰⁴ Es handelte sich dabei keineswegs um ein lokales Problem, vielmehr traten vergleichbare Schwierigkeiten in der gesamten preußischen Provinz Sachsen auf und veranlassten den Oberpräsidenten, am gleichen Tag eine weitere Mitteilung an das Ministerium des Innern zu senden. „Ich gestatte mir, zu berichten, daß die Unfruchtbarmachung weiblicher Geisteskranker, die in Landesheilanstalten untergebracht sind, auf Schwierigkeiten stößt. Die Universitätskliniken in Halle/Saale können neben den geisteskranken Frauen aus Nietleben nicht auch noch die Frauen aus Altscherbitz zur Operation aufnehmen. Ähnlich liegen die Verhältnisse in Neuhalbensleben. Die Landesfrauenklinik Magdeburg hat neben den Plätzen für Wöchnerinnen nur etwa 20 Plätze für Kranke, die meist besetzt sind. Die Klinik hat ausserdem die Aufnahme solcher Kranker abgelehnt, welche besonderer Sicherung und Aufsicht bedürfen, da das dafür nötige Pflegepersonal und die geeigneten Räume dafür nicht vorhanden sind. Die Frauenklinik des Sudenburger Krankenhauses hat aus denselben Gründen und wegen Überfüllung die Aufnahme weiblicher Geisteskranker abgelehnt. Zwei Frauen, die zur Unfruchtbarmachung dorthin überführt worden waren, gerieten dort in Erregung und mussten, weil man mit ihnen in der

²¹⁰⁴ LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 134.

Frauenklinik nicht fertig werden konnte, in die Nervenklinik überführt werden. Die Bescheide der Erbgesundheitsgerichte verlangen eine Ausführung ihrer Beschlüsse innerhalb von 14 Tagen. Da Plätze innerhalb dieser Zeit mehrfach nicht gefunden werden konnten, ist die Einhaltung dieser Frist nicht möglich, zumal bei Frauen auch öfter noch der Ablauf der Regel abgewartet werden muss.²¹⁰⁵

Die Lage spitzte sich im Sommer 1934 weiter zu und die Landesfrauenklinik Magdeburg änderte im Zuge einer erheblichen Kapazitätsüberlastung die Verfahrenssystematik in der Weise, dass sich die Frauen, die einen Sterilisationsbeschluss erhalten hatten, nicht in der Anstalt melden, sondern vermerkt und bei freiwerdenden Ressourcen benachrichtigt werden sollten.²¹⁰⁶ Neben den Versorgungsproblemen sowie der begrenzten Bettenkapazität der einzelnen medizinischen Einrichtungen gerieten im Verlauf des Jahres 1934 auch die operierenden Ärzte an ihre Grenzen. In diesem Zusammenhang entstand etwa im Raum Gardelegen das Problem, dass der zugelassene Arzt Dr. Gey die Übernahme von Unfruchtbarmachungen aus Überlastungsproblemen ablehnte.²¹⁰⁷

Für die Jahresmitte 1934 können demnach erhebliche praktische Schwierigkeiten der Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation festgehalten werden, die vor allem durch die hohe Anzahl von Sterilisationsbeschlüssen von Frauen verursacht wurden und zu diesem Zeitpunkt von den zugelassenen medizinischen Einrichtungen nicht umgesetzt werden konnten. Die Überlastung der Krankenhäuser verdeutlicht, dass eine systematische Regelung des Zulassungsverfahrens von Kliniken fehlte und die Verwaltung der preußischen Provinz Sachsen keineswegs auf die praktische Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation vorbereitet war. Vielmehr trieb die hohe Anzahl von Sterilisationsbeschlüssen die Planungen und Zulassungsverfahren von Krankenhäusern und Ärzten vor sich her und unterlief die Sterilisationsinteressen der nationalsozialistischen Machthaber. Neben der weitaus gefährlicheren Sterilisation von Frauen spielte ebenso die Pflegebedürftigkeit von psychiatrischen Patienten eine erhebliche Rolle, der Berichten einzelner Krankenhäuser zufolge nicht adäquat entsprochen werden konnte. Die einzelnen Berichte erwecken jedoch nicht nur den Eindruck einer Überforderung des medizinischen Personals nicht zuletzt infolge einer hohen Auslastung der Krankenhäuser, sondern sie deuten ebenso

²¹⁰⁵ LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 136.

²¹⁰⁶ Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 371: Erbkrankheiten (1934–1938), Bd. 1: 1934–1938, fol. 135.

²¹⁰⁷ Vgl. LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 126–127, 134.

auf eine gezielte Abschiebung unliebsamer, in hohem Maße versorgungsbedürftiger und den Krankenhausablauf störender männlicher und weiblicher Patienten hin.

Die dargelegten Strukturbedingungen und Zulassungsverfahren tragen zu einer differenzierten Beurteilung des quantitativen Umfangs von Unfruchtbarmachungen in einzelnen Kliniken bei und widerlegen auch nachträgliche Interpretationen als sogenannte lokale „Zentren“ der nationalsozialistischen Zwangssterilisation. Denn die Anzahl von Unfruchtbarmachungen wurde keineswegs ausschließlich noch maßgeblich durch einen besonderen vermeintlichen Sterilisationseifer der Klinikleitung oder von operierenden Ärzten geprägt, sondern insbesondere durch die jeweiligen organisatorischen Rahmenbedingungen hervorgerufen. Neben einer hohen Bevölkerungsdichte und einer großen Anzahl von Sterilisationsbeschlüssen, hervorgerufen durch die Tätigkeit von Amtsärzten und Erbgesundheitsgerichten, war ebenso ausschlaggebend, wie viele Einrichtungen im Stadt- oder Landkreis bestanden.²¹⁰⁸ Dementsprechend ergaben sich die teilweise hohen Sterilisationszahlen auch durch den Umstand, dass für einzelne Regionen lediglich ein einziges Krankenhaus zur Vornahme von Sterilisationen zugelassen war, Reise- und Transportkosten nicht übernommen wurden oder die Betroffenen ihre Heimatgemeinde nicht verlassen wollten.²¹⁰⁹

So weisen einzelne Einrichtungen in den größeren Städten der preußischen Provinz Sachsen bis zur Jahresmitte 1935 eine zum Teil hohe Anzahl von Unfruchtbarmachungen auf. Bis dato wurden im Evangelischen Diakonissenhaus in Halle/Saale insgesamt 264 und in der Landesfrauenklinik Erfurt insgesamt 115 Sterilisationen an Frauen vorgenommen.²¹¹⁰ Im Krankenhaus Magdeburg-Sudenburg wurden 104 Frauen und Männer sowie in der Landesfrauenklinik Magdeburg im Zeitraum von Mai 1934 bis Mitte Juni 1935 insgesamt 152 Frauen sterilisiert.²¹¹¹ Demgegenüber wurden in den staatlichen Krankenhäusern eher ländlich geprägter Regionen wie in

²¹⁰⁸ So konnten Betroffene in Magdeburg zwischen fünf zugelassenen Einrichtungen wählen, in Halle/Saale zunächst zwischen zwei, später drei Einrichtungen und in Erfurt ebenfalls zwischen zwei Kliniken. In kleineren Städten der gesamten preußischen Provinz Sachsen wie etwa Calbe/Saale, Gardelegen, Osterburg, Langensalza, Mühlhausen, Wittenberg, Zeitz oder anderen war nur das kommunale Kreiskrankenhaus zugelassen. Dementsprechend hatten die Bewohner des Kreises auch kaum die Möglichkeit, zwischen verschiedenen Kliniken zu wählen.

²¹⁰⁹ Einschränkend muss jedoch ebenso berücksichtigt werden, dass hohe Sterilisationszahlen auch durch ein großes Engagement der jeweiligen Kliniken hervorgerufen werden konnten, indem hohe Operationszahlen sowie die Unterbringung der Betroffenen erst durch einen großen Arbeitseinsatz des medizinischen Personals ermöglicht wurden.

²¹¹⁰ Vgl. LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 211–242.

²¹¹¹ Vgl. LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 211–242.

Mühlhausen 140, im Krankenhaus in Quedlinburg 156 und im Johanniter-Krankenhaus in Stendal 216 Sterilisationen durchgeführt.²¹¹² Die hohe Anzahl in Mühlhausen wurde unter anderem dadurch hervorgerufen, dass die benachbarte Landesheilanstalt Pfafferode erst 1935 zur Sterilisation von Männern zugelassen wurde. In der Folge wurden im Krankenhaus Mühlhausen sowohl die als erbkrank beurteilten Frauen und Männer des Kreises als auch der psychiatrischen Anstalt sterilisiert. Ein vergleichbarer Umstand ergab sich beispielsweise für das Johanniter-Krankenhaus in Stendal, da auch die Landesheilanstalt Uchtspringe erst später zur Sterilisation zugelassen wurde. Das Beispiel des Johanniter-Krankenhauses in Stendal, neben einer Privatklinik die einzige zugelassene Einrichtung in der Stadt, deutet zudem darauf hin, dass die von einem Sterilisationsbeschluss betroffenen Frauen und Männer auch Kliniken aufsuchten, die in der Öffentlichkeit einen guten Ruf besaßen, in der Hoffnung, die Operation ohne Komplikationen zu überstehen. Ähnlich können auch die hohen Sterilisationszahlen etwa der Landesfrauenkliniken in Magdeburg und Erfurt erklärt werden: Einerseits handelte es sich um Spezialkliniken mit einem besonderen Ruf, andererseits war die Anzahl der für die Sterilisation von Frauen zugelassenen Kliniken im Vergleich zu denen für die Sterilisation von Männern wesentlich geringer.

Eine herausgehobene Rolle nahmen die Landesheilanstalten als große psychiatrische Einrichtungen ein. So wurden beispielsweise bis einschließlich zur ersten Jahreshälfte 1935 in Altscherbitz 117, in Neuhaldensleben 189 und in Uchtspringe 276 Personen unfruchtbar gemacht.²¹¹³ Bis etwa 1941/42 wurden in der Landesheilanstalt Haldensleben mindestens 581 und in der Landesheilanstalt Uchtspringe circa 765 Frauen und Männer unfruchtbar gemacht.²¹¹⁴ Die hohe Anzahl an Unfruchtbarmachungen wurde durch den anfänglichen Fokus der nationalsozialistischen Zwangsterilisation auf männliche und weibliche Patienten hervorgerufen. Darüber hinaus verfügten diese Einrichtungen über die qualifikatorische Expertise und personellen

²¹¹² Vgl. LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 211–242. Diesen hohen Sterilisationszahlen steht der geringere Umfang an Unfruchtbarmachungen etwa im Krankenhaus in Calbe/Saale mit fünf, in Langensalza mit sieben oder Zeitz mit zwölf Operationen gegenüber.

²¹¹³ Vgl. LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 225–226, 228. Die Überlieferung ist jedoch nicht gesichert, da teilweise das Datum nicht verzeichnet wurde und auch nicht ersichtlich ist, ob es sich um die Gesamtzahl bis Mitte Juni 1935 oder um die Anzahl durchgeführter Operationen im Jahr 1935 handelt. In diesem Zusammenhang ist eine endgültige Klärung nahezu ausgeschlossen, da beispielsweise die internen Verwaltungsnachweise den Jahreszeitraum ab April umfassen, sodass aufgrund dessen andere Zahlenangaben vorliegen. Vgl. Bastian: Haldensleben, S. 140.

²¹¹⁴ Vgl. Bastian: Haldensleben, S. 140; Synder: Uchtspringe, S. 77.

Ressourcen, um psychiatrische Patienten zu sterilisieren, die von anderen Einrichtungen abgelehnt wurden. Gleichzeitig spielten ebenso finanzielle Interesse eine nicht unwesentliche Rolle, um sowohl Fürsorgekosten zu senken als auch Einnahmen durch die Sterilisation zu erzielen.²¹¹⁵

Im Unterschied zu den strukturellen und organisatorischen Bedingungen kann der Einfluss individueller Verhaltensweisen, persönlicher Einstellungsmuster oder eugenisch-rassenhygienischer Überzeugungen sowie des Qualifikationsgrads von operierenden Ärzten kaum erschlossen werden. Im Rahmen der Zulassungsverfahren wurden die medizinischen Qualifikationen der Operateure in Anlehnung an die administrativen Rahmenrichtlinien lediglich summarisch verzeichnet.²¹¹⁶ Weder eine politische Überprüfung von Amtsärzten noch eine zielgerichtete Einflussnahme auf die personelle Besetzung von Erbgesundheitsgerichten sind für die Zulassung von Kliniken und Ärzten nachweisbar. Für das Sterilisationsverfahren kann demnach festgehalten werden, dass im Gegensatz zur Erfassung, Begutachtung und Verurteilung die Unfruchtbarmachung als Technik scheinbar geringeren parteipolitischen Kontrollinteressen unterlag. Das latente Desinteresse an den Operateuren im Dritten Reich korrespondiert mit den Ermittlungspraktiken nach 1945, die ebenfalls nur ein geringfügiges Interesse an den für den chirurgischen Eingriff verantwortlichen Ärzten zeigte.²¹¹⁷ Auch hierdurch ist die maßgebliche Beteiligung von durchaus bekannten Chirurgen und Gynäkologen an der nationalsozialistischen Zwangssterilisation weitgehend vergessen worden.²¹¹⁸

²¹¹⁵ Finanzielle Interessen spielten ebenso für kommunale Einrichtungen eine nicht unwesentliche Rolle, zumal die wirtschaftlichen Krisen in der Weimarer Republik zu erheblichen Einschränkungen und einem Investitionsstau geführt hatten, sodass notwendige bauliche Erweiterungen oder Modernisierungen ausblieben. An dieser Stelle sei exemplarisch auf das Krankenhauswesen der Stadt Magdeburg verwiesen, dass bereits in den 1920er-Jahren an der Kapazitätsgrenze arbeitete. Weiterführend u. a. Wolff: Magdeburger Medizinalchronik, S. 189–212

²¹¹⁶ Die Überlieferung zu Ärzten, die im Rahmen der Zulassungsverfahren schließlich die Berechtigung erhielten, Zwangssterilisation an Frauen und Männern vorzunehmen, ist als überaus marginal zu bezeichnen, sodass dienstliche, biographische oder persönliche Gesichtspunkte spärlich beschrieben werden können.

²¹¹⁷ So weist die Überlieferung darauf hin, dass die Operateure ihre medizinische Tätigkeit nach 1945 komplikationslos fortsetzten. Nur in ganz geringem Maße wurden polizeiliche Ermittlungen vor allem im Jahr 1945 durchgeführt, die im Zuge der ungenügenden rechtlichen Ahndung der Zwangssterilisation jedoch nach kurzer Zeit wiederingestellt wurden. Vgl. etwa BStU, MfS, BV Magdeburg, KD Schönebeck, Nr. 13534, unfol.

²¹¹⁸ In dieser Arbeit wird darauf verzichtet, alle ermittelten Operateure namentlich aufzulisten. Neben den bereits genannten sei an dieser Stelle lediglich auf zwei Ärzte hingewiesen, deren aktive Beteiligung an der nationalsozialistischen Zwangssterilisation in Widerspruch zu ihrer heutigen persönlichen Würdigung steht. Paul Bosse (1881–1947), Chirurg und Gynäkologe, Namensgeber der „Bosse-Klinik“ bis 1996 sowie einer weiteren Nachfolgeeinrichtung in Wittenberg, war im Paul-Gerhardt-Stift in Wittenberg bis zu seinem Ausscheiden am Jahresende 1935 der für die Unfruchtbarmachung von Patienten zugelassene Arzt. Daneben Adam Bauereisen (1875–1961), Gynäkologe und Geburtshelfer, von 1921 bis 1953 Leiter der Frauenklinik im Sudenburger Krankenhaus,

Weigerungen von Ärzten oder auch andere Formen widerständigen Verhaltens sind nicht überliefert.²¹¹⁹ Eine Mitteilung des Reichsinnenministers vom August 1934 deutet demgegenüber an, dass widerständige Verhaltensweisen von konfessionellen Schwestern ausgingen. Diese Schwestern hätten sich geweigert, an der Operation „helfend mitzuwirken“.²¹²⁰ In Anbetracht der gesellschaftlichen Lage sowie der sich abzeichnenden Schwierigkeiten in der Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation untersagte der Reichsinnenminister jedwede Einflussnahme und forderte unter Prüfung der finanziellen Mehrbelastung die Einstellung von „weltlichem“ Personal. „Um den hierdurch auftretenden Schwierigkeiten zu begegnen, ersuche ich, gegebenenfalls zunächst durch Einstellung von weltlichem Hilfspersonal die Durchführung solcher Operationen sicherzustellen. Ein Druck auf das konfessionelle Personal ist zu unterlassen.“²¹²¹ Entsprechende Überprüfungen ergaben für die preußische Provinz Sachsen keine vergleichbaren Widerstände, was darauf schließen lässt, dass konfessionelle Weigerungen in der preußischen Provinz höchstens punktuell stattfanden und die Unfruchtbarmachungen nicht hemmten.²¹²²

Unter qualifikatorischen Aspekten wiesen im Jahr 1935 alle für Unfruchtbarmachungen zugelassenen Ärzte eine chirurgische oder gynäkologische Ausbildung auf.²¹²³ In Hinblick auf das Approbationsalter sowie die Anerkennung als Facharzt wurden die formalen Rahmenrichtlinien punktuell missachtet, da von 71 zugelassenen Ärzten sechs entweder erst seit vier Jahren approbiert waren oder keinen Facharzttitel

war ebenfalls für Unfruchtbarmachungen zugelassener Arzt. In Gedenken an die Leistungen von Adam Bauereisen befindet sich bis heute eine Gedenktafel in der Universitätsfrauenklinik Magdeburg. Wolff, Horst-Peter: Bauereisen, Johann Adam. In: Magdeburger Biographisches Lexikon, S. 35.

²¹¹⁹ Horst Heitzer vermutet, dass die beruflichen Folgen einer Weigerung „verheerend“ gewesen wären. Ein entsprechender Nachweis findet sich indes nicht. Heitzer: Zwangssterilisation in Passau, S. 324.

²¹²⁰ LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), fol. 62. Im Rahmen dieser Mitteilung blieb unerwähnt, welcher Konfession diese Schwestern angehörten. Es ist mit großer Sicherheit davon auszugehen, dass es sich um katholische Schwestern handelte, die der Zwangssterilisation im Vergleich zur evangelischen Kirche kritisch gegenüberstand. Weiterführend auch Kap. 8.2.

²¹²¹ LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 62.

²¹²² Weiterführend Kap. 8.2.

²¹²³ Die Aufstellung der „Krankenanstalten zur Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ der preußischen Provinz Sachsen vom Mai 1935 bietet einen summarischen Überblick über die medizinische Qualifikation der zugelassenen Ärzte – hierbei blieben die Ärzte der Landesheilanstalten der Provinz jedoch unberücksichtigt. Laut dieser tabellarischen Aufstellung waren für jeden Arzt das Approbationsalter, das fachärztliche Berufsfeld sowie die Berechtigung zur Führung des Facharztstitels aufzuführen. Vgl. LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 211–242. Die Nachweise zu zugelassenen Ärzten der Landesheilanstalten der preußischen Provinz Sachsen werden im Folgenden mit einbezogen.

trugen.²¹²⁴ Bei diesen Ärzten handelte es sich größtenteils um die Stellvertreter der zugelassenen Operateure.²¹²⁵ Die partielle Missachtung der formalen Rahmenrichtlinien betraf insgesamt rund acht Prozent der operierenden Ärzte, was in Hinblick auf die geforderten Qualifikationsstandards zwar relativ gering, aber keineswegs zu vernachlässigen ist. In Anbetracht der Vielzahl von Sterilisationsbeschlüssen sowie der geringen Anzahl von zugelassenen Kliniken bis zur Mitte der 1930er-Jahre ist davon auszugehen, dass partiell auch Ärzte ohne die erforderlichen formalen Qualifikationen rekrutiert wurden, um die Durchführung der Sterilisationsverfahren sicherzustellen.

Die zur Sterilisation zugelassenen Ärzte in der preußischen Provinz Sachsen verfügten weitgehend über die notwendigen medizinischen Qualifikationen. Zudem besaßen sie größere berufliche Erfahrungen in ihren chirurgischen und gynäkologischen Fachgebieten. Anhand der Profession kann somit weitgehend festgestellt werden, dass zielgerichtete oder bewusst in Kauf genommene gesundheitliche Erkrankungen der zwangssterilisierten Frauen und Männer ausgeschlossen werden können. Im Gegenteil muss betont werden, dass die Sterilisation von qualifizierten Ärzten ausgeführt wurde, um gesundheitliche Komplikationen zu vermeiden. Im Fokus stand dabei die Beruhigung der öffentlichen Wahrnehmung der nationalsozialistischen Sterilisationspraxis, die durch Todesfälle oder schwere Erkrankungen beeinträchtigt wurde. Darüber hinaus galten zwangssterilisierte Frauen und Männer als Arbeitskräfte, und ihre schnelle Genesung bedeutete eine geringere Belastung von Fürsorgemaßnahmen.

Gegenüber diesen herrschaftlichen Interessen kann abschließend nicht geklärt werden, welcher Arzt die angeordnete Unfruchtbarmachung durchführte. Dieser Aspekt gewinnt an Gewicht, da in einigen Kliniken die zugelassenen Operateure zugleich als Beisitzer in einem Erbgesundheitsgericht tätig waren und somit aus juristischen Gründen die Sterilisation nicht vornehmen durften. Nach Stefan Wolter ließe sich belegen, „dass im Schatten der Ermächtigungserteilungen seitens des Ministeriums des Innern Kliniken auch ohne Zulassung zwangssterilisierten“.²¹²⁶ Er begründet seine These mit dem Hinweis, dass der Regierungspräsident von Magdeburg im Februar 1937 die Wundversorgung von operierten Frauen und Männern kritisierte. Bereits in Anbetracht des administrativen Zulassungsverfahrens muss die Vorstellung einer

²¹²⁴ Die Approbationen fanden im Zeitraum von 1891 bis 1931 statt, der größere Anteil wurde nach 1900 approbiert, sodass die Mehrzahl der Operateure in der Mitte der 1930er-Jahre circa 50 Jahre alt war.

²¹²⁵ Lediglich ein Arzt, Dr. Keller in Haldensleben, war als erster Arzt zur Sterilisation im Kreiskrankenhaus und in der Landesheilanstalt Haldensleben bestimmt.

²¹²⁶ Wolter: „Fluchstaat macht Gewaltstaat“, S. 60–61.

„wilden Sterilisation“ aber weitgehend zurückgewiesen werden.²¹²⁷ Auch wenn unzulässige Unfruchtbarmachungen nicht ausgeschlossen werden können, wie etwa im Oktober 1934 im Regierungsbezirk Erfurt aufgrund der Nichteinhaltung formaler wie zeitlicher Richtlinien,²¹²⁸ so hätte eine derartige Vorgehensweise die gesamte administrative sowie rechtlich legitimierte Struktur der nationalsozialistischen Zwangssterilisation ad absurdum geführt.²¹²⁹

Statt dramaturgisch auf eine geheime und „wilde“ Sterilisationspraxis zu insistieren, ist es ratsamer, den vereinzelt Hinweisen nachzuspüren, die darauf hinweisen, dass der chirurgische Eingriff von nichtberechtigten Ärzten vorgenommen wurde. Denn auch bereits vage Indizien und Hinweise wurden seitens der Regierungsbehörden zum Anlass genommen, die Sterilisationspraxis zu überprüfen. Beispielsweise hielt Karl Pönitz,²¹³⁰ Direktor der Universitätsklinik-Nervenklinik Halle/Saale, in einem gutachterlichen Bericht über die Landesheilanstalt Altscherbitz, welchen er im Auftrag des Provinzialverbandes erstellte, im Januar 1937 fest, dass er vernommen habe, dass „Sterilisierungen von einem Assistenten der Chirurgischen Klinik Halle sowohl bei Männern als auch bei Frauen vorgenommen“ werden würden.²¹³¹ „Es sind von anderer Seite Zweifel aufgetaucht, ob ein Chirurg, der nicht ausgesprochen Gynäkolog[e] ist, auch die Sterilisierungen an Frauen vornehmen kann. Ich würde raten,

²¹²⁷ Gleichwohl können einzelne Verfahren nachgewiesen werden, in denen Personen ohne rechtsgültigen Beschluss unfruchtbar gemacht wurden. Die Missachtung beruhte jedoch vor allem darauf, dass endgültige Entscheidungen von Erbgesundheitsobergerichten oder ministeriellen Behörden nicht beachtet wurden. Hier kann schwerlich von einer „wilden Sterilisation“ gesprochen werden, zumal diese Verfahren nachträglich einer Überprüfung unterzogen worden.

²¹²⁸ So informierte der Landesgerichtspräsident den Regierungspräsidenten in Erfurt am 9. Oktober 1934: „Nach Mitteilung des Vorsitzenden des hiesigen Erbgesundheitsgerichts sind in der Landesheilanstalt Pfafferode bei Mühlhausen in Thür.[ingen] der Arbeiter Walter Hartmann und Josef Dymek unfruchtbar gemacht worden, bevor der die Unfruchtbarmachung aussprechende Beschluss des Erbgesundheitsgerichts rechtskräftig geworden war.“ ThStAG, Regierung Erfurt, Staatliches Gesundheitsamt Mühlhausen (1906–1952) Nr. 29: Erbgesundheitsangelegenheiten (1935–1940), unfol.

²¹²⁹ Zudem hätte eine geheime Durchführung erhebliche Probleme hervorgerufen, wie etwa die medizinische Begründung gegenüber Opfern und Familienangehörigen sowie die Begründung von Gebühren gegenüber den Kostenträgern. Darüber hinaus hätten Todesfälle im Rahmen einer gesetzlich nicht begründeten Sterilisation auch staatsanwaltschaftliche Ermittlungen nach sich ziehen können. Schließlich hätte Unruhe innerhalb der Bevölkerung entstehen können, die staatlicherseits unbedingt verhindert werden sollte.

²¹³⁰ Karl Pönitz (1888–1973), Studium der Medizin, Philosophie und Rechtswissenschaften in Leipzig, 1913 Approbation und Promotion, anschließend Assistent an der Nervenklinik der Universität Halle/Saale. Kriegsassistenzarzt während des Ersten Weltkrieges, 1921 Habilitation und Oberarzt in Halle/Saale. 1933 Beitritt in die NSDAP, 1935–1937 kommissarische Leitung Universitätsnervenklinik Halle/Saale, 1937 Medizinalrat in Halle/Saale, Beteiligung an der Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“. 1945 zunächst entlassen, 1950 Lehrstuhl für Psychiatrie und Neurologie und Leiter der Universitätsklinik, 1956 Emeritierung, seit 1959 Mitglied der Leopoldina, 1961 Übersiedlung in die BRD. Vgl. Klee: Personenlexikon, S. 466–467.

²¹³¹ LASA, C 48 II, Nr. 558: Besichtigungen der Landesheil- und Pflegeanstalten (1920–1946), fol. 268–269.

diese Frage zu klären.“²¹³² Auch in Hinblick auf die Universitätsklinik als gemeinsamen Arbeitgeber betonte Pönitz jedoch ausdrücklich, „daß damit nichts gegen die Leistungen der bisherigen Operateure gesagt wird, zumal ich höre, daß ungünstige Ausgänge der Operationen in Altscherbitz niemals verzeichnet worden sind“.²¹³³

Auf der Grundlage dieses Berichts wurde die Landesheilanstalt Altscherbitz überprüft und die dortige Sterilisationspraxis als nicht ausreichend beurteilt, sodass ein neuer Chirurg eingestellt werden sollte. Im September 1937 nahm der Reichsinnenminister seine Bedenken zurück, da der Oberarzt der Chirurgischen Klinik in Halle/Saale die Zulassung zur Sterilisation von Frauen und Männern besaß.²¹³⁴ Diese Überprüfung bestätigt exemplarisch das hohe staatliche Interesse an einem reibungslosen Ablauf des nationalsozialistischen Sterilisationsgesetzes. Die chirurgische und gynäkologische Durchführung der Sterilisation trägt insoweit keine willkürliche Charakteristik, sondern spiegelt vielmehr einen hohen Ordnungsgrad wider. Die Einhaltung der als notwendig erachteten Qualifikationen sollte eine effiziente Umsetzung der Sterilisationsbeschlüsse gewährleisten und störende Einflüsse auf die gesetzliche Durchführung unterbinden.

7.2.2 Zur Beteiligung von Privatkliniken

Die Zulassung von Privatkliniken zur Durchführung der Unfruchtbarmachung von Frauen und Männern war 1934 nicht vorgesehen, denn „der Gesetzgeber hat keine Veranlassung gehabt, private Einrichtungen zur Vornahme des Eingriffs gegen ihren Willen zu verpflichten“.²¹³⁵ Der anfängliche Verzicht auf eine Verpflichtung, die ihrerseits den Charakter der Einbindung staatlicher Einrichtungen unterstreicht, löste aufgrund der defizitären medizinisch-chirurgischen Lage in einzelnen Regionen erhebliche Mängel in der Durchführung von Sterilisationen insbesondere von Frauen hervor. Hierdurch entstand seitens der verantwortlichen Regierungsbehörden bereits im Verlauf des Jahres 1934 ein größeres Interesse, Privatkliniken zuzulassen, um eine effektive Sterilisationspraxis zu gewährleisten. Zugleich bemühten sich die Inhaber von Privatkliniken aus finanziellen Motiven sowie auch Prestige Gründen um die Zu-

²¹³² LASA, C 48 Ii, Nr. 558: Besichtigungen der Landesheil- und Pflegeanstalten (1920–1946), fol. 268–269.

²¹³³ LASA, C 48 Ii, Nr. 558: Besichtigungen der Landesheil- und Pflegeanstalten (1920–1946), fol. 268–269.

²¹³⁴ LASA, C 48 Ii, Nr. 558: Besichtigungen der Landesheil- und Pflegeanstalten (1920–1946), fol. 282.

²¹³⁵ Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 160.

lassung. Die Einbindung von privaten Krankenhäusern muss vor diesen unterschiedlichen Motivlagen betrachtet werden, die in einer intentionalen Kooperation mündeten und sich schließlich im chirurgischen Eingriff materialisierten.

Im Zuge eines Zwischenberichts konstatierte der Regierungspräsident, dass die zugelassenen Einrichtungen für die Sterilisation von Frauen nicht ausreichen würden, „da die zur Verfügung stehenden Anstalten nicht in der Lage sind, die zu Sterilisierenden aufzunehmen“.²¹³⁶ Aus diesem Grund vertrat er im Herbst 1934 die Ansicht, dass „neben den öffentlichen Krankenhäusern [...] auch geeignete Privatanstalten mit der Durchführung“²¹³⁷ zu beauftragen seien. Die Diskussionen über eine Zulassung von privaten Kliniken hatten bereits im Frühjahr 1934 begonnen.

Im April 1934 hatte der Frauenarzt Dr. Kuntzsch in Aschersleben die Zulassung zur Durchführung von Sterilisationen beantragt.²¹³⁸ Er bezog seinen Antrag auf die gesetzlichen Bestimmungen der ersten Durchführungsverordnung, die eine Beteiligung von Privatkliniken nicht untersagte. In Hinblick auf die Zusammenstellung von berechtigten Kliniken vom 13. März 1934 habe er festgestellt, dass im Regierungsbezirk Magdeburg lediglich öffentliche Krankenhäuser bestimmt worden seien. „Da in vielen anderen Reg.[ierungs] Bezirken Privatkliniken reichlich vertreten sind, scheint es wahrscheinlich, dass dort von Seiten der Regierung vorher eine Rundfrage stattgefunden hat.“²¹³⁹ Ende April 1934 bewarb sich auch Prof. Eggers um die Zulassung, die vom zuständigen Magdeburger Kreisarzt unterstützt wurde. „Ich bemerke, dass die fachliche und politische Zuverlässigkeit des Herrn Dr. Eggers ausser Frage steht. Dr. Eggers hat auf meine Veranlassung bereits einige Jahre vor Inkrafttreten des Gesetzes eine Anzahl von Erbkranken unfruchtbar gemacht, da sich andere Chirurgen hierzu nicht bereitfanden.“²¹⁴⁰ Der Hinweis auf die ungesetzlich durchgeführten Sterilisationen vor 1934 fungiert in den Augen des Kreisarztes als Argument der Vertrauenswürdigkeit sowie politischen Konformität und zugleich gewissenmaßen als Entschädigung für die zuvor ungesetzlichen, aber rassenhygienisch notwendigen Unfruchtbarmachungen von männlichen und weiblichen „Erbkranken“.

²¹³⁶ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 1, fol. 178–179.

²¹³⁷ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 1, fol. 178–179.

²¹³⁸ Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 371: Erbkrankheiten (1934–1938), Bd. 2: 1934–1938, fol. 30.

²¹³⁹ LASA, C 28 Ig, Nr. 371: Erbkrankheiten (1934–1938), Bd. 2: 1934–1938, fol. 30.

²¹⁴⁰ LASA, C 28 Ig, Nr. 371: Erbkrankheiten (1934–1938), Bd. 2: 1934–1938, fol. 28.

Einen Monat später bewarb sich Dr. Wegrad, ebenfalls Leiter einer Privatklinik in Magdeburg, um die Zulassung und betonte die medizinisch-chirurgischen Kompetenzen seiner Klinik.²¹⁴¹ Und schließlich erläuterte im November 1934 Sanitätsrat Dr. Siedentopf gegenüber dem Kreisarzt von Magdeburg die Interessen seiner Klinik an einer Beteiligung. „In letzter Zeit haben sich wiederholt frühere Patientinnen von mir oder deren Angehörige an mich gewandt mit der Anfrage, ob die bei ihren Frauen oder Töchtern durch das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses notwendig gewordene Sterilisation von mir in meiner Klinik ausgeführt werden könnte. [...] Da ich diese Operation sowohl während meiner 8 jährigen Tätigkeit als Oberarzt der jetzigen Landesfrauenklinik sowie [...] in meiner Privatklinik in zahlreichen Fällen ausgeführt habe und mir durch die Überweisung meiner Patienten an andere Kliniken sowohl ein wirtschaftlicher Nachteil entsteht wie auch das Ansehen meiner Klinik geschädigt wird, so bitte ich, mir ebenfalls die [Erlaubnis] zur Ausführung der Sterilisation in den gesetzlich dazu bestimmten Fällen erwirken zu wollen.“²¹⁴² Ein wesentliches Motiv von Privatkliniken für die Beteiligung an der nationalsozialistischen Zwangssterilisation bestand in wirtschaftlichen Interessen, indem der chirurgische Eingriff sowie die medizinische Betreuung eine durchaus lukrative und gesicherte finanzielle Vergütung bedeuteten. Darüber hinaus sahen Privatkliniken, die beispielsweise im Regierungsbezirk Magdeburg nicht berücksichtigt worden waren, in der fehlenden Zulassung einen Prestigeverlust sowie eine Rufschädigung, indem der Ausschluss als Ausdruck einer geringeren medizinischen Expertise verstanden werden konnte. Auch wenn die Ausführungen von Dr. Siedentopf insbesondere strategische Ziele verfolgten, so deuten sie ebenfalls darauf hin, dass sich von der Unfruchtbarmachung betroffene Frauen oftmals an Ärzte und Kliniken wandten, denen sie aufgrund vorheriger Behandlungen oder eines guten gesellschaftlichen Leumunds das größte Vertrauen schenkten.

Vermutlich bis Jahresende 1934 wurde im Regierungsbezirk Magdeburg mindestens fünf Privatkliniken mit gynäkologischem bzw. frauenärztlichem Schwerpunkt die Zulassung zur Unfruchtbarmachung von Frauen erteilt.²¹⁴³ Es kann nicht abschließend geklärt werden, ob sich diese Privatkliniken ausschließlich freiwillig bewarben oder seitens der Regierung auch gezielte Anfragen erfolgten, um etwa die defizitäre

²¹⁴¹ Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 371: Erbkrankheiten (1934–1938), Bd. 2: 1934–1938, fol. 28.

²¹⁴² LASA, C 28 Ig, Nr. 371: Erbkrankheiten (1934–1938), Bd. 2: 1934–1938, fol. 42.

²¹⁴³ Hierzu gehörten die Privatkliniken von Dr. Wegrad in Magdeburg, Dr. Kuntzsch in Aschersleben, Dr. Schlichting in Wernigerode sowie Dr. Froriep und Dr. Rausch in Halberstadt.

regionale Situation zu beheben. Zumindest für die Privatklinik von Dr. Schlichting in Wernigerode könnte ein Indiz auf eine staatliche Erkundigung hinweisen.²¹⁴⁴

Gegenüber den staatlichen und privaten Interessenübereinkünften wurden von leitenden Kreisärzten auch Zweifel an der Zulassungspraxis geäußert. Ende 1934 teilte etwa der Kreisarzt von Stendal im Rahmen eines Zulassungsverfahrens dem Regierungspräsidenten in Magdeburg mit: „Ich bin aber der Meinung, daß, je mehr die Eingriffe in Privatkliniken durchgeführt werden, desto eher die Möglichkeiten ungesetzlicher Eingriffe gegeben sind. Auch dürfte die amtliche Überwachung dadurch erschwert sein.“²¹⁴⁵ Der Kreisarzt bzw. spätere Amtsarzt als maßgebliche Kontrollbehörde auf Kreisebene vertrat gegenüber anderen Kollegen die Auffassung, dass durch die Zulassung von Privatklinken die staatliche Überwachung des Sterilisationsverfahrens beeinträchtigt werden würde und die Durchführung von bevölkerungspolitischen Maßnahmen an Effektivität verlieren könnten.

Daneben entstand im Zuge der Zulassung ein erheblicher Diskussionsbedarf über die Finanzierung der entstehenden Kosten. Für die Privatfrauenkliniken stellte sich folgendes exemplarisches Problem: Eine Frau, der ein endgültiger gerichtlicher Beschluss zur Sterilisation vorliege, habe das Recht auf freie Arztwahl, auch wenn sie beispielsweise erwerbslos sei und von der kommunalen Fürsorge unterstützt werden würde. Im Rahmen dieser Feststellung erkundigte sich eine Privatklinik im Januar 1935, ob das „Wohlfahrtsamt [...] für die Kosten des gerichtlich verlangten operativen Eingriffs und für Verpflegung, Verbandmaterial, Arzneien usw.“²¹⁴⁶ aufkomme, auch wenn diese Kosten in einer Privatklinik höher seien als in einem öffentlichen Krankenhaus. „Die Fürsorge hat verlangt, dass mit 5,30 Mark pro Tag alles abgegolten sein soll, also auch das ärztliche Honorar. Das würde bedeuten, dass der Arzt die durch Gerichtsbeschluss geforderte Operation und Nachbehandlung unentgeltlich zu machen habe, da mit 5,30 Mark sämtliche Klinik-Unkosten kaum gedeckt sind.“²¹⁴⁷ Insofern

²¹⁴⁴ In einem Schreiben teilte Dr. Schlichting dem Kreismedizinalrat in Halberstadt sowie dem Regierungspräsidenten in Magdeburg Ende Oktober 1934 mit: „Ich erkläre mich breit [sic!], in meiner Privatfrauenklinik die Ausführung der Unfruchtbarungsoperationen an Frauen [...] auszuführen.“ Demgegenüber führte er jedoch an, dass die Nichtzulassung einen wirtschaftlichen Verlust bedeuten würde, und er bitte deshalb, „die Genehmigung meines Antrages außerterminmäßig zu befürworten“. Dieser Passus deutet wiederum auf einen persönlichen Antrag hin, wobei die Begründung insgesamt, wie etwa der Verweis auf die bestehenden Probleme der Sterilisationspraxis in Halberstadt, auf eine größere Einflussnahme des hiesigen Kreisarztes hinweisen. Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 371: Erbkrankheiten (1934–1938), Bd. 2: 1934–1938, fol. 25.

²¹⁴⁵ LASA, C 28 Ig, Nr. 371: Erbkrankheiten (1934–1938), Bd. 1: 1934–1938, fol. 140.

²¹⁴⁶ LASA, C 28 Ig, Nr. 371: Erbkrankheiten (1934–1938), Bd. 2: 1934–1938, fol. 55.

²¹⁴⁷ LASA, C 28 Ig, Nr. 371: Erbkrankheiten (1934–1938), Bd. 2: 1934–1938, fol. 55.

war die herrschaftliche Indienstnahme von Privatkliniken mit einem erheblichen finanziellen Konfliktstoff verbunden, und der Regierungspräsident in Magdeburg ersuchte Ende Januar 1935 den Bezirksfürsorgeverband sowie die Krankenkassen um eine Vereinbarung zur finanziellen Festsetzung mit den zugelassenen Privatkliniken. Als Leitfanden wurde unter anderem festgelegt: „Die öffentlichen Krankenhäuser übernehmen im allgemeinen die Unfruchtbarmachung zu den mit den Krankenkassen vereinbarten Mindestpflegesätzen, in denen auch alle Kosten für Operation usw. enthalten sind. Die Durchführung der Unfruchtbarmachung zu diesen Sätzen dürfte den Privatkrankeanstalten nicht zugemutet werden können, da die Unkosten in diesen im allgemeinen höhere sind und die Ärzte besondere Dienstbezüge, wie sie Krankenhausärzte erhalten, nicht beziehen.“²¹⁴⁸

Gegenüber der Ärztekammer der preußischen Provinz Sachsen betonte der Regierungspräsident von Magdeburg im Juli 1935 die Zulassung von Privatkliniken mit der hohen „Zahl der unfruchtbar zu machenden weiblichen Personen“.²¹⁴⁹ Infolge eines zwischenzeitlichen Zulassungsstopps und der Überprüfung der medizinisch-chirurgischen Leistungsfähigkeit werde die weitere Aufnahme von Privatkliniken jedoch überprüft. Diese Nachprüfungen hatten zwar partiell die Notwendigkeit zur Beteiligung von Privatkliniken gezeigt, zugleich waren die dortigen Sterilisationszahlen aber nur marginal.²¹⁵⁰ In Anbetracht der Neuorganisation, der Zulassung „weiterer öffentlicher Einrichtungen“ sowie der besseren Regelung des „Zustrom[s] der unfruchtbar zu Machenden zu den Krankenanstalten“ bestehe nach Ansicht des Regierungspräsidenten derzeit kein Bedürfnis nach Privatkliniken, und weitere Genehmigungen würden voraussichtlich nicht erteilt werden.²¹⁵¹ Die beabsichtigte Einschränkung aufgrund einer verbesserten Organisation der zugelassenen Krankenhäuser korrespondierte weiterhin mit der bisherigen exemplarischen Auswahl von Privatkliniken, wodurch eine „ungerechtfertigte Bevorzugung“ eingetreten sei, die auch den Eindruck erwecke, „als wenn die jetzt zugelassenen Privatkliniken im Gegensatz zu anderen nicht zugelas-

²¹⁴⁸ LASA, C 28 Ig, Nr. 371: Erbkrankheiten (1934–1938), Bd. 2: 1934–1938, fol. 63.

²¹⁴⁹ LASA, C 28 Ig, Nr. 371: Erbkrankheiten (1934–1938), Bd. 2: 1934–1938, fol. 200.

²¹⁵⁰ Das Gesundheitsamt Magdeburg befürwortete am 22. Juni 1935 die Zulassung der bis dato zur Sterilisation bestimmten Kliniken. Hinsichtlich der „Privatlinik von Dr. Wegrad halte ich es für erwünscht, dass für besondere Fälle wenigstens eine Privatlinik zur Verfügung steht. [...] die Zahl der bisher dort ausgeführten Sterilisation [ist] so gering, dass für die kommunalen Anstalten ein empfindlicher Ausfall nicht zu befürchten ist“. Zudem habe der Bezirksfürsorgeverband eine Kostenregelung vereinbart, die eine höhere finanzielle Belastung nicht erwarten lasse. LASA, C 28 Ig, Nr. 371: Erbkrankheiten (1934–1938), Bd. 2: 1934–1938, fol. 185.

²¹⁵¹ LASA, C 28 Ig, Nr. 371: Erbkrankheiten (1934–1938), Bd. 2: 1934–1938, fol. 201.

nen besser zur Vornahme der Unfruchtbarmachung geeignet oder vielleicht gar vertrauenswürdiger seien“.²¹⁵² Deshalb werde geprüft, ob Privatkliniken, abgesehen von örtlichen „Ausnahmefällen“, überhaupt zugelassen würden, zumal dort die Kosten der Unfruchtbarmachung mit 50 bis zu 100 Prozent höher lägen als in öffentlichen Kliniken. Aus diesen Gründen strebe er eine Rücknahme der Zulassung für Privatkliniken mit Ausnahme von Halberstadt an, da die dortigen Verhältnisse die Durchführung der Sterilisation von privaten Krankenhäusern erforderten.

Der Regierungspräsident von Magdeburg setzte die Ärztekammer der preußischen Provinz Sachsen damit unter Druck, dass er ihr mit Ausschluss drohte. Das maßgebliche Motiv bestand in einer angemessenen Regelung der Sterilisationskosten zugunsten staatlicher Interessen. „Ist die Ärztekammer bereit, auf die Inhaber von gynäkologischen Privatkliniken mit Zulassung zur Unfruchtbarmachung dahin einzuwirken, dass sie in Zukunft ihre diesbezüglichen Kosten grundsätzlich zu den gleichen Sätzen wie die öffentlichen Krankenanstalten desselben Ortes berechnen?“²¹⁵³ Und weiter: „Diese Frage wird gestellt, weil die Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses in ausgesprochen öffentlichem Interesse liegt und von allen Opfern verlangt, zu denen sich auch die beteiligten Ärzte [...] vielleicht bereitfinden werden, wenn sie Wert darauf legen, durch Vornahme der Unfruchtbarmachung Erbkranker am Aufbau der Volksgesundheit im nationalsozialistischen Staat tätig mitzuarbeiten. Sie würde eine besondere Bedeutung gewinnen für den Fall, dass nicht nur einzelne, sondern sämtliche Privatkliniken zugelassen werden sollten.“²¹⁵⁴

Im Zuge der erfolgreichen nationalsozialistischen Machtergreifung und Herrschaftssicherung in der Mitte der 1930er-Jahre sowie der herrschaftlichen Etablierung des Sterilisationsverfahrens instrumentalisierte der Regierungspräsident die Sterilisation als aktive Teilnahme an der rassenhygienischen Aufartung der Volksgemeinschaft, um die finanziellen Kosten der chirurgischen Eingriffe in Privatkliniken zu senken. Gegenüber den wirtschaftlichen Interessen könnte die Vorgehensweise des Regierungspräsidenten auch als ein Versuch verstanden werden, Privatkliniken, die aufgrund des Mangels an medizinischen Einrichtungen zur Sterilisation zunächst zugelassen worden waren, nun mit einer geringeren Entlohnung wieder aus dem Sterilisationsverfahren hinauszudrängen, mit dem Ziel, Unfruchtbarmachungen wie bereits zuvor nahezu ausschließlich in staatlichen Einrichtungen durchführen zu lassen.

²¹⁵² LASA, C 28 Ig, Nr. 371: Erbkrankheiten (1934–1938), Bd. 2: 1934–1938, fol. 202.

²¹⁵³ LASA, C 28 Ig, Nr. 371: Erbkrankheiten (1934–1938), Bd. 2: 1934–1938, fol. 203–204.

²¹⁵⁴ LASA, C 28 Ig, Nr. 371: Erbkrankheiten (1934–1938), Bd. 2: 1934–1938, fol. 204.

Die Ärztekammer bedauerte zwei Wochen später sowohl die begrenzte Zulassung von ausgewählten Privatkliniken als auch die weitgehende Übertragung der Sterilisation an öffentliche Krankenhäuser. „Von vornherein war die Kammer der Ansicht, dass die Mitarbeit an der dem Allgemeinwohl dienenden Ausmerzung kranken Erbguts allen Ärzten ermöglicht werden sollte, die dafür die fachlichen und persönlichen Voraussetzungen mitbrachten.“²¹⁵⁵ Eine Rücknahme der bestehenden Zulassungen sei nicht nachvollziehbar, vor allem da dadurch private Initiativen von Ärzten und Kliniken völlig unterbunden werden würden, was erhebliche negative Nachwirkungen auf dem medizinischen Sektor zur Folge hätte. Die vom Regierungspräsidenten angestrebte Kostensenkung sähe auch die Ärztekammer als notwendig an, jedoch lehnte sie den unlauteren Vergleich des Regierungspräsidenten ab, da öffentliche Kliniken erhebliche fiskalische Vergünstigungen erhielten, die die geringen Sterilisationskosten erst ermöglichten. Im Ergebnis stellte die Ärztekammer Vereinbarungen zur Kostensenkung in Aussicht und bat um die „Zulassung aller geeigneten Anstalten, gegen deren Besitzer oder Leiter keine Bedenken erhoben werden können“.²¹⁵⁶

Im Hinblick auf den Höchststand von zugelassenen Einrichtungen im Jahr 1936 kann konstatiert werden, dass neben den bestehenden privaten Krankenhäusern keine weiteren privaten Einrichtungen, abgesehen von einer Privatklinik in Stendal, zugelassen wurden. So waren in der preußischen Provinz Sachsen insgesamt zehn Privatkliniken zugelassen – im Regierungsbezirk Merseburg vier und im Regierungsbezirk Magdeburg sechs, keine einzige hingegen im Regierungsbezirk Erfurt. Die Beteiligung von privaten Einrichtungen blieb insgesamt eine Ausnahme. Damit verbunden hatten diese Kliniken auch unter Berücksichtigung der Anzahl von Unfruchtbarmachungen nur eine randständige Bedeutung. So wurden etwa bis Mitte Juni 1935 in der Privatklinik von Dr. Wegrad in Magdeburg insgesamt sieben Unfruchtbarmachungen vorgenommen. Demgegenüber übernahmen zwei private Frauenkliniken in Halberstadt eine wichtige städtische Funktion, da sie als einzige Einrichtungen berechtigt waren, Zwangssterilisationen von Frauen durchzuführen und bis zur Jahresmitte 1935 bereits 60 Sterilisationen vorgenommen hatten.

²¹⁵⁵ LASA, C 28 Ig, Nr. 371: Erbkrankheiten (1934–1938), Bd. 2: 1934–1938, fol. 205.

²¹⁵⁶ LASA, C 28 Ig, Nr. 371: Erbkrankheiten (1934–1938), Bd. 2: 1934–1938, fol. 205. Sowohl die Diskussion um die Zulassung von Privatkliniken als auch von psychiatrischen Krankenhäusern in der preußischen Provinz Sachsen bestätigt die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften vor allem in Hinblick auf die chirurgisch-gynäkologische Qualifikation der operierenden Ärzte.

Die bis zur Mitte der 1930er-Jahre fortwährende Diskussion über die Zulassung von Privatkliniken verdeutlicht einerseits das staatliche Bedürfnis nach medizinisch-chirurgischen Einrichtungen, um insbesondere die Unfruchtbarmachung von Frauen zu gewährleisten. Die staatlichen Einrichtungen genügten den quantitativen Anforderungen nicht, sodass Privatkliniken als Alternativlösung herangezogen wurden. Jedoch konnten sie nur als strukturelle Ergänzung dienen, da diese Kliniken ebenfalls über begrenzte Versorgungsmöglichkeiten von männlichen und weiblichen psychiatrischen Patienten verfügten. Beispielsweise teilte Dr. Wegrad dem Regierungspräsidenten im Dezember 1934 mit, dass die Unfruchtbarmachung von Psychiatriepatienten nicht durchführbar sei. „Die Behandlung schwer psychiatrisch Kranker würde eine nicht zu ertragende Störung für die übrigen Kranken bedeuten, und somit die Sicherheit einer geordneten und zweckmässigen Behandlung letzterer nicht mehr gegeben sein. Ich bitte daher dringend, von der Überweisung weiblicher sowie männlicher geisteskranker Personen in meine Klinik zwecks Unfruchtbarmachung absehen zu wollen. Die Aufnahme nicht unruhiger resp.[ektive] nicht geisteskranker Personen beiderlei Geschlechts zwecks Unfruchtbarmachung wird davon nicht berührt.“²¹⁵⁷

Die begrenzte Aufnahmekapazität von Privatkliniken, der befürchtete Kontrollverlust über das Sterilisationsverfahren sowie die vergleichsweise hohen Kosten der Unfruchtbarmachung trugen dazu bei, dass die Beteiligung von Privatkliniken infolge der Etablierung eines tragfähigen Netzes von zugelassenen Krankenhäusern in der zweiten Jahreshälfte 1936 begrenzt wurde. Die Interessen von Privatkliniken an der Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ bestanden insbesondere in der finanziellen Partizipation. Darüber hinaus befürchteten die Klinikleiter einen Prestigeverlust, da die Auswahlkriterien der Öffentlichkeit nicht bekannt waren und somit die fehlende Berücksichtigung den Eindruck einer unzureichenden Qualifikation zum Ausdruck bringen konnte. Inwiefern diese Klinikdirektoren über ihre finanziellen Interessen hinaus die Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation begrüßten, kann nicht geklärt werden. Zumindest die Ärztekammer der preußischen Provinz Sachsen betonte den Willen zur aktiven Teilnahme an bevölkerungspolitischen Maßnahmen auch durch die praktische Ärzteschaft.²¹⁵⁸

²¹⁵⁷ LASA, C 28 Ig, Nr. 371: Erbkrankheiten (1934–1938), Bd. 2: 1934–1938, fol. 47.

²¹⁵⁸ Es kann nicht geklärt werden, in welchem Umfang sich die Privatkliniken im Anschluss an die Kostenregelungen und die damit verbundene geringere Vergütung an der Unfruchtbarmachung beteiligten.

7.3 Zur Durchführung der chirurgischen Zwangssterilisation

7.3.1 Zur Aussetzung der Unfruchtbarmachung

Die Vornahme des chirurgischen Eingriffs konnte trotz eines rechtsgültigen Beschlusses eines Erbgesundheitsgerichts gerichtlicherseits ausgesetzt oder eingestellt werden. Maßgebliche Gründe der Aussetzung waren der Nachweis, „daß die Unfruchtbarmachung mit Lebensgefahr für den Erbkranken verbunden wäre“, die Aufnahme in eine geschlossene psychiatrische Einrichtung auf eigene Kosten sowie eine Schwangerschaft, die ohne Einwilligung nicht abgebrochen werden durfte.²¹⁵⁹ Daneben konnten Sterilisationsverfahren aufgrund von Fortpflanzungsunfähigkeit, Tod oder „Unauffindbarkeit“ eingestellt werden.²¹⁶⁰ Diese verfahrensrechtlichen Gründe zur Aussetzung oder Einstellung betrafen jedoch lediglich rund fünf Prozent der eingeleiteten Sterilisationsverfahren. Etwa zwei Drittel der ausgesetzten und eingestellten Sterilisationsverfahren entfielen dabei auf Frauen, was auf die verfahrensrechtlichen Einstellungsgründe, etwa Schwangerschaft, und deren Anwendung hinweist.²¹⁶¹

Die niedrige Quote unterstützt die bisher erarbeiteten Ergebnisse einer rigiden Sterilisationspraxis im Dritten Reich, da über 95 Prozent der von einem Erbgesundheitsgericht verurteilten Frauen und Männer auch tatsächlich unfruchtbar gemacht wurden.²¹⁶² Trotz der geringen Bedeutung bietet die Betrachtung von ausgesetzten und eingestellten Verfahren weiterführende Hinweise zur Durchführung der nationalsozialistischen Sterilisationspraxis insgesamt, eröffnet weiterführende geschlechtsspezifische Forschungsperspektiven und bildet zumindest ansatzweise auch zielgerichtete Verteidigungsstrategien von betroffenen Frauen und Männern ab.²¹⁶³ Insbesondere die so genannte „Unauffindbarkeit“ deutet darauf hin, dass Frauen und Männer zur Verhinderung der Unfruchtbarmachung von ihrem Wohnort flohen, sich versteckten oder ohne Angabe einer neuen Adresse verzogen.

²¹⁵⁹ Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 65. Inwiefern ausgesetzte Verfahren später wiederaufgenommen wurden und zur Unfruchtbarmachung führten, kann nicht geklärt werden.

²¹⁶⁰ Die Berichte zur Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ umfassten bis 1935 hauptsächlich die Gründe, die zu einer Aussetzung des Verfahrens führten. Seit 1936 wurden ebenso Gründe angegeben, die eine Fortführung des Verfahrens verhinderten.

²¹⁶¹ Vgl. Tabellen zur Aussetzung des Sterilisationsverfahrens siehe Anhang, V: Aussetzung und Zwangsmaßnahmen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933. Ein nicht unerheblicher Anteil von rund 40 Prozent der Sterilisationsverfahren wurde aufgrund von „sonstigen Gründen“ ausgesetzt. Da weiterführende Hinweise fehlen, können diese „sonstigen Gründe“ nicht genauer erläutert werden.

²¹⁶² Bei einer ermittelten Gesamtzahl von nahezu 14 000 Sterilisationsanträgen wurden mit einer Anzahl von 629 Verfahren knapp unter fünf Prozent der Verfahren wieder ausgesetzt.

²¹⁶³ Zu männlichen und weiblichen Verteidigungsstrategien siehe Kap. 8.

Der prozentuale Anteil von ausgesetzten und eingestellten Verfahren blieb bis Anfang der 1940er-Jahre in den Regierungsbezirken Magdeburg und Merseburg weitgehend konstant, lediglich im Regierungsbezirk Erfurt stieg der Anteil im Jahr 1940 auf rund 11 Prozent.²¹⁶⁴ Dabei können zeitliche Entwicklungen oder spezifische regionale Ausprägungen nicht festgestellt werden.²¹⁶⁵

Rund ein Viertel der ausgesetzten Verfahren wurde mit einer bestehenden Schwangerschaft begründet.²¹⁶⁶ Ein weiterer wichtiger Aussetzungsgrund war die drohende Lebensgefahr, die insgesamt knapp 18 Prozent ausmachte. Die freiwillige Aufnahme in eine psychiatrische Anstalt, die Fortpflanzungsunfähigkeit sowie der Tod hatten mit etwa fünf bis sechs Prozent nur eine geringe Bedeutung an der Aussetzung und Einstellung von Sterilisationsverfahren. Daneben wurden ebenfalls rund sechs Prozent der Sterilisationsverfahren wegen „Unauffindbarkeit“ ausgesetzt. Diese Daten weisen darauf hin, dass die Flucht als zielgerichtete Verteidigungsstrategie zur Verhinderung der Unfruchtbarmachung nur geringe Erfolgsaussichten besaß. Damit verbunden kann auch gemutmaßt werden, dass einer fortwährenden Flucht unter den diktatorischen Bedingungen des Dritten Reiches nur geringere Erfolgsaussichten beigegeben wurden.

Eine besondere Form der Aussetzung trat auf der Grundlage einer ministeriellen Anordnung vom 31. August 1939 ein, welche die Fortführung des Sterilisationsverfahrens an die besondere Fortpflanzungsgefährlichkeit von als „erbkrank“ geltenden Frauen und Männern knüpfte.²¹⁶⁷ Bereits im Jahr 1939 wurde entsprechend rund die Hälfte der Sterilisationsverfahren aufgrund einer nur als gering beurteilten Fortpflanzungsgefahr eingestellt. Diese Quote sank dann im Jahr 1940 auf rund 15 bis 20 Prozent. Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern waren dabei nur marginal, so dass weder Frauen noch Männer aufgrund der Zuweisung einer vermeintlich besonderen, geschlechtsspezifischen „Fortpflanzungsgefahr“ intensiver verfolgt wurden.

²¹⁶⁴ Der Anteil betrug im Regierungsbezirk Magdeburg zwischen 5,67 (1935) und 5,4 Prozent (1940) und im Regierungsbezirk Merseburg 5,71 (1935) und 6,37 Prozent (1941). Dagegen schwankte er im Regierungsbezirk Erfurt von 3,54 Prozent (1935) bis rund 11 Prozent (1940). Demgegenüber kann ein erheblicher Rückgang von ausgesetzten oder eingestellten Sterilisationsverfahren im Verlauf der 1930er-Jahre konstatiert werden. Insofern korrelierte der Rückgang von ausgesetzten Verfahren mit der Abnahme von Sterilisationsanträgen.

²¹⁶⁵ Zeitliche Entwicklungen können aufgrund der begrenzten Überlieferung kaum erörtert werden, zumal weniger Entwicklungen als vielmehr Schwankungen konstatiert werden müssen. So trat die Unfruchtbarkeit lediglich punktuell als Einstellungsgrund auf, hingegen Anstaltsaufenthalt, Schwangerschaft, Lebensgefahr oder Unauffindbarkeit jährlich, aber mit zuweilen erheblichen Schwankungen. So tendierte das Bestehen einer Schwangerschaft als Einstellungsgrund zwischen sieben und rund 61 Prozent.

²¹⁶⁶ Der jährliche Anteil schwankte und nahm im Verlauf der 1930er-Jahre tendenziell ab.

²¹⁶⁷ Vgl. Kap. 3.3.2.

Demgegenüber können auch einige geschlechtsspezifische Merkmale der Aussetzungs- und Einstellungspraxis von Sterilisationsverfahren konstatiert werden.²¹⁶⁸ Neben der Schwangerschaft wurde die Unfruchtbarmachung aufgrund von vermeintlich bestehender Lebensgefahr bei Frauen mit über 80 Prozent erheblich häufiger ausgesetzt als bei Männern. Ebenfalls mit knapp 80 Prozent wurden Verfahren gegen Frauen aufgrund von Unfruchtbarkeit eingestellt. Diese Einstellungsgründe korrelieren eindeutig mit dem biologischen Geschlecht. Trotz des verhältnismäßig geringen Anteils am Gesamtvolumen von Sterilisationsbeschlüssen wurden der weibliche Körper und seine Geschlechtsorgane auch aufgrund des schwerwiegenden chirurgischen Eingriffs scheinbar einer intensiveren Kontrolle unterworfen. Ein wesentliches Motiv könnte in der hohen weiblichen Sterberate vor allem zu Beginn der nationalsozialistischen Zwangssterilisation gesehen werden, die zu einer intensiveren medizinischen Vor- und Nachbetreuung führte. Die bei Frauen häufiger konstatierte Unfruchtbarkeit dürfte im Zusammenhang mit dem Alter gestanden haben, da Frauen im Gegensatz zu Männern ab dem 45. Lebensjahr eine geringe „Fortpflanzungsgefahr“ attestiert und somit die Sterilisation als nicht notwendig erachtet wurde. „Als nicht fortpflanzungsfähig sind anzusehen [...] Erwachsene im hohen Alter. Bei Frauen wird dies in der Regel anzunehmen sein, wenn sie das 45. bis 50. Lebensjahr überschritten haben und die Monatsblutung infolge der Altersrückbildung der Geschlechtsorgane (Wechseljahre) nach ärztlicher Feststellung ausgeblieben ist.“²¹⁶⁹

Demgegenüber ließen sich Männer mit rund 65 Prozent häufiger in eine psychiatrische Anstalt aufnehmen, auch lag hier der Tod als Grund für eine Verfahrenseinstellung mit 60 Prozent etwas höher als bei Frauen. Ebenso hatten Männer in der Kategorie der so genannten „Unauffindbarkeit“ mit etwa zwei Dritteln einen größeren Anteil als Frauen. Demzufolge waren Männer anscheinend eher dazu bereit, etwa aufgrund von geringeren sozialen Verpflichtungen, ihr soziales Umfeld zu verlassen, um die Sterilisation zu verhindern. Die Aussetzung oder Einstellung von Sterilisationsverfahren unterschied sich demnach zwischen den Geschlechtern anhand von biologischen und sozialen Kriterien. Für Frauen galten eher biologisch-körperliche Begründungen wie Unfruchtbarkeit, Schwangerschaft oder Lebensgefahr, für Männer trafen

²¹⁶⁸ Innerhalb der männlichen und weiblichen Geschlechtergruppen waren für die Einstellung oder Aussetzung des Sterilisationsverfahrens hauptsächlich die so genannten „sonstigen Gründe“ mit über 40 Prozent, der „Tod“ mit circa 20 Prozent und die „Unauffindbarkeit“ mit rund 18 Prozent verantwortlich.

²¹⁶⁹ Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 131.

eher soziale Aspekte zu, wie vor allem die Flucht oder der freiwillige Anstaltsaufenthalt.

Schließlich ergeben sich im Hinblick auf die Durchführung des chirurgischen Eingriffs insbesondere für Frauen zwei besondere Kennzeichen: Einerseits die weitaus höheren gesundheitlichen Risiken infolge der Zerstörung der weiblichen Fortpflanzungsfähigkeit, die zu einer Vielzahl von Todesfällen führte; andererseits die Schwangerschaft, die im Rahmen der nationalsozialistischen Zwangssterilisation seit der Gesetzesänderung vom 26. Juni 1935 mit Zustimmung der betroffenen Frauen abgebrochen werden konnte. Darüber hinaus verweisen das Festhalten an einer Schwangerschaft oder sogar die gezielte Gravidität von Frauen ebenso wie die vor allem von Männern praktizierte Flucht auf spezifisch männliche und weibliche Verhaltensweisen, um die chirurgische Unfruchtbarmachung zu verhindern oder zumindest zeitlich zu verzögern.

7.3.2 Zum Schwangerschaftsabbruch

Bis Juni 1935 war der eugenisch-rassenhygienisch indizierte Abort verboten.²¹⁷⁰ Die Zulassung des Schwangerschaftsabbruchs aus eugenischen Gründen wurde jedoch bereits im Zuge der Diskussionen über das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ erwogen.²¹⁷¹ Allerdings wurde die Legalisierung des Aborts vornehmlich aus innenpolitischen Opportunitätsgründen vor allem gegenüber Widerständen der katholischen Kirche zunächst nicht umgesetzt.²¹⁷² Die politisch und keineswegs eugenisch motivierte Entscheidung gegen den gesetzlich legitimierten Schwangerschafts-

²¹⁷⁰ An dieser Stelle kann keine ausführliche Darstellung weder der Diskussion des Schwangerschaftsabbruchs aus eugenischen Gründen seit 1900 noch der Auseinandersetzungen über die Legalisierung des Schwangerschaftsabbruchs im Rahmen von Geburtenpolitik, Frauenbewegung und Rassenhygiene geleistet werden. Weiterführend jüngst Osborne, Cornelia: Abtreibung in der Weimarer Republik. Weibliche Forderungen und Erfahrungen. In: Niethammer, Lutz/Satjukow, Silke (Hrsg.): „Wenn die Chemie stimmt.“ Geschlechterbeziehungen und Geburtenplanung im Zeitalter der Pille, Göttingen, S. 96–118; dies.: Frauenkörper, Volkskörper, S. 201–256; Diemel, Christiane: Das 20. Jahrhundert (I). Frauenbewegung, Klassenjustiz und das Recht auf Selbstbestimmung der Frau. In: Jütte, Robert (Hrsg.): Geschichte der Abtreibung. Von der Antike bis zur Gegenwart, München 1993, S. 140–168; Jütte, Robert: Lust ohne Last. Geschichte der Empfängnisverhütung, München 2003; Waite, Robert G.: Eine Sonderstellung unter den Straftaten. Die Verfolgung der Abtreibung im Dritten Reich. In: Gottwald, Alfred/Kampe, Norbert/Klein, Peter (Hrsg.): NS-Gewaltherrschaft. Beiträge zur historischen Forschung juristischen Aufarbeitung, Berlin 2005, S. 104–117

²¹⁷¹ Eine kurze Zusammenfassung der medizinischen Diskussion über den eugenisch indizierten Schwangerschaftsabbruch zwischen den 1910er- und 1930er-Jahren bietet etwa Bussen, Franz: Die eugenische Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung in Schrifttum und Praxis bis zum Jahre 1933, Ochsenfurt/Main 1937, S. 16–27.

²¹⁷² Vgl. Richter: Katholizismus und Eugenik, S. 140–176, 479–492.

abbruch rief erhebliche Kritik seitens radikalerer rassenhygienischer und nationalsozialistischer Vertreter, wie etwa Reichsgesundheitsführer Gerhard Wagner, hervor, die die Etablierung und Durchführung einer zielgerichteten und effektiven Bevölkerungspolitik gefährdet sahen.²¹⁷³ Denn der eugenisch indizierte Schwangerschaftsabbruch stellte für rassenhygienische Selektionsinteressen einen notwendigen und quasi logischen Bestandteil exkludierender Regulierungsmaßnahmen dar, um die Fortpflanzung von als „erbkrank“ und „minderwertig“ geltenden Frauen und Männern grundsätzlich zu unterbinden.²¹⁷⁴

Mit Blick auf die nationalsozialistische Zwangssterilisation als angewandte Selektionspraxis bedeutete das vorläufige Verbot von Schwangerschaftsabbrüchen ein schwerwiegendes praktisches Hemmnis. Einerseits konnten Sterilisationsbeschlüsse von Erbgesundheitsgerichten aufgrund von bestehenden Schwangerschaften nicht umgesetzt werden. Andererseits nutzten Frauen und Ehepaare die Gesetzeslücke in Form von sogenannten „Trotzschwangerschaften“, um die herrschaftlichen Sterilisationsinteressen zu konterkarieren und die Durchführung der Unfruchtbarmachung zumindest zeitlich zu verzögern. Sowohl die zeitlichen Verzögerungen des Sterilisationsverfahrens als auch insbesondere die Geburt von Kindern von als „erbkrank“ geltenden Frauen und Männern entsprachen nicht den rassenhygienischen Selektionsinteressen der neuen Machthaber.

Die zielgerichtete Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation wurde ihrer Meinung nach bereits in der Frühphase durch bestehende Schwangerschaften und fehlende rechtliche Bedingungen behindert. Entsprechend dem diskursiven wie praktischen Spannungsverhältnis zwischen rassenhygienischen Sterilisationsinteressen und den gesetzlichen Reglementierungen des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ erkundigte sich schon Ende November 1933 ein Gemeindevorsteher beim Kreisarzt von Oschersleben über die Möglichkeiten eines dringend angezeigten Schwangerschaftsabbruchs. Eine unverheiratete Frau im Alter von 30 Jahren, die bei ihrer Mutter lebe, sei im fünften oder sechsten Monat schwanger. „Sie hat Verkehr gehabt mit einem in Halberstadt wohnenden Mann (der Name muss noch festgestellt werden), der an epileptischen Anfällen leidet. Sie selbst ist geistig minderwertig, hat bisher noch nie gearbeitet und hat ein menschenscheues Wesen. Der Vater war

²¹⁷³ Vgl. Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 98–101, 338–344.

²¹⁷⁴ Vgl. Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 380. Weiterführend Holm, Kurt: Die Schwangerschaftsunterbrechung bei Erbkranken. In: Zeitschrift für Medizinalbeamte, Jg. 11 (1934), S. 453–465.

starker Trinker und ist infolge seiner Trunksucht tödlich verunglückt.“²¹⁷⁵ Im Sinne der vorherrschenden soziobiologischen Erblogik, die das Sozialverhalten als Spiegel des Erbguts ansah, konstatierte der Gemeindevorsteher tautologisch: „Das zu erwartende Kind wird sicherlich kein vollwertiges Mitglied der Menschheit werden, da es von beiden Elternteilen erblich belastet sein wird.“²¹⁷⁶

Vor dem Hintergrund des nationalsozialistischen Sterilisationsgesetzes, welches kurze Zeit später am 1. Januar 1934 in Kraft treten sollte, fragte der Gemeindevorsteher nun nach, ob nicht die Möglichkeit bestehe, das „erbkrank“ Kind abzutreiben, zumal mit Sicherheit anzunehmen sei, „daß die Mutter und das Kind der Gemeinde zur Last fallen werden“.²¹⁷⁷ Um seinem Anliegen noch besonderen Nachdruck zu verleihen und die Chancen eines Schwangerschaftsabbruchs zu erhöhen, teilte der Gemeindevorsteher weiterhin mit, dass auch das Einverständnis der Mutter vorliege.²¹⁷⁸ Der verantwortliche Kreisarzt von Oschersleben erkundigte sich umgehend beim Regierungspräsidenten von Magdeburg nach den bestehenden Regelungen und Chancen eines gesetzlich legitimen Schwangerschaftsabbruchs aus eugenischen Gründen. Und bereits am 24. November 1933 teilte der Regierungspräsident von Magdeburg mit: „So wünschenswert im vorliegenden Falle die Unterbrechung der Schwangerschaft wohl erscheint, ist dieses indes nach den derzeitigen gesetzlichen Bestimmungen leider nicht statthaft.“²¹⁷⁹

Vergleichbare Fälle, die rechtliche Unsicherheit und Klärungsbedarf sowie exkludierende Bedürfnisse dokumentieren, sind mit Inkrafttreten des nationalsozialistischen Sterilisationsgesetzes für das gesamte Reichsgebiet überliefert.²¹⁸⁰ In den Augen von Amtsärzten, Erbgesundheitsrichtern bis hin zu Landräten und Gemeindevorstehern bedeutete die fehlende Möglichkeit eines Schwangerschaftsabbruchs eine erhebliche Einbuße der regulatorischen Schlagkraft des nationalsozialistischen Sterilisationsgesetzes. Auf ärztliches und parteipolitisches Drängen wurden deshalb die Möglichkeiten eines Schwangerschaftsabbruchs aus eugenischen Gründen bereits ab 1934

²¹⁷⁵ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 1, fol. 5.

²¹⁷⁶ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 1, fol. 5.

²¹⁷⁷ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 1, fol. 5.

²¹⁷⁸ Ob die Mutter als gesetzlicher Vormund der betroffenen Frau eingesetzt war, kann nicht geklärt werden. Die bis 1933 durchgeführten Sterilisation aus medizinischen und auch eugenischen Gründen scheinen durch Einwilligung der betroffenen Frauen sowie nächster Verwandter, wie Eltern oder Ehemann, bestätigt worden zu sein. Busse: Die eugenische Indikation, S. 28–29.

²¹⁷⁹ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 1, fol. 5.

²¹⁸⁰ Vgl. etwa Heitzer: Zwangssterilisation in Passau, S. 270; Vossen: Gesundheitsämter im Nationalsozialismus, S. 312.

auf ministerieller Ebene diskutiert.²¹⁸¹ Gleichzeitig sicherte Reichsgesundheitsführer Gerhard Wagner, nach Absprache mit Adolf Hitler und ohne Kenntnis der Justiz, Ärzten, die einen Schwangerschaftsabbruch aus eugenischen Gründen vornahmen, Straffreiheit zu. In diesem Zusammenhang etablierte das Erbgesundheitsgericht Hamburg eine radikale Auslegung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“, indem es in Anlehnung an Carl Schmitt die Zulassung des Schwangerschaftsabbruchs als Form eines „übergesetzlichen Notstand“ begründete.²¹⁸² Diesem Vorgehen folgten einige Erbgesundheitsgerichte und Erbgesundheitsobergerichte als rechtliche Haltepunkte eines Oberlandesgerichtsbezirks.²¹⁸³ Gegenüber dieser rechtlichen Vorgehensweise entstand jedoch auch erhebliche Kritik, etwa durch den am Erbgesundheitsobergericht Kiel tätigen Richter Martin Grunau, der ebenfalls die soziobiologische Beweisführung des „angeborenen Schwachsinn“ als gesetzlich definierte Erbkrankheit scharf kritisierte.²¹⁸⁴

Dementsprechend herrschte seit 1934 eine unklare Rechtsprechung vor, die eine regional unterschiedliche Sprachpraxis von Erbgesundheitsgerichten begründete und ebenso Unsicherheiten in der Bevölkerung hervorrief. In Anbetracht der Ergebnisse zur Erbgesundheitsgerichtsbarkeit in der preußischen Provinz Sachsen, die von einer durchaus sachlichen Rechtsprechung durch das Erbgesundheitsobergericht Naumburg geprägt war, kann davon ausgegangen werden, dass die provinziellen Erbgesundheitsgerichte nicht der Vorgehensweise ihrer Hamburger Kollegen folgten.²¹⁸⁵ Gleichwohl können in der Zusicherung von Straffreiheit durch den Reichsgesundheitsführer, die später etwa zur Einstellung von Strafverfahren aufgrund von Todesfällen oder Schwangerschaftsabbrüchen nach dem sechsten Monat führte, bereits Vorboten

²¹⁸¹ Vgl. etwa Czarnowski, Gabriele: Frauen als Mütter der „Rasse“. Abtreibungsverfolgung und Zwangseingriff im Nationalsozialismus. In: Staupe, Gisela (Hrsg.): Unter anderen Umständen. Zur Geschichte der Abtreibung, Berlin 1993, S. 62; Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 98–101.

²¹⁸² Vgl. Vossen: Gesundheitsämter im Nationalsozialismus, S. 311; Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 382. Die Notstandsargumentation war keine Neuheit, sondern wurde bereits in den 1920er-Jahren formuliert. Vgl. Busse: Die eugenische Indikation, S. 23–24.

²¹⁸³ Vgl. Heitzer: Zwangssterilisation in Passau, S. 271.

²¹⁸⁴ Vgl. Grunau: Schwachsinn im Erbgesundheitsverfahren; Heitzer: Zwangssterilisation in Passau, S. 272.

²¹⁸⁵ Ein wichtiger Beleg besteht darin, dass keine gegenteiligen Urteile oder ärztlichen Berichte erschlossen werden konnten. Zudem erwies sich das Oberlandesgericht Naumburg auch in Streitfragen der Rechtsprechung zur Erbgesundheitsgerichtsbarkeit als gemäßigt, sodass davon ausgegangen werden kann, dass seitens des Erbgesundheitsobergerichts Naumburg keine radikale Rechtsprechung inklusive Zulassung von Schwangerschaftsabbrüchen vor Juni 1935 ausging. Vgl. Kap. 6.1.1, 6.3.3.

des vor allem seit Kriegsbeginn charakteristischen nationalsozialistischen Maßnahmenstaates gesehen werden, der durch eine massive Aushöhlung von rechtsstaatlichen Prinzipien gekennzeichnet war.²¹⁸⁶

In Anbetracht der rechtlichen Diskussionen und Unklarheiten sowie auch in Bezug auf eine Effektivierung der nationalsozialistischen Sterilisationspraxis wurde am 26. Juni 1935 das „Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ erlassen.²¹⁸⁷ „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.“²¹⁸⁸ Der Schwangerschaftsabbruch im Zuge des nationalsozialistischen Sterilisationsgesetzes war an den Gerichtsbeschluss eines Erbgesundheitsgerichtes bzw. Erbgesundheitsobergerichtes gebunden. Dabei entschied das Gericht nicht auf Unfruchtbarmachung und Schwangerschaftsabbruch, sondern weiterhin nur auf Sterilisation. Die Frage der Schwangerschaftsunterbrechung wurde im Gerichtsbeschluss nicht berührt. Der Abbruch im Zuge des operativen Eingriffs zur Unfruchtbarmachung durfte lediglich auf der Grundlage der Einwilligung der betroffenen Frau vorgenommen werden. Die entsprechende Einverständniserklärung musste der verantwortliche Amtsarzt einholen. In Anbetracht der Einwilligungslösung hat sich der gemäßigte rassenhygienische Flügel um Arthur Gütt gegen die radikaleren Forderungen nach Zwangsabtreibungen um Gerhard Wagner durchgesetzt. Neben den weitreichenden bevölkerungspolitischen Konsequenzen von zwangsweise durchführbaren Schwangerschaftsabbrüchen aus eugenischen Gründen, spielten vor allem innenpolitische Motive, wie vor allem Widerstände und Unruhe katholisch geprägter Regionen, eine ausschlaggebende Rolle.²¹⁸⁹

Neben der Schwangerschaftsunterbrechung aus eugenischen Gründen wurde auch der Schwangerschaftsabbruch aus medizinischen Gründen erlaubt.²¹⁹⁰ Damit

²¹⁸⁶ Vgl. Kap. 6.2.4.

²¹⁸⁷ Vgl. RGBl. I, Jg. 1935, Nr. 65, S. 773.

²¹⁸⁸ RGBl. I, Jg. 1935, Nr. 65, S. 773.

²¹⁸⁹ Vgl. Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 338–344.

²¹⁹⁰ So wurde Paragraph 14 dahingehend verändert: „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.“ RGBl. I, Jg. 1935, Nr. 65, S. 773. Die letztendliche Entscheidung über den Schwangerschaftsabbruch aus medizinischen Gründen wurde

wurde erstmals in der deutschen Geschichte der Schwangerschaftsabbruch gesetzlich erlaubt.²¹⁹¹ Die gesetzliche Zulassung von Schwangerschaftsabbrüchen im Dritten Reich bedeutete allerdings keine frauen-, gesundheits- oder sozialpolitische Liberalisierung. Im Gegenteil: Der Schwangerschaftsabbruch bildete einen weiteren Bestandteil in der herrschaftlich-väterlichen Kontrolle und Regulierung der Bevölkerung, indem neben der männlichen Zeugungsfähigkeit und der weiblichen Gebärfähigkeit nun auch die weibliche Schwangerschaft dem staatlichen Zugriff unterstellt wurde. Die Geburtenprävention sollte somit endgültig der männlichen und weiblichen Privatsphäre entzogen und einem herrschaftlich-biopolitischen Zugriff unterworfen werden.²¹⁹² Und auch wenn die Zulassung des Schwangerschaftsabbruchs zumindest partiell als praktischer „Nebeneffekt“ der Durchführung des nationalsozialistischen Sterilisationsgesetzes angesehen werden kann, so ist jedoch die gesetzliche Erweiterung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ insbesondere als integrale Ingredienz nationalsozialistischer Bevölkerungspolitik sowie als konsequente Fortführung einer regulierenden Geburtenpolitik zu charakterisieren.²¹⁹³ Denn bereits zum 1. Juni 1933 wurden die ersten Liberalisierungsversuche des Schwangerschaftsabbruchs der Weimarer Jahre, wie etwa der Abort aus medizinischen Gründen oder die Reform des Paragraphen 218 in Form der Abstufung von einem Verbrechen zu einem Vergehen im Mai 1926, mit der Wiedereinführung der Paragraphen 219 und 220 zu nichtegemacht.²¹⁹⁴ Der herrschaftlich verfolgte Schwangerschaftsabbruch war in den

spezifischen Gutachterstellen übertragen. Vgl. RGBl. I, Jg. 1935, Nr. 82. Vierte Verordnung zur Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 18. Juli 1935, S. 1035–1037. Über die Tätigkeit von entsprechenden Gutachterstellen auf dem Gebiet der preußischen Provinz Sachsen liegen keine weiterführenden Ergebnisse vor.

²¹⁹¹ Der Schwangerschaftsabbruch aufgrund medizinischer Gründe war 1927 durch ein Urteil des Reichsgerichts zulässig geworden, dieses Urteil besaß jedoch keinen gesetzlichen Charakter. Vgl. Czarnowski: Frauen als Mütter der „Rasse“, S. 58; Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 380–382.

²¹⁹² Ein wichtiges Charakteristikum des herrschaftlichen Restaurationsprozesses der diskursiven Liberalisierung von Ehe, Sexualität und Nachwuchs bildete etwa das Ende der seit 1919 eingerichteten Sexualberatungsstellen im Mai 1933. Vgl. etwa die Diskussionen zu „Eheberatungsstellen“, Kap. 3.2.2. Weiterführend auch Jütte: Lust ohne Last. Zu Schwangerschaft und Geburt vor allem Labouvie, Eva: Andere Umstände. Eine Kulturgeschichte der Geburt, Köln 1998, 2. Auf. 2000; dies.: Frauenkulturen im heutigen Europa: Schwangerschaft und Geburt zwischen Körperritual, Erlebnisraum und der Medikalisierung von Mentalitäten. In: Rüdiger Fikentscher (Hrsg.): Europäische Gruppenkulturen. Familie, Freizeit, Rituale, Halle 2006, S. 41–57.

²¹⁹³ Vgl. Czarnowski: Frauen als Mütter der „Rasse“, S. 61.

²¹⁹⁴ So lautete etwa § 219, Abs. 1 „Wer zu Zwecken der Abtreibung Mittel, Gegenstände oder Verfahren öffentlich ankündigt oder anpreist oder solche Mittel oder Gegenstände an einem allgemein zugänglichen Orte ausstellt, wird mit Gefängnis bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.“ Und § 220: „Wer öffentlich seine eigenen oder fremde Dienste zur Vornahme oder Förderung von Abtreibungen anbietet, wird mit Gefängnis bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.“

Worten von Gisela Bock nicht nur „Resultat einer immanenten und expansiven rassenhygienischen ‚Logik‘, sondern auch des Widerstands ‚minderwertiger‘ Frauen“.²¹⁹⁵ Und Robert Jütte betont die Geisteshaltung von Ärzten sowie die fließenden rassenhygienisch-selektiven Grenzen zwischen Weimarer Republik und Nationalsozialismus: „Nicht das Wohl der Frauen, sondern eugenische Überlegungen bestimmten also [...] längst vor 1933 das Denken von Ärzten, die Sterilisationen vornahmen.“²¹⁹⁶

Mit der gesetzlichen Zulassung des Schwangerschaftsabbruchs aus eugenischen und medizinischen Gründen wurde nun sowohl den rassenhygienischen Regulierungsinteressen als auch den herrschaftlichen Kontroll- und Überwachungsinteressen an der biologischen Generativität der deutschen Bevölkerung zielgerichtet Rechnung getragen.²¹⁹⁷ In der Konsequenz wurden die Möglichkeiten einer strafrechtlich konnotierten und auch verfolgten Abtreibung, bis dato häufig von Hebammen oder Heilpraktikern vorgenommen, stark eingeschränkt, was aufgrund von sozialen oder finanziellen Notlagen der betroffenen Frauen häufig zu schweren Selbstverletzungen und Todesfällen führte.²¹⁹⁸

Die praktische Bedeutung des Schwangerschaftsabbruchs im Rahmen der nationalsozialistischen Zwangssterilisation kann aufgrund der reichsweit nur dünnen Quellenbasis kaum rekonstruiert werden.²¹⁹⁹ So lässt die marginale Überlieferung auch lediglich ansatzweise zu, belastbare Rückschlüsse auf den Umfang von eugenisch motivierten Schwangerschaftsabbrüchen zu formulieren. In der Forschung wird dabei

²¹⁹⁵ Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 381.

²¹⁹⁶ Jütte: Lust ohne Last, S. 266. Hinsichtlich der stetigen Zunahme des Zuspruchs eugenisch indizierter Schwangerschaftsunterbrechungen im Rahmen der Sterilisationsdebatte siehe Busse: Die eugenische Indikation, S. 16–27.

²¹⁹⁷ Infolge der gesetzlichen Zulassung des Schwangerschaftsabbruchs aus eugenischen und medizinischen Gründen wurde eine Kameralistik von Schwangerschaftsabbrüchen in Form von Fehl-, Früh- oder auch Totgeburten initialisiert. Zur Anzeige waren Ärzte, Hebammen und auch Gemeindegewerkschaften verpflichtet. Vgl. RGBl. I, Jg. 1935, Nr. 82, S. 1037; MBliV, Jg. 96 (1935), Nr. 32, Sp. 999–1006.

²¹⁹⁸ So wurde etwa im Dezember 1936 die Reichszentrale zur Bekämpfung der Homosexualität und Abtreibung gegründet. Die Geschichte des Schwangerschaftsabbruchs im Dritten Reich, die Situation von Frauen sowie die Verfolgungspraxis können an dieser Stelle nicht berücksichtigt werden. Die staatliche Kontrolle sowie die fehlenden Möglichkeiten eines Schwangerschaftsabbruchs führten in der Konsequenz dazu, dass sich Frauen infolge von unsachgemäßen Versuchen schwere Verletzungen zufügten, an denen sie in nicht seltenen Fällen verstarben. Weiterführend etwa LASA, C 48 Ii, Nr. 959: Die Einsendung der Sektionsberichte an das Medizinalkollegium in Magdeburg, Bd. 63: 1932–1937, unfol.

²¹⁹⁹ Die dünne Überlieferungslage hat auch dazu geführt, dass die praktische Umsetzung von Schwangerschaftsunterbrechungen aus eugenischen Gründen in der historischen Forschung weitgehend randständig behandelt wird und bislang keine eigenständige Forschungsarbeit vorliegt. Siehe Birk: Erbgesundheitswesen im bayerischen Schwaben, S. 205–206; Braß: Zwangssterilisation und „Euthanasie“, S. 148–151; Hinz-Wessels: Zwangssterilisation in Brandenburg, S. 164–168; Vossen: Gesundheitsämter im Nationalsozialismus, S. 311–314.

übereinstimmend ein relativ geringer Anteil von Schwangerschaftsabbrüchen konstatiert. Horst Heitzer legt anhand seines ostbayerischen Untersuchungsraums dar, dass an knapp drei Prozent der sterilisierten Frauen eine Schwangerschaftsunterbrechung vorgenommen wurde.²²⁰⁰ Gisela Bock geht von maximal 30 000 Schwangerschaftsabbrüchen im Zuge des nationalsozialistischen Sterilisationsverfahrens aus.²²⁰¹ In Bezug auf statistische Überlieferungen hält sie weiterhin fest, dass an rund vier bis fünf Prozent der sterilisierten Frauen ein Abort vorgenommen wurde, was einen Gesamtumfang von 15.000 bis 20.000 Schwangerschaftsabbrüchen bedeuten würde. Unter zeitlichen Aspekten konstatiert sie für das Jahr 1936 einen Höhepunkt mit circa 1 800 Schwangerschaftsabbrüchen.²²⁰² Bezüglich der vorliegenden Forschungsergebnisse schwanken die Schätzungen zum Umfang von Schwangerschaftsabbrüchen aus eugenischen Gründen erheblich zwischen rund 7 000 und 30 000 Abtreibungen.²²⁰³

Für die preußische Provinz Sachsen können teilweise weiterführende Materialien erschlossen werden, die sowohl den quantitativen Umfang als auch die Durchführungspraxis näher beleuchten. Für die gesamte Provinz können trotz erheblicher Überlieferungslücken insgesamt 205 Schwangerschaftsunterbrechungen aus „erbpflegerischen Gründen“ nachgewiesen werden, was unter Berücksichtigung der Gesamtzahl der Sterilisationen von Frauen etwa 2,7 Prozent ausmacht.²²⁰⁴ Der quantitative Höhepunkt kann für die Jahre 1936 und 1937 mit jährlich 40 bis 44 eugenisch indizierten Schwangerschaftsabbrüchen in den Regierungsbezirken Magdeburg und Merseburg festgehalten werden. Für den Regierungsbezirk Magdeburg können für den Zeitraum von August 1935 bis Dezember 1936 mindestens 65 Schwangerschaftsunterbrechungen nachgezeichnet werden.²²⁰⁵ Der monatliche Höhepunkt umfasste maximal

²²⁰⁰ Vgl. Heitzer: Zwangssterilisation in Passau, S. 277.

²²⁰¹ Vgl. Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 384. Demgegenüber spricht Gisela Bock 1983 von rund 7 000 belegten Schwangerschaftsabbrüchen mit gleichzeitiger Unfruchtbarmachung. Zitiert nach Richter: Katholizismus und Eugenik, S. 489.

²²⁰² Im Jahr 1935 wurden nach Gisela Bock 4 151 Schwangerschaftsabbrüchen vorgenommen, von denen 40 Prozent rassenhygienisch indiziert gewesen sein sollen. Vgl. Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 161.

²²⁰³ Die Zahl von 7 000 Abtreibungen ergibt sich bei Zugrundlegung einer Schwangerschaftsabbruchquote von vier Prozent in Bezug auf 180 000 sterilisierte Frauen im Dritten Reich. Zum Umfang der Sterilisationen siehe Kap. 7.4.

²²⁰⁴ Vgl. LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937; LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 3, 6, 8; LASA, C 48 Ii, Nr. 922, Bd. 1–2: Einrichtung von Eheberatungsstellen. Ehegesundheitsgesetz. Blutschutzgesetz (1926–1947); ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19547: Jahresberichte und Monatsberichte über die Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, des Ehegesundheitsgesetzes und § 6 der 1. V.O. zum Blutschutzgesetz (1937–1944).

²²⁰⁵ Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 2, fol. 502, 520; LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 5, fol. 92, 467–477; LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 6, fol. 44–45, 345–

14 Schwangerschaftsabbrüche. Mit den ausgehenden 1930er-Jahren nahm die Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche aus eugenischen Gründen stark ab und betrug etwa zwei bis drei je Regierungsbezirk. Entsprechend der vorliegenden Ergebnisse muss davon ausgegangen werden, dass in der preußischen Provinz Sachsen bis Kriegsende etwa 300 bis 350 Schwangerschaftsunterbrechungen durchgeführt wurden, was vier bis fünf Prozent der Gesamtzahl der unfruchtbar gemachten Frauen bedeuten würde.

Trotz größerer Überlieferungslücken bestätigen die vorliegenden Ergebnisse die in der historischen Forschung kursierende Vermutung von einer Quote von etwa vier bis fünf Prozent. Werden diese Ergebnisse auf die Gesamtzahl von Frauen angewandt, die im Zuge des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ unfruchtbar gemacht wurden, so müssen die Angaben von Gisela Bock nach unten korrigiert werden, und es muss davon ausgegangen werden, dass im Dritten Reich insgesamt etwa 9 000 Schwangerschaftsabbrüche aus eugenischen Gründen vorgenommen wurden.²²⁰⁶

Der verhältnismäßig geringe Anteil wurde grundsätzlich durch den statistisch bedingten geringen Anteil von schwangeren Frauen in Sterilisationsverfahren hervorgerufen. Weiterhin muss die fehlende Einwilligung von schwangeren Frauen berücksichtigt werden. So musste etwa der Regierungspräsident von Magdeburg im Zuge eines Eheschließungsverfahrens im März 1940 einräumen, dass die Ehefrau, die im Sinne des Sterilisationsgesetzes als „erbkrank“ galt, eine Schwangerschaftsunterbrechung „massiv“ abgelehnt habe.²²⁰⁷ Aufgrund der persönlichen Widerstände sowie einer langwierigen Verfahrensdauer erstreckten sich die Erbgesundheitsverfahren teilweise über mehrere Monate, sodass ein Abort nicht länger vorgenommen werden konnte, da der sechste Schwangerschaftsmonat überschritten war.²²⁰⁸ Als ein weiterer Grund für die verhältnismäßig geringe Anzahl von Schwangerschaftsunterbrechungen

346, 348–380, 400–401; LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 7, fol. 106–122, 340–341, 504–505; LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 8, fol. 253–254, 261, 559–560.

²²⁰⁶ Gegen die Schätzung, dass etwa 30 000 Schwangerschaftsabbrüche aus eugenischen Gründen vorgenommen wurden, spricht weiterhin, dass demzufolge über 16 Prozent der unfruchtbar gemachten Frauen schwanger gewesen sein müssten. Diese Größenordnung wird anhand der vorliegenden Materialien nicht gestützt.

²²⁰⁷ Vgl. ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 22714: Erb- und Rassenpflege (Eheberatungsstellen, Gesuche um Erlaubnis und Anträge auf Befreiung von den Vorschriften des Ehegesundheitsgesetzes), VI. II (1940–1945), unfol.

²²⁰⁸ Vgl. Vossen: Gesundheitsämter im Nationalsozialismus, S. 313.

wird in der Forschung auch ein stärkeres Weigerungspotential in katholischen Gebieten konstatiert.²²⁰⁹ Die vorliegenden Ergebnisse zur preußischen Provinz Sachsen, etwa anhand des statistischen Umfangs, bestätigen diese These jedoch nicht.²²¹⁰

Die Frage nach dem Umfang von eugenisch indizierten Schwangerschaftsabbrüchen im Gefolge der nationalsozialistischen Zwangssterilisation rekurriert weiterhin auf die biopolitische Bedeutung der gesetzlichen Erweiterung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ und damit einhergehende Radikalisierungstendenzen im Dritten Reich. Innerhalb des rassenhygienischen Diskurses und aus dem Blickwinkel der an der Sterilisation interessierten wie beteiligten Akteure bedeutete der Schwangerschaftsabbruch einen logischen und notwendigen technologischen Aspekt einer effektiven und konsequenten nationalsozialistischen Sterilisationspolitik. Die prozedurale Basis der bevölkerungspolitischen Selektion zum Zweck der Aufartung der deutschen Bevölkerung bildete eine weitreichende gesetzliche Grundlage der chirurgischen Unfruchtbarmachung inklusive der Möglichkeit von Schwangerschaftsabbrüchen. Die biopolitische Erweiterung der Schwangerschaftsabtreibung erfuhr auf der Grundlage eines Geheimerlasses von Leonardo Conti im September 1940 eine erhebliche Erweiterung, indem nun auch eine „rassische“ Indikation zulässig war.²²¹¹ Bezüglich der sukzessiven Ausdehnung der Indikationsliste wurden im April 1942 etwa auch die Möglichkeiten des Schwangerschaftsabbruchs bei Prostituierten diskutiert.²²¹² Ein weiterer Aspekt stellte die Schwangerschaft von deutschen Frauen infolge des Sexualkontakts mit ausländischen Zwangsarbeitern dar.²²¹³

²²⁰⁹ Vgl. Heitzer: Zwangssterilisation in Passau, S. 277.

²²¹⁰ Vgl. auch Jütte: Lust ohne Last, S. 273.

²²¹¹ Vgl. Czarnowski: Frauen als Mütter der „Rasse“, S. 64

²²¹² So teilte das Reichsinnenministerium den Regierungspräsidenten am 28.4.1942 mit: „In letzter Zeit ist bei mir die Frage zur Sprache gebracht worden, inwieweit die bestehenden Bestimmungen die Möglichkeit bieten, bei Prostituierten insbesondere Bordellinsassinnen auftretende Schwangerschaften zu unterbrechen. Ich weise darauf hin, daß derartige Fälle in den Rahmen meines Erlasses vom 19. September 1940 – IV b 2917/40g-1067 – fallen und daher bei mir die Genehmigung zur Schwangerschaftsunterbrechung und die etwa notwendig gehaltene Unfruchtbarmachung nachgesucht werden kann. Darüber hinaus besteht selbstverständlich nach wie vor die Möglichkeit, bei Dirnen, bei denen angeborener Schwachsinn oder sonst eine Erbkrankheit festgestellt wird, die Schwangerschaftsunterbrechung und Unfruchtbarmachung auf Grund der Bestimmungen des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses durchzuführen.“ StA Erfurt, Nr. 2/511–23045: Magistrat der Stadt Erfurt. Stadtgesundheitsamt, Erb- und Rassenpflege. Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, enthält u. a. Allgemeinen Schriftverkehr, Verordnungen und Richtlinien, Namenslisten der vom Erbgesundheitsgericht im Jahre 1935 erfassten Personen (1935–1944), unfol.

²²¹³ Vgl. Roth, Thomas: „Gestrauchelte Frauen“ und „unverbesserliche Weibspersonen“. Zum Stellenwert der Kategorie Geschlecht in der nationalsozialistischen Strafrechtspflege. In: Frietsch/Herkommer (Hrsg.): Nationalsozialismus und Geschlecht, S. 109–140; Arnaud, Patrice: Die deutsch-französischen Liebesbeziehungen der französischen Zwangsarbeiter und beurlaubten Kriegsgefangenen im „Dritten Reich“. Vom Mythos des verführerischen Franzosen zur Umkehrung der Geschlechterrolle. In: Frietsch/Herkommer (Hrsg.): Nationalsozialismus und Geschlecht, S. 180–196.

In Anbetracht auch der zeitgenössischen Diskussionen über die „Freigabe zur Vernichtung lebensunwerten Lebens“ einerseits sowie der mit Kriegsbeginn 1939 einsetzenden Tötungsmaßnahmen an alten, kranken und behinderten Frauen und Männern andererseits stellt das Änderungsgesetz vom 26. Juni 1935 durchaus eine erhebliche Erweiterung und Verschärfung der rassenhygienischen Selektion von als „minderwertig“ und „erbkrank“ geltenden Frauen dar.²²¹⁴

Gegenüber der normativen Ausweitung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ wurde die Schwangerschaftsunterbrechung gesetzlich an die Einwilligung der betroffenen Frauen gebunden, sodass entgegen den Interessen radikaler rassenhygienischer Vertreter keine Zwangsabtreibungen legitimiert wurden. Eine weitere, durchaus geschlechtsspezifische Einschränkung bestand in der Festlegung, dass ein Schwangerschaftsabbruch aus eugenischen Gründen ausschließlich über die Feststellung einer „Erbkrankheit“ der Mutter erfolgen konnte. Eine Abtreibung aufgrund einer gerichtlich konstatierten „Erbkrankheit“ des Vaters war ausgeschlossen. Insgesamt belegt der verhältnismäßig geringe Umfang eine doch randständige Bedeutung von Schwangerschaftsunterbrechungen im Rahmen der eugenisch-rassenhygienischen Biopolitik des Dritten Reiches. Sowohl im Hinblick auf den Umfang, die rechtliche Organisation als auch die Durchführungspraxis ist Gisela Bock zuzustimmen, dass es sich bei der Legalisierung von Schwangerschaftsabbrüchen aus eugenischen Gründen nicht um eine Vorstufe einer späteren Tötungspolitik handelt, sondern vielmehr um einen technologischen Bestandteil der gesetzlichen Etablierung einer konsequenten rassenhygienischen Bevölkerungs- und Selektionspolitik.

Die für die Einwilligung zum Schwangerschaftsabbruch verantwortlichen Amtsärzte der preußischen Provinz Sachsen versuchten seit Juni 1935, die neue gesetzliche Offerte umzusetzen. Vor allem im Zuge der Antragsstellung wiesen sie die zuständigen Erbgesundheitsgerichte darauf hin, dass die betroffenen Frauen schwanger seien und ein Sterilisationsbeschluss zeitnah gefällt werden müsste, um einen Abbruch zu ermöglichen. Zudem versuchten Amtsärzte auch, Schwangerschaftsabbrüche von Frauen herbeizuführen, die ihrer Meinung nach, und nicht nach dem Urteil eines Erbgesundheitsgerichtes, als „erbkrank“ gelten müssten. Der Amtsarzt von Oschersleben fragte am 29. Juni 1938 beim Regierungspräsidenten von Magdeburg nach, ob nicht an einer Frau, die fast erblindet sei und einen hohen Intellekt besäße, die aber als

²²¹⁴ Der Zusammenhang zwischen Schwangerschaftsabbruch und der Vernichtung „lebensunwerten“ Lebens wurde bereits zu Beginn der 1930er-Jahre formuliert: Vgl. Busse: Die eugenische Indikation, S. 23.

Querulantin bezeichnet werden müsse und zudem einen schlechten Charakter habe, ein Schwangerschaftsabbruch durchgeführt werden könne. „Gegen meinen Sterilisationsantrag wurde auf Grund eines pflaumenweichen augenärztlichen Gutachtens Berufung eingelegt“,²²¹⁵ welchem das zuständige Erbgesundheitsgericht stattgab. „Infolgedessen gilt“ die Frau „nicht als erbkrank. Ich erbitte Rechtsbelehrung, ob unter diesen Umständen, obwohl doch nach menschlichem Ermessen eine Erbkrankheit vorliegt, eine eugenische Schwangerschaftsunterbrechung angängig ist.“²²¹⁶ Die Forderung des Amtsarztes wurde jedoch seitens des Regierungspräsidenten von Magdeburg zwei Wochen später zurückgewiesen.

In Anbetracht der Praktizierung von eugenischen Schwangerschaftsabbrüchen wird in der historischen Forschung oftmals ohne konkrete Belege behauptet, dass die betroffenen Frauen nach ergangenem Sterilisationsbeschluss insbesondere von Amtsärzten unter Druck gesetzt wurden, um dem Abort zuzustimmen.²²¹⁷ Daneben sollen Schwangerschaftsabbrüche auch ohne Einwilligung oder Kenntnis der betroffenen Frauen vorgenommen worden sein. Oder es sollen sogar Entmündigungsverfahren eingeleitet worden sein, sodass schließlich der Vormund einem Schwangerschaftsabbruch zustimmen konnte.²²¹⁸ Derartige formale Hinterhalte sowie psychische Gewaltmaßnahmen gegenüber als „erbkrank“ geltenden Frauen und Männern und ihren Familienangehörigen können für die preußische Provinz Sachsen nur eingeschränkt nachgewiesen werden. Die vor allem amtsärztlichen Einflussnahmen zur Einwilligung haben als oftmals mündliche Überredungsversuche vermutlich keinen schriftlichen Niederschlag gefunden. Zugleich muss aber in Anbetracht der Kontrolle und Einhaltung von Verfahrensregeln davon ausgegangen werden, dass die durchaus noch bestehenden Rechtsgrundsätze des Sterilisationsverfahrens keineswegs in größerem Maße zielgerichtet übertreten bzw. solche Übertretungen stillschweigend geduldet worden wären. Ausgehend von der vorliegenden Überlieferung muss vielmehr angenommen werden, dass solche Gewalttätigkeiten und Einflussnahmen in der preußischen Provinz Sachsen eher punktuell auftraten.

²²¹⁵ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 12, fol. 345.

²²¹⁶ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 12, fol. 345.

²²¹⁷ Vgl. Czarnowski: Frauen als Mütter der „Rasse“, S. 63; Jütte: Lust ohne Last, S. 269. Ingrid Richter betont ebenfalls die Formen „erzwungener“ Schwangerschaftsunterbrechungen, ohne sie zu belegen. Darüber hinaus verwechselt sie die Funktion und Bedeutung von Gutachterstellen zur Durchführung von medizinischen Schwangerschaftsabbrüchen mit der erbgerichtlichen Verfahrensweise bei eugenisch indizierten Schwangerschaftsabbrüchen: Richter: Katholizismus und Eugenik, S. 487.

²²¹⁸ Vgl. Heitzer: Zwangssterilisation in Passau, S. 273–274.

Einen weiteren Bestandteil der Diskussion über die Einwilligung von schwangeren Frauen bilden ebenso Sterilisationsverfahren, in denen Frauen scheinbar der Schwangerschaftsunterbrechung freiwillig zustimmten. So drängte beispielsweise der Amtsarzt von Magdeburg auf eine baldige Durchführung der Unfruchtbarmachung, da sich eine Frau „im Beginn des 6. Schwangerschaftsmonat befindet und die gleichzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft von ihr gewünscht wird“.²²¹⁹ Und im Mai 1934 bat eine Frau in einem persönlichen Schreiben an den Reichskanzler Adolf Hitler um eine Schwangerschaftsunterbrechung, da sie, ihr Ehemann sowie ihre Geschwister blind seien. Sie würde zwar sehr gern Kinder bekommen, jedoch sei sie sich bewusst, „dass ein armes und elendes Menschenkind von mir geboren werden wird – eine solche Verantwortung würde ich nicht ertragen können. Ich bin so unglücklich über meinen Zustand, da mir immer wieder ihre mahnenden Worte aus ‚Mein Kampf‘ entgegenklingen.“²²²⁰ Und weiter: „Und darum bitte ich Sie nun, hochverehrter Herr Reichskanzler, durch Ihre gütige Vermittlung, mich von der unendlich schrecklichen Strafe die sonst meiner erwartet und meine arme Mutter und Schwester von der Schmach der Vermehrung unseres Erbelendes zu befreien. Lieber möchte ich mein Leben opfern, als den Staat durch ein krankes Kind mehr belasten.“²²²¹ Schließlich klärt der Kreisarzt von Erfurt die Frau darüber auf, dass eine Schwangerschaftsunterbrechung nicht vorgenommen werden könne. Stattdessen wurde seitens des Kreisarztes ein Sterilisationsantrag gestellt.²²²²

Letztendlich bleibt unklar, ob die betroffenen Frauen oder lediglich der Amtsarzt eine Unterbrechung der Schwangerschaft im Zuge des Sterilisationsverfahrens unterstützten. Unabhängig von der hermeneutisch nicht zu klärenden Frage nach der Urhebererschaft weisen die vorliegenden Beispiele jedoch auf einen wichtigen Effekt der nationalsozialistischen Zwangssterilisation hin, nämlich dass Frauen die gesetzliche

²²¹⁹ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 11, fol. 430.

²²²⁰ ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19882: Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses und Schwangerschaftsunterbrechungen (1934–1940), fol. 1.

²²²¹ ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19882: Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses und Schwangerschaftsunterbrechungen (1934–1940), fol. 1. Am 24. Mai 1934 schreibt sie weiter: „Ich bitte auch Sie, mir meinen schweren Fehler, den ich mir an der Deutschen Volksgemeinschaft habe zu Schulden kommen lassen, gütigst zu verzeihen, Möchte es Ihnen möglich sein, eine Lösung zu finden, die mich von der grossen Verantwortung befreit. Alle erforderlichen Maßnahmen will ich gern und freudig auf mich nehmen, wenn das Unheil, das ich verschuldet habe, dadurch beseitigt werden kann, denn ich darf nicht die geringste Hoffnung hegen, dass ich ein gesundes Kind zur Welt bringen werde, wenn ich daran denke, dass in der Familie kein gesundes Kind geboren worden ist.“

²²²² Vgl. ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19882: Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses und Schwangerschaftsunterbrechungen (1934–1940), fol. 5.

Legalisierung des Schwangerschaftsabbruchs im Rahmen des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ nutzten, um eine Schwangerschaft unter dem Deckmantel von Eugenik und Rassenhygiene aus persönlichen, familiären, sozialen oder ökonomischen Gründen zu unterbrechen. So versuchten auch Frauen eine Schwangerschaftsunterbrechung zu erreichen, die nicht als „erbkrank“ galten.²²²³

Die Überlieferungslage zur praktischen Ausprägung von freiwilliger Einwilligung versus herrschaftlichen Zwang von Schwangerschaftsunterbrechungen ist unbefriedigend, sodass abschließend ungeklärt bleiben muss, in welchem Ausmaß sich der rassenhygienische Maßnahmenstaat bereits etabliert hatte. In Anbetracht von tendenziellen bevölkerungspolitischen Radikalisierungstendenzen in den 1930er-Jahren und der Aushöhlung des Rechtsstaates im Zuge des nationalsozialistischen Herrschaftsaufbaus ist eine nicht unerhebliche Dunkelziffer von Schwangerschaftsunterbrechungen ohne Einwilligung anzunehmen. Zugleich ist vor dem Hintergrund des Funktionierens rechtsstaatlicher Prinzipien in den 1930er-Jahren und einer damit verbundenen regelmäßigen Überprüfung der Sterilisationspraxis größere Vorsicht vor selbstbewussten Forderungen führender Rassenhygieniker geboten, die im Siegestaumel und Bewusstsein der bevölkerungspolitischen Bedeutung im Dritten Reich rassenhygienische Gebote, Grundsätze und Notwendigkeiten formulierten, die jedoch in actu keine größere Relevanz besaßen.²²²⁴

Sehr reale Auswirkungen hatte hingegen der eigentliche medizinische Eingriff. Die chirurgische Durchführung der Schwangerschaftsunterbrechung erfolgte zusammen mit der Zerstörung der weiblichen Fortpflanzungsorgane in den hierzu ermächtigten Krankenhäusern.²²²⁵ Dabei traten in ungeklärtem Umfang Komplikationen auf. Auf der einen Seite verstarben Frauen infolge des Eingriffs.²²²⁶ Auf der anderen Seite wurde wiederholt festgestellt, dass Frauen, die angeblich sterilisiert und bei denen Schwangerschaftsabbrüche vorgenommen worden waren, später erneut schwanger wurden, was zu erheblichen rechtlichen Kontroversen führte.²²²⁷

²²²³ Derartige Vorstöße wurden zurückgewiesen. Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 11, fol. 548–550.

²²²⁴ Vgl. hierzu die Diskussion und Interpretation von Gisela Bock zur Bedeutung von „Einwilligung“ und „Freiwilligkeit“ im Rahmen der Schwangerschaftsunterbrechung. Vgl. Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 382, 384.

²²²⁵ Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 370: Erbgesundheits-, Unfruchtbarmachung (1938–1945), fol. 47. Zur Zulassungspraxis von medizinischen Einrichtungen siehe Kap. 7.2.1.

²²²⁶ Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 376: Todesfälle nach Unfruchtbarmachung (1938–1940), fol. 7–11, 12–16; LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 3, fol. 522.

²²²⁷ Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 3, fol. 73–101; LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 10, fol. 420–429, 647.

Von weitaus größerer quantitativer wie qualitativer Bedeutung war der Schwangerschaftsabbruch von ausländischen Zwangsarbeiterinnen.²²²⁸ Wurden bis Ende 1942 schwangere Zwangsarbeiterinnen in ihre polnische oder sowjetische Heimat zurückgeschickt, verbot ein Erlass vom 15. Dezember 1942 die Rückkehr. Hierdurch sollten die Schwangerschaft als legale Technik der Heimreise verhindert, die notwendige weibliche Arbeitskraft in Landwirtschaft und Industrie erhalten sowie auch die mit Kriegsbeginn radikaler werdende Geburten- und Bevölkerungspolitik vehement durchgesetzt werden. Im Frühjahr 1943 wurde die Abtreibungspolitik unter Beteiligung der Gutachterausschüsse, welche für die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen aus medizinischen Gründen eingerichtet worden waren, verschärft. Der Umfang von Abtreibungen war erheblich und führte zu Protesten der katholischen Kirche, die sie als Fortführung der NS-Tötungspolitik brandmarkte.²²²⁹ Für die preussische Provinz Sachsen können für die Anwendung des Sterilisationsgesetzes sowie auch von Schwangerschaftsabbrüchen gegenüber ausländischen Zwangsarbeiterinnen kaum Materialien erschlossen werden. Lediglich punktuell können Unfruchtbarmachungen von osteuropäischen Zwangsarbeiterinnen nachgewiesen werden, die in der hiesigen Landwirtschaft eingesetzt waren.²²³⁰ Vor allem für den Bezirk des Gesundheitsamtes Mühlhausen können die bisherigen Forschungsergebnisse zur rigiden Abtreibungspolitik gegenüber ausländischen Zwangsarbeiterinnen lokal bestätigt werden.²²³¹

7.3.3 Gesundheitliche Komplikationen und Todesfälle

Infolge des chirurgischen Eingriffs traten in ungeklärtem Ausmaß gesundheitliche Komplikationen und Todesfälle bei zwangssterilisierten Frauen und Männern ein. Durch die staatliche Deutungshoheit und rigide Informationsbegrenzung ist der exakte quantitative Umfang von gesundheitlichen Komplikationen und Todesfällen unbekannt. In der historischen Forschung wurde der Tod von zwangssterilisierten Frauen und Männern sogar als zielgerichtete Tötungsmaßnahme beschrieben.²²³² Jedoch ist

²²²⁸ Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 434–445; Czarnowski: Frauen als Mütter der „Rasse“, S. 68–71.

²²²⁹ Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 442.

²²³⁰ Vgl. Bastian: Haldensleben, S. 121–124.

²²³¹ Vgl. ThStAG, Regierung Erfurt, Staatliches Gesundheitsamt Mühlhausen (1906–1952) Nr. 32: Anzeigen, Unterbrechung der Schwangerschaft (1943–1946), unfol.

²²³² So betonte Gisela Bock: „Ihr Tod war nicht ein mißliches Nebenprodukt einer ‚nur‘ auf Sterilisation und ‚nicht‘ auf Töten zielenden Geburtenpolitik, sondern [...] bewusster Mord. Mit Blick auf Frauen war die Sterilisationspolitik nicht nur Vorstufe, sondern erste Etappe der Massenmorde an Frauen und Männern.“ Diese These, die im Tod von Frauen infolge der Zwangssterilisation eine Vorstufe der späteren Tötungen zu erkennen glaubt, wurde in der historischen Forschung stark

die Charakterisierung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation als Mordpolitik ebenso abwegig wie die zuweilen anzutreffende Vorstellung, in den Todesfällen bereits Vorboten einer zielgerichteten Ermordung von als „minderwertig“, leistungsschwach oder deviant geltenden Frauen und Männern zu sehen.²²³³ Die Unfruchtbarmachung als biopolitisches Regulativ zielte in erster Linie auf die Zerstörung der Fortpflanzungsfähigkeit als einer körperlichen Funktion, um die betroffenen Frauen und Männer aus der als Fortpflanzungsgemeinschaft verstandenen nationalsozialistischen Volksgemeinschaft auszuschließen. Gesundheitliche Komplikationen und Todesfälle wurden nicht intendiert, sondern sollten im Gegenteil zum Erhalt der individuellen Produktivität und zur Vermeidung von Unruhe und Widerständen vermieden werden. Zugleich wurde staatlicherseits eine gewisse Sterberate einkalkuliert und der Tod von als „erbkrank“ und „minderwertig“ geltenden Frauen und Männern bagatellisiert, in Kauf genommen und als geringer volksgemeinschaftlicher Verlust bewertet.²²³⁴ Folglich handelt es sich um einen hochgradig ambivalenten Themenkomplex, welcher sowohl von divergierenden zeitgenössischen Interessen und Beurteilungsstandpunkten erzeugt als auch von nachträglichen historischen Interpretationszugängen konturiert wird.

Den Ausgangspunkt des vorliegenden Kapitels bilden statistische Annäherungen an den quantitativen Umfang von männlichen und weiblichen Todesfällen, welche im Zuge der Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation im Dritten Reich und in der preußischen Provinz Sachsen eintraten. Auf der Grundlage der quan-

kritisiert, da eine entsprechende zielgerichtete Mordabsicht nicht nachgewiesen werden konnte und darüber hinaus die bevölkerungspolitischen Absichten des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ mit den Zielen des späteren Krankemordes verwechselt werden. Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 375–376. Zur Diskussion und Unterscheidung von eugenischen und „euthanatischen“ Maßnahmen siehe Kap. 2.1 und 2.2.

²²³³ Hierfür sprechen die unterschiedlichen Ziele eugenisch-rassenhygienischer und „euthanatischer“ Maßnahmen und Opfergruppen im Dritten Reich, die staatlich-rechtliche Ordnung des Sterilisationsverfahrens insgesamt sowie des Zulassungsverfahrens von Ärzten und Krankenhäusern unter Prüfung der medizinischen Qualifikationen inklusive regelmäßiger Überprüfungen zur Vermeidung gesellschaftlicher Unruhe und Gewährleistung einer effizienten Durchführungspraxis. In Anbetracht der Ziele des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ handelt es sich in der Vermeidung von Komplikationen und Todesfällen demnach um ein funktionales Interesse, um ein reibungsloses Sterilisationsverfahren zu ermöglichen. Zu den unterschiedlichen Opfergruppen siehe etwa Fuchs, Petra/Rotzoll, Maik/Hohendorf, Gerrit u. a.: Die Opfer der „Aktion T4“. Versuch einer kollektiven Biographie auf der Grundlage von Krankengeschichten. In: Tögel, Christfried; Lischka, Volkmar (Hrsg.): „Euthanasie“ und Psychiatrie. Uchtspringer Schriften zur Psychiatrie, Neurologie, Schlafmedizin, Psychologie und Psychoanalyse, Bd. 3, Uchtspringe 2005, S. 37–68.

²²³⁴ In Regierungskreisen wurde ein Todesrisiko für Frauen von 0,5 Prozent und für Männer von 0,1 Prozent in Kauf genommen. Vgl. Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 372.

titativ-hermeneutischen Einordnungen werden anschließend Durchführungsverordnungen sowie Berichte betrachtet, die Hinweise auf den Umfang sowie die Hintergründe von gesundheitlichen Komplikationen und Todesfällen bieten. Hiervon ausgehend werden anhand von Fallbeispielen die medizinisch-gesundheitlichen Hintergründe sowie der Umgang mit Todesfällen anhand von Regierungsbehörden und Amtsträgern dargestellt. Die hier durchgeführten Untersuchungen am Beispiel der preußischen Provinz Sachsen können zwar weder die historischen noch die hermeneutischen Dimensionen von gesundheitlichen Komplikationen und Todesfällen abschließend klären, aber gleichwohl auf wesentliche Ursachen hinweisen wie vor allem strukturelle Defizite, behördliche Bagatellisierungen, Operationsfehler sowie Formen unzureichender medizinischer Betreuung.

Gesicherte Statistiken zum Umfang von verstorbenen Frauen und Männern im nationalsozialistischen Sterilisationsverfahren liegen nur partiell vor. Ein Grund hierfür liegt in der Einstellung von offiziellen Statistiken zur Sterilisationspraxis im April 1936, hervorgerufen durch „ganz unzutreffende[n] Verallgemeinerungen und Rückschlüsse[n] über die Auswirkung[en] des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses im gesamten Reichsgebiet“.²²³⁵ Gisela Bock schätzt die Anzahl von Todesfällen im Zuge der nationalsozialistischen Zwangssterilisation auf etwa 5 000 Personen, hiervon etwa 90 Prozent Frauen.²²³⁶ Unter Berücksichtigung der von Gisela Bock geschätzten Todesfälle in Höhe von 5 000 Personen ergäbe sich bei Zugrundelegung von 350 000 zwangssterilisierten Frauen und Männern eine Todesrate von 1,43 Prozent. Diese berechnete Todesrate steht im Gegensatz zu den vom Reichsgesundheitsamt im Jahr 1935 vertraulich gemeldeten Zahlen, die eine statistische Todesrate von 0,45 Prozent bei Frauen und 0,12 Prozent bei Männern konstatierten.²²³⁷ Die Übertragung auf eine Gesamtzahl von 350 000 zwangssterilisierten Personen ergäbe somit insgesamt 1 995 verstorbene Frauen und Männer im Zeitraum von 1934 bis 1945 – davon 1 575 Frauen und 420 Männer.

²²³⁵ LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944) Bd. 1: 1933–1937, fol. 267.

²²³⁶ Vgl. Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 375, 377. Hierbei blieben Suizide unberücksichtigt, sodass die Anzahl von Todesfällen infolge der nationalsozialistischen Zwangssterilisation circa 6 000 Frauen und Männer umfassen würde.

²²³⁷ Vgl. Heitzer: Zwangssterilisation in Passau, S. 336; Stürzbecher, Manfred: Der Vollzug des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933 in den Jahren 1935 und 1936. In: Öffentliches Gesundheitswesen, Jg. 36 (1974), S. 356. Daneben kursierten weitere amtliche Statistiken. So seien im Jahr 1934 insgesamt 70 Frauen und 19 Männer, 1936 insgesamt 113 Frauen und 13 Männer und zwischen 1934 und 1936 insgesamt 367 Frauen und 70 Männer im Zuge der nationalsozialistischen Zwangssterilisation verstorben. Vgl. Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 375.

Die Diskrepanz begründet Gisela Bock mit der Unglaubwürdigkeit der vom Reichsgesundheitsamt gemeldeten Statistiken, darüber hinaus sei für sie ein Vergleich mit Todesraten von ‚normalen‘ medizinischen Eingriffen insbesondere für Frauen nicht statthaft. „Die Todesfälle von Frauen waren mit einem ‚normalen‘ Operationsrisiko vor allem auch deshalb nicht zu vergleichen, weil sie größtenteils das Ergebnis des Zwangscharakters der Sterilisation waren: ärztlicher Gewalt, die auch und gerade gegen den Widerstand von Frauen eingesetzt wurde. [...] Vielmehr traten, wie die zeitgenössische Wissenschaft berichtet, die meisten Todesfälle deshalb ein, weil nicht nur gegen den Willen der Sterilisanden, sondern auch gegen ihren physischen Widerstand operiert wurde.“²²³⁸ Demgegenüber beurteilt Horst Heitzer die von Gisela Bock vorgelegten statistischen Ergebnisse „für nicht realistisch“ und vertraut auf der Grundlage seiner Recherchen zur Zwangssterilisation in Passau eher den vom Reichsgesundheitsamt vorgelegten zeitgenössischen Statistiken.²²³⁹

Das grundständige Problem einer diskrepanten Überlieferungslage betrifft auch die preußische Provinz Sachsen.²²⁴⁰ Für den Zeitraum von 1934 bis 1941 konnten insgesamt 31 Todesfälle ermittelt werden – 29 Todesfälle für den Regierungsbezirk Magdeburg und zwei Todesfälle für den Bezirk Erfurt.²²⁴¹ Bei diesen nachgewiesenen 31 Todesfällen handelt es sich insgesamt um 29 Frauen und zwei Männer, was einen weiblichen Anteil von über 93 Prozent bedeutet. Unter Zugrundelegung der von Gisela Bock vorgelegten Zahlen müssten unter statistischen Gesichtspunkten in der preußischen Provinz Sachsen im Zeitraum von 1934 bis 1945 rund 227 Frauen und Männer infolge der Zwangssterilisation verstorben sein. Demgegenüber bedeutet die Heranziehung der statistischen Todesrate des Reichsgesundheitsamts für die gesamte preußische Provinz eine Anzahl von rund 91 verstorbenen Personen – im Regierungsbezirk Erfurt insgesamt 16, im Regierungsbezirk Magdeburg 35 und im Bezirk Merseburg 40 Todesfälle. Somit könnten die nachgewiesenen 29 Todesfälle für den Regierungsbezirk Magdeburg als eine Bestätigung der vom Reichsgesundheitsamt vorgelegten

²²³⁸ Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 373–374.

²²³⁹ Heitzer: Zwangssterilisation in Passau, S. 336. Dagegen rekurriert Gisela Bock auf fachmedizinische Veröffentlichungen, die für 1935 sogar ein Todesrisiko für Frauen von fünf Prozent konstatieren. Vgl. Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 372.

²²⁴⁰ So konnte lediglich eine Akte zu Todesfällen im Rahmen der nationalsozialistischen Zwangssterilisation ermittelt werden, die für den Regierungsbezirk Magdeburg im Zeitraum von 1938 bis 1940 insgesamt 8 Fälle aufführt. Daneben konnten in verstreuten Aktenbeständen für den Zeitraum von 1934 bis 1941 weitere 23 Todesfälle erfasst werden. Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 376: Todesfälle nach Unfruchtbarmachung (1938–1940).

²²⁴¹ Für den Regierungsbezirk Merseburg liegen keine Zahlen vor.

Zahlen angesehen werden. Zugleich könnte gemutmaßt werden, dass in der preußischen Provinz Sachsen im Zeitraum von 1934 bis 1945 etwa 100 Personen infolge der Unfruchtbarmachung verstarben. Diese Hypothese bleibt in Anbetracht der unsicheren Überlieferung jedoch unbefriedigend.

In Hinblick auf die statistische Erfassung der Durchführung von Unfruchtbarmachungen definierte der Erlass des Reichs- und Preußischen Ministers des Innern vom 15. Juli 1935, welche Todesfälle im Anschluss an die Sterilisation zu melden seien und somit in einen direkten Zusammenhang zur Unfruchtbarmachung gestellt wurden. Dieser Erlass relativiert die statistischen Ergebnisse des Reichsgesundheitsamtes zur Todesrate und bestätigt die Skepsis von Gisela Bock, da beispielsweise „Todesfälle, bei denen ‚der Tod auch ohne Operation eingetreten wäre‘, [...] nicht in die Statistik aufgenommen“²²⁴² wurden. Die definitorische Eingrenzung reduzierte also zielgerichtet die statistisch verzeichneten Todesfälle und damit auch die Todesrate von verstorbenen Frauen und Männern, da lediglich Todesfälle verzeichnet wurden, die in unmittelbarem Zusammenhang mit dem chirurgischen Eingriff standen und deren Todesursache nicht geleugnet oder gerichtlich zurückgewiesen werden konnte. Zudem wurden infolge der definitorischen Einschränkung nicht nur die amtlichen Statistiken verfälscht, sondern es wurde bereits die lokale Berichterstattung maßgeblich beeinflusst, indem Todesfälle, die nicht unter den vorliegenden Erlass fielen, im Rahmen der Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ auch nicht gemeldet wurden.

Ein Beispiel für eine derartige statistische Verschleierung stellt eine 17-jährige Frau dar, die im Dezember 1938 in das Krankenhaus in Schönebeck/Elbe eingewiesen wurde. Die Unfruchtbarmachung erfolgte aufgrund der Diagnose eines „hochgradigen angeborenen Schwachsinn“, hierbei wurde eine „Exstirpation [vollständige Entfernung] beider Eileiter durch Bauchschnitt in Äthernarkose“ vorgenommen.²²⁴³ Im Anschluss an diese Operation zeigte die junge Frau Anzeichen von Fieber, einer Bronchitis und später von einer Lungenentzündung. „Die Patientin war von Beginn der bronchitischen Erscheinungen an derart schwachsinnig – unruhig, daß sie therapeutisch fast gar nicht zu beeinflussen war; z. B. musste sie an den Händen gefesselt werden, weil sie immer wieder versuchte, an der Operationswunde zu kratzen.“²²⁴⁴ Sie

²²⁴² ThStAG, Regierung Erfurt, Staatliches Gesundheitsamt Mühlhausen (1906–1952) Nr. 29: Erbgesundheitsangelegenheiten (1935–1940), unfol. Vgl. Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 372.

²²⁴³ LASA, C 28 Ig, Nr. 376: Todesfälle nach Unfruchtbarmachung (1938–1940), fol. 17–20, 41–47.

²²⁴⁴ LASA, C 28 Ig, Nr. 376: Todesfälle nach Unfruchtbarmachung (1938–1940), fol. 17–20.

verstarb zu Jahresbeginn 1939, als Todesursache wurde Kreislaufschwäche verzeichnet.

Die medizinische Beurteilung verdeutlicht zugleich die eingeschränkte Aussagekraft amtlicher Statistiken zum Umfang von Todesfällen im Rahmen des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“: Nach Ansicht des Amtsarztes von Calbe/Saale ist „der Todesfall [...] zwar im Anschluß an eine Unfruchtbarmachung eingetreten, seine Ursache ist jedoch in einer interkurrenten Erkrankung (Pneumonie) zu sehen. Ich bringe den Fall zur Kenntnis, wenn auch die Bedingungen des Erlasses des Reichs- und Preußischen Ministers des Innern [...] vom 15. Juli 1935 nicht erfüllt sind.“²²⁴⁵ Diesbezüglich wird die Lungenentzündung als Todesursache anerkannt, die jedoch ihrerseits in keinen direkten (interkurrenten) Zusammenhang mit der Sterilisation gestellt wird. Aufgrund dieser Darlegung galt der Tod der jungen Frau nicht als Todesfall infolge der nationalsozialistischen Zwangssterilisation und musste demnach auch nicht statistisch erfasst werden. Der Regierungspräsident von Magdeburg folgte dieser Darlegung und protokollierte zur Todesursache des minderjährigen Mädchens gegenüber dem Reichsgesundheitsamt abschließend: „Meine Stellungnahme lautet dahin, dass der Tod nur als zeitlich mit der Unfruchtbarmachung zusammenhängend anzusehen ist, nicht als deren Folge.“²²⁴⁶

Dementsprechend ist von einer erheblichen Dunkelziffer nicht gemeldeter Todesfälle auszugehen, was eine höhere Anzahl von verstorbenen Frauen und Männern für die preußische Provinz Sachsen bedeutet und die Tragfähigkeit der von Gisela Bock vorgelegten Schätzungen unterstreicht. Daher müssen die amtlichen Angaben spätestens ab Sommer 1935 sehr kritisch eingeschätzt und können lediglich als untere statistische Grenze angesehen werden.

Bereits am 11. April 1934 informierte der preußische Minister des Innern die Ober- und Regierungspräsidenten, dass wiederholt Störungen im Heilungsverlauf und Todesfälle infolge der Zwangssterilisation aufgetreten und dementsprechend die öffentliche Akzeptanz sowie das Ziel des Sterilisationsgesetzes gefährdet seien. „Ich er suche, die mit der Vornahme des Eingriffs betrauten Ärzte darauf hinzuweisen, daß der Beschluß des Erbgesundheitsgerichts bzw. Erbgesundheitsobergerichts auf Unfruchtbarmachung sie von der Verantwortung für die Vornahme des Eingriffs unter den gegebenen Bedingungen nicht entlastet. Die Unfruchtbarzumachenden sind daher

²²⁴⁵ LASA, C 28 Ig, Nr. 376: Todesfälle nach Unfruchtbarmachung (1938–1940), fol. 17–20.

²²⁴⁶ LASA, C 28 Ig, Nr. 376: Todesfälle nach Unfruchtbarmachung (1938–1940), fol. 43.

vor der Vornahme des Eingriffs eingehend darauf zu untersuchen, ob nicht gesundheitliche Gründe gegen den Eingriff sprechen.“²²⁴⁷ Der Hinweis auf medizinische Komplikationen infolge der Unfruchtbarmachungen ist aufgrund des Zeitpunkts bemerkenswert, da für die preußisch regierten Länder und vor allem für die preußische Provinz Sachsen nachgewiesen werden konnte, dass die Erbgesundheitsgerichte frühestens im März 1934 erstmals tagten. Somit wurde die Durchführung der chirurgischen Unfruchtbarmachung von Beginn an durch gesundheitliche Komplikationen und Todesfälle beeinträchtigt, die den preußischen Innenminister dazu veranlassten, die Ober- und Regierungspräsidenten auf eine ordnungsgemäße und hinreichende Umsetzung der Unfruchtbarmachung hinzuweisen.

Auf der Grundlage eines Rundschreibens des Reichsministers des Innern vom 18. Juli 1934 teilte der preußische Innenminister den Ober- und Regierungspräsidenten am 21. August 1934 erneut mit, dass „im Anschluss an Unfruchtbarmachungen [...] bei den operierten Personen wiederholt Störungen im Heilungsverlauf aufgetreten und auch einige Todesfälle vorgekommen“²²⁴⁸ seien. Diese Vorfälle würden die Durchführung des Sterilisationsgesetzes erheblich erschweren und seien „in den meisten Fällen darauf zurückzuführen, daß der Eingriff vorgenommen wurde, obwohl sich an den Geschlechtsorganen oder anderen Körperteilen der Betroffenen entzündliche Vorgänge abspielten“.²²⁴⁹ Die unzulängliche medizinische Anamnese wurde scharf kritisiert und ausdrücklich darauf hingewiesen, „dass der Beschluss des Erbgesundheitsgerichts bzw. Erbgesundheitsobergerichts auf Unfruchtbarmachung sie [die operierenden Ärzte, Anm. Vf.] von der Verantwortung für die Vornahme des Eingriffs unter den gegebenen Bedingungen nicht entlastet“.²²⁵⁰ Dementsprechend müsse zukünftig eingehend geprüft werden, „ob nicht gesundheitliche Gründe gegen den Eingriff“²²⁵¹ sprächen. Die zweite ministerielle Aufforderung für die preußisch regierten Länder lässt somit den Schluss zu, dass seit April 1934 keine wesentlichen Verbesserungen eintraten, sodass vor allem die intensive Frühphase der nationalsozialistischen

²²⁴⁷ LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 64–65.

²²⁴⁸ LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 54.

²²⁴⁹ LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 54.

²²⁵⁰ LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 54.

²²⁵¹ LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 54.

Zwangsterilisation von einer unzureichenden medizinisch-chirurgischen Praxis gekennzeichnet war.

Die eingetretenen gesundheitlichen Komplikationen und Todesfälle müssen in unmittelbarem Zusammenhang mit Struktur- und Organisationsdefiziten, die zumindest teilweise mit latenten gesellschaftlich-medizinischen Vorstellungen und Vorurteilen über erbliche „Minderwertigkeit“ und soziale Devianz korrelierten, gesehen werden. Der rasante Erlass des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ sowie die hohe Anzahl an Sterilisationsbeschlüssen hatten zur Konsequenz, dass die im Frühjahr 1934 zugelassenen medizinischen Einrichtungen insbesondere der Unfruchtbarmachung von Frauen nicht genügten und eine massive Überlastung eintrat.²²⁵² Aufgrund der Vielzahl von Sterilisationen wurden Anamnese sowie Vor- und Nachbetreuung aus Kapazitätsgründen vernachlässigt, wovon vor allem Frauen aufgrund des schwerwiegenden chirurgischen Eingriffs betroffen waren, sodass gesundheitliche Komplikationen und Todesfälle eintraten.

Staatlicherseits wurde versucht, die strukturellen Defizite durch eine Erhöhung von zugelassenen Einrichtungen zu beheben. Zudem wurde den verantwortlichen Chirurgen und Frauenärzten die Operationsmethode freigestellt. „Sollten trotz dieser Vorsichtsmaßnahmen weiterhin Komplikationen im Anschluss an den Eingriff auftreten, so ist deren Ursache möglichst zu klären. Bei Todesfällen wird zu diesem Zweck die Genehmigung zur Leichenöffnung anzustreben sein. Über derartige Vorkommnisse ist mir in jedem Einzelfall eingehend und unverzüglich zu berichten.“²²⁵³ Das Reichsinnenministerium war demnach bestrebt, die Hintergründe von Todesfällen zu erfassen, um zum Zweck einer effizienten Sterilisationspraxis sowohl klinische Mängel ahnden als auch auf die öffentliche Wahrnehmung Einfluss nehmen zu können – denn vor allem 1934 befand sich der nationalsozialistische Staat noch in einer Konsolidierungsphase, geprägt von herrschaftlichen Erschütterungen sowie einer ausgeprägten Unzufriedenheit, insbesondere der Arbeiterschaft.²²⁵⁴ Deshalb forderte der preußische Minister des Innern im Sommer 1934 ausdrücklich, dass die beamteten Ärzte den Nutzen des Gesetzes gegenüber der Bevölkerung erklären und erläutern sollten, um so für die bevölkerungspolitischen Ziele des Nationalsozialismus zu werben. „Insbesondere

²²⁵² Vgl. Kap. 7.2.1.

²²⁵³ LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 54.

²²⁵⁴ Vgl. Kap. 8.2.

muss immer wieder darauf hingewiesen werden, dass die Unfruchtbarmachung keinesfalls als eine Strafmaßnahme anzusehen ist, und es muss unbedingt vermieden werden, dass der unfruchtbar Gemachte wegen seiner ihm unverschuldet überkommenen erblichen Belastung irgendwelchen Benachteiligungen oder spöttischen und beleidigenden Angriffen ausgesetzt ist.²²⁵⁵

Im Zuge der Etablierung von medizinischen Einrichtungen, was im Regierungsbezirk Magdeburg zu einem engmaschigen Netz von zugelassenen Kliniken führte, wurde bis Sommer 1935 ein administratives Meldeverfahren zu Kontroll- und Auswertungszwecken eingerichtet, um eine detaillierte statistische Erfassung zu gewährleisten. So wies der Reichs- und Preußische Minister des Innern in einem Rundschreiben vom 29. August 1934 in Ergänzung des Runderlasses vom 15. Juli 1934 die Regierungspräsidenten sowie die jeweiligen Gesundheitsämter an, die vorgenommenen Sterilisationen, Schwangerschaftsunterbrechungen sowie Todesfälle in einer Schnellstatistik zu erfassen und dem Reichsinnenministerium zur Verfügung zu stellen.²²⁵⁶ Diese Regelungen, die ausschließlich die Anzeige von Todesfällen betrafen, dienten insbesondere als Informationsgrundlage für lokale und regionale Häufungen und somit als vorbeugende Maßnahme, um Schwierigkeiten bei der Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation zu vermeiden. Damit verbunden war die enge Definition von Todesfällen als Konsequenz des chirurgischen Eingriffs.

In den folgenden Jahren wurden keine ministeriellen Regelungen zur Meldung von Todesfällen angeordnet oder Hinweise zur Vermeidung von gesundheitlichen Beschwerden infolge der Sterilisationsoperation gegeben. Die Überlieferungslage kann jedoch keineswegs als Indiz dafür gelten, dass Todesfälle oder gesundheitliche Komplikationen seltener stattfanden. Vielmehr geriet die Sterilisationspraxis auch durch das Verbot der Veröffentlichung von amtlichen Statistiken seit 1936 in eine geschützte Sphäre. Zudem wurden die zugelassenen Einrichtungen seit 1937 und insbesondere seit 1939 mit einer stark abnehmenden Anzahl von Sterilisationsbeschlüssen konfrontiert, sodass weniger Operationen durchgeführt wurden und seltener Kapazitätsprobleme auftraten.

²²⁵⁵ LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 54.

²²⁵⁶ Vgl. LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 184. Hierfür sollten die zur Unfruchtbarmachung zugelassenen Kliniken monatlich Bericht an das im jeweiligen Bezirk zuständige Gesundheitsamt erstatten. Hinsichtlich der Meldung von Todesfällen erfolgte eine Sonderregelung, da neben dieser Berichterstattung zusätzlich dasjenige Gesundheitsamt Todesfälle melden sollte, welches für den „Wohnort des Verstorbenen“ zuständig sei und „die Einweisung des Verstorbenen veranlasst“ habe.

Als wesentliche Gründe von Todesfällen oder gesundheitlichen Komplikationen in der preußischen Provinz Sachsen können Operationsfehler sowie eine unzureichende medizinische Vor- und Nachbetreuung konstatiert werden. So wurde Ende November 1934 eine 29-jährige Frau aufgrund der Diagnose „Schizophrenie“ im Kreiskrankenhaus in Burg sterilisiert.²²⁵⁷ Zwei Tage später starb sie dann an den Folgen einer „eitrigen Bauchfellentzündung“, die nach Angabe des ärztlichen Berichtes dadurch hervorgerufen worden war, dass der operierende Arzt „bei der Eröffnung des Bauchfelles das anliegende Netz angeschnitten“ habe.²²⁵⁸ Die operative Verletzung des Dünndarms wurde während der Operation übersehen. Erst infolge der Leichenschau wurden eine Bauchfellentzündung im Unterbauch sowie eine Perforation des Dünndarms als Todesursache verzeichnet. Aufgrund des nachgewiesenen Arztfehlers kontaktierte der Reichs- und Preußische Minister des Innern den Regierungspräsidenten in Magdeburg und erkundigte sich, ob dem betreffenden Arzt die Zulassung zur Unfruchtbarmachung entzogen werden müsse. Der Regierungspräsident hielt den Entzug der Sterilisationsbefugnis nicht für notwendig, sodass der operierende Arzt keine beruflichen Konsequenzen erfuhr.

Ein vergleichbarer Fall betraf einen 31-jährigen landwirtschaftlichen Arbeiter, der aufgrund der Diagnose „angeborener Schwachsinn“ im Januar 1940 im Krankenhaus Salzwedel sterilisiert wurde.²²⁵⁹ Im Zuge der Operation verletzte der operierende Arzt eine Vene, und es traten starke Blutungen auf, „die durch Umstechungsnähte zum Stehen gebracht wurde[n]“. ²²⁶⁰ Die Verletzung entzündete sich später und bildete eine Wundrose aus, die schließlich den Brustkorb erreichte und den Tod verursachte. Der ärztliche Bericht betonte den „bemerkenswerten“ Entzündungsverlauf und konstatierte einen direkten Zusammenhang zwischen Sterilisation und Todesfolge. Gleichzeitig wurde darauf hingewiesen, dass es sich bei dem operierenden Arzt um einen erfahrenen Chirurgen handele und es bisher keine Beanstandungen gegeben hätte. Der Tod des Mannes „scheint demnach auf einen unglücklichen Zufall zurückzuführen zu sein“, und ein ärztliches Verschulden könne ausgeschlossen werden.²²⁶¹ Hierzu hielt der Präsident des Reichsgesundheitsamtes gegenüber dem Reichsminister des Innern im Rahmen eines Gutachtens im März 1940 fest: „Der Stellungnahme des Amtsarztes

²²⁵⁷ Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 376: Todesfälle nach Unfruchtbarmachung (1938–1940), fol. 1–6; LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 1, fol. 236–239.

²²⁵⁸ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 1, fol. 238.

²²⁵⁹ Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 376: Todesfälle nach Unfruchtbarmachung (1938–1940), fol. 21–35.

²²⁶⁰ LASA, C 28 Ig, Nr. 376: Todesfälle nach Unfruchtbarmachung (1938–1940), fol. 21–35.

²²⁶¹ LASA, C 28 Ig, Nr. 376: Todesfälle nach Unfruchtbarmachung (1938–1940), fol. 21–35.

und des Regierungspräsidenten in Magdeburg kann nur insofern zugestimmt werden, daß nach den vorliegenden Unterlagen – ein Verschulden des Operateurs am Todesfall [...], dessen Zusammenhang mit der Unfruchtbarmachung eindeutig gegeben ist, nicht vorliegt. Die, vielleicht durch eine Regelwidrigkeit im Verlauf der Adergeflechte der rechten Leistenbeuge bedingte Verletzung [...] kann wohl nicht dem Operateur zur Last gelegt werden.“²²⁶²

In beiden Beispielen wurde in einer nüchternen, distanzierten und unpersönlichen Sprache ein direkter Zusammenhang zwischen der Sterilisation und dem Tod der betroffenen Personen konstatiert sowie die Befähigung und medizinischen Qualifikationen der operierenden Ärzte und auch die genauen Todesumstände geprüft. Die Zulassung wurde beiden Ärzten nicht entzogen. Vielmehr verdeutlicht das zweite Beispiel eine Argumentationsstrategie, die bezüglich der im Sterilisationsverfahren konstatierten „Minderwertigkeit“ das Ziel verfolgte, eine ärztliche oder behördliche Verantwortung abzustreiten, indem als Todesursache eine anatomische Anomalie des verstorbenen und als „erbkrank“ diagnostizierten Mannes betont wurde. Diesbezüglich wurde nicht nur der Zusammenhang zwischen Sterilisation und Tod relativiert, sondern darüber hinaus dem Opfer eine persönliche Verantwortung am Tod aufgrund einer körperlichen „Regelwidrigkeit“ zugewiesen. Die anatomische Regelwidrigkeit steht demnach, wenn auch unausgesprochen, in Beziehung zur bereits attestierten erbologischen „Minderwertigkeit“.

Entgegen der Entlastung des operierenden Arztes durch die Verlagerung der Todesursache auf die Seite des Opfers betonte der Präsident des Reichsgesundheitsamtes ein dienstliches Verschulden des zuständigen Amtsarztes, da unverständlich sei, „daß der Amtsarzt bei der Leichenbesichtigung nicht die zur Klärung des Falles äußerst wichtige Untersuchung des Wundsekrets mit dem Ziele der Feststellung des Erregers der ‚Wundrose‘ einleitete“.²²⁶³ Insofern konstatiert die Stellungnahme des Reichsgesundheitsamtes vor allem eine ungenügende Umsetzung der amtsärztlichen Dienstpflicht. Neben den strategischen und ermittlungstechnischen Interessen des Reichsgesundheitsamtes mit dem Ziel der Rechtfertigung kann dieser Hinweis als ein Indiz dienen, dass trotz behördlicher Anweisungen nicht in jedem Falle Sektionen durchgeführt wurden. Die Gründe hierfür bleiben unklar und können eine geringe dienstliche Sorgfaltspflicht, fehlende ärztliche Kapazitäten im ersten Kriegsjahr oder auch zielgerichtete Verschleierungsinteressen der Todesursache umfassen.

²²⁶² LASA, C 28 Ig, Nr. 376: Todesfälle nach Unfruchtbarmachung (1938–1940), fol. 21–35.

²²⁶³ LASA, C 28 Ig, Nr. 376: Todesfälle nach Unfruchtbarmachung (1938–1940), fol. 21–35.

Neben genuinen Operationsfehlern verstarben zwangssterilisierte Frauen und Männer infolge einer unzureichenden medizinischen Betreuung vor und nach der Unfruchtbarmachung. Und trotz der ausdrücklichen Anweisungen des Reichs- und Preußischen Ministers des Innern hinsichtlich einer eingehenden Prüfung des Gesundheitszustandes aus dem Jahr 1934 wurden die medizinischen Anforderungen in den folgenden Jahren nicht flächendeckend umgesetzt. So beanstandete der Reichs- und Preußische Minister des Innern gegenüber dem Regierungspräsidenten Magdeburg am Jahresende 1937 die Durchführung der Zwangssterilisationen in der Landesfrauenklinik in Magdeburg.²²⁶⁴ Den Hintergrund bildeten vier Todesfälle von Frauen, die zwischen 1934 und 1937 auftraten und zur Hälfte den ungenügenden medizinischen Voruntersuchungen durch die verantwortlichen Ärzte geschuldet waren. Dabei hatte der Tod einer verheirateten Frau erhebliche Unruhe in ihrer Heimatstadt Genthin hervorgerufen, nachdem sie nach der Operation und Entlassung aus der Landesfrauenklinik Magdeburg in einem verängstigten Gemütszustand in der Landesheilanstalt Jerichow aufgenommen worden war und dort infolge einer eitrigen Entzündung der Operationswunde verstarb.²²⁶⁵

Ein entsprechender Bericht des Reichsgesundheitsamts konstatierte wiederum entschuldigend, dass „der Tod in allen Fällen weder vorhergesehen noch abgewendet werden“ konnte.²²⁶⁶ „Dagegen ist zu bemängeln, daß die Krankengeschichten“ in zwei Fällen „nicht in ausreichender Weise geführt wurden.“²²⁶⁷ Eine hinreichende Anamnese würde fehlen und die anatomischen Befunde seien unvollständig, da lediglich die Geschlechtsorgane untersucht worden wären, jedoch seien die übrigen Organe unberücksichtigt geblieben. „Zu bemängeln ist ferner, daß sich über das Verhalten der Erbkranken nach dem operativen Eingriff keine Angaben befinden. Diese sind bei Geisteskranken für die Deutung der Operationsfolgen unentbehrlich.“²²⁶⁸ Entsprechend den unterschiedlichen Unzulänglichkeiten, so das Reichsgesundheitsamt, könne die Operationsfähigkeit der verstorbenen Frauen nachträglich nicht adäquat eingeschätzt werden. Die deutliche Kritik steht jedoch in eklatantem Widerspruch zur einführenden Beurteilung, dass die einzelnen Todesfälle nicht vermieden werden konnten.

²²⁶⁴ Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 11, fol. 436–441.

²²⁶⁵ Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 5, fol. 294; LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 11, fol. 437.

²²⁶⁶ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 11, fol. 437.

²²⁶⁷ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 11, fol. 437.

²²⁶⁸ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 11, fol. 437.

Insofern verdeutlicht das Gutachten des Reichsgesundheitsamts die ministeriellen Interessen an einem reibungslosen Ablauf der Zwangssterilisation, indem die Todesursachen erörtert und medizinische Veränderungen angemahnt werden. Gleichzeitig werden innerhalb der Medizin, hier zwischen Reichsgesundheitsamt und Magdeburger Landesfrauenklinik, Schutzmechanismen sichtbar, um Schuldzuweisungen abzumildern oder gar eine direkte Verantwortung der Operateure sowie der Sterilisationsbürokratie, in dessen Auftrag sie handelten, zu negieren. Der Spagat zwischen der Feststellung sowohl von medizinischen Versäumnissen als auch gleichzeitiger Schuldlosigkeit der verantwortlichen Ärzte beweist die Bagatellisierung des Todes von vier Frauen. In den Augen der übergeordneten Behörden spielte der Tod lediglich in den medizinisch-chirurgischen Versäumnissen der Operateure eine Rolle, die ihrerseits jedoch nicht für den Tod verantwortlich zu machen seien.

Der Direktor der Landesfrauenklinik Magdeburg, Prof. Adam Bauereisen, gelobt in einer Stellungnahme vom März 1938 Besserung, indem zukünftig auf eine genauere Führung der Krankengeschichte geachtet werden würde. Demgegenüber versucht auch der Direktor, die einzelnen Vorwürfe zu entkräften, indem er beispielsweise behauptet, dass die notwendigen Voruntersuchungen durchgeführt worden, jedoch aufgrund negativer Ergebnisse nicht verzeichnet worden seien. Darüber hinaus verschiebt er die Verantwortung für die jeweiligen Todesfälle ebenfalls auf die Seite der verstorbenen Frauen, da sie kaum in der Lage gewesen seien, hinreichende Aussagen zu ihrem Gesundheitszustand zu machen. „Von zu Sterilisierenden dieser Gruppe selbst wird man zuverlässige Angaben hierüber kaum erhalten können. Rückfragen bei den betreffenden Kliniken und Heilanstalten sind sehr zeitraubend.“²²⁶⁹ In den Aussagen des Klinikdirektors erscheint somit eine unmittelbare Vernachlässigung der medizinischen Versorgungspflicht, indem aufgrund von „zeitraubenden“ und daher nicht getätigten Nachfragen der Tod von Patientinnen zumindest mittelbar in Kauf genommen wurde. Einschneidende Konsequenzen mussten weder die zugelassenen Ärzte noch die Kliniken insgesamt befürchten.

Die Vorenthaltung einer hinreichenden medizinischen Anamnese und Betreuung war nicht ausschließlich auf die intensiven Anfangsjahre beschränkt, sondern kann auch zu Beginn der 1940er-Jahre nachgewiesen werden. Im Zuge der Meldung eines Todesfalls aus dem Gesundheitsamt Gardelegen vom November 1940 teilte der lei-

²²⁶⁹ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 11, fol. 441.

tende Medizinalbeamte der Regierung in Magdeburg, Dr. Erich Möbius, dem Reichsministerium des Inneren seine Zweifel an der sorgfältigen Voruntersuchung der Patientin mit.²²⁷⁰ „Nach dem Krankenblatt war die Operierte sehr schwächlich und seit Jahren mit einem chronischen trocknen Husten behaftet. Dadurch ist m.[eines] E.[rachtens] unzweifelhaft die nachfolgende Bronchopneumonie [Form der Lungenentzündung – Anm. d. Verf.] in ihrer Entstehung ausserordentlich begünstigt worden.“²²⁷¹ In der Darlegung der Todesursache kritisiert Erich Möbius vor allem die vernachlässigte Dienstpflicht des zuständigen Amtsarztes, da keine Autopsie durchgeführt worden sei. „Die Unterlassung der Section halte ich trotz der klaren Todesursache für einen Fehler, da sie über den Zustand des Herzens und der Atmungsorgane wichtige, für den Zustand vor der Operation wesentliche Aufschlüsse hätte geben können.“²²⁷² Die Gründe für die Unterlassung einer Leichenschau, die laut der vorliegenden Verwaltungsvorschriften im Todesfalle zur Klärung der Todesursache durchgeführt werden sollte, können nicht geklärt werden. Denkbar ist wiederum, dass hierfür begrenzte Ressourcen ursächlich waren oder aber die genaue Todesursache verschleiert werden sollte, um weitere Nachforschungen zu unterbinden oder gar einen Zulassungsentzug der berechtigten Ärzte und Kliniken zu verhindern.

Insgesamt kann die hier zum Ausdruck kommende Verweigerung notwendiger medizinischer Leistungen nicht auf ministerielle Anweisungen oder gar auf eine nationalsozialistische Tötungsabsicht zurückgeführt werden. Hierfür sprechen die mitunter ausführlichen Nachforschungen, welche, auch wenn sie auf eine Verneinung einer unmittelbaren ärztlichen Verantwortung abzielten, die Vermeidung von Todesfällen verfolgten und auf der Einhaltung von gesetzlichen Vorgaben bestanden.²²⁷³ Vielmehr spiegeln sich in dem Tod von zwangssterilisierten Frauen und Männern strukturelle

²²⁷⁰ Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 376: Todesfälle nach Unfruchtbarmachung (1938–1940), fol. 48–50.

²²⁷¹ LASA, C 28 Ig, Nr. 376: Todesfälle nach Unfruchtbarmachung (1939–1940), fol. 48–50.

²²⁷² LASA, C 28 Ig, Nr. 376: Todesfälle nach Unfruchtbarmachung (1939–1940), fol. 48–50.

²²⁷³ Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 8, fol. 120. Eine im Rahmen der Zulassung von Ärzten und Kliniken diskutierte Frage zielt darauf ab, ob gesetzlich nicht-legitimierte Sterilisationen durchgeführt und die Operationen ausschließlich von befugten Ärzten ausgeführt wurden. Insgesamt deuten unterschiedliche Anzeichen darauf hin, dass keine umfassenden Verstöße von bürokratischen Vorschriften stattfanden. Die vorliegenden Materialien weisen lediglich punktuell aus, dass Sterilisationen auch von nicht befugten Ärzten vorgenommen wurden. So wurde Ende August 1936 eine 26-jährige verheiratete Frau (Erna) in Halberstadt sterilisiert. Die Operation wurde vom Stellvertreter des zugelassenen Arztes durchgeführt, der „jedoch zur Ausführung von Operationen zur Unfruchtbarmachung von Frauen nicht die Ermächtigung besaß“. Wenige Tage später litt die Frau an Schmerzen in der linken Wade. Nachdem die Nähte entfernt worden waren, stand sie erstmals auf und bemerkte ein Schwindelgefühl, körperliches Unbehagen und Benommenheit. Kurze Zeit später verstarb sie. Die Leichenschau ergab eine Lungenembolie. Dienstrechtliche Konsequenzen oder gar Entschädigungsansprüche infolge dieses Sterbefalles können nicht nachgewiesen werden, obgleich das Schweigen der Materialien darauf hindeutet, dass dieser unrechtmäßige Eingriff nicht öffentlich, sondern intern ausgewertet wurde.

Defizite wider, in erster Linie fehlende medizinische Kapazitäten, und soziale, medizinisch-rassenhygienische Vorbehalte gegenüber als „erbkrank“ geltenden Frauen und Männern, welche sich wechselseitig stimulierten und den Tod zumindest mittelbar verursachten. In der Konsequenz wurde den zur Sterilisation verurteilten Frauen und Männern eine umfassende ärztliche Betreuung zumindest indirekt vorenthalten, womit auch gesundheitliche Komplikationen in Kauf genommen wurden.²²⁷⁴ Die Vorstellung von als „minderwertig“ und „erbkrank“ geltenden Frauen und Männern verbunden mit divergenten medizinischen und fürsorglichen Umgangsformen deutet auf einen grundlegenden moralischen Wandel innerhalb der Medizin im Dritten Reich hin.²²⁷⁵

Wie die bereits dargestellten Todesfälle belegen, bestand eine wesentliche herrschaftliche Strategie in der Zurückweisung eines ursächlichen Zusammenhangs von Unfruchtbarmachung und Tod, was zu einer Reduzierung von Todesfällen infolge der nationalsozialistischen Zwangssterilisation beitrug.²²⁷⁶ Neben der strategischen Funktion offenbaren diese Berichte eine zielgerichtete Zuweisung der Verantwortlichkeit an die verstorbene männliche oder weibliche Person, indem der Geisteszustand oder die körperliche Konstitution aufgrund der „minderwertigen“ erbbiologischen Veranlagung als maßgebende Todesursache herangezogen wurde. Dementsprechend wurde der Tod bagatellisiert, was eine Abwertung des individuellen Lebenswertes zugunsten der Volksgemeinschaft widerspiegelt. Hiervon betroffen war auch das Zugeständnis von Entschädigungsleistungen.

In einem weiteren Falle wurde im Sommer 1935 ein Mann infolge einer Unfruchtbarmachung aufgrund von „angeborenem Schwachsinn“ aus dem Krankenhaus

²²⁷⁴ Eine mittelbare Rolle kann auch gespielt haben, dass für die gesetzlich angeordnete Unfruchtbarmachung keine genuin gesundheitlichen Gründe vorlagen, sodass nicht auszuschließen ist, dass den männlichen und weiblichen Betroffenen der nationalsozialistischen Zwangssterilisation medizinische Versorgungsleistungen aufgrund ihrer vermeintlichen körperlichen Gesundheit vorenthalten wurden. Dass diese durch die Unfruchtbarmachung versehrt wurde, scheint in diesem Kontext vernachlässigt worden zu sein.

²²⁷⁵ Hierzu beispielsweise Schmidt: *Hitlers Arzt*, S. 41–92; Bruns, Florian: *Den Volkskörper im Blick. Medizin und Moral im Nationalsozialismus*. In: Bialas, Wolfgang/Fritze, Lothar (Hrsg.): *Ideologie und Moral im Nationalsozialismus*, Göttingen 2014, S. 211–234.

²²⁷⁶ Hierzu konnten weitere Fallbeispiele erschlossen werden: Ein 16-jähriges Mädchen (Gerda), welches „am 17. Juni [Jahr] im Kreiskrankenhaus in Burg durch Operation unfruchtbar gemacht [worden] ist, ist am 20. Juni an postoperativer Lungenentzündung gestorben. Ein direkter Zusammenhang mit der Unfruchtbarmachung hat sich laut anliegenden Berichts des Kreiskrankenhauses nicht nachweisen lassen.“ Oder: „Am 18.6. [Jahr] plötzlicher Temperaturanstieg, kein krankhafter Herz-Lungenbefund. Heftige Diarrhöen, Leib weich. Der Puls wird klein und frequent, starke motorische Unruhe, Schreikämpfe. Herz- und Gefäßschwäche. Exitus. Der Leib der Pat.[ientin] war immer weich, ohne Anzeichen für peritoneale Reizerscheinungen; die Operationswunde war absolut reizlos.“ Als Todesursache des 14-jährigen Mädchens wird „Status epilepticus“ (länger andauernder epileptischer Anfall) vermerkt *LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941)*, Bd. 7, fol. 87–100.

Stendal entlassen.²²⁷⁷ „Es stellte sich dann, wahrscheinlich infolge längerer Fahrt in einem Personenomnibus eine Entzündung ein, die zu einer Vereiterung führte und eine erneute Einweisung ins Krankenhaus veranlasste. Während der zweiten Krankenhausaufnahme, die in unmittelbarem Zusammenhang mit der ersten stand, erkrankte [er] an einer Lungenentzündung, die zum Tode führte. Da ein zeitlicher Zusammenhang feststeht, ist anzunehmen, dass die bei [ihm] entstandene Entzündung ursächlich wenigstens indirekt mit der Sterilisation zusammenhängt.“²²⁷⁸ Die folgenden Ermittlungen zur Todesursache gewannen eine besondere Qualität, da der Vater eine Entschädigung forderte.²²⁷⁹ Die Aufklärung der Todesursache erstreckte sich über ein halbes Jahr und der verantwortliche Amtsarzt teilte dem Landrat in Stendal schließlich Anfang Dezember 1935 mit, dass es „infolge unsachgemäßer Behandlung zu einer nachträglichen Eiterung in der Nähe der Operationswunde gekommen“ sei und der Tod in Zusammenhang mit der Operation gesehen werden könne,²²⁸⁰ jedoch: „Eine Schuld des Krankenhauses, die etwa das Krankenhaus schadenersatzpflichtig machen könnte, lässt sich nicht beweisen.“²²⁸¹ Etwa eine Woche später leitete das Krankenhaus in Stendal dem Landrat einen abschließenden Bericht zu und hielt fest, dass anzunehmen sei, dass „der Tod des Mannes in indirektem Zusammenhang mit der Operation“ stehe, „denn die eitrige Zellgewebsentzündung muß wohl als Folge der Operation angesehen werden“.²²⁸² Diese Stellungnahme, die auf Absprachen zwischen Krankenhaus und Amtsarzt hindeutet, verfolgte das Ziel, etwaige Entschädigungsansprüche zurückzuweisen. Die Zurückweisung der Verantwortlichkeit für den Tod von sterilisierten Frauen und Männern wurde auf lokaler Ebene vor allem von finanziellen Forderungen hervorgerufen. Hierzu bildeten sich Netzwerke zwischen lokalen Amtsträgern wie Landrat, Amtsarzt sowie dem zugelassenen Krankenhaus, um etwaige Entschädigungsansprüche als ungerechtfertigt abwehren zu können. Diesbezüglich wurden auch offenkundige Zusammenhänge bestritten oder lediglich indirekte Beziehungen konstatiert, die wiederum keine Grundlage für Rechtsansprüche böten. Darüber hinaus versuchte der medizinische Bericht abschließend, die Schuld an der „unsachgemäßen

²²⁷⁷ Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 5, fol. 191–199, 213–214.

²²⁷⁸ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 5, fol. 191.

²²⁷⁹ Diese Entschädigungsforderung wurde seitens des zuständigen Landrats frühzeitig als unzulässig beurteilt, da der Vater keine wirtschaftliche Bedürftigkeit aufweise, da er ein Bauunternehmen besäße und ein Geselle angestellt sei.

²²⁸⁰ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 5, fol. 213.

²²⁸¹ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 5, fol. 213.

²²⁸² LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 5, fol. 214.

Behandlung“ dem verstorbenen Patienten selbst zuzuweisen: „Allerdings ist zu bemerken, daß bei dieser Komplikationen [sic] der Schwachsinn [...] eine Rolle gespielt hat, da er keinerlei Angaben über Beschwerden machen konnte und seine Untersuchung und die ganze ärztliche Beurteilung des Krankheitsverlaufes dadurch erschwert war.“²²⁸³ Indem der Mann aufgrund des ihm unterstellten „angeborenen Schwachsinn“ nicht in der Lage gewesen sei, gesundheitliche Probleme oder Schmerzen mitzuteilen, wird wiederum dem Opfer ein persönliches Verschulden zuerkannt.

Am Beispiel von elterlichen Entschädigungsforderungen nach dem Tod ihrer 15-jährigen Tochter kann die Abwertung von als „erbkrank“ und „minderwertigen“ geltenden Frauen und Männern weiter konkretisiert werden.²²⁸⁴ Das junge Mädchen überstand die Unfruchtbarmachung laut medizinischem Bericht ohne Nebenerscheinungen und wurde im November 1937 aus dem Krankenhaus Oschersleben entlassen. Sie habe sich gesund gefühlt, jedoch sei, so die behördliche Erklärung, im Zuge einer Schlittenfahrt ein Darmverschluss eingetreten, an dem das Mädchen im Januar 1938 verstarb. Die Eltern forderten eine Entschädigung für den Tod ihrer Tochter, der ihrer Meinung nach in direktem Zusammenhang zur Sterilisation stand. Demgegenüber betonte der Amtsarzt von Oschersleben die „ausserordentlich gewissenhaft[e] und zuverlässig[e]“ Arbeit des operierenden Arztes.²²⁸⁵ Auf der Grundlage der obligatorischen Berichterstattung konstatierte schließlich der Reichs- und Preußische Minister des Innern gegenüber dem Regierungspräsidenten in Magdeburg Ende Februar 1938: „Bei der Beurteilung des vorgetragenen Todesfalls ist ein Verschulden des Operators nicht anzunehmen. Der Fall wird vielmehr als solcher zu werten sein, der mit der vorangegangenen Unfruchtbarmachung nicht im unmittelbaren, wohl aber im mittelbaren Zusammenhang steht. Eine Verpflichtung des Staates zu einer Entschädigung besteht nicht.“²²⁸⁶ Für die Gewährung einer außerordentlichen Beihilfe müsse insgesamt geklärt werden, „welcher materielle Schaden den Eltern durch den Tod des Kindes entstanden ist und wie hoch die Härtebeihilfe bei Berücksichtigung des gegebenenfalls eingetretenen Schadens ihrer Ansicht nach zu bemessen sein würde“.²²⁸⁷ Diesbezüglich wurde auf die Übernahme der Beerdigungskosten hingewiesen.

²²⁸³ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 5, fol. 214.

²²⁸⁴ Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 12, fol. 261–273.

²²⁸⁵ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 12, fol. 263.

²²⁸⁶ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 12, fol. 264.

²²⁸⁷ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 12, fol. 264.

Ende März 1938 informierte der Amtsarzt den Regierungspräsidenten in Magdeburg über die ministeriellen Beurteilungskriterien. Seine Ausführungen beruhten dabei auf einer Stellungnahme der Gemeinde. „Der Vater [...] ist ein geistig und körperlich minderwertiger Mensch, der in seinem Leben wenig geleistet hat, aber auch in körperlicher Hinsicht nahe der Invalidisierungsgrenze war, weil er ein Kümmerer ist und geringe geistige Gaben hat. [...] Jetzt fristet er sein Leben kümmerlich durch Lumpenhandel. Vom rein objektiven Standpunkt aus betrachtet, dürfte es schwer sein, durch den Fortfall des Kindes einen deutlichen Schaden zu berechnen, denn das Kind würde bestimmt nicht viel geleistet haben.“²²⁸⁸ Bezugnehmend auf den geringen wirtschaftlichen Wert der betroffenen Familie bestünde kein hinreichender Entschädigungsanspruch.

Ein etwaiger Anspruch würde aus Sicht der Gemeinde lediglich durch das Interesse gespeist, lokale Unruhe oder Widerstand zu verhindern. In diesem Sinne „würde aber ein Entgegenkommen seitens der Regierung dazu beitragen, eine unerwünschte Propaganda gegen das Gesetz zur Bekämpfung erbkranken Nachwuchses zu vermindern“.²²⁸⁹ Aus diesem Grund sollten der Familie 300 Reichsmark gezahlt sowie die Krankenhauskosten übernommen werden. „Im Falle einer Bewilligung der vorgeschlagenen Abfindung und der Krankenhauskosten müsste dem Siebert klar zum Ausdruck gebracht werden, dass diese Kostenübernahme nicht auf Grund gesetzlicher Bestimmungen, sondern lediglich als Gnadenerweis anzusehen ist, und dass durch diese Kostenübernahme keine Anerkennung irgendwelcher rechtlichen Ansprüche ausgesprochen wird, sowie dass für alle Zukunft mit irgend welchen Zuwendungen nicht zu rechnen ist, und dass die gegenwärtige Unterstützung lediglich mit Rücksicht auf seine bedürftige Lage bewilligt wird.“²²⁹⁰

Der Regierungspräsident schloss sich Anfang Mai 1938 diesen Ausführungen nahezu wortwörtlich an und unterstützte den Entschädigungsvorschlag. Ende Mai 1938 teilte der Reichs- und Preußische Minister des Innern dem Regierungspräsidenten mit, dass er keine besondere Veranlassung für eine finanzielle Unterstützung erkennen könne. Hierbei könne er den Angaben der Gemeinde zu Auslagen, etwa für die Krankenhauskosten, nicht folgen, da diese gesetzlich reglementiert seien und für sie im Falle der Zahlungsunfähigkeit ohnehin staatlicherseits aufgekommen werde.

²²⁸⁸ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 12, fol. 266.

²²⁸⁹ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 12, fol. 266.

²²⁹⁰ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 12, fol. 266.

„Wenn ich auch durchaus nicht verkenne, daß die Verhältnisse der Eltern der verstorbenen [jungen Frau] schwierige sind, so darf dies doch nicht eine gerechte Würdigung der sonstigen Verhältnisse ausschließen. Nach den Aktenunterlagen war die Verstorbene zu keiner Berufsausbildung fähig, dementsprechend war ihre sonstige Verwendungsfähigkeit auch nur eine sehr beschränkte. Zu hochwertigen Arbeiten wird sie demnach nicht herangezogen worden sein. Ihr Arbeitsfeld wird sich vielmehr auf einfachste Haus- und Feldarbeit beschränkt haben. Die Arbeit, die sie hier verrichtet hat, wird nach ihrem Bericht jetzt von einer Schwester wahrgenommen. Die Belastung der Eltern durch die Zuwendungen, die angeblich dafür geleistet werden, ist keineswegs so hoch wie die Unkosten für den Lebensunterhalt der Verstorbenen selbst ausgemacht haben. Eine besondere Veranlassung, durch eine Unterstützung helfend beizuspringen, kann ich demnach als vorliegend nicht anerkennen.“²²⁹¹ Auf der Grundlage einer vorwiegend ökonomisch-utilitaristischen Leistungsbemessung von Betroffenen und Familienangehörigen begründete der Tod von als „erbkrank“ geltenden Frauen und Männern, die als besonders „leistungsunfähig“ angesehen wurden, daher, wie im vorliegenden Falle, nicht notwendigerweise eine finanzielle Entschädigung.

Gesundheitliche Komplikationen und Todesfälle wurden maßgeblich durch strukturelle Defizite, eine hohe Anzahl von angewiesenen Unfruchtbarmachungen von Frauen und hiermit verbundene Kapazitätsprobleme, durch Operationsfehler sowie eine unzureichende medizinische Betreuung hervorgerufen. Insbesondere Todesfälle wurden auf ministerieller und regierungsbehördlicher Ebene dokumentiert sowie medizinische oder ärztliche Unzulänglichkeiten untersucht und entsprechende Gutachten erstellt. Dabei versuchten Krankenhäuser in Verbindung mit lokalen Behörden und Amtsträgern eine unmittelbare Verantwortung am Tod gegenüber den jeweiligen Regierungen und dem Reichsinnenministerium möglichst in Abrede zu stellen, um Konsequenzen, wie etwa Zulassungsentzug, Statusverlust von Klinik und Personal oder Entschädigungsansprüche von Angehörigen, zu vermeiden. Gegenüber den Angehörigen verstorbener Frauen und Männer wurde sowohl von ministeriellen als auch lokalen Behörden weitgehend jede direkte Verantwortung bestritten. Dies geschah auch mit Rücksicht auf die öffentliche Wahrnehmung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation.

Der Tod spielte behördlicherseits lediglich in Bezug auf die öffentliche Wahrnehmung, auf finanzielle Entschädigungen und die Gewährleistung einer effizienten

²²⁹¹ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 12, fol. 273.

Sterilisationspraxis eine Rolle. Hierin spiegelt sich die geringe Wertbemessung von als „erbkrank“ geltenden Frauen und Männern wider, welche ihren Niederschlag in der Diskussion über die Todesursache, über den Anspruch von Entschädigungsleistungen und auch in der Vorenthaltung einer hinreichenden medizinischen Versorgung findet. Die nationalsozialistische Zwangssterilisation verfolgte zwar nicht den Tod von als „erbkrank“ geltenden Personen, dieser bedeutete aber partiell keinen volksgemeinschaftlichen Verlust und wurde zumindest teilweise billigend in Kauf genommen. Hierbei handelt es sich also auch keineswegs um direkte Verbote des späteren geheimen Krankmordes. Gleichwohl deuten sich hier Einstellungsmuster an, die den Tod von gesundheitlich, erblich oder sozial devianten Frauen und Männern weder beabsichtigten noch guthießen, jedoch in Kauf nahmen und duldeten. Dies könnte zwar als Beleg für Radikalisierungstendenzen im Nationalsozialismus gelten. Die Einstellungsmuster und Mentalitäten gegenüber als „erbkrank“ definierten Frauen und Männern sind aber eher als Resultat eines virulenten biopolitischen Axioms zu verstehen, welches der Gemeinschaft gegenüber dem Individuum den Vorrang einräumte. Durch diesen Grundsatz wurden sowohl die Sterilisation als auch die Tötung denkbar und praktisch möglich – die Grenze zwischen beiden „bevölkerungspolitischen Maßnahmen“ ist jedoch fundamental, gleichwohl fungierte die Sterilisation als eine präfigurative Technologie, welche die mortalen Konsequenzen praktizierter eugenisch-rassischer Politik mittelbar entfesselte.

Neben gesundheitlichen Komplikationen und operationsbedingten Todesfällen infolge der nationalsozialistischen Zwangssterilisation nahmen sich zwangssterilisierte Frauen und Männer auch das Leben. Der genaue Umfang von Suiziden kann für die preußische Provinz Sachsen nicht abschließend geklärt werden. In einem Fall sprang eine 25-jährige Ehefrau sieben Tage nach der Unfruchtbarmachung aus dem Fenster ihres Krankenzimmers der Landesfrauenklinik Magdeburg.²²⁹² Hierbei brach sie sich den linken Oberschenkel und wurde in die Chirurgische Klinik verlegt, in der sie Ende Oktober 1936 verstarb. Die junge Frau sei nach der Unfruchtbarmachung unruhig gewesen. In der Nacht habe sie sich „einigermaßen“ beruhigt, „gegen morgen lebhafter. Verlässt in einem unbewachten Augenblick das Bett u.[nd] springt aus dem

²²⁹² Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 9, fol. 55–56.

Fenster. Bruch des linken Oberschenkels – Verlegung in die Chir.[urgische] Klinik.“²²⁹³ Die persönlichen Gründe für den Selbstmord auch in Hinblick auf die Verhinderung zukünftiger Suizidversuche spielten in der Mitteilung des Krankenhauses keine Rolle.

Am Beispiel eines weiteren Suizids einer ebenfalls verheirateten Frau können auf der Grundlage einer umfänglichen Berichterstattung die persönliche Gründe, der Zwangscharakters der Unfruchtbarmachung sowie auch die medizinische Beurteilung von Selbstmorden und damit einhergehend die Zuschreibung des menschlichen Wertes mikroskopisch genau beschrieben werden.²²⁹⁴ Das Erbgesundheitsgericht Halberstadt stellte auf einer Sitzung im Mai 1935 die Diagnose „Schizophrenie“ fest und veranlasste die Sterilisation der Frau. „Auf ihre wiederholten Beschwerden an höherer Stelle fand Zurückstellung der Sache statt, bis endlich am 9.8.35 nochmals die Rechtskraft verkündet wurde“, so der zuständige Amtsarzt.²²⁹⁵ Die betroffene Frau wollte den gerichtlichen Beschluss nicht akzeptieren und wandte sich an unterschiedliche Behörden, wie etwa den zuständigen Amtsarzt in Oschersleben, um ihre Sterilisation abzuwenden. „Mehrere Male war sie bei mir, um mich von der Überflüssigkeit des Eingriffs zu überzeugen mit dem Hinweis, sie habe doch nichts verbrochen und müsse sich vor ihren Kindern schämen. Es war unmöglich ihr klar zu machen, dass gegen die Durchführung des Gesetzes bei ihr keinerlei Einwendungen Zweck hätten.“²²⁹⁶ Sie weigerte sich jedoch vehement gegen die Durchführung und „musste schlusslich [sic] zwangsweise vorgeführt werden“.²²⁹⁷

Die Operation fand aufgrund der Abwesenheit des in Oschersleben zugelassenen Arztes schließlich in der Landesfrauenklinik in Magdeburg statt. Die Unfruchtbarmachung verlief laut medizinischem Bericht komplikationslos, und die Operationswunde verheilte ohne Nebenerscheinungen. Knapp zwei Wochen nach der Operation hat sich die Frau „in selbstmörderischer Absicht [...] aus dem Fenster des 2. Stockwerkes gestürzt und sich eine schwere Weichteilverletzung des linken Oberarms und vermutlich eine Wirbelsäulenverletzung zugezogen und musste deswegen in die chirurgische Klinik des Krankenhauses Altstadt verlegt werden“.²²⁹⁸ Hierzu teilte die Landesfrauenklinik Magdeburg mit, dass keinerlei Anzeichen einer Selbstmordabsicht

²²⁹³ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 9, fol. 55–56.

²²⁹⁴ Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 4, fol. 398–399, 572–573.

²²⁹⁵ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 4, fol. 398.

²²⁹⁶ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 4, fol. 398.

²²⁹⁷ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 4, fol. 398.

²²⁹⁸ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 4, fol. 398.

bemerkt worden seien. Rund einen Monat später informierte die Klinik am 7. Oktober 1935 den Amtsarzt in Oschersleben über den Gesundheitszustand der Frau und konstatierte, dass aufgrund der schwerwiegenden Verletzungen mit einem ungünstigen Ausgang zu rechnen sei.²²⁹⁹ Aufgrund der medizinischen Beurteilung sowie des zwischenzeitlich eingetretenen Todes verfasste der Amtsarzt am 17. Oktober einen längeren Bericht an den Regierungspräsidenten in Magdeburg. Dieser Bericht enthält unterschiedliche Strategien der Rechtfertigung und Erklärung, zugleich ist eine gewisse Anteilnahme des Amtsarztes spürbar, die jedoch schwankt und die Verantwortung für den Selbstmord schließlich bei der verstorbenen Frau sucht. Die Frau litt zweifelsfrei an Schizophrenie, „die wohl zur Remission [Nachlassen von Krankheitssymptomen – Anm. d. Verf.] gelangt ist, aber doch so erhebliche geistige Defekte hinterlassen hat, daß es unmöglich war, der Frau [...] die Notwendigkeit des Eingriffs klar zu machen. Die Verhandlungen mit ihr waren äußerst zeitraubend. [...] Sie sprach in ihrer Eingabe an den Führer von dem unerhörten Zustand, der Willkür des Kreisarztes ausgeliefert zu sein.“²³⁰⁰ Der Amtsarzt sei zudem nicht in der Lage gewesen, die Frau von Sinn und Notwendigkeit der angewiesenen Unfruchtbarmachung zu überzeugen.²³⁰¹

Aufgrund der fortwährenden Weigerungen habe er die zwangsweise Einlieferung veranlassen müssen. Hierbei betont der Amtsarzt, dass zu diesem Zeitpunkt keine Hinweise auf einen Suizid vorgelegen hätten. Später gesteht er jedoch ein, dass die Frau wiederholt und auch gegenüber anderen Personen ihren Selbstmord im Falle der Zwangssterilisation angekündigt habe. „Man muß diesen Vorgang aufs Tiefste bedauern, ich wüsste aber nicht, auf welche Weise man eine Wiederholung ähnlicher Vorkommnisse verhüten könnte. Frau [...] hat wohl mir gegenüber, wahrscheinlich auch gegenüber der städtischen Fürsorgerin, gedroht, sie wolle sich das Leben nehmen, wenn solche Operation bei ihr geschähe.“²³⁰² Die Androhung habe er jedoch nicht ernst genommen, da seiner Meinung nach ein nicht unerheblicher Teil von Frauen und Männern, die sterilisiert werden sollten, mit dem Suizid drohen würde. Darüber hinaus könnten Selbstmorde auch nicht verhindert werden, da keine vollkommene Betreuung gewährleistet werden könne. „Aber solche Äußerungen tun mindestens 30 % der Erbkranken, ohne daß man diese Absicht wirklich ernst nehmen kann. Daß Frau [...] diese

²²⁹⁹ Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 4, fol. 398–399.

²³⁰⁰ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 4, fol. 398–399.

²³⁰¹ Die fehlende Überzeugungskraft des Amtsarztes überrascht nicht, da er etwa in einem vorherigen Schreiben von einer „rechtskräftigen“ Verurteilung sprach, derer sich die Frau nicht entziehen könne. Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 4, fol. 398–399.

²³⁰² LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 4, fol. 398–399.

Drohung wahr machen würde, war nicht vorauszusehen. Ich zweifle, ob es praktisch durchführbar ist, sämtliche Erbkranken ausschließlich auf Wachstationen zu legen, auf denen sie in ununterbrochener Beobachtung bis zur Entlassung bleiben können. Die Erfahrung lehrt, daß selbst die beste Überwachung bei zielbewussten Selbstmördern versagt.“²³⁰³ Aus diesen Gründen müsse nach Ansicht des Amtsarztes eine gewisse Selbstmordrate schlichtweg akzeptiert werden, zumal vor allem psychisch erkrankte Frauen und Männer zu Suiziden neigen würden. „Man wird das Vorkommen solcher bedauerlichen Fälle als eine in seltenen Fällen nicht zu verhindernde Tatsache auffassen müssen, wie ja auch sonst gerade geisteskranke Personen vielfach durch Selbsttötung zu enden pflegen, z. B. $\frac{2}{3}$ aller Melancholien.“²³⁰⁴

Es ist dem Schreiben trotz aller Rechtfertigungen und Erläuterungen zu den Hintergründen des Suizids, die tautologisch auf die alleinige Verantwortung der Frau abzielen und ein Verschulden des Krankenhauses oder Erbgesundheitsgerichts in Abrede stellen, durchaus eine gewisse Anteilnahme zu entnehmen, indem der Amtsarzt wortwörtlich sein „tiefes Bedauern“ betont und auch versucht, sehr ausführlich sowohl seine eigene Beteiligung als auch die Lage der Frau zu beschreiben. Die Anteilnahme wandelte sich jedoch in den folgenden Monaten erheblich, indem äußere Verantwortlichkeiten weitgehend ausgeklammert und die alleinige Schuld der verstorbenen Frau zugewiesen wurde. In dem Schlussbericht an den Regierungspräsidenten in Magdeburg konstatierte der Amtsarzt von Oschersleben am 9. Dezember 1935 aufschlussreich: „Zusammenfassend ist zu dem Fall zu sagen, dass die Art der Durchführung dieser Selbstbeschädigung allein schon genügt, um die krankhafte geistige Beschaffenheit der Frau zu erweisen. Sie hat sich vor dem Selbstmordversuch völlig ruhig und geordnet verhalten, aber offenbar mit der bei Geisteskranken typischen Zielsicherheit ihren Plan zurecht gelegt. So bedauerlich der Fall ist, so muss in einem gewissen kleinen Prozentsatz der Fälle auch mit solchen Ereignissen gerechnet werden, deren Vorkommen nicht immer verhindert werden kann und ausserdem keinesfalls als Anlass missbraucht werden darf, um die Indikationsstellung zur Unfruchtbarmachung irgendwie zu beeinflussen.“²³⁰⁵ Nach den Worten des Amtsarztes dürften Selbstmorde sowie, stillschweigend, auch andere Todesfälle keineswegs dazu führen, sowohl die medizinische als auch die gerichtliche Beurteilung von „erbkranken“ Frauen und Männern

²³⁰³ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 4, fol. 398–399.

²³⁰⁴ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 4, fol. 398–399.

²³⁰⁵ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 4, fol. 572.

abzumildern. Vielmehr müsse der bisher praktizierte Sterilisationskurs beibehalten werden.

Die Erläuterungen zum Selbstmord wiederum spiegeln wiederholt ein Denkerüst wider, welches die Schuld und Verantwortung ausschließlich bei den als „erbkrank“ und „minderwertig“ geltenden Frauen und Männern sucht. Die angebliche „krankhafte geistige Beschaffenheit“ der Frau war einerseits dafür verantwortlich, dass sie medizinische Hinweise nicht befolgte, unruhig war und an der Operationswunde „kratzte“. Andererseits bot der „angeborene Schwachsinn“ die intellektuelle Basis für rationale und zielstrebige Handlungen zur Täuschung des medizinischen Personals. Insofern ermöglichte die Dopplung der Frau mit dem Attribut der „Minderwertigkeit“ auf Grundlage medizinischer und gerichtlicher Einschätzungen sowohl eine hinreichende Begründung von persönlichem Fehlverhalten nach der Sterilisation als auch für den geplanten und organisierten Selbstmord. Gemäß den Darstellungen von Ärzten oder Medizinaldezernenten lag die Todesursache, ob verantwortlich oder nicht, nahezu ausschließlich bei den betroffenen Frauen und Männern.

7.4 Annäherungen an den Gesamtumfang der nationalsozialistischen Zwangssterilisation in der preußischen Provinz Sachsen

Unter Berücksichtigung der bislang erarbeiteten statistischen Ergebnisse zum Umfang von Sterilisationsanzeigen und Sterilisationsanträgen einerseits sowie zum quantitativen Volumen von Sterilisationsverfahren vor Erbgesundheitsgerichten der Region andererseits wird nun abschließend die Gesamtzahl von Zwangssterilisationen auf dem Gebiet der preußischen Provinz Sachsen diskutiert.²³⁰⁶ Da der Umfang von unfruchtbar gemachten Frauen und Männern seltener im Provinzmaßstab betrachtet, sondern häufig am Beispiel von Städten, von medizinischen Einrichtungen oder Erbgesundheitsgerichten behandelt wird, tragen die folgenden Überlegungen wesentlich zur quantitativen Untersuchung der Sterilisationspraxis im Dritten Reich bei.²³⁰⁷ Hierzu gehören auch Befunde zur geschlechtlichen und diagnostischen Verteilung.²³⁰⁸

Einschränkend muss jedoch betont werden, dass aufgrund der Überlieferungslage der exakte Gesamtumfang der nationalsozialistischen Zwangssterilisation auch für die preußische Provinz Sachsen nicht ermittelbar ist.²³⁰⁹ Die für die preußische Provinz Sachsen erschlossene Überlieferung der regionalen Verwaltungsbehörden ist von größeren zeitlichen Lücken gekennzeichnet.²³¹⁰ Neben einer unsystematischen Überlieferungspraxis bestehen auch fehlerhafte Zusammenstellungen und nicht wenige Rechenfehler, die eine umfassende Auswertung nach Umfang, Geschlecht und Diagnose verhindern.²³¹¹

²³⁰⁶ Zu Sterilisationsanzeigen siehe Kap. 4.2.3, zu Sterilisationsanträgen siehe Kap. 5.2 sowie zu Erbgesundheitsgerichtsurteilen siehe Kap. 6.3.1.

²³⁰⁷ Vgl. u. a. Heitzer: Zwangssterilisation in Passau; Birk: Erbgesundheitswesen im bayerischen Schwaben; Braß: Zwangssterilisation und „Euthanasie“. Weiterführend Kap. 2.2.

²³⁰⁸ Weiterführende Angaben etwa zum Alter, sozialen Milieu, Bildungsstand, Ehestand oder zur Religion können auf der Grundlage der Verwaltungsüberlieferung nicht erfasst und ausgewertet werden. Die hier vorliegenden Ergebnisse können bis zur Ebene der Gesundheitsämter zurückverfolgt und auch partiell mit Daten zur Antragsstellung – Anzahl der Anträge, Geschlecht und Diagnose etc. – exemplarisch ergänzt werden.

²³⁰⁹ Verantwortlich für den eingeschränkten Nachweis ist der große Verlust an entsprechenden medialstatistischen Dokumentationen sowohl der mittleren Verwaltungsinstanzen als auch der Ministerien in Berlin. Konkrete Hinweise auf zielgerichtete Kassierungen finden sich nicht, obgleich der teilweise große Verlust in Widerspruch zu den herrschaftlichen Interessen an der Auswertung bevölkerungspolitischer Statistiken steht. Vgl. Kap. 2.3.

²³¹⁰ Eine adäquate Ergänzung der vorliegenden Verwaltungsüberlieferung durch die Materialien der Erbgesundheitsgerichte in der preußischen Provinz Sachsen ist nur eingeschränkt möglich, da diese Überlieferung auch teilweise fragmentarisch ist und vollständige Register der durchgeführten Verfahren nur in Ausnahmefällen vorhanden sind. Darüber hinaus sind Gerichtsbezirke nicht deckungsgleich mit Kreisen und Regierungsbezirken, sodass statistische Verzerrungen hervorgerufen werden.

²³¹¹ Die entsprechenden Berichtungen, die seitens des Regierungspräsidenten als Kontrollinstanz angemahnt wurden, sind ebenfalls nur eingeschränkt überliefert. Statistische Zusammenstellungen

Die maßgeblichen Schätzungen von Gisela Bock haben wesentlich dazu beigetragen, dass für das Gebiet des Dritten Reiches in den Grenzen von 1937 von bis zu 360 000 zwangssterilisierten Frauen und Männern ausgegangen wird.²³¹² Dies entspräche einem Anteil an der Gesamtbevölkerung (Stand 1939: 79 375 281 Personen) von etwa 0,45 Prozent. In der Altersgruppe zwischen 16 und 50 Jahren wurde laut Gisela Bock etwa ein Prozent der Bevölkerung unfruchtbar gemacht. Eine jüngere Analyse von Udo Benzenhöfer und Hanns Ackermann, die auch von regionalen Fallstudien gestützt wird, geht von insgesamt 300 000 Sterilisationen aus.²³¹³ Bezogen auf die Gesamtbevölkerung entspräche dies einem prozentualen Anteil von 0,38 Prozent.

In der preußischen Provinz Sachsen lebten im Jahr 1940 etwa 3 609 335 Frauen und Männer.²³¹⁴ Unter Berücksichtigung der fragmentarischen Überlieferung – für den Regierungsbezirk Magdeburg lediglich 1935–1936, 1940;²³¹⁵ für den Regierungsbezirk Merseburg 1936–1943;²³¹⁶ für den Regierungsbezirk Erfurt 1937–1943²³¹⁷ – wurden im Zeitraum zwischen 1934 und 1945 nachweislich 8 224 Frauen und Männer sterilisiert. Dies entspricht einem prozentualen Anteil an der Gesamtbevölkerung der Provinz von rund 0,23 Prozent. Dieses Ergebnis kann jedoch lediglich als ein Richtwert dienen, da verhältnismäßig große Zeiträume für den Regierungsbezirk Magdeburg einerseits sowie die sterilisationsstarken Jahre 1934 und 1935 für die Regierungsbezirke andererseits nicht oder nur eingeschränkt berücksichtigt werden können.²³¹⁸

der Regierungspräsidenten zur viertel-, halb- oder jährlichen Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“, die auf der Grundlage der Nachweise der Gesundheitsämter erstellt wurden und die verlässlichste Quelle darstellen, finden sich ebenfalls nur partiell.

²³¹² Vgl. Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 236.

²³¹³ Vgl. Benzenhöfer/Ackermann: Zahl der Verfahren, S. 27. Siehe auch Braß: Zwangssterilisation und „Euthanasie“, S. 136–137.

²³¹⁴ Da für die drei Regierungsbezirke lediglich für das Jahr 1940 gemeinsame Daten vorliegen, wurde aufgrund der Vergleichbarkeit dieses Jahr ausgewählt. Der Regierungsbezirk Merseburg war die bevölkerungsstärkste Region (1 578 924), im Regierungsbezirk Magdeburg lebten geringfügig weniger Menschen (1 379 747). Der Regierungsbezirk Erfurt war im Vergleich mit 650 664 Frauen und Männern wesentlich kleiner. Vgl. Kap. 2.3.

²³¹⁵ Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 1, Bd. 3, Bd. 6 und Bd. 8. Aufgrund der fragmentarischen Überlieferungslage wurde die nachweisbaren Unfruchtbarmachungen des Berichtsjahres 1934 in der vorliegenden Zusammenstellung nicht einbezogen.

²³¹⁶ Vgl. LASA, C 48 Ii, Nr. 922, Bd. 1–2: Einrichtung von Eheberatungsstellen. Ehegesundheitsgesetz. Blutschutzgesetz, 2 Bde. (1926–1947).

²³¹⁷ Vgl. ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19547: Jahresberichte und Monatsberichte über die Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, des Ehegesundheitsgesetzes und § 6 der 1. V.O. zum Blutschutzgesetz (1937–1944).

²³¹⁸ Johannes Vossen hat für den Regierungsbezirk Magdeburg partiell unterschiedliche, jedoch tendenziell vergleichbare Ergebnisse erarbeitet. Vgl. Vossen: Gesundheitsämter im Nationalsozialismus, S. 425–430. Frank Hirschinger listet den Umfang von Sterilisationen im Regierungsbezirk Merseburg unkommentiert auf. Vgl. Hirschinger: Zur Ausmerzungen freigegeben, S. 80.

Im Regierungsbezirk Magdeburg wurden mindestens 3 340 Personen zwangssterilisiert. Dies bedeutet bereits einen Anteil von 0,24 Prozent der Gesamtbevölkerung. Demgegenüber wurden im Regierungsbezirk Merseburg 3 386 Personen unfruchtbar gemacht, was einem Anteil von 0,22 Prozent entspricht. Im Regierungsbezirk Erfurt wurden mindestens 1 498 Frauen und Männer sterilisiert, was einen Anteil von 0,23 Prozent ausmacht. Trotz der fehlenden Nachweise für die sterilisationsstarken Jahre 1934 bis 1935 in den Bezirken Merseburg und Erfurt, denen das Fehlen der späteren 1930er- und der 1940er-Jahre im Bezirk Magdeburg gegenübersteht, kann für die Regierungsbezirke Merseburg und Erfurt vermutlich eine quantitativ geringere Durchführung des Sterilisationsgesetzes konstatiert werden.

Anhand der nachgewiesenen 8 224 Zwangssterilisationen kann ein leicht erhöhter männlicher Anteil (4 695; 51,09 Prozent) gegenüber dem weiblichen Anteil (4 494; 48,91 Prozent) konstatiert werden. In den Regierungsbezirken Magdeburg und Merseburg ist das Geschlechterverhältnis etwa identisch und entspricht dem Provinzdurchschnitt. Demgegenüber wurden im Regierungsbezirk Erfurt mit 53,61 Prozent (803) häufiger Männer sterilisiert. Die vergleichbare männliche und weibliche Opferzahl bestätigt die Geschlechterparität im Sterilisationsverfahren.²³¹⁹ Die nationalsozialistische Zwangssterilisation war quantitativ zwar weitgehend geschlechtsunspezifisch, jedoch qualitativ hochgradig geschlechtsspezifisch.

Unter zeitlichen Aspekten bestätigen die regionalen Entwicklungen die bisherigen historischen Forschungsergebnisse. Nach einem erheblichen Sterilisationsboom ab 1934 mit einem erheblichen quantitativen Höhepunkt in den Jahren 1935 und 1936 nahm der Umfang zum Ende der 1930er-Jahre wieder sukzessive ab.²³²⁰ Die Sterilisationsintensität im Bezirk Magdeburg belief sich 1935 auf etwa 0,13 Prozent, was die höchste nachweisbare Sterilisationsquote in der preußischen Provinz Sachsen bildete. Als Vergleich kann an dieser Stelle auf die Sterilisationspraxis im Freistaat Thüringen verwiesen werden. In Thüringen wurden bereits 1934 etwa 0,12 Prozent (1 234) der

²³¹⁹ Die teilweise in der Forschung festgestellten Geschlechtsunterschiede und die weitaus höhere männliche Sterilisationsquote können anhand der vorliegenden Untersuchung keineswegs bestätigt werden. Vielmehr scheinen die Unterschiede insbesondere durch Spezifika der Überlieferung hervorgerufen zu werden. Zu divergenten Untersuchungsergebnissen siehe etwa Braß: Zwangssterilisation und „Euthanasie“, S. 137.

²³²⁰ Im Jahr 1934 wurden 56 244 Sterilisationen, 1935 insgesamt 71 760 und 1936 insgesamt 64 646 nachweislich angeordnet. Demgemäß wurden während der ersten drei Jahre 168 989 Frauen und Männer sterilisiert. Vgl. Vossen: Gesundheitsämter im Nationalsozialismus, S. 317; Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 229–245; Benzenhöfer/Ackermann: Zahl der Verfahren, S. 9–10.

Gesamtbevölkerung sterilisiert, was im reichsweiten Vergleich eine überaus intensive Sterilisationspraxis bedeutete.²³²¹

Ein größerer Bruch entstand in den Jahren 1939/40, hervorgerufen durch die kriegsbedingten Einschränkungen.²³²² Bei Zugrundelegung der durchgeführten Sterilisationen des jeweiligen Vorjahres sank im Regierungsbezirk Merseburg die Anzahl der Sterilisationen seit 1936 jährlich um 27 bis etwa 39 Prozent. Im Jahr 1942 wurden schließlich 27 Sterilisationen und ein Jahr später 20 Unfruchtbarmachungen durchgeführt. Im Regierungsbezirk Erfurt sanken die durchgeführten Operationen zwischen 1937 und 1943 fast durchgängig um circa 45 bis 50 Prozent.²³²³ Für den Regierungsbezirk Magdeburg kann keine vergleichbare zeitliche Entwicklung nachgezeichnet werden.²³²⁴ Die einzelnen Schwankungen sind auf die kriegsbedingten Reduzierungen und die unterschiedliche Auslegung von männlicher und weiblicher „Fortpflanzungsgefahr“ zurückzuführen.

Anhand der vorliegenden Überlieferung können statistische Berechnungen vorgenommen werden, die eine begründete Schätzung des Gesamtumfangs der nationalsozialistischen Zwangssterilisation in der preußischen Provinz Sachsen zulassen.²³²⁵ Auf der Grundlage dieses statistisch begründeten Berechnungsschlüssels kann

²³²¹ Vgl. Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 245; Vossen: Gesundheitsämter im Nationalsozialismus, S. 438–448.

²³²² Lediglich für das Jahr 1940 kann ein Vergleich zwischen den drei Bezirken vorgenommen werden – für dieses Jahr weist der Regierungsbezirk Erfurt mit 0,02 Prozent (143) die höchste Sterilisationsquote auf, gefolgt von Magdeburg mit 0,01 Prozent und Merseburg mit 0,003 Prozent.

²³²³ Eine Ausnahme bildeten die Jahre 1939 und 1942.

²³²⁴ Im Vergleich zwischen 1936 (1 510) und 1940 (143) sank die Zahl der Zwangssterilisationen um etwa 90 Prozent.

²³²⁵ Dabei wird die fehlende Überlieferung für den Regierungsbezirk Magdeburg anhand des Mittelwerts des prozentualen Anteils der Zwangssterilisation der Bezirke Merseburg und Erfurt an der jeweiligen regionalen Gesamtbevölkerung herangezogen und für die Bevölkerungszahl von 1936 (als Mittelwert) im Regierungsbezirk Magdeburg berechnet. Für die Jahre 1944 und 1945 wurde für alle Regierungsbezirke ein Mittelwert von 0,001 Prozent verwendet. Für die fehlende Überlieferung der Regierungsbezirke Merseburg und Erfurt in den Jahren 1934 und 1935 wurde demgegenüber der berechnete Anteil für den Regierungsbezirk Magdeburg in Höhe von 0,07 Prozent verwendet. Demnach wären 15 949 Frauen und Männer in der preußischen Provinz Sachsen zwangssterilisiert worden. Da die Gesamtzahl für Magdeburg aufgrund der Überlieferung unsicher ist und die vorliegende Anzahl (920) vermutlich eine untere Grenze darstellt, ergeben die berechneten Zahlen ebenfalls eine niedrige Schätzung. Ein zweifelsfreier Nachweis der Sterilisationspraxis im Regierungsbezirk Magdeburg im Jahr 1934 ist nicht möglich, da keine gesicherte Aufstellung recherchiert werden konnte. Vielmehr liegen Einzelüberlieferungen vor, die vor allem für die zweite Jahreshälfte 1934 aus zwei vierteljährlichen Aufstellungen bestehen, die jedoch laut Deckblatt nur die Sterilisationspraxis im Stadtkreis Magdeburg ausweisen sollen. Diese Auflistungen können mit 332 Personen für Juni bis September 1934 und 415 Personen für Oktober bis Dezember 1934 jedoch nicht ausschließlich auf den Stadtkreis Magdeburg zutreffen, da sich ein solcher „Sterilisationseifer“ in keiner anderen überlieferten Quelle widerspiegelt. Als Indiz kann beispielsweise der Wohnort herangezogen werden, der nur in begrenztem Umfang Magdeburg oder die nähere Umgebung ausweist. Dagegen spricht weiterhin, dass die städtische Verwaltung bis Juni 1935 „lediglich“ 385 Sterilisationen im Stadtkreis Magdeburg vermerkt. Vgl. StA Magdeburg, Rep. 38 J V. Nr. 1: Erb- und Rassenpflege (1926–1943), Bd. 3, fol. 164. Aus diesem Grund werden diese

eine Gesamtzahl von nahezu 16 000 Zwangssterilisationen in der preußischen Provinz Sachsen angenommen werden. Dementsprechend wären rund 0,44 Prozent der Gesamtbevölkerung der preußischen Provinz Sachsen zwangssterilisiert worden, was den Berechnungen von Gisela Bock für das gesamte Dritte Reich nahekommt. Dieser Schätzwert wird durch die Anzahl von gerichtlichen Erbgesundheitsverfahren unterstützt. Anhand der vorliegenden Überlieferungen kann vermutet werden, dass an allen neun Erbgesundheitsgerichten der preußischen Provinz Sachsen durchschnittlich 2 200 Verfahren durchgeführt wurden.²³²⁶ Dies würde eine Gesamtzahl von 19 800 Verfahren bedeuten. Hinsichtlich einer durchschnittlichen Verurteilungsquote von etwa 80 Prozent, die sowohl in der historischen Forschung als auch in der vorliegenden Untersuchung nachgewiesen werden konnte, entspräche dies einem Gesamtumfang von rund 16 000 Zwangssterilisationen.²³²⁷ Auf der Grundlage der von Udo Benzenhöfer und Hanns Ackermann vorgelegten kontrollierten Schätzungen belief sich der Umfang in der preußischen Provinz Sachsen auf maximal 14 000 Sterilisationen.²³²⁸

Trotz der bestehenden Schätzungsspanne von etwa 14 000 bis 16 000 Unfruchtbarmachungen kann festgehalten werden, dass die quantitative Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ in der preußischen Provinz Sachsen im reichsweiten Vergleich sehr wahrscheinlich nicht als herausragend bezeichnet werden kann. Zieht man die für die preußische Provinz Westfalen und Brandenburg ebenfalls berechneten Zahlen heran, so kann die Sterilisationsintensität in der preußischen Provinz Sachsen als „durchschnittlich“ bis „unterdurchschnittlich“ eingeschätzt werden.²³²⁹

Aufstellungen, trotz der unsicheren Überlieferung, als Nachweise der Sterilisationspraxis im Regierungsbezirk Magdeburg angesehen und entsprechend einbezogen.

²³²⁶ Anhand der Personenregister der Erbgesundheitsgerichte Naumburg und Magdeburg konnten rund 2 500 Einträge ermittelt werden. Die Stichhaltigkeit der Vermutung von 2 200 durchgeführten Verfahren bleibt insgesamt jedoch begrenzt, da die Anzahl von Verfahren zwischen einzelnen Erbgesundheitsgerichten, auch abhängig vom Gerichtsbezirk, stark variierte. So verweist Horst Heitzer für das Erbgesundheitsgericht Passau im Zeitraum von 1934 bis 1939 auf insgesamt 739 Anträge bzw. für den Zeitraum von 1934 bis 1944 auf 772 Akten. Vgl. Heitzer: Zwangssterilisation in Passau, S. 389–399. Demgegenüber ermittelte Christoph Braß für das Erbgesundheitsgericht Saarbrücken für den Zeitraum von 1935 bis 1944 insgesamt 2 986 Sterilisationsanträge. Vgl. Braß: Zwangssterilisation und „Euthanasie“, S. 83.

²³²⁷ Dies würde ebenfalls einen prozentualen Anteil von rund 0,44 Prozent bedeuten. Bei Zugrundelegung der Maximalwerte, also der Durchführung von 2 500 Verfahren pro Erbgesundheitsgericht und einer 90-prozentigen Verurteilungsquote ergäbe sich ein Gesamtumfang von 20 250 Personen. Dies würde einen prozentualen Anteil an der Gesamtbevölkerung von 0,56 Prozent bedeuten.

²³²⁸ Diese Schätzung ergibt sich anhand des prozentualen Anteils von 0,38 Prozent bezogen auf die Gesamtbevölkerung der preußischen Provinz Sachsen in Höhe von 3 609 005 Frauen und Männern.

²³²⁹ Vgl. Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 245–252. Annette Hinz-Wessels berechnete für die preußische Provinz (Mark) Brandenburg etwa 15 000 männliche und weibliche

Die Befunde zur Gesamtzahl von Unfruchtbarmachungen in der preußischen Provinz Sachsen können anhand der vorliegenden quantitativen Ergebnisse zum Umfang von Sterilisationsanzeigen, Sterilisationsanträgen und Zwangssterilisationen und mithilfe ihrer Verhältnisse ergänzt werden.²³³⁰ Diesbezüglich wurden circa 44 Prozent der Sterilisationsanzeigen als Grundlage für einen Sterilisationsantrag herangezogen. Rund ein Viertel der Sterilisationsanzeigen und zwei Drittel der Sterilisationsanträge führten laut den überlieferten Statistiken der provinziellen Medizinalverwaltung zur Sterilisation. Dieses Ergebnis verweist im Hinblick auf die Befunde zur Befürwortung der Sterilisationsanträge durch die hiesigen Erbgesundheitsgerichte auf eine um etwa 20 Prozent niedrigere Sterilisationsquote. Diese Diskrepanz kann etwa durch die jährliche Nachweisführung hervorgerufen worden sein. Insgesamt betonen diese statistischen Ergebnisse die besondere Bedeutung der Erfassungsphase des nationalsozialistischen Sterilisationsgesetzes, indem sich im Vorfeld des engeren Sterilisationsverfahrens eine Vielzahl von Personen und Berufsgruppen an der Lokalisierung von als „erbkrank“ geltenden Frauen und Männern beteiligte. Damit verbunden belegt der enorme Umfang von Sterilisationsanzeigen auch die Überlastung der mit der Beantragung beauftragten Gesundheitsämter und psychiatrischen Einrichtungen, was in der Konsequenz nicht nur eine spezifische Filterfunktion von Amtsärzten und Psychiatern beweist, sondern darüber hinaus auch als wichtiger Beleg einer unzureichenden Beantragung und Begutachtung anzusehen ist.

Demgegenüber bieten die vorliegenden Berechnungen zur Gesamtzahl nur wenige Hinweise auf die lokale Sterilisationsintensität, hervorgerufen durch das Engagement von Verwaltungs- und Gesundheitsbehörden sowie Erbgesundheitsgerichten.²³³¹ Insgesamt kann konstatiert werden, dass in den jeweiligen städtischen Zentren Erfurt,

Sterilisationsopfer, was, bezogen auf die Gesamtbevölkerung von 1939, einen Anteil von etwa 0,49 Prozent ausmachen würde. Hinz-Wessels: Zwangssterilisation in der Provinz Brandenburg, S. 71–76, hier S. 75; Bernd Walter berechnete für die preußische Provinz Westfalen 30 700 Sterilisationsopfer, was etwa 0,59 Prozent an der Gesamtbevölkerung des Jahres 1939 bedeuten würde. Vgl. Walter: *Psychiatrie und Gesellschaft*, S. 542–550, 593–597, hier 594. Ihm folgend Vossen: *Gesundheitsämter im Nationalsozialismus*, S. 317. Demgegenüber geht Christoph Braß für das Saarland von insgesamt 2 350 unfruchtbar gemachten Frauen und Männern aus, was rund 0,29 Prozent der Gesamtbevölkerung bedeuten und somit erheblich unter dem reichsweiten Durchschnitt liegen würde. Vgl. Braß: *Zwangssterilisation und „Euthanasie“*, S. 137.

²³³⁰ Als Basis der vorliegenden Berechnungen dienen der nachgewiesene Gesamtumfang von 31 539 Sterilisationsanzeigen, 13 799 Sterilisationsanträgen und 8 224 Unfruchtbarmachungen. Berechnungen bezüglich des geschätzten Umfangs von Unfruchtbarmachungen werden an dieser Stelle nicht vorgenommen.

²³³¹ So berechnet Johannes Vossen für den Regierungsbezirk Düsseldorf im Zeitraum von 1935–1941 einen prozentualen Anteil von 0,4 Prozent von Sterilisationsanträgen (16 517) auf die Gesamtbevölkerung des Bezirks (4 150 000), demgegenüber bestand im gleichen Zeitraum für den Freistaat Thüringen ein Verhältnis von Anträgen zur Gesamtbevölkerung von 0,97 Prozent. Vossen: *Gesundheitsämter im Nationalsozialismus*, S. 424, 448.

Halle/Saale und Magdeburg vergleichsweise viele Sterilisationen vorgenommen wurden. So wurden in Erfurt mindestens 601, in Halle/Saale mindestens 604 und in Magdeburg über 899 Frauen und Männer zwangssterilisiert.²³³² Der jeweilige Umfang ist in Bezug auf die städtische Bevölkerungszahl der drei städtischen Zentren der Provinz wiederum als durchschnittlich einzuschätzen.²³³³ Der statistische Anteil am Umfang der Unfruchtbarmachungen des jeweiligen Regierungsbezirks kann auf rund 18 Prozent geschätzt werden. Der prozentuale Anteil stieg vor allem seit Kriegsbeginn, da hier die Möglichkeiten der Überwachung und des Zugriffs wesentlich besser ausgebaut waren als in den weitgehend ländlich geprägten Regionen der preußischen Provinz Sachsen.

Ergänzend zum quantitativen Umfang von Unfruchtbarmachungen in der preußischen Provinz Sachsen bieten die Ergebnisse zur Sterilisationsdiagnose weiterführende Perspektiven zur soziobiologischen Praktizierung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“.²³³⁴ Die hauptsächliche Sterilisationsdiagnose war der „angeborene Schwachsinn“ mit über 68 Prozent. Der Schwerpunkt der biopolitischen Selektion in der preußischen Provinz Sachsen betraf somit Frauen und Männer, die aufgrund fehlender Bildung, unzureichender Arbeitsverhältnisse, abweichenden Sexualverhaltens oder auffälliger Verhaltensweisen als „erbkrank“ und „minderwertig“ diagnostiziert wurden. Im Vergleich zu anderen Regionen und Provinzen im Dritten Reich

²³³² Die vorliegenden Zahlen sind aufgrund der fragmentarischen Überlieferung als untere Grenze anzusehen. Die Angaben zu Erfurt beruhen auf einer Auswertung der „Erbkrankheitskartei“. Vgl. StA Erfurt, Nr. 1–2/511–22833: Magistrat der Stadt Erfurt. Stadtgesundheitsamt, Erb- und Rassenpflege. Erbkrankheitskartei des Gesundheitsamtes Erfurt (1934–1944). Aufgrund der strukturellen Umgestaltungen des öffentlichen Gesundheitswesens und der damit verbundenen Veränderungen der Zuständigkeit für die Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ kann für Halle/Saale insbesondere für die Anfangszeit die Durchführung von Unfruchtbarmachungen nicht exakt erschlossen werden. Vgl. StA Halle/Saale, Cs 80233–80243 Ls: Verwaltungsberichte der Stadt Halle/Saale (1933–1945). Für Magdeburg können lediglich die Sterilisationen nachgewiesen werden, deren Kosten städtischerseits übernommen wurden. Vgl. StA Magdeburg, 150/35:4°: Verwaltungsberichte der Stadt Magdeburg (1933–1941).

²³³³ Zu regionalen Unterschieden weiterhin Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 245–252; auch Vossen: Gesundheitsämter im Nationalsozialismus, S. 448–452.

²³³⁴ In Anbetracht der nachweisbaren 8 224 Zwangssterilisationen, die vermutlich über die Hälfte des Gesamtumfangs bedeuten, kann für 6 537 Frauen und Männer die zur Verurteilung führende „Erbkrankheit“ bestimmt werden – dies entspricht knapp 80 Prozent. Fehlende Nachweise bestehen in den Regierungsbezirken für einzelne Jahre, für die lediglich die Gesamtzahl zuzüglich der geschlechtlichen Verteilung überliefert ist. Die konkrete Nachweisführung wird zusätzlich durch Dokumentationen mit verschiedenen, mitunter falschen Zahlenangaben sowie auch durch die teilweise schwierige diagnostische Zuordnung erschwert. Hiermit verbunden bilden die im Anhang aufgeführten Tabellen unterschiedliche Verzerrungen ab, da etwa für größere Personenkohorten keine Angaben, etwa zur Sterilisationsdiagnose, gemacht werden können.

muss somit ein erheblich höherer prozentualer Anteil konstatiert werden.²³³⁵ Schizophrenie mit knapp 14 Prozent und Epilepsie mit rund elf Prozent folgen mit weitem Abstand. Die übrigen gesetzlich definierten „Erbkrankheiten“ waren mit durchschnittlich einem Prozent nur marginal vertreten. Der sogenannte erbliche Veitstanz oder Chorea Huntington spielte mit 0,18 Prozent statistisch nahezu keine Rolle. Eine kleinere Ausnahme bildet die „erbliche Taubheit“ mit 1,78 Prozent.

Die quantitative Verteilung von einzelnen Sterilisationsdiagnosen weist auf partielle Unterschiede in der regionalen Durchführung des Sterilisationsgesetzes hin.²³³⁶ So lag im Regierungsbezirk Magdeburg die Sterilisationsquote für „angeborenen Schwachsinn“ bei über 71 Prozent, demgegenüber im Regierungsbezirk Erfurt mit 63 Prozent etwa fünf Prozent unter dem Provinzdurchschnitt. Damit verbunden lag dort der Anteil von Schizophrenie mit rund 21 Prozent verhältnismäßig hoch.²³³⁷ Einen konkreten statistischen Hinweis auf eine unterschiedliche medizinisch-diagnostische Praxis bildet der Anteil des so genannten „manisch-depressiven Irreseins“, welcher vor allem zwischen den Bezirken Magdeburg mit 0,82 Prozent und Erfurt mit 2,23 Prozent stärker variiert. Die Sterilisationsanträge und -urteile der Erbgesundheitsgerichte bieten hierfür keine hinreichende Erklärung. Auch der höhere prozentuale Anteil von „erblicher Taubheit“ in den Regierungsbezirken Merseburg mit 2,16 Prozent und Erfurt mit 2,02 Prozent im Vergleich zu Magdeburg mit 1,17 Prozent kann nicht adäquat erklärt werden.²³³⁸

Geschlechtsspezifische Unterschiede können, ebenso wie in bisherigen Untersuchungen, insbesondere am Beispiel des „schweren Alkoholismus“ als gesetzlich definierte Erbkrankheit betont werden. Der prozentuale Anteil lag bei Männern bei über zwei Prozent, bei Frauen hingegen ist er mit 0,08 Prozent statistisch gesehen nahezu

²³³⁵ Vgl. Heitzer: Zwangssterilisation in Passau, S. 404; Braß: Zwangssterilisation und „Euthanasie“, S. 90–91; Einhaus: Zwangssterilisation in Bonn, S. 179. Daum/Deppe: Zwangssterilisation in Frankfurt/Main, S. 110.

²³³⁶ Insgesamt ähneln sich die statistischen Verhältnisse zwischen dem provinziellen Gesamtdurchschnitt und dem Regierungsbezirk Merseburg stark. Dieses Ergebnis wird auch durch den statistischen Anteil Merseburgs mit 45,73 Prozent am Gesamtdurchschnitt hervorgerufen. Dessen ungeachtet bilden die Regierungsbezirke Magdeburg und Erfurt die jeweiligen Amplituden in der diagnostischen Verteilung.

²³³⁷ Im Regierungsbezirk Magdeburg lag der Anteil von Schizophrenie bei circa elf Prozent, im Regierungsbezirk Merseburg bei über 13 Prozent.

²³³⁸ Den Unterschied auf die größere Anzahl von „Taubstummenanstalten“ zurückzuführen, schlägt fehl, da die entsprechenden Einrichtungen in Erfurt, Halberstadt, Weißenfels, Halle/Saale und Osterburg über alle Regierungsbezirke gleichmäßig verteilt waren. Vgl. Giesau: Geschichte des Provinzialverbandes, S. 264–281, hier S. 281.

irrelevant. Demgegenüber weist das „manisch-depressivem Irresein“ mit einer Verteilung von 1,16 Prozent für Männer und mit 1,73 Prozent für Frauen auf keine geschlechtsspezifische Praxis.

Von größerer Bedeutung ist die geschlechtsspezifische Verteilung beim „angeborenen Schwachsinn“, der bei Frauen mit über 70 Prozent substantiell höher lag als bei Männern mit rund 66 Prozent.²³³⁹ Dieses Ergebnis verweist auf eine stärkere Anwendung bei Frauen und betont die diagnostische Variabilität, die es vor allem ermöglichte, in den Augen von nahezu ausschließlich männlichen Gutachtern abweichendes weibliches Verhalten medizinisch und rassenhygienisch zu sanktionieren. Gleichmaßen muss an dieser Stelle jedoch festgehalten werden, dass ein alleiniger Bezug auf die begutachtenden männlichen Ärzte die diagnostische Anwendung des „angeborenen Schwachsinn“ nur bedingt erklärt. Vielmehr muss insgesamt an gesellschaftlich geteilte Triebkräfte und Vorstellungen über männliche und weibliche Rollenzuschreibungen und Stereotype erinnert werden, die Frauen in einer patriarchalisch dominierten Gesellschaft insgesamt geringere soziale Spielräume gestatteten und vermeintliches Fehlverhalten eher sanktionierten. Demgegenüber muss die niedrigere Sterilisationsquote von „angeborenem Schwachsinn“ bei Männern zumindest teilweise mit dem Befund von „schwerem Alkoholismus“ begründet werden, der auf männlicher Seite eine Ergänzung der soziobiologischen Diagnostik bildete.²³⁴⁰

Auch innerhalb der Regierungsbezirke können divergierende geschlechtsspezifisch-diagnostische Tendenzen beobachtet werden. In den Regierungsbezirken Magdeburg und Merseburg bestanden teilweise erhebliche statistische Schwankungen zwischen Umfang, Geschlecht und Diagnose.²³⁴¹ Im Regierungsbezirk Erfurt pendelten

²³³⁹ Der prozentuale Unterschied für „angeborenen Schwachsinn“ zwischen Frauen und Männern beträgt in den Regierungsbezirken Merseburg und Erfurt sogar fünf bis sechs Prozent.

²³⁴⁰ Unter Hinzuziehung des schweren Alkoholismus ergibt sich für Männer ein prozentualer Anteil von etwa 68 Prozent, der jedoch ebenso unter der Quote des „angeborenen Schwachsinn“ bei Frauen von 70 Prozent liegen würde. Natürlich müssten, statistisch korrekt, die aufgrund der Diagnose „schwerer Alkoholismus“ unfruchtbar gemachten Frauen ebenso eingerechnet werden, was jedoch aufgrund der geringen Anzahl kaum ins Gewicht fällen würde. Der prozentuale Anteil würde bei Frauen lediglich um 0,1 Prozent steigen. Unter einer derartigen statistischen Bereinigung läge der weibliche Anteil für den Diagnosekreis des „angeborenen Schwachsinn“ rund 2 bis 2,5 Prozent höher als bei Männern.

²³⁴¹ Die für den Regierungsbezirk Magdeburg erhobenen prozentualen Verhältnisse verweisen auf größere geschlechtsspezifische Schwankungen, da von den durchgeführten Zwangssterilisationen im Jahr 1934 rund 53 Prozent, 1935 und 1936 etwa 48 Prozent und 1940 über 61 Prozent an Frauen vorgenommen wurden. Das Verhältnis zwischen Frauen und Männern variierte im Regierungsbezirk Merseburg demgegenüber weniger, lediglich für das Jahr 1941 kann ein wesentlich höherer männlicher Anteil mit über 55 Prozent konstatiert werden. Ebenfalls im Jahr 1941 lag der männliche Anteil an der Diagnose „angeborener Schwachsinn“ bei knapp 73 Prozent und der von Frauen sogar bei über 84 Prozent. Größere Fluktuationen bestanden bei der Diagnose Schizophrenie für

die statistischen Ergebnisse zum Geschlecht wiederum weniger, eine Ausnahme bildete das Jahr 1940, in dem der weibliche Anteil mit rund 41 Prozent sehr gering war. In Hinblick auf die Sterilisationsdiagnose ist ebenfalls das Jahr 1940 von Interesse – der männliche Anteil an der Diagnose „angeborener Schwachsinn“ betrug lediglich 44 Prozent, hingegen wurden über 42 Prozent der Männer aufgrund der Diagnose Schizophrenie sterilisiert.²³⁴² Diese Ergebnisse deuten auf keine einheitliche geschlechtsspezifische Durchführung hin, sondern auf größere Fluktuationen, die auf eine dynamische Sterilisationspraxis verweisen, deren jeweilige Hintergründe sowohl willkürlichen als auch lokalen Prozessen geschuldet sein können. Stärkere Schwankungen können sowohl in Bezug auf einzelne „Erbkrankheiten“ als auch vor allem für das Verhältnis zwischen Geschlecht und der Diagnose „angeborener Schwachsinn“ konstatiert werden.²³⁴³

Die Ergebnisse zum Umfang der nationalsozialistischen Zwangssterilisation in der preußischen Provinz Sachsen belegen mit vermutlich circa 15 000 unfruchtbar gemachten Frauen und Männern eine quantitativ durchschnittliche Sterilisationspraxis, welche als charakteristisch für die Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ in den preußischen Provinzen angesehen werden kann. Im Zusammenhang mit den vorliegenden Forschungsergebnissen zu Todesfällen und eugenisch indizierten Schwangerschaftsabbrüchen weisen auch die vorliegenden Ergebnisse zum Umfang der nationalsozialistischen Zwangssterilisation darauf hin, dass die von Gisela Bock berechneten Angaben vermutlich leicht nach unten korrigiert werden müssen.²³⁴⁴ Als die maßgebliche Sterilisationsdiagnose fungierte auch in der preußischen Provinz Sachsen der „angeborene Schwachsinn“, der zeitweise bis zu 70 Prozent der Diagnosen ausmachte. Dieser hohe Anteil verdeutlicht sowohl die Stoßrichtung als auch das charakteristische Wesen der Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“. Das nationalsozialistische Sterilisationsgesetz

Männer – der Höchstwert bestand im Jahr 1938 und betrug über 25 Prozent, was über zehn Prozent über dem Gesamtdurchschnitt bedeutete.

²³⁴² Eine verwandte zeitliche Entwicklung kann ebenfalls im Jahr 1940 für Frauen festgehalten werden, da knapp 34 Prozent wegen Schizophrenie unfruchtbar gemacht wurden. In diesem Zusammenhang muss im provinziellen Vergleich auch eine durchschnittlich fünfprozentig höhere Anwendung der Diagnose Schizophrenie für Männer konstatiert werden.

²³⁴³ Im Jahr 1936 betrug der prozentuale Anteil des „angeborenen Schwachsinn“ über 75 Prozent. Damit einhergehend stieg dieser Anteil bei Frauen auf über 76 Prozent und bei Männern auf über 74 Prozent und lag somit sechs bis acht Prozent über dem provinziellen Gesamtdurchschnitt. Schizophrenie mit rund acht bis circa 15 Prozent sowie Epilepsie mit etwa vier bis nahezu 14 Prozent schwanken teilweise ebenfalls stark. Eine größere Ausnahme bildet weiterhin der schwere Alkoholismus, der im Jahr 1940 rund fünf Prozent ausmachte.

²³⁴⁴ Vgl. Braß: Zwangssterilisation und „Euthanasie“, S. 136; Benzenhöfer/Ackermann: Zahl der Verfahren.

zielte nicht vorrangig auf männliche und weibliche Anstaltspatienten, sondern insbesondere auf Frauen und Männer, die aufgrund von geringer Bildung, ungenügender Arbeitsleistung sowie auffälligem Sozial- und Sexualverhalten als anormal und damit im Zuge der rassenhygienischen Selektion als „minderwertig“ und „erbkrank“ galten. Mithilfe eines engmaschigen operativen Sterilisationsnetzwerkes und einer Mehrheit von konformen, kritiklosen oder opportunistischen Operateuren konnte eine Vielzahl von Sterilisationsurteilen spätestens seit 1936 effektiv und reibungslos durchgeführt werden.

8 Widerstand und Verhaltensweisen von betroffenen Frauen und Männern

8.1 Im Spiegel

Die Betrachtung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation als abgestuftes Verfahren von der Erfassung bis hin zur chirurgischen Unfruchtbarmachung akzentuierte den herrschaftlichen Charakter der biopolitischen Selektion von „Minderwertigkeit“ im Dritten Reich. Die Formen der Machtausübung gegen als „erbkrank“ geltende Frauen und Männer waren jedoch keineswegs einseitig oder hierarchisch geprägt. Einerseits entstand in den einzelnen stufenweisen Konstruktionsphasen von erblicher „Minderwertigkeit“ eine Vielzahl von Konfrontationen über die Bestimmung des männlichen und weiblichen Werts für die nationalsozialistische Volksgemeinschaft. Andererseits sind partizipative Handlungsweisen von mittelbar beteiligten Personen- und Berufsgruppen wie Lehrern, Fürsorgerinnen oder Amtsvorstehern erkennbar, was auf gemeinsam geteilte Interessen und Vorstellungen und damit verbunden auf mittelbare wie unmittelbare Übereinkünfte und eine gemeinschaftliche Teilhabe an der Selektion hinweist. Innerhalb dieses Diskurs- und Handlungsgewebes agierten die von der Unfruchtbarmachung betroffenen Frauen und Männer und beeinflussten durch ihre mehrheitlich ablehnenden Verhaltensweisen das Sterilisationsverfahren ebenso wie die Beurteilung ihres individuellen Lebenswertes. So wurden Widerstände, Aufbegehren oder Uneinsichtigkeit als markante Hinweise auf eine „minderwertige“ Veranlagung gedeutet, was wiederum in den Augen von Amtsärzten oder Richtern die dringliche „Unfruchtbarmachung“ anzeigte. Demgegenüber konnte die Verweigerungshaltung gegenüber der Unfruchtbarmachung zu einer erneuten medizinisch-psychiatrischen Überprüfung in Form von Fachgutachten führen, was neben zeitlichen Verzögerungen und behördlichem Aufwand auch eine differenzierte Wertermittlung von als „erbkrank“ angesehenen Frauen und Männern hervorrufen konnte.

Das folgende Kapitel perspektiviert die Verhaltensweisen und Wahrnehmungen von Frauen und Männern, die bis 1945 der Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ unterworfen wurden.²³⁴⁵ Dementsprechend wird

²³⁴⁵ Vgl. etwa Ley, Astrid: Im Teufelskreis der Eugenik. Die Erfahrungen der Nürnbergerin Grete S. mit der NS-Erbpflege. In: BIOS, Jg. 8 (1995), H. 1, S. 92–107. Eine zeitgenössische Untersuchung, die sich mit zwangssterilisierten Frauen und Männern auseinandersetzt, siehe Greggersen, Hans: Ergebnisse einer Nachuntersuchung über das Schicksal einer Reihe auf Grund des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses unfruchtbar gemachter Männer, Diss., Kiel 1937/38.

die herrschaftliche Praktizierung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation aus der Sicht von betroffenen Frauen und Männern analysiert. Hierbei handelt es sich jedoch um keine einseitige Gegenperspektive, vielmehr bilden Reaktionen und Handlungsweisen von Betroffenen einen inhärenten Bestandteil der nationalsozialistischen Sterilisationspolitik als biopolitisches Exklusionsverfahren. Vorwegnehmend muss bereits an dieser Stelle konstatiert werden, dass kein größerer oder organisierter Widerstand gegen die nationalsozialistische Zwangssterilisation sowohl im Dritten Reich als auch in der preußischen Provinz Sachsen entstand.²³⁴⁶ Zudem kann keine spezifische Resistenz, wie sie etwa für katholisch geprägte Regionen konstatiert wird, für die preußische Provinz Sachsen nachgewiesen werden.²³⁴⁷ Gleichwohl belegt eine nicht unerhebliche Anzahl von persönlichen Stellungnahmen, behördlichen Ermittlungsberichten oder auch beiläufigen Notizen ein kritisch-widerständiges gesellschaftliches Handlungspotential, welches die nationalsozialistische Zwangssterilisation als praktiziertes Selektionsverfahren kennzeichnete und Einfluss auf gesetzliche Regelungen und Beurteilungskriterien nahm. In Anbetracht des breiten historischen Forschungsstandes zum Widerstand im Dritten Reich sowie der analytischen Begriffsbestimmung

²³⁴⁶ Der offene Widerspruch gegen die Tötung von männlichen und weiblichen Psychiatriepatienten, der im Zuge der Kriegshandlungen gegen Russland letztendlich zur Einstellung der zentralen Ermordung im August 1941 führte, kann in diesem Sinne als Gegenbeispiel herangezogen werden. Der Tötung von hilfsbedürftigen Frauen und Männern wohnte im Vergleich zur Sterilisation ein erheblicher Radikalisierungsgrad inne. Darüber hinaus handelte es sich nicht um eine gesetzliche Maßnahme, sondern um eine Geheimaktion, die außerhalb staatlicher und justizieller Einflussnahme durchgeführt wurde. In der Betrachtung des Verhältnisses zwischen Bevölkerung und politischen Interessen wäre es jedoch irreführend, die Diskussion zur Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ seit Karl Binding und Alfred Hoche, die internen Erörterungen über die Tötung von männlichen und weiblichen Psychiatriepatienten seit Mitte der 1930er-Jahre sowie auch die propagandistischen Initiativen im Dritten Reich, stellvertretend sei hier der Film „Ich klage an“ aus dem Jahr 1941 erwähnt, als gesellschaftliches Allgemeingut zu deuten. Das ungesetzliche Vorgehen, die Tötung von Frauen und Männern als radikal-euthanatischer Ausschluss aus der „Volksgemeinschaft“, die Ungewissheit von Familienangehörigen sowie der zuweilen unerträgliche Dilettantismus in Form der Angabe von unsinnigen Todesursachen riefen unter dem Dach der katholischen Kirche, die als einflussreiches gesellschaftliches Netzwerk fungierte und auch Schutz bot, organisierten Widerstand hervor. Vgl. etwa Nowak, Kurt: Widerstand, Zustimmung, Hinnahme. Das Verhalten der Bevölkerung zur „Euthanasie“. In: Frei, Norbert (Hrsg.): Medizin und Gesundheitspolitik in der NS-Zeit, München 1991, S. 235–251; Stöckle, Thomas: Die Reaktionen der Angehörigen und der Bevölkerung auf die „Aktion T4“. In: Rotzoll, Maike (Hrsg.): Die nationalsozialistische „Euthanasie“-Aktion „T4“. Geschichte und ethische Konsequenzen für die Gegenwart, Paderborn 2010, S. 118–124.

²³⁴⁷ So wird etwa für Bayern eine „katholische Resistenz“ konstatiert, die sich in öffentlicher Kritik äußerte. Auch scheinen Gewissenskonflikte von katholischen Beamten sowie die Weigerung gegen die freiwillige Einwilligung die Durchführung der Zwangssterilisation beeinflusst zu haben. Für den Erbgesundheitsobergerichtsbezirk Passau bestand laut Heitzer bis etwa 1935 eine offene Konfrontation auf der Grundlage einer „Eingaben- und Abmilderungspolitik“, die in den folgenden Jahren durch eine geheime „Gemeindesolidarität“ abgelöst worden sei. Vgl. etwa Heitzer: Zwangssterilisation in Passau, S. 214–225.

gen von Widerstand, widerständigem oder resistentem Verhalten sind für die vorliegenden Betrachtungen kurze definitorische und hermeneutische Vorbemerkungen notwendig.²³⁴⁸

Die Ablehnung der Unfruchtbarmachung in Form von widerständigen Verhaltensweisen war in der preußischen Provinz Sachsen weitgehend individuell gekennzeichnet und blieb größtenteils auf die betroffenen Frauen und Männer und ihr lokales Umfeld begrenzt.²³⁴⁹ Unter ablehnenden und widerständigen Verhaltensweisen werden dabei Handlungen verstanden, die beabsichtigten, die Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation zu verhindern, oder die sie hinterfragten, kritisiereten und behinderten. Aus diesem Grund handelt es sich nicht um politisch motivierten Widerstand gegen die Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ oder gar den Nationalsozialismus, sondern um individuelle Verhaltensweisen als Verweigerung, Dissens, Unmut oder Nonkonformität, um die chirurgische Zerstörung der persönlichen Fortpflanzungsfähigkeit und die volksgemeinschaftliche Stigmatisierung als „minderwertig“ zu verhindern.

In erheblichem Maße werden widerständige Verhaltensweisen aus der Sicht der Verfolger dokumentiert. So werden Reaktionen oder Handlungsweisen aus der Sicht von Amtsärzten oder Behörden beschrieben, die als verantwortliche oder beteiligte Staatsbedienstete und im Interesse einer effizienten Durchführung keineswegs eine reflexive oder objektive Position einnahmen, sondern Verhaltensweisen zuspitzten, dramatisierten oder abwerteten. Dieser Blickwinkel muss insbesondere für die geheimdienstlich-polizeiliche Verfolgung im Nationalsozialismus als höchst verzerrend charakterisiert werden, indem etwa Personengruppen als Feinde stilisiert wurden, von denen einerseits keine konkrete Gefahr ausging. Andererseits wurden Bevölkerungsteile als Feinde definiert, um hierdurch eine umfassende Überwachung, Repression bis hin zur Tötung zu begründen.²³⁵⁰ Aufgrund der ideologisch-rassistischen Feindkonstruktionen und Selektionsinteressen im Dritten Reich ist gegenüber der Überlieferung des nationalsozialistischen Überwachungsstaates daher höchste hermeneutische Vorsicht geboten, da mitunter auf umfassende gesellschaftliche Widerstände hingewiesen wurde, die es jedoch entweder in der Form nicht gab oder die in Anbetracht

²³⁴⁸ Weiterführend etwa Mommsen, Hans: *Alternative zu Hitler. Studien zur Geschichte des deutschen Widerstandes*, München 2000; Steinbach, Peter/Tuchel, Johannes (Hrsg.): *Widerstand gegen die nationalsozialistische Diktatur 1933–1945*, Berlin 2004.

²³⁴⁹ Eine exakte Unterscheidung zu Handlungen, die nicht willentlich begangen wurden, wie etwa das Vergessen von Terminen etc., kann aufgrund der Überlieferungslage nicht vorgenommen werden.

²³⁵⁰ Vgl. etwa Gerwarth: Heydrich, S. 111–145.

von politischen und persönlichen Interessen stilisiert und verschärft wurden. Demgegenüber dürfen diese Hinweise jedoch nicht ausschließlich als funktionelle, strategische oder paranoide Reflexe der nationalsozialistischen Herrschaft abgetan werden, denn innerhalb des nationalsozialistischen Herrschaftsgefüges bestanden durchaus kritische Stimme und es regte sich auch gesellschaftlicher Unmut gegen bevölkerungspolitische Maßnahmen.

Unter Berücksichtigung der nicht exakt ermittelbaren Gesamtanzahl von Sterilisationsverfahren liegen insgesamt nur wenige persönliche Stellungnahmen vor, die die Sichtweise von betroffenen Frauen und Männern oder Familienangehörigen wiedergeben. Darüber hinaus wurden diese Schreiben innerhalb des Sterilisationsverfahrens als Intervention zur Verhinderung einer Unfruchtbarmachung verfasst. Dergestalt übernahmen sie eine spezifische Funktion und orientierten sich auch bewusst an den herrschaftlichen Spielregeln des Dritten Reiches, um die Erfolgsaussichten, etwa in Form der Einstellung des Sterilisationsverfahrens, zu erhöhen. Insofern müssen unterschiedliche Filter sowie auch strategische Positionierungen eingedacht werden, unter deren Oberfläche jedoch persönliche Vorstellungen, Motive und Interessen zum Vorschein gebracht werden können. Die hermeneutische Dekonstruktion betrifft insbesondere zustimmende Verhaltensweisen. Wenn auch nur in geringem Ausmaß, wurde die Unfruchtbarmachung von betroffenen Frauen und Männern sowie auch von Familienangehörigen in einigen Fällen begrüßt. Die Beweggründe und Interessenlagen sind vor allem vor dem Hintergrund von amtsärztlichen, behördlichen und gerichtlichen Interessen diffizil zu betrachten. Trotz dieser Einschränkungen bildet die Zustimmung einen zentralen Bereich des motivationalen und intentionalen Kaleidoskops von männlichen und weiblichen Handlungs- und Verhaltensweisen innerhalb des Sterilisationsverfahrens.

In einem ersten Schritt werden die staatlichen Maßnahmen zur Verhinderung von gesellschaftlichem Unmut und größerem lokalen Widerstand in der preußischen Provinz Sachsen betrachtet. Im Vordergrund stehen dabei Verhaltensweisen von Einzelpersonen oder Gruppen, die in den Augen von Polizei und Verwaltung den Charakter von organisiertem widerständigen Verhalten annehmen konnten oder das Sterilisationsverfahren nachhaltig beeinträchtigten.²³⁵¹ Abschließend werden die Bedeutung

²³⁵¹ Die Trennlinie zu Verhaltensweisen, die lediglich als individueller Widerstand identifiziert wurden, ist aufgrund der sich wandelnden Kontroll- und Überwachungsinteressen fließend, sodass vergleichbare Verhaltensweisen zu unterschiedlichen Zeitpunkten divergent betrachtet wurden. Insgesamt handelte es sich bis 1945 um ein Spektrum von widerständigen Verhaltensweisen, denen aufgrund von herrschaftlichen Interessen unterschiedlich begegnet wurde.

und Ausgestaltung des Merkblatts zur Unfruchtbarmachung sowie die Einrichtung einer „Ehevermittlung für Unfruchtbar gemachte“ als Maßnahmen betrachtet, um Widerstände und Verweigerungen zu kanalisieren. Dieser Zugang bietet einen skizzenhaften Überblick zum Spektrum von widerständigen Handlungsweisen. Damit verbunden können auch die Funktionsweise bzw. innere Gestalt des Dritten Reiches und die Bedeutung von Widerständen für die Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation differenziert sowie herrschaftliche Inklusionsbestrebungen von zwangssterilisierten Frauen und Männern näher betrachtet werden. Darauf aufbauend werden unter einer mikroskopischen Perspektive zustimmende und ablehnende Verhaltensweisen und Motive von betroffenen Frauen und Männern sowie Familienangehörigen analysiert. Auch wenn die dichotome Unterscheidung nur eingeschränkt die Vielschichtigkeit menschlichen Handelns abzubilden vermag, so können neben Verhaltensweisen sowohl individuelle Wahrnehmungen als auch männlich und weiblich konnotierte Körper- und Geschlechtervorstellungen betrachtet werden, die auf zeitgenössische Wertvorstellungen von menschlichem Leben hinweisen. Unter dieser Perspektive bietet die Betrachtung von Verhaltensweisen und Wahrnehmungen von als „erbkrank“ und „minderwertig“ geltenden Frauen und Männern einen Spiegel der selektiven Bewertung und Exklusion von menschlichem Leben im Nationalsozialismus.

8.2 Staatliche Überwachung des Sterilisationsverfahrens

Die „Lageberichte der Geheimen Staatspolizei zur Provinz Sachsen 1933 bis 1936“ verzeichneten keinen Widerstand gegen die Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation.²³⁵² Auch wenn die Überlieferungslage nur sehr eingeschränkte Aussagen ermöglicht, so könnte das vollständige Fehlen darauf hindeuten, dass in der Wahrnehmung der geheimdienstlich-polizeilichen Überwachung keine Ereignisse oder Verhaltensweisen im Rahmen der nationalsozialistischen Zwangssterilisation auftraten, die im Zuge der herrschaftlichen Etablierung des Nationalsozialismus als bedrohlich eingeschätzt wurden. Demgegenüber finden sich für die preußische Provinz Sachsen seit 1934 aber nicht wenige Hinweise auf widerständiges Verhalten oder lokale Unruhen, die im Zuge von turnusmäßigen oder spezifischen Nachfragen der Regierungspräsidenten sowie in behördlichen Meldungen konstatiert wurden. Den Höhepunkt bildete das Jahr 1935, in dem seitens des Reichsministeriums des Innern ein größerer Widerstand und eine stärkere „katholische Propaganda“ gegen die Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ konstatiert und intensivere Kontrollen ausgelöst wurden. Im April 1936 sah das Reichsinnenministerium die Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ mit einem erneuten Problem konfrontiert, da die „Veröffentlichung von Statistiken“ in „Teilbezirken Deutschlands [...] schon wiederholt zu ganz unzutreffenden Verallgemeinerungen und Rückschlüssen über die Auswirkung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses im gesamten Reichsgebiet geführt“ habe.²³⁵³ Die unzutreffenden Einschätzungen betrafen die Häufung von Todesfällen und die hohen Sterilisationszahlen, was anschließend zur Einstellung der öffentlichen Statistiken führte. Seit 1937 finden

²³⁵² Vgl. Rupier/Sperk (Hrsg.): *Geheime Lageberichte*, Bd. 1: Magdeburg; Bd. 2: Merseburg; Bd. 3: Erfurt. Die Lageberichte verweisen auf Personengruppen, die „die Nationalsozialisten als bedrohend einstufen“, gleichzeitig beschrieben sie Ereignisse und Verhaltensweisen, „die nicht an die Öffentlichkeit gelangen durften“ wie etwa Amtsmissbrauch oder Unterschlagungen. Die Grundlage dieser Lageberichte bildete eine Kompilation „der Auswertung von Berichten der Oberbürgermeister, Landräte und lokalen Polizeibehörden“, die ihrerseits, mit einer kleineren Ausnahme für den Regierungsbezirk Merseburg, weitgehend verloren gegangen sind. Ebenso sind die von den jeweiligen Staatspolizeistellen angefertigten Ereignismeldungen und Tagesberichte nicht überliefert. Dementsprechend kann anhand der Lageberichte nicht geprüft werden, ob auf den unterschiedlichen Verwaltungsebenen der Provinz Widerstände gegen das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ registriert oder in Tagesmeldungen vermerkt wurden, die nicht in die Monatsberichte einfließen. Der hermeneutische Wert der Lageberichte ist kritisch einzuschätzen, da es sich aus geheimdienstlicher Perspektive und abhängig vom Verfasser um subjektive Einschätzungen handelte, die „nicht die damalige Alltagswirklichkeit objektiv und vollständig“ wiedergaben. Vgl. Rupieper/Sperk (Hrsg.): *Geheime Lageberichte*, Bd. 1: Magdeburg, S. 12; Bd. 2: Merseburg, S. 11.

²³⁵³ ThStAG, Regierung Erfurt, Staatliches Gesundheitsamt Mühlhausen (1906–1952) Nr. 29: *Erbgesundheitsangelegenheiten (1935–1940)*, unfol.

sich hingegen kaum Hinweise darauf, dass die Regierungspräsidenten oder Amtsärzte größere Widerstände gegen die Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation wahrnahmen und verfolgten. Das Schweigen der Quellen und die vermeintliche gesellschaftliche Ruhe können jedoch nur schwerlich als Akzeptanz oder Internalisierung der Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ gedeutet werden. Die zeitlichen Ausprägungen von intensiveren Widerständen mit dem Schwerpunkt in der Mitte der 1930er-Jahre korrespondieren vielmehr mit der innenpolitisch-diktatorischen Ausgestaltung des Dritten Reiches sowie den Entwicklungen der nationalsozialistischen Zwangssterilisation, die nach einer Hochphase bis etwa 1936 zunehmend an biopolitischer Bedeutung verlor, gekennzeichnet durch einen starken Rückgang der Sterilisationszahlen insbesondere nach Kriegsbeginn 1939.²³⁵⁴

Bereits mit Inkrafttreten des Sterilisationsgesetzes wurden lokale Proteste oder Widerstände in der preußischen Provinz Sachsen registriert, und das Reichsinnenministerium sah im August 1934 in „wiederholten Störungen im Heilverlauf“ oder in Todesfällen ein erhebliches Gefährdungspotential, da „ein vermehrtes Auftreten solcher Zwischenfälle die weitere Durchführung des Gesetzes sehr erschweren“ würde.²³⁵⁵ Als Gegenmaßnahme wurde neben einer intensiven Propagandaoffensive auch die Ärzteschaft zur Erziehungsarbeit angehalten, indem sie über die „Notwendigkeit“ und den „hieraus sich ergebenden Nutzen“ des „segensreichen“ Sterilisationsgesetzes aufklären sollten. „Insbesondere muss immer wieder darauf hingewiesen werden, daß die Unfruchtbarmachung keinesfalls als eine Strafmaßnahme anzusehen ist, und es muß unbedingt vermieden werden, daß der unfruchtbar Gemachte wegen seiner ihm unverschuldet überkommenen erblichen Belastung irgendwelchen Benachteiligungen oder spöttischen und beleidigenden Angriffen ausgesetzt wird.“²³⁵⁶

Vor allem in ländlichen Regionen regten sich etwa lokale Widerstände aufgrund der hohen Anzahl von Personen, die zu amtsärztlichen Untersuchungen vorgeladen wurden. So teilte der Kreisarzt von Wanzleben mit, dass die betroffenen Frauen

²³⁵⁴ Die nationalsozialistische Herrschaft war ab 1936/37 weitgehend gefestigt und war sowohl von parteipolitischen Verbänden als auch einer rigideren politisch-polizeilichen Überwachung durchzogen. Die innenpolitische Einschnürung wurde wiederum durch politische Erfolge wie die Olympischen Spiele 1936 sowie eine zumindest fassadenhafte wirtschaftliche Prosperität begleitet, was kritische Stimmen gegen die nationalsozialistischen Machthaber insgesamt weitgehend verstummen ließ. Vgl. etwa Kershaw: Hitler, Bd. 2, S. 13–29.

²³⁵⁵ ThStAG, Regierung Erfurt, Staatliches Gesundheitsamt Mühlhausen (1906–1952) Nr. 29: Erbgesundheitsangelegenheiten (1935–1940), fol. 106–107.

²³⁵⁶ ThStAG, Regierung Erfurt, Staatliches Gesundheitsamt Mühlhausen (1906–1952) Nr. 29: Erbgesundheitsangelegenheiten (1935–1940), fol. 106–107.

und Männer der Vorladung keine Folge leisten würden, da sie mittlerweile den Hintergrund erfahren hätten und nun die Sterilisation boykottierten.²³⁵⁷ Der Kreisarzt von Neuwaldensleben habe aufgrund einer „großen Erregung“ die Begutachtung zeitweise eingeschränkt.²³⁵⁸ Im November 1934 teilte der Amtsvorsteher einer kleinen Gemeinde im Kreis Oschersleben mit, dass „die Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses [...] in hiesiger Gemeinde große Aufregungen und Widerstände“ hervorrufe.²³⁵⁹ Zur weiteren Durchführung des Sterilisierungsgesetzes sei es in den Augen des Amtsvorstehers notwendig, die bisherige Begutachtungspraxis zu verändern. Derzeit würden die notwendigen Untersuchungen in der lokalen Amtsstelle durchgeführt und sollten zukünftig in Oschersleben stattfinden. „Dieses hat den Vorteil der Unauffälligkeit für die betreffenden Personen, während dieselben durch eine Vorladung hier an Amtsstelle, wo sich doch ein lebhafter Publikumsverkehr abspielt, mehr der Öffentlichkeit preisgegeben sind.“²³⁶⁰ Somit könne „eine mehr unauffällige Untersuchung der infrage kommenden Personen“ stattfinden und das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ ungestört durchgeführt werden.²³⁶¹

Der Kreisarzt von Oschersleben witterte in den Widerständen hingegen eine lokale Verschwörung, da sich seine „angewandte Methodik“ im Kreis bewährt habe. „Wenn dort bemerkenswerte Widerstände aufgetreten sind, so ist dies sicherlich die Folge von Verhetzung durch eine bestimmte Persönlichkeit. Es wäre m.[eines] E.[rachtens] richtig, gegen den Betreffenden (ist es vielleicht der Journalist?) vorzugehen. Es will mir im Zeitalter des Nationalsozialismus verwunderlich erscheinen, dass eine Behörde sich durch irgendwelche Missstimmungen im Publikum an der Erfüllung einer selbstverständlichen Pflicht stören lassen soll.“²³⁶² Wenn es jedoch gewünscht würde, die „erbkrankverdächtigen“ Frauen und Männer in Oschersleben untersuchen zu lassen, so müsse die Gemeinde die Kosten und auch Sorge tragen, dass die betreffenden Personen zur Untersuchung erschienen. „Das Schlimmste ist, dass ich

²³⁵⁷ Vgl. Vossen: Gesundheitsämter im Nationalsozialismus, S. 426–427.

²³⁵⁸ Vgl. Vossen: Gesundheitsämter im Nationalsozialismus, S. 427.

²³⁵⁹ KrA Harz, Gemeindebestand Dingelstedt II, Nr. 87: Gesundheitspolizei, ansteckende Krankheiten, Sterilisierungsverfahren, enthält Schriftverkehr und Verfügungen (1933–1944), fol. 47.

²³⁶⁰ KrA Harz, Gemeindebestand Dingelstedt II, Nr. 87: Gesundheitspolizei, ansteckende Krankheiten, Sterilisierungsverfahren, enthält Schriftverkehr und Verfügungen (1933–1944), fol. 47.

²³⁶¹ KrA Harz, Gemeindebestand Dingelstedt II, Nr. 87: Gesundheitspolizei, ansteckende Krankheiten, Sterilisierungsverfahren, enthält Schriftverkehr und Verfügungen (1933–1944), fol. 47.

²³⁶² Und weiter: „Ich wäre dankbar für Mitteilung, woher die dortigen Besorgnisse stammen. Ich habe kürzlich mit dem Herrn Kreisleiter über diese Angelegenheit gesprochen. Derselbe war der Ansicht, dass so etwas heute überhaupt nicht mehr vorkommen dürfe.“ KrA Harz, Gemeindebestand Dingelstedt II, Nr. 87: Gesundheitspolizei, ansteckende Krankheiten, Sterilisierungsverfahren, enthält Schriftverkehr und Verfügungen (1933–1944), fol. 48.

auf diese Weise nicht weiter komme. Ich muss aber zusehen, bis zum Frühjahr mit den Erbkranken fertig zu werden.“²³⁶³ Im Hinblick auf die Akzeptanz seitens der betroffenen Personenkreise konstatierte der Kreisarzt von Oschersleben im Dezember 1934 zusammenfassend, dass das Sterilisierungsgesetz als „unendlicher Segen [...] noch nicht so ganz durchgedrungen“ sei und sich vor allem „Erbkranke“ gegen die Unfruchtbarmachung sträuben würden.²³⁶⁴

Die als widerständig wahrgenommenen Handlungsweisen wurden insbesondere durch die lokale Untersuchungspraxis, den quasi öffentlichen Charakter der Begutachtung sowie den mitunter beträchtlichen Umfang an Sterilisationsverfahren hervorgerufen. Die verantwortlichen Amtsärzte sahen etwa im Verbund mit parteipolitischen Vertretern die zugrundeliegenden Motive dagegen in Hetze und Aufwiegelung durch Personenkreise, die dem Sterilisierungsgesetz oder gar dem Nationalsozialismus gegenüber kritisch eingestellt wären. In Sinne eines ärztlichen Paternalismus war es dem Amtsarzt zudem auch unverständlich, dass die als „erbkrank“ geltenden Frauen und Männer sich nicht widerspruchslos dem Sterilisationsbeschluss unterwarfen.

Der Stadtarzt von Erfurt argumentierte unter einer vergleichbaren Perspektive, indem er in einem Bericht vom März 1935 die Durchführung der Sterilisation beschrieb: „Häufig stehen die beteiligten Personen den gesetzlichen Bestimmungen zunächst widerstrebend gegenüber, weil sie nicht begreifen, daß der operative Eingriff im Interesse der Allgemeinheit, auch ohne ihre Einwilligung, ausgeführt werden muss. Doch gelingt es in den meisten Fällen, die Leute aufzuklären und zu beruhigen [...]. Am hartnäckigsten leisten die Säufer Widerstand, nach meinem Gefühl stets aus Angst vor der Operation. Bei mehreren Säufern war es daher erforderlich, durch polizeilichen Zwang sie dem Krankenhaus zuzuführen. Bei einer größeren Anzahl von Personen besteht (ohnehin) der Wunsch, kinderlos zu bleiben. Sie sind mit dem Eingriff nicht nur einverstanden, sondern drängen häufig selbst zu schneller Erledigung.“²³⁶⁵ Der Amtsarzt unterschied demzufolge nach widerständigen Sterilisationsgruppen qua

²³⁶³ KrA Harz, Gemeindebestand Dingelstedt II, Nr. 87: Gesundheitspolizei, ansteckende Krankheiten, Sterilisierungsverfahren, enthält Schriftverkehr und Verfügungen (1933–1944), fol. 48.

²³⁶⁴ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 1, fol. 240.

²³⁶⁵ StA Erfurt, Nr. 2/511–23045: Magistrat der Stadt Erfurt. Stadtgesundheitsamt, Erb- und Rassenpflege. Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, enthält u. a. Allgemeinen Schriftverkehr, Verordnungen und Richtlinien, Namenslisten der vom Erbgesundheitsgericht im Jahre 1935 erfassten Personen (1935–1944), unfol.

„Erbkrankheit“ und betonte auch die Notwendigkeit von polizeilichen Zwangsmaßnahmen. Demgegenüber verweist er auch auf eine nicht unerhebliche Anzahl von Frauen und Männern, die der Sterilisation freiwillig zustimmten.²³⁶⁶

Daneben entstanden Konflikte im Zuge von Sterilisationsverfahren gegen Mitglieder der NSDAP oder deren Familienangehörige, die auf die polykratischen Herrschaftsstrukturen des Dritten Reiches sowie die Einflussnahme von parteipolitischen Stellen auf die Gesundheits- und Bevölkerungspolitik hinweisen. Beispielsweise verfasste am 18. Dezember 1934 der Kreisarzt von Wanzleben einen Entwurf über die „Störung der Durchführung des Sterilisierungsgesetzes“. Hierin teilte der Kreisarzt mit, dass es häufiger vorkomme, dass sich betroffene Frauen und Männer an die Kreisleitung der NSDAP wenden würden, um ihre Unfruchtbarmachung zu verhindern. Daraufhin würde der verantwortliche Arzt des NS-Ärztebundes Rücksprache suchen und Beschwerde führen. Diese parteipolitische Vorgehensweise würde nach Ansicht des Amtsarztes die Tätigkeit der Erbgesundheitsgerichte konterkarieren. „Es ist ja auch in der Tat unsinnig, und schlägt jeder Rechtsordnung ins Gesicht, wenn eine an sich unbeteiligte Person in ein Rechtsverfahren eingreifen kann.“²³⁶⁷ Es sei seiner Meinung nach auch untragbar, dass er als staatlich beauftragter Arzt von parteipolitischen Stellen beaufsichtigt und korrigiert werden würde. Hierdurch leide die staatliche Autorität, da sich Interessenvertretungen bilden würden, die den betroffenen Frauen und Männern erfolgsversprechende Widersprüche in Aussicht stellen und somit das Vertrauen in die ärztliche Begutachtung und Tätigkeit untergraben würden.

Die angespannte Lage wurde durch das Sterilisationsverfahren gegen zwei Töchter eines NSDAP-Mitgliedes und „alten“ SA-Mannes hervorgerufen, die vom Kreisarzt begutachtet und deren Unfruchtbarmachung durch das Erbgesundheitsgericht Magdeburg sowie das Erbgesundheitsobergericht Naumburg aufgrund von „angeborenem Schwachsinn“ beschlossen worden war. Daraufhin informierte der NSDAP-Kreisamtsleiter von Wanzleben den Gauamtsleiter für Volksgesundheit, der

²³⁶⁶ Dieses Argument könnte mitunter als Beleg für eine Zustimmung angeführt werden, da Kinder eine materielle Versorgung benötigten, die die betreffenden Personen nicht aufbringen konnten oder wollten. Es ist jedoch ebenso einzubeziehen, dass es sich um junge Menschen handeln konnte, die im Zuge ihrer geringeren Lebenserfahrung den Wunsch nach eigenen Kindern noch nicht abschätzen konnten. Zudem könnte es sich hierbei auch um Argumentationsmuster des Arztes handeln, die den betroffenen Frauen und Männern in den Mund gelegt wurden. Auch kann die Konfrontation mit dem Amtsarzt oder Erbgesundheitsgericht sowie die Furcht vor öffentlicher Stigmatisierung oder Entlassung dazu geführt haben, dass Frauen und Männer der Sterilisation unwidersprochen oder sogar ausdrücklich zustimmten. Schließlich muss auch berücksichtigt werden, dass Schwangerschaftsabbrüche im Nationalsozialismus verboten und im Vergleich zur Weimarer Republik mit einer Strafverschärfung belegt wurden. Weiterführend Kap. 8.3.1.

²³⁶⁷ LASA, C 28 Ig, Nr. 371: Erbkrankheiten (1934–1938), Bd. 1: 1934–1938, fol. 324.

seinerseits am 20. Dezember 1934 den Regierungspräsidenten als vorgesetzte Behörde des Kreisarztes informierte und gegen den Beschluss intervenierte.²³⁶⁸

Nach Ansicht des Kreisamtsleiters der NSDAP seien die Kinder nicht als „schwachsinnig“ zu bezeichnen und würden einem Facharzt in Magdeburg vorgestellt. Zudem werde die Familie von einem Rechtsanwalt der Deutschen Arbeitsfront juristisch beraten. Daneben wurden die starrköpfige Haltung sowie die ungehörigen Charakterzüge des Kreisarztes beanstandet. Unter juristischer Perspektive wurde das fehlende Einspruchsrecht parteipolitischer Stellen zwar anerkannt, jedoch müsste die NSDAP einschreiten, „entweder wenn das Gesetz zu lasch gehandhabt wird oder aber wenn zu scharf vorgegangen wird, so dass eine Erregung der öffentlichen Meinung gegen das Gesetz und gegen die Partei eintritt“.²³⁶⁹ Dieser Fall sei eingetreten, da die halbe Stadt Wanzleben über die Vorgänge empört sei. Aus diesen Gründen wurde der Regierungspräsident gebeten, dem Kreisarzt die Aussetzung der Sterilisationsoperation der beiden Mädchen anzuweisen. Darüber hinaus „müssen [wir] ganz besonderen Wert darauf legen, dass gerade bei der Durchführung dieses Gesetzes die öffentliche Meinung durchaus mit den Maßnahmen der Regierung parallel geht“.²³⁷⁰ Aus diesem Grund wolle der Gauamtsleiter für eine erschöpfende Propaganda sorgen, und der Regierungspräsident solle Sorge tragen, dass zeitnah nur „schwerwiegende“ Fälle zur Sterilisation kämen, „bei denen die Notwendigkeit der Sterilisierung auch vom einfachen Volksgenossen verstanden wird“.²³⁷¹

Im Anschluss wies der Regierungspräsident die vorläufige Unterbindung der Sterilisation der beiden minderjährigen Mädchen an. Im Antwortschreiben übersandte der Kreisarzt den Entwurf seines Schreibens vom 18. Dezember und konstatierte, dass die seitens der Gauleitung festgestellte Erregung in Stadt und Kreis Wanzleben „in keiner Weise den Tatsachen“ entspreche.²³⁷² Er sähe kein eigenes Verschulden, sondern die Schuld in den mangelnden Ausführungen des Gesetzes, da er als verantwortlicher Kreisarzt sowohl zwischen Partei als auch freipraktizierenden Ärzten stünde, die ihrerseits gegen ihn Stellung beziehen würden, indem sie Sterilisierungsgründe

²³⁶⁸ Damit einhergehend wurde auch eine Beschwerde gegen den Beschluss des Erbgesundheitsobergerichts Naumburg eingereicht, die an das Erbgesundheitsgericht Magdeburg verwiesen und dort als unzulässig verworfen wurde. Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 371: Erbkrankheiten (1934–1938), Bd. 1: 1934–1938, fol. 338.

²³⁶⁹ LASA, C 28 Ig, Nr. 371: Erbkrankheiten (1934–1938), Bd. 1: 1934–1938, fol. 333.

²³⁷⁰ LASA, C 28 Ig, Nr. 371: Erbkrankheiten (1934–1938), Bd. 1: 1934–1938, fol. 334.

²³⁷¹ LASA, C 28 Ig, Nr. 371: Erbkrankheiten (1934–1938), Bd. 1: 1934–1938, fol. 335.

²³⁷² LASA, C 28 Ig, Nr. 371: Erbkrankheiten (1934–1938), Bd. 1: 1934–1938, fol. 347.

scheinbar nicht nachvollziehen könnten, „um ihre Praxis anzukurbeln“.²³⁷³ Aus diesen Gründen würden die betroffenen Frauen und Männer die Schuld im Gutachten des Kreisarztes sehen, der den „temperamentvollen Anrempelungen des irrenden Publikums schutzlos ausgeliefert ist“.²³⁷⁴

Anfang Januar 1935 bat der Kreisarzt den Regierungspräsidenten, die einschränkenden Auflagen aufzuheben, um der Gemeinde Kosten zu ersparen sowie der Bevölkerung keine irreführenden Rechtsgrundlagen zu vermitteln. Die Rechtsgrundlage sei auch durch die Entscheidung des Erbgesundheitsobergerichts Naumburg hinlänglich gesichert.²³⁷⁵ Wenige Tage später erbat der Kreisarzt abermals die Aufhebung der Verfügung, da sie ihn „kompromittiere“ und „auf Grund falscher, einseitiger Unterrichtung ergangen sei“.²³⁷⁶ Es bestehe keine „öffentliche Erregung“. Die Auseinandersetzung endete mit einer kurzen Nachricht der Gauleitung Magdeburg-Anhalt an den Regierungspräsidenten vom 10. Januar 1935, in der mitgeteilt wurde, dass die beiden Kinder „sterilisiert werden sollen“.²³⁷⁷

Dieses Beispiel, das die politischen Diskussionen auf Reichsebene über die Ziele der nationalsozialistischen Zwangssterilisation quasi vorwegnahm und die unterschiedlichen Interessen von Partei und Staat widerspiegelt, verdeutlicht, dass widerständiges Verhalten gegen die nationalsozialistische Zwangssterilisation durch das polykratische Herrschaftsgefüge des Dritten Reiches hervorgerufen und konturiert wurde.²³⁷⁸ Die NSDAP besaß keine formalen Einflussmöglichkeiten auf die medizinische und juristische Durchführung des Sterilisationsgesetzes. Jedoch sah sie in ihrer Funktion zur Wahrung der öffentlichen und politischen Ordnung auch das Recht verankert, gegen die lokale Sterilisationspraxis zu opponieren und die vorgesetzten Dienstbehörden zu kritisieren. Dieses Selbstverständnis kollidierte mit der staatlichen Durchführung des Sterilisationsgesetzes und untergrub auch willentlich die Autorität des Amtsarztes. Vermutlich unter einer bewussten Überhöhung des öffentlichen Interesses sowie der politischen Instrumentalisierung des Sterilisationsverfahrens versuchte sich die Kreisleitung der NSDAP Geltung zu verschaffen und rief hierdurch

²³⁷³ LASA, C 28 Ig, Nr. 371: Erbkrankheiten (1934–1938), Bd. 1: 1934–1938, fol. 348.

²³⁷⁴ LASA, C 28 Ig, Nr. 371: Erbkrankheiten (1934–1938), Bd. 1: 1934–1938, fol. 348.

²³⁷⁵ Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 371: Erbkrankheiten (1934–1938), Bd. 1: 1934–1938, fol. 337.

²³⁷⁶ LASA, C 28 Ig, Nr. 371: Erbkrankheiten (1934–1938), Bd. 1: 1934–1938, fol. 339.

²³⁷⁷ LASA, C 28 Ig, Nr. 371: Erbkrankheiten (1934–1938), Bd. 1: 1934–1938, fol. 341.

²³⁷⁸ Im Kreis Wernigerode beschwerte sich 1935 ein Ortsgruppenleiter beim Kreisleiter über die radikale Vorgehensweise des Amtsarztes und einer Gesundheitsfürsorgerin, da seiner Meinung nach gesunde Menschen und ihre Familienangehörigen vorgeladen werden würden. Vgl. Vossen: Gesundheitsämter im Nationalsozialismus, S. 429.

widerständiges Verhalten unter der Stadt- und Kreisbevölkerung hervor und verursachte eine zeitliche Unterbrechung der lokalen Sterilisationspraxis.²³⁷⁹ Das Hilfesuchen an parteipolitische Stellen war für die betroffenen Personen jedoch mit Konsequenzen verbunden, da seitens der NSDAP ebenfalls Überprüfungen vorgenommen wurden, die im Falle negativer Ermittlungsergebnisse insbesondere für Parteimitglieder zu Stigmatisierungen und Statusverlust führen konnten.²³⁸⁰

Einen erheblichen Gefahrenherd für die Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation sah das Reichsministerium des Innern in organisierten Propagandaaktionen gegen das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ im Jahr 1935. Am 8. Juli 1935 informierte der Reichsminister des Innern die Ober- und Regierungspräsidenten, dass festgestellt worden sei, „dass der Widerstand, den die dem Nationalsozialismus ablehnend gegenüberstehenden Kreise den auf nationalsozialistischer Anschauung beruhenden Gesetzen und Einrichtungen entgegensetzen, an Schärfe zugenommen hat und zum Teil systematisch organisiert wird [...]. Diese Auflehnung und Aufwiegelung gegen die von dem nationalsozialistischen Staat erlassenen Gesetze und die von ihm geschaffenen Einrichtungen kann nicht weiter geduldet werden.“²³⁸¹ Die kirchliche „Lehrfreiheit“ dürfe nicht so weit gehen, „dass aus ihr eine Berechtigung hergeleitet werden könnte, zum Ungehorsam gegen Staatsgesetze aufzufordern“.²³⁸² Dies müsse im Besonderen für die katholische Kirche und die Regelungen des Reichskonkordats gelten.²³⁸³

²³⁷⁹ Es ist davon auszugehen, dass die Gauleitung schließlich einsah, dass gegen die Gerichtsbeschlüsse und vermutlich auch aufgrund der medizinischen Begutachtung kein weiterer Einspruch erfolgreich sein würde. Dementsprechend sah sie nicht nur von weiteren Interventionen ab, sondern unterstützte schließlich die Unfruchtbarmachung.

²³⁸⁰ In diesem Zusammenhang war die NSDAP bestrebt, in Erfahrung zu bringen, welche Mitglieder als „erbkrank“ sterilisiert worden waren. Eine Aufforderung an die Gesundheitsämter, die entsprechenden Daten herauszugeben, wurde jedoch abgelehnt. Vgl. Kap. 4.2.2.

²³⁸¹ LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 174.

²³⁸² LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 174.

²³⁸³ Der zeitliche Abschluss des Sterilisationsgesetzes im Juli 1933 erfolgte unter Rücksichtnahme des Reichskonkordats als Staatskirchenvertrag zwischen Heiligem Stuhl und Reich, das die innere Struktur der katholischen Kirche unter Aufgabe des politischen Katholizismus festigte. Hierdurch wurden zumindest gesellschaftliche Einflussmöglichkeiten gewahrt, die Ziele bestanden für die katholische Kirche jedoch vor allem in der Selbstbehauptung, dem Schutz konfessioneller Vorstellungen und damit einhergehend der Mitglieder und kirchlichen Strukturen gegen die nationalsozialistische Unterdrückung. In dieser gesellschaftlichen Position war die katholische Kirche im Dritten Reich zumindest teilweise in der Lage, gegen politische Maßnahmen, die ihren Glaubensvorstellungen widersprachen, wie etwa die Zwangssterilisation oder auch die Tötung von psychiatrischen Patienten, eine kritische Position zu beziehen.

In den Augen der nationalsozialistischen Machthaber bildeten die katholische und protestantische Kirche potentielle Gefahrenherde für oppositionelle Entwicklungen, sodass bis in die zweite Hälfte der 1930er-Jahre intensivere polizeilich-geheimdienstliche Kontrollen stattfanden.²³⁸⁴ Die wahrgenommenen Widerstände gegen das Sterilisierungsgesetz sollten mit einem schärferen strafrechtlichen Vorgehen beantwortet werden.²³⁸⁵ Der Reichsinnenminister erwartete, dass künftig alle festgestellten Fälle strafrechtlich zu verfolgen und eine rigide Vorgehensweise angebracht seien. Dementsprechend wies er darauf hin, „dass es regelmäßig als eine unzulässige Hetze gegen das Gesetz anzusehen sein wird, wenn an die von dem Gesetz betroffenen Personen in einer den Tatbestand der genannten Gesetzesbestimmungen erfüllenden Form die Aufforderung gerichtet wird, den behördlichen Anordnungen in dem gegen sie gerichteten Verfahren zur Unfruchtbarmachung nicht freiwillig nachzukommen, sondern nur dem polizeilichen Zwang zu weichen. Unter Umständen kann auch die Aufforderung, alle Rechtsmittel auszuschöpfen, bevor den staatlichen Anordnungen Folge geleistet wird, von strafrechtlicher Bedeutung sein.“²³⁸⁶

Der massive strafrechtliche Vorstoß beruhte der Aussage nach auf der Zunahme eines reichsweiten Widerstandes oppositioneller und vor allem katholischer

²³⁸⁴ Die politischen Angriffe und Verfolgungen begannen mit unterschiedlichen Zielrichtungen bereits 1933 unter der Maßgabe, beide Kirchen aus dem öffentlichen Leben zu verdrängen. Im Hinblick auf die außenpolitischen Ziele und die innenpolitische Beruhigung wurden diese Angriffe vor allem gegen die katholische Kirche seit 1937 reduziert. „Die fundamentale Neuordnung der Beziehungen zwischen dem NS-Staat und der katholischen Kirche, auf die Heydrich und andere radikale Parteispitzen gehofft hatten, wurde daher auf unbestimmte Zeit verschoben.“ Gerwath: Heydrich, S. 131. Unter Berücksichtigung der preußischen Provinz Sachsen siehe etwa AKPS, Rep. A Gen. Nr. 1595: Erblehre und Rassenhygiene (1935); AKPS, Rep. 03 Nr. 286: Rassenpolitik, Judenverfolgung (1935–1937)

²³⁸⁵ Im Falle von so genannter Hetze gegen das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ solle § 110 des Reichsstrafgesetzbuches Anwendung finden. In der Fassung vom 20. März 1876 lautete der Paragraph: „Wer öffentlich vor einer Menschenmenge oder wer durch Verbreitung oder öffentlichen Anschlag oder öffentliche Ausstellung von Schriften oder anderen Darstellungen zum Ungehorsam gegen Gesetze oder rechtsgültige Verordnungen oder gegen die von der Obrigkeit innerhalb ihrer Zuständigkeit getroffenen Anordnungen auffordert, wird mit Geldstrafe bis zu sechshundert Mark oder mit Gefängniß bis zu zwei Jahren bestraft.“ Insofern der Paragraph 110 auf der Grundlage nichtöffentlicher Aussagen keine hinreichende juristische Grundlage böte, solle auf § 2, Absatz 2 des „Gesetzes gegen heimtückische Angriffe auf Partei und Staat und zum Schutz der Parteiuniform“ vom 20. Dezember 1934 zurückgegriffen werden. Hier heißt es: „Den öffentlichen Äußerungen stehen nichtöffentliche böswillige Äußerungen gleich, wenn der Täter damit rechnet oder damit rechnen muß, daß die Äußerung in die Öffentlichkeit dringen werde.“ LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 174–175. Weiterführend etwa Dörner: „Heimtücke“, S. 17–24.

²³⁸⁶ LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 175. Wortwörtlich konnte diese Ausdehnung der strafrechtlichen Verfolgung dazu führen, dass privat geäußerte Unmutsäußerungen bereits verfolgt und zu Strafen führen konnten. Darüber hinaus konnte laut diesen Ausführungen sogar der Hinweis auf anwaltlichen Beistand im Erbgesundheitsgerichtsverfahren als Straftat gewertet werden.

Kreise gegen die Durchführung des Sterilisationsgesetzes. Den Hintergrund dieser Anordnung bildete vermutlich eine Dienstbesprechung im Reichsministerium des Innern im Februar 1935, an der die Regierungspräsidenten teilnahmen und in der die Durchführung der Sterilisation diskutiert wurde. Bereits im unmittelbaren Anschluss wurden die verantwortlichen Ärzte aufgefordert, Erfahrungsberichte einzureichen sowie etwaige Widerstände gegen das Gesetz und Todesfälle infolge der Operationen mitzuteilen.²³⁸⁷

Die Lageberichte der Geheimen Staatspolizei für die drei Regierungsbezirke Erfurt, Magdeburg und Merseburg stellten im Sommer 1935 eine erhebliche Konfrontation mit katholischen Kreisen bis hin zu körperlichen Auseinandersetzungen fest und erwecken den Eindruck, dass es seit Frühjahr 1935 zu größerem Widerstand vor allem von Katholiken auch in der preußischen Provinz Sachsen kam.²³⁸⁸ Demgegenüber muss das strategische Vorgehen von Reinhard Heydrich berücksichtigt werden, der als Inspekteur der Preußischen Geheimen Staatspolizei eine gesellschaftliche Gefahr für den Nationalsozialismus heraufbeschwor, um sowohl seine persönliche Position als auch die Stellung von Gestapo und Sicherheitsdienst zu festigen und auszubauen.²³⁸⁹ Dementsprechend projizieren die Lageberichte das Bild eines erstarkenden katholischen Widerstandes, was bereits in Anbetracht der verhältnismäßig kleinen katholischen Gemeinde in der Preußischen Provinz Sachsen kritisch gesehen werden muss.²³⁹⁰

Die Gestapo nahm die Anordnung des Reichsinnenministeriums vom 8. Juli 1935 zum Anlass, eine Überwachung der Sterilisationspraxis anzuordnen. Am 29. Juli 1935 leitete die Preußische Geheime Staatspolizei die Anordnung des Reichsministers

²³⁸⁷ Vgl. StA Erfurt, Nr. 2/511–23045: Magistrat der Stadt Erfurt. Stadtgesundheitsamt, Erb- und Rassenpflege. Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, enthält u. a. Allgemeinen Schriftverkehr, Verordnungen und Richtlinien, Namenslisten der vom Erbgesundheitsgericht im Jahre 1935 erfassten Personen (1935–1944), unfol.

²³⁸⁸ Vgl. Rupieper/Sperk: Geheime Lageberichte, Bd. 1: Magdeburg, 208–268; Bd. 2: Merseburg, S. 410–474; Bd. 3: Erfurt, S. 218–282. Hierbei müssen jedoch die Charakteristik von Verfolgungsmaßnahmen im Dritten Reich sowie der Niederschlag in der Überlieferung einbezogen werden: Vor allem im Jahr 1935 erhöhten die Gestapo und der Sicherheitsdienst unter Reinhard Heydrich den Druck auf die katholische Kirche, um sie gesellschaftlich zu diskreditieren. In diesem Zusammenhang wurde am 23. Juli 1935 vom Reichsführer-SS und Chef der deutschen Polizei, Heinrich Himmler, auch eine Anordnung erlassen, der konfessionellen Jugendverbänden ausschließlich die kirchlich-religiöse Betätigung zugestand und politische und sportliche Aktivitäten unter Strafe verbot. Damit einhergehend wurden etwa das Tragen von Abzeichen oder Bannern sowie öffentliche Auftritte untersagt. Diese erheblichen Repressalien bildeten durchaus die Grundlage für Auseinandersetzungen zwischen katholischen und nationalsozialistischen Jugendverbänden. Vgl. Gerwath: Reinhard Heydrich, S. 129–131.

²³⁸⁹ Vgl. Gerwath: Heydrich, S. 127–132.

²³⁹⁰ Die Bevölkerung der Provinz bestand lediglich zu rund sieben Prozent aus Katholiken, die vorrangig in kleinen Enklaven, wie etwa dem Eichsfeld, lebten. Vgl. Kap. 2.3.

des Innern an die jeweiligen Staatspolizeistellen weiter, die daraufhin die unteren Verwaltungsebenen wie Landräte, Bürgermeister und Ortspolizeibehörden informierten und entsprechende Berichte über widerständiges Verhalten gegen das Sterilisationsgesetz einforderten.²³⁹¹ Widerständige Verhaltensweisen konnten allerdings kaum konstatiert werden, sodass die Berichterstattung zum Mai 1936 wieder eingestellt wurde.²³⁹² „Ich ersuche in Zukunft lediglich die Haltung der Kirchenkreise gegenüber dem Sterilisationsgesetz zu beobachten und über etwa vorkommende besondere Fälle zu berichten.“²³⁹³ Die Gefährdung der nationalsozialistischen Sterilisationspraxis durch die protestantische und katholische Kirche war in den Augen der polizeilich-geheimdienstlichen Kontrolleure somit bereits im Mai 1936 gebannt.

Die Anordnung des Reichsministeriums des Innern bezüglich einer stärkeren Kontrolle wurde von Gesundheitsämtern, Landräten und Oberbürgermeistern mit einer intensiveren Berichterstattung erfüllt. Der Regierungspräsident von Erfurt erwartete insbesondere von den Amtsärzten ein strategisches Vorgehen. „Die Herren Amtsärzte werden in allen Fällen, in denen sie auf besonderen Widerstand stoßen, durch eine vorsichtige Befragung des Widerstrebenden feststellen müssen, ob der Widerstand der eigenen Auffassung entspricht oder dem Einflusse von dritter Seite zuzuschreiben ist. Auch die Tätigkeit als Beisitzer des Erbgesundheitsgerichtes wird Gelegenheit bieten, Fragen wegen der Ursache der Widerstände zu stellen. Die Maßnahmen der Polizeibehörden werden sich auf die Wahrnehmung ihrer Organe erstrecken müssen. In allen Fällen von Widerständen ist mit den Stellen der NSDAP über Abwehrmaßnahmen gegen die Propagandisten in Verbindung zu treten.“²³⁹⁴

Aufgrund der intensiven Überwachung der Sterilisationspraxis stieg die Anzahl von regionalen und lokalen Berichten, die jedoch ebenfalls nur in geringfügigem Maße gesellschaftlichen oder kirchlichen Widerstand konstatierten, sondern stattdes-

²³⁹¹ In diesem Zusammenhang wurde eine fortlaufende zweimonatige Berichterstattung über etwaige widerständige Vorkommnisse angewiesen.

²³⁹² Diese Anfragen und entsprechende Rückmeldungen können exemplarisch für die Gemeinde Dingelstedt im Kreis Oschersleben und den Kreis Osterburg im Regierungsbezirk Magdeburg sowie für den Kreis Mühlhausen im Regierungsbezirk Erfurt nachgewiesen werden. Vgl. LASA, C 30 Osterburg I A, Nr. 738: Durchführung des Sterilisierungsgesetzes (1933–1936), unfol.; KrA Harz, Gemeindebestand Dingelstedt II, Nr. 87: Gesundheitspolizei, ansteckende Krankheiten, Sterilisierungsverfahren, enthält Schriftverkehr und Verfügungen (1933–1944), fol. 9–10.

²³⁹³ KrA Harz, Gemeindebestand Dingelstedt II, Nr. 87: Gesundheitspolizei, ansteckende Krankheiten, Sterilisierungsverfahren, enthält Schriftverkehr und Verfügungen (1933–1944), unfol.

²³⁹⁴ StA Erfurt, Nr. 2/511–23045: Magistrat der Stadt Erfurt. Stadtgesundheitsamt, Erb- und Rassenpflege. Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, enthält u. a. Allgemeinen Schriftverkehr, Verordnungen und Richtlinien, Namenslisten der vom Erbgesundheitsgericht im Jahre 1935 erfassten Personen (1935–1944), unfol.

sen lokale Erscheinungen und vor allem personenbezogene widerständige Handlungsweisen festhielten. Lediglich der Regierungspräsident von Merseburg teilte dem Reichsminister des Innern im Januar 1936 kirchlich-religiös motivierte Widerstände fest. So sei in einem Fall Anzeige gegen eine Frau erhoben worden, die als ‚Zeugin Jehovas‘ die Sterilisation ihrer Tochter mit den Worten verurteilte: „Ich bin Jehovas Zeuge, ich fasse nichts an. Man kann es vor Gott nicht verantworten, ich wasche meine Hände nicht in Blut. Es ist nur eine Gewalttat. Es ist eine Schande. Der Fluchstaat macht Gewalttat.“²³⁹⁵ Daneben habe ein Pfarrer am 4. August 1935 in der katholischen Kirche in Helbra einen Hirtenbrief des Bischofs von Paderborn verlesen, „in der die ablehnende Stellungnahme der Katholischen Kirche zur Sterilisierung dargelegt wurde“.²³⁹⁶ Auf Anweisung der Staatspolizeistelle wurden keine Schritte unternommen.

Darüber hinaus sei festgestellt worden, dass sich Frauen und Männer widerständig gegenüber dem Sterilisationsverfahren verhielten. „Allerdings handelt es sich bei den Personen, die zur Untersuchung auf Erbkrankheit polizeilich vorgeführt werden mussten, zum Teil auch um Verhetzte, die vorwiegend aus den Mansfelder Kreisen stammen. Da in diesen Kreisen einige stark mit Katholiken durchsetzte Gemeinden liegen, muß ich hieraus schließen, daß die maßgebenden katholischen Kreise im Geheimen Propaganda gegen das Sterilisierungsgesetz betreiben. Die nachgeordneten Polizeibehörden werden ihr besonderes Augenmerk hierauf richten.“²³⁹⁷

Der Regierungspräsident von Erfurt, in dessen Gebiet mit Abstand die meisten Katholiken in der preußischen Provinz Sachsen lebten, teilte dem Oberpräsidenten der preußischen Provinz Sachsen im Januar 1936 hingegen mit, dass auf der Grundlage der Berichte der Kreispolizeibehörden und der Gesundheitsämter kein organisierter Widerstand beobachtet worden sei. „Auch das Rassenpolitische Amt der Gauleitung Thüringen in Weimar hat keine Widerstände beobachtet.“²³⁹⁸ So wurde etwa auch für Thüringen lediglich ein geringerer Anstieg von widerständigen Verhaltensweisen registriert.²³⁹⁹

²³⁹⁵ LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 251–252. Vgl. hierzu der Beitrag von Wolter: Der Fluchstaat macht Gewalttat.

²³⁹⁶ LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 251–252.

²³⁹⁷ LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 251–252.

²³⁹⁸ LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 255.

²³⁹⁹ Vgl. ThHStAW, Thüringisches Oberlandesgericht Jena Nr. 1532: Geschäftsverkehr und Schriftwechsel mit den Gesundheitsämtern (1933–1937), fol. 181–182.

Die Feststellungen des Regierungspräsidenten von Merseburg rekurrieren auf Widerstände, die aufgrund der kritischen Stellungnahme der katholischen Kirche zur Durchführung des „Gesetzes erbkranken Nachwuchses“ hervorgerufen wurden. Jedoch muss betont werden, dass in einzelnen Gemeinden, wie etwa Helbra, erhebliche Auseinandersetzungen aufgrund von Wahlen der Gemeindegemeinderäte oder der Besetzung von Pfarrstellen auftraten. Die Feststellung von Widerständen gegen das Sterilisationsverfahren wurde aufgrund dieser stärkeren Konflikte konturiert und stilisiert.²⁴⁰⁰ Diesbezüglich entsprach auch das Argumentationsmuster des Regierungspräsidenten von Merseburg der vorgegebenen politischen Linie des Reichsinnenministeriums sowie von Geheimdienst und Polizei.

Und schließlich wurde auch im Regierungsbezirk Magdeburg Ende 1935 seitens der NSDAP Gauleitung Magdeburg-Anhalt konstatiert, dass abgesehen vom Kreis Wernigerode kein Widerstand gegen das Sterilisierungsgesetz festgestellt worden sei. Dort hätten drei Personen „abfällige Bemerkungen über das Gesetz geäußert“, die aufgrund mangelnder Beweise nicht verurteilt wurden.²⁴⁰¹ Daneben habe ein Bürgermeister die weitere Mitarbeit abgelehnt, da er gemeldete Personen seines Dorfes nicht für „erbkrank“ halte. Weiterhin habe ein Lehrer im Kreis Wernigerode erklärt, „daß er Gegner des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses sei und gar nicht daran dächte, zweckentsprechende Angaben über die Schulkinder zu machen“.²⁴⁰² Ein weiterer Schulleiter würde die Meldepflicht von Schülern nicht befolgen. Auch sei dem Erbgesundheitsgericht in Halberstadt aufgefallen, „daß die Einspruchserklärungen in Form und Inhalt eine gewisse Gleichförmigkeit aufweisen, die auf bestimmte Zentralen, auf Methodik und Organisation in der Gegenarbeit schließen lassen“.²⁴⁰³ Die Verfasser dieser formalisierten Widersprüche, unter ihnen auch ein „Winkeladvokat“, wurden ermittelt, jedoch aufgrund von mangelnden Beweisen nicht verurteilt. Auf der Grundlage dieser Widerstände im Kreis Wernigerode bat die Gauleitung den Regierungspräsidenten, dass gegen diese Personen, „welche das Gesetz zur Verhütung

²⁴⁰⁰ Hierfür spricht auch, dass sowohl die Auseinandersetzungen in Helbra als auch vor allem die Widerstände gegen die nationalsozialistische Zwangssterilisation in den Lageberichten der Gestapo kaum oder gar keinen Widerhall finden. Vgl. Rupieter/Sperk: Geheime Lageberichte, Bd. 2: Regierungsbezirk Merseburg, S. 256, 458, 598–599.

²⁴⁰¹ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 4, fol. 569. Demgegenüber konstatiert Johannes Vossen, dass ein bereits unfruchtbar gemachter Mann aufgrund heterischer Äußerungen zu zwei Tagen Gefängnis verurteilt wurde. Hinsichtlich der grundsätzlich widerstrebenden Aushandlungsprozesse und Überwachungsprozeduren ist Johannes Vossen nur eingeschränkt darin zustimmen, dass der Kreis Wernigerode das Zentrum des Widerstandes gegen das Sterilisierungsgesetz gebildet habe. Vossen: Gesundheitsämter im Nationalsozialismus, S. 429.

²⁴⁰² LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 4, fol. 569.

²⁴⁰³ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 4, fol. 569.

erbkranken Nachwuchses sabotieren, mit aller Schärfe“ vorgegangen werde.²⁴⁰⁴ Auf der Grundlage eines Berichtes des Polizeipräsidenten von Klinckowström informierte der Regierungspräsident von Magdeburg den Oberpräsidenten Anfang Januar 1936 über die unterschiedlichen Widerstandsformen im Kreis Wernigerode.²⁴⁰⁵ In diesem Bericht wurden die von der Gauleitung konstatierten Verhaltensweisen weitgehend bestätigt. Eine Verurteilung konnte in den Augen des Polizeipräsidenten aufgrund von fehlendem Belastungsmaterial nicht erreicht werden. Jedoch wurde der widerspenstige Volksschullehrer verwarnt, und der Bürgermeister wurde „nachdrücklich auf die Bestimmungen des Gesetzes hingewiesen“.²⁴⁰⁶ „Der Vorfall ist außerdem von dem Landrat in Wernigerode zum Anlaß genommen, sämtliche Ortspolizeibehörden des Kreises aufs Neue zu belehren.“²⁴⁰⁷

Am 15. Februar 1936 ergab sich im Hinblick auf den Widerstand eines Volksschullehrers, der sich öffentlich gegen das Sterilisierungsgesetz geäußert haben soll, aufgrund weiterer Nachforschungen ein differenziertes Bild. Der Lehrer habe bei Ermittlungen zu einem Kind mitgearbeitet und „die erforderlichen Angaben pflichtgemäß gemacht“.²⁴⁰⁸ Bei einem anderen Kind habe er Zweifel gehabt, aus diesem Grund seien die Angaben von einer Gesundheitsfürsorgerin und dem Hauptlehrer gemacht worden. Dementsprechend wurde die Meldung, die der Amtsarzt von Wernigerode im Juli 1935 über den Volksschullehrer gemacht hatte, kritisiert, und er sollte mündlich darauf hingewiesen werden, „daß es dringend erwünscht sei, dass solche Berichte, welche andere Personen belasten, den Tatbestand keinesfalls aufbauschen“ sollten.²⁴⁰⁹ Der Staatspolizeistelle wurden die neuen Erkenntnisse mitgeteilt und festgestellt, dass im Verhalten des Lehrers kein Widerstand erblickt werden könne, sondern lediglich einzelne Äußerungen gerügt werden müssten. „Er war deshalb nur zu bestrafen, weil er immerhin überflüssige kritische Bemerkungen zu dem Gesetz gemacht hat, wobei mildernd zu berücksichtigen war, dass er, nachdem seine eigene Ehefrau gemäss dem

²⁴⁰⁴ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 4, fol. 569.

²⁴⁰⁵ Vermutlich handelt es sich um Thure von Klinckowström (1887–1972), der als Oberpräsident der Provinz Grenzmark Posen-Westpreußen 1933 in den Ruheverstand versetzt und später der Regierung Magdeburg zugeordnet wurde. In einer Studie zum Magdeburger Polizeipräsidium finden sich keine weiterführenden Ergebnisse. Vgl. Vom Königlichen Polizeipräsidium zur Bezirksbehörde der Deutschen Volkspolizei. Die Magdeburger Polizei im Gebäude Halberstädter Straße 2 zwischen 1913 und 1989, hg. vom Ministerium des Innern des Landes Sachsen-Anhalt, Halle/Saale 2010.

²⁴⁰⁶ LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 249.

²⁴⁰⁷ LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 249.

²⁴⁰⁸ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 6, fol. 382.

²⁴⁰⁹ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 6, fol. 382.

Gesetz sterilisiert worden war, sich zum mindestens in einer gewissen entschuldbaren Erregung befunden haben kann.“²⁴¹⁰

Hinsichtlich der begrenzten Nachweise erscheinen die seitens des Reichsinnenministeriums konstatierten kirchlichen und vor allem katholischen Widerstände gegen das Sterilisierungsgesetz zumindest für die preußische Provinz Sachsen als ungerechtfertigt.²⁴¹¹ Vielmehr erweisen sich die dokumentierten widerständigen Verhaltensweisen als Produkte einer intensiveren Überwachung, die aufgrund des staatlich-politischen Kontrollinteresses hervorgerufen und stilisiert wurden. Die dokumentierten Widerstände behandelten hauptsächlich individuelle Handlungsweisen mit dem Ziel, die Unfruchtbarmachung abzuwehren, ohne sie grundsätzlich infrage zu stellen. Infolge der intensiven Kontrolle der Durchführung gewannen jedoch diese lokalen Erscheinungen, Unmutsäußerungen oder formalisierte juristische Widersprüche, die durch Amtsärzte, Landräte oder Erbgesundheitsgerichte weitergeleitet und auch zugespitzt wurden, den Charakter von gesellschaftlichem Widerstand oder wurden als dessen Anzeichen gedeutet. Dementsprechend wurden sogar teilweise Unmutsäußerungen von betroffenen Familienangehörigen als Widerstand gedeutet und juristisch verfolgt.²⁴¹²

Die Einstellung der konzentrierten geheimdienstlichen Überwachung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation im Jahr 1936 sowie auch ein moderaterer kirchenpolitischer Kurs seit 1937 führten im Hinblick auf die vorliegende Dialektik von Kontrolle und Widerstand dazu, dass in den folgenden Jahren nahezu keine widerständigen Verhaltensweisen, die über den Einzelfall hinausgingen, wahrgenommen und verfolgt wurden. Insgesamt erscheint es jedoch berechtigt, einen tendenziellen Anstieg von Verweigerung und Ablehnung und damit einhergehenden Verteidigungsstrategien gegenüber der nationalsozialistischen Zwangssterilisation bis mindestens zur zweiten Hälfte der 1930er-Jahre festzuhalten. Damit verbunden muss zumindest partiell eine

²⁴¹⁰ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 6, fol. 382.

²⁴¹¹ Dementsprechend belegen die vorliegenden Ergebnisse eine Einschätzung von Hans-Walter Schmuhl zur Haltung der protestantischen und katholischen Kirche. „Die Erbgesundheitspolitik des nationalsozialistischen Staates wurde von den evangelischen Kirchen, der Inneren Mission und den ihr angeschlossenen evangelischen Krankenanstalten mitgetragen, von der katholischen Kirche, dem Caritasverband und den ihm unterstellten katholischen Einrichtungen zumindest hingenommen.“ Vgl. Schmuhl, Hans-Walter: Konfessionell gebundene Krankenversorgung. In: Jütte/Eckart/Schmuhl: Medizin und Nationalsozialismus, S. 66.

²⁴¹² Gegenüber der anvisierten schärferen juristischen Verfolgung von widerständigen Personenkreisen bleibt festzuhalten, dass durchaus Verfahren angestrengt wurden, die aber lediglich in Einzelfällen zu einer Verurteilung führten. Verantwortlich für diese Vorgehensweise waren einerseits die Gerichte, die keine hinlängliche Beweislast erkannten, andererseits aber auch politische Interessen zur Vermeidung von Unruhe und Empörung in der Bevölkerung.

größere Sensibilität der antragsstellenden Amtsärzte in Rechnung gestellt werden, indem diese zur Vermeidung von lokalen Widerständen, etwa aufgrund von Todesfällen unter Familienangehörigen, eine wohlwollende staatliche Entschädigung befürworteten, um einer lokalen „Propaganda“ gegen das Gesetz vorzubeugen.²⁴¹³ Die mikroskopische Betrachtung von lokalen Kontrollen eröffnet dabei den Blick auf Ursachen und Hintergründe von Widerständen, die neben den individuellen Motiven insbesondere das konfliktreiche Agieren von Amtsärzten, Fürsorgerinnen sowie parteipolitischen Behörden betonen. Infolge der Konkurrenz und unterschiedlichen Interessen von Partei und Staat wurde bisweilen auf lokaler Ebene eine widerständige Atmosphäre hervorgerufen, die wiederum durch die intensiveren Kontrollen der Sterilisierungspraxis registriert und beobachtet wurde. Dabei wurde aus der Perspektive der männlichen Berichterstatter zielgerichtetes widerständiges Verhalten weitgehend Männern unterstellt. Diese Wahrnehmung steht in direktem Zusammenhang mit zeitgenössischen männlichen und weiblichen Geschlechterrollen, denen zufolge Frauen widerständiges Verhalten kaum zugetraut wurde. Ebenso den zeitgenössischen Geschlechterbildern geschuldet, wurde die massive Anzeigenstellung einer Gesundheitsfürsorgerin als unrechtmäßig und übertrieben kritisiert und ihre Vorgehensweise unter abwertend chauvinistischen Motiven diskreditiert, indem ihr unterstellt wurde, ein „gewaltiges Interesse daran zu haben, möglichst viele Ochsenknechte zu machen“.²⁴¹⁴

Die Gesundheitsbehörden im Dritten Reich versuchten, persönliche Widerstände gegen die Unfruchtbarmachung und Verweigerungsgründe durch erzieherische Maßnahmen und Aufklärungskampagnen zu entkräften. Neben einer effektiveren Durchführung des Sterilisationsverfahrens zielten diese Gegenmaßnahmen darauf ab, der durch die Unfruchtbarmachung hervorgerufenen Ausgrenzung aus der nationalsozialistischen Fortpflanzungsgemeinschaft, der individuellen Abwertung und Stigmatisierung sowie auch einer Entrechtung entgegenzuwirken.

Zu diesem Zweck wurde den betroffenen Frauen und Männern innerhalb des Sterilisationsverfahrens ein Merkblatt ausgehändigt, das über den Verfahrensablauf

²⁴¹³ Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 12, fol. 266. Auch in diesem Sinne kann für die ausgehenden 1930er-Jahre von einem „Burgfrieden“ gesprochen werden, indem die Amtsärzte als zentrale Begutachtungsinstanz nicht nur weniger Anzeigen erstellten und Begutachtungen durchführten, sondern auch seltener widerständige und ablehnende Verhaltensweisen meldeten.

²⁴¹⁴ Vossen: Gesundheitsämter im Nationalsozialismus, S. 428. Laut Johannes Vossen entstammt das Zitat LASA C 28 Ig, Nr. 371: Erbkrankheiten 1934–1938, Bd. 3, Bl. 141. Ein entsprechender Band konnte jedoch nicht ermittelt werden, da die Signatur LASA, C 28 Ig, Nr. 371: Erbkrankheiten (1934–1938) trotz Ausweis des Findbuchs lediglich zwei Bände umfasst und dadurch nicht überprüft werden konnte.

aufklären und bestehende Vorbehalte entkräften sollte. Vor allem die überarbeitete Fassung des Merkblatts ab 1936 bietet nicht nur einen detaillierten Überblick über ablehnende Motive und Verweigerungsgründe gegen die nationalsozialistische Zwangssterilisation, sondern verweist ebenso auf zielgerichtete Versuche, Vorbehalte abzubauen, um eine effektive Sterilisationspraxis zu gewährleisten.

Die erste Durchführungsverordnung vom 5. Dezember 1933 sah ein Merkblatt vor, welches summarisch über die Unfruchtbarmachung informierte. „Die Unfruchtbarmachung, d. h. die Aufhebung der Zeugungsfähigkeit männlicher und weiblicher Personen, hat den Zweck, die Weiterverbreitung von Erbkrankheiten zu verhindern.“²⁴¹⁵ Anschließend wurden die gesetzlich definierten „Erbkrankheiten“ aufgeführt und die Durchführung der Operation beschrieben. „Die Unfruchtbarmachung erfolgt in der Weise, daß ohne Entfernung der Hoden oder Eierstöcke die Samenleiter oder Eileiter verlegt, undurchgängig gemacht oder durchtrennt werden. Die Eingriffe werden von Fachärzten in den dazu bestimmten Krankenanstalten ausgeführt.“²⁴¹⁶ Weiterhin wurde betont, dass „gesundheitliche Störungen [...] weder beim Manne noch bei der Frau zu befürchten“ seien. „Das Geschlechtsempfinden und die Fähigkeit zum Geschlechtsverkehr werden durch die Operation nicht beeinträchtigt.“²⁴¹⁷ Auf der Grundlage einer kurzen definitorischen Einordnung der Unfruchtbarmachung sowie der medizinischen Aufklärung über die Sterilisation als chirurgischen Eingriff verfolgten die Ausführungen des Merkblattes insbesondere das Ziel, Vorbehalte und Ängste gegenüber gesundheitlichen Schädigungen sowie dem Verlust des sexuellen Körperempfindens auszuräumen. Dagegen wurde die volksgemeinschaftliche Stigmatisierung als „erbkrank“ und „minderwertig“ vollständig ausgeblendet.

Drei Jahre später erschien im Dezember 1936 ein stark erweitertes Merkblatt mit dem Titel „Erbkranker Nachwuchs ist Volkstod“. Dieses Merkblatt wurde im März 1938 abermals überarbeitet. Die Umgestaltung sowie die ausführliche Ergänzung beruhten auf den Erfahrungen der bisherigen Sterilisationspraxis und können als zielgerichtete Reaktion auf die geringe freiwillige Beteiligung von „erbkrankverdächtigen“ Frauen und Männern sowie auf die festgestellten Vorbehalte und Widerstände im Sterilisationsverfahren verstanden werden. Dementsprechend verfolgte die Neukonzipierung insbesondere das Ziel, „das Verständnis für Sinn und Zweck des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, insbesondere bei den Erbkranken selbst, noch

²⁴¹⁵ Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 67.

²⁴¹⁶ Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 67.

²⁴¹⁷ Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 67.

mehr als bisher zu wecken“.²⁴¹⁸ In diesem Zusammenhang betonte das Reichsministerium des Innern, dass zukünftig jede untersuchte Person vom Amtsarzt „eingehend“ über die Unfruchtbarmachung aufgeklärt werden solle. „Auf den Unterschied zwischen Unfruchtbarmachung und Entmannung ist hierbei besonders einzugehen.“²⁴¹⁹ Darüber hinaus wurden die Amtsärzte aufgefordert, die von der Sterilisation betroffenen Frauen und Männer ausdrücklich darauf hinzuweisen, „daß die Unfruchtbarmachung ihren persönlichen Wert nicht mindert“, sondern sie nur „aus bevölkerungspolitischen Überlegungen in der Eheschließung beschränkt sind“.²⁴²⁰ Diese expliziten Hinweise rekurrieren auf die geringe Beteiligung der betroffenen Personengruppen, die vor allem durch die als ungenügend empfundene Aufklärungsarbeit der Amtsärzte während der medizinischen Untersuchung hervorgerufen werden würde. Die angesprochenen Vorbehalte umfasste einerseits die gesellschaftliche Stigmatisierung von als „erbkrank“ geltenden Frauen und Männern, die durch die amtsärztliche Aufklärung ausgeräumt werden müsse. Andererseits wurde auf eine geschlechtsspezifische Wahrnehmung der Sterilisation hingewiesen, indem vor allem Männer die Unfruchtbarmachung als „Entmannung“ verstehen und die Vornahme in Anbetracht des Verlustes der Sexualefähigkeit strikt ablehnen würden. Im Hinblick auf die bevölkerungspolitischen Ziele und Propaganda akzentuierte nun auch der Titel des Merkblattes die nationalsozialistische Zwangssterilisation als persönliche Pflicht und gemeinschaftliche Notwendigkeit.

Das unter Mitarbeit des Reichsinnenministeriums und Reichsjustizministeriums bearbeitete Merkblatt umfasste nun vier Seiten und wurde von einem Zitat von Adolf Hitler zur Notwendigkeit der Sterilisation als bevölkerungspolitische Maßnahme eingeleitet.²⁴²¹ Die Gliederung umfasste zwölf Kapitel.²⁴²² Die einzelnen Teil-

²⁴¹⁸ LASA, C 28 Ig, Nr. 370: Erbgesundheit, Unfruchtbarmachung (1938–1945), fol. 26.

²⁴¹⁹ LASA, C 28 Ig, Nr. 370: Erbgesundheit, Unfruchtbarmachung (1938–1945), fol. 26.

²⁴²⁰ LASA, C 28 Ig, Nr. 370: Erbgesundheit, Unfruchtbarmachung (1938–1945), fol. 26.

²⁴²¹ Hierbei handelt es sich um das bekannte Zitat von Hitler aus „Mein Kampf“: „Wer körperlich nicht gesund und würdig ist, darf sein Leib nicht im Körper seines Kindes verewigen! Der Staat muß Sorge tragen, daß nur wer gesund ist, Kinder zeugen darf. Umgekehrt aber muß es als verwerflich gelten, gesunde Kinder dem Staat vorzuenthalten. Die Forderung, daß defekten Menschen die Zeugung anderer, ebenso defekter Nachkommen unmöglich gemacht wird, ist eine Forderung klarster Vernunft und bedeutet in ihrer planmäßigen Durchführung die humanste Tat der Menschheit. Sie wird Millionen von Unglücklichen unverdiente Leiden ersparen, in der Folge aber zu einer steigenden Gesundheit überhaupt führen.“

²⁴²² Hierzu gehörten die „Unfruchtbarmachung und Kastration“, „Erbkranke und Geisteskranke“, „Sehr viele Erbkranken sind sittlich vollwertige Volksgenossen“, „Sittliche und religiöse Lebensauffassung verlangen die Verhütung erbkranken Nachwuchses“, „Wie kommt ein Verfahren in Gang?“, „Das Verfahren vor dem Gericht“, „Wie wird der Kranke im Verfahren vertreten?“, „Die

abschnitte verdeutlichen eine Unterscheidung in Vorbehalte und Widerstände gegenüber der Sterilisation als bevölkerungspolitische Selektionsmaßnahme sowie als medizinisch-juristisches Verfahren.

In Anbetracht der inhaltlichen Vorgehensweise als einer abgestuften strategischen Rangfolge sollten zunächst gesellschaftlich kursierende Weigerungspotenziale entkräftet und anschließend Verfahrensfragen geklärt werden. In den Ausführungen zu Vorbehalten gegenüber der Sterilisation rangierte die Abgrenzung zur Kastration an erster Stelle, gefolgt von dem Versuch der Entstigmatisierung von als „erbkrank“ geltenden Frauen und Männern sowie der Entkräftung latenter sittlicher und religiöser Vorbehalte.²⁴²³

Im Sinne des Merkblattes gäbe es „eine große Zahl von Volksgenossen, die geistig und sittlich als vollwertige Menschen angesehen werden müssen“ und „nichts wäre falscher, als wenn diese Gruppe erbkranker Volksgenossen als ‚minderwertig‘ im gebräuchlichen Sinne des Wortes angesehen würde“.²⁴²⁴ In diesem Zusammenhang wurde auf die Haltung des Blindenverbandes in Deutschland hingewiesen, der seinen Mitgliedern zur Pflicht gemacht habe, sich freiwillig der Sterilisation zu unterziehen. Hiermit würden die Betroffenen ein großes Opfer zum Wohl der Volksgemeinschaft erbringen, und diese „freiwillige Meldung zur Unfruchtbarmachung ist oft ein Zeichen von sittlicher Hochwertigkeit“.²⁴²⁵ Im Zuge der funktionalen Argumentationslinie erscheinen kategoriale Abstufungen von „Minderwertigkeit“, die auf gesellschaftliche Vorurteile gegenüber „Geisteskrankheit“ und damit einhergehend auf diskursive Vorstellungen und propagandistische Zuschreibungen von „lebensunwertem“ Leben hinweisen.

Im Sinne des rassenhygienischen Dogmas beruhte die auf wissenschaftlichen Erkenntnissen basierende Feststellung einer „Erbkrankheit“ nicht auf einer Schuld im juristischen Sinne, sondern auf dem familiär bedingten und persönlich unverschuldeten Vererbungsgang. Das Vorliegen einer „Erbkrankheit“ besage demnach nichts über den individuellen Wert und könne ebenso nicht mit einer „Minderwertigkeit“ gleich-

Beschwerde“, „Die Unfruchtbarmachung“, „Aufnahme in eine geschlossene Anstalt“, „Die Schwangerschaftsunterbrechung“ sowie „Die Kosten“.

²⁴²³ Die Darlegung der Sterilisation als medizinisch-juristisches Verfahren orientierte sich am Verfahrensablauf und verfolgte das Ziel, die rechtlichen Grundlagen und die Wahrung der Rechtssicherheit zu betonen sowie gesundheitliche Risiken infolge des chirurgischen Eingriffs und befürchtete finanzielle Benachteiligungen auszuräumen.

²⁴²⁴ LASA, C 28 Ig, Nr. 370: Erbgesundheit, Unfruchtbarmachung (1938–1945), fol. 32/1.

²⁴²⁵ LASA, C 28 Ig, Nr. 370: Erbgesundheit, Unfruchtbarmachung (1938–1945), fol. 32/1.

gesetzt werden. Vor allem um dem Vorwurf der physischen und psychischen „Minderwertigkeit“ entgegenzutreten und auch den persönlichen Wert für die Volksgemeinschaft zu betonen, bedeutete die freiwillige Antragsstellung in erster Linie einen sichtbaren Akt der „sittlichen Hochwertigkeit“. Durch die freiwillige Beteiligung am Sterilisationsverfahren könnten somit die betroffenen Frauen und Männer ihren gesellschaftlichen Wert untermauern.

In diesem Kontext übernahmen der Rekurs auf „Geisteskrankheit“ und die damit verbundene Aktivierung von ablehnenden gesellschaftlichen Vorstellungen und Zuschreibungen eine strategische Funktion. Die Hierarchisierung von „erbkrank“ und „geisteskrank“ beschwor und ermöglichte zugleich die Abgrenzung und Unterscheidung zu Frauen und Männern, die in psychiatrischen Kliniken „vegetierten“, ein „seelenloses“, „unmenschliches“ und „lebensunwertes“ Leben fristeten und die im Sinne einer „sittlichen Hochwertigkeit“ nicht in der Lage waren, eigenverantwortliche Entscheidungen zu treffen. Der stillschweigende Rekurs auf gesellschaftliche Vorstellungen und Zuschreibungen sowie persönliche Wahrnehmungen bezog sich auf entgegengesetzte und unvereinbare bevölkerungspolitisch-herrschaftliche Prozesse innerhalb der nationalsozialistischen Volksgemeinschaft, indem die zwangssterilisierten Frauen und Männer qua diagnostizierter „Erbkrankheit“ aus der Volksgemeinschaft als Fortpflanzungsgemeinschaft ausgeschlossen werden sollten, jedoch qua ihrer physischen Existenz und produktiven Ressourcen inkludiert werden mussten. Das umgestaltete Merkblatt zum Sterilisationsverfahren aus dem Jahr 1936 bildete somit auch einen strategischen und argumentativen Versuch der Inklusion durch Exklusion im Dritten Reich.

Im Rahmen der argumentativen Manöver sowie des Spiels mit gesellschaftlichen Vorstellungen von sittlicher Hochwertigkeit, erbbiologischer „Minderwertigkeit“ und „lebensunwertem Leben“ wurde weiterhin versucht, religiöse und somit insbesondere katholische Vorbehalte und Widerstände zu entkräften. Ausgehend von der These, dass es nicht im Sinne Gottes sein könne, dass „erbkranker“ Nachwuchs geboren wurde, wurden religiöse und kirchliche Vorstellungen als Urformen sozialdarwinistischer bevölkerungspolitischer Maßnahmen entstellt, indem „die von Gott geschaffene Natur [...] alle Kranken nach ihren ehernen Gesetzen von selbst“ ausscheiden würde.²⁴²⁶

²⁴²⁶ LASA, C 28 Ig, Nr. 370: Erbgesundheit, Unfruchtbarmachung (1938–1945), fol. 32/1.

Die Ausführungen zum Verfahrensablauf versuchten jedwedem Verdachtsmoment einer willkürlichen und ungerechtfertigten medizinischen Begutachtung und Diagnose durch die Betonung der Wahrung von Rechtssicherheit auszuräumen. Diesbezüglich wurde ausdrücklich auf die Möglichkeit des Widerspruchs und der anwaltlichen Vertretung hingewiesen, die in offenem Widerspruch zu den ministeriellen Kontroll- und Verfolgungsmaßnahmen des Jahres 1935 standen. In Anbetracht der gesellschaftlichen Unruhe infolge der Häufung von Todesfällen sowie persönlichen Ängsten vor dem chirurgischen Eingriff wurden außerdem die angeblich geringen Risiken des chirurgischen Eingriffs hervorgehoben.

Ein weiterer wichtiger Aspekt der Ablehnung der Unfruchtbarmachung wurde in den finanziellen Kosten gesehen. Aus diesem Grund verwies das Merkblatt abschließend darauf, dass die als „erbkrank“ diagnostizierten Frauen und Männer die Kosten der Sterilisation nicht persönlich tragen müssten und darüber hinaus die Familie „für die Dauer des Anstaltsaufenthaltes ihres Ernährers“ mit dem notwendigen Lebensbedarf ausgestattet werden würde.²⁴²⁷ Vor allem die Sorge um finanzielle Belastungen sowie gesundheitliche Beschwerden infolge der Operation wurde seitens der Amtsärzte und Erbgesundheitsgerichte seit 1934 registriert – diese versuchte man durch gesetzliche und organisatorische Veränderungen, wie beispielsweise den sukzessiven Ausbau der finanziellen Unterstützung auch von Angehörigen während des Klinikaufenthalts, abzumildern.

In Anbetracht der erzieherischen und vorbeugenden Interessen des Merkblatts wurde auch eine zielgerichtete Täuschung der betroffenen Frauen und Männer vorgenommen, da noch im Jahr 1938 ausdrücklich darauf hingewiesen wurde, dass die Vielzahl der Sterilisationsanträge freiwillig gestellt werden würde. Entgegen der vielfältigen Argumentationsstrategien und öffentlichen Propaganda konnten die latenten und zähen persönlichen Vorbehalte von „erbkrankverdächtigen“ Personen im Dritten Reich jedoch nicht abgeschwächt werden.

Die Überarbeitung und zielgerichtete Ergänzung des Merkblatts im Jahr 1936 verdeutlicht die herrschaftliche Unterschätzung von persönlichen Verweigerungsmotiven für die Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation. Zunächst wurde der Aufklärung der betroffenen Frauen und Männer im Sterilisationsverfahren wenig Beachtung geschenkt, und die amtliche Belehrung beschränkte sich auf definitorische Fragen, den Vorgang der Unfruchtbarmachung als operativer Eingriff sowie

²⁴²⁷ LASA, C 28 Ig, Nr. 370: Erbgesundheit, Unfruchtbarmachung (1938–1945), fol. 32.

den Erhalt des Sexualempfindens. Die zweite Fassung beinhaltete demgegenüber eine dezidierte Auseinandersetzung mit Vorbehalten, die im Rahmen der Berichterstattungen bis 1936 wahrgenommen worden waren. Insofern handelt es sich um eine herrschaftliche Reaktion auf Widerstandsformen und Weigerungsgründe, um gesellschaftliche Unruhe zu verhindern und eine Steigerung der freiwilligen Antragsstellung hervorzurufen. Damit verbunden wurden die persönlichen Vorstellungen und Motive von Betroffenen unmittelbar in das Sterilisationsverfahren einbezogen. Gleichzeitig handelte es sich um eine biopolitische Stellungnahme, die Strategien, Wesenszüge und Beurteilungskriterien offenbart. Die Unterscheidung in „erbkrank“ und „geisteskrank“, die Betonung des Opferstatus von unfruchtbar gemachten Frauen und Männern, die ihre Fortpflanzungsfähigkeit für die Aufartung des deutschen Volkes aufgegeben hätten, und damit verbunden die besondere Bedeutung von freiwilliger Opferbereitschaft als Ausdruck von rassischer „Hochwertigkeit“ spiegeln latente biopolitische Referenzen und Charakteristika des Dritten Reiches wider. Hierzu gehören die zementierte Wertunterscheidung zwischen unterschiedlichen Personengruppen auf der Grundlage ihres körperlichen und vor allem psychischen Zustands, weiterhin die notwendige Opferung von als „minderwertig“ geltenden Personengruppen zugunsten der Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Volksgemeinschaft als zugleich utopisches und greifbares Ziel sowie schließlich die persönlich begründete und beabsichtigte Bereitschaft zur Sterilisation als höchstem Gut. Auf der Grundlage eines rassenbiologischen Paradigmas gebar sich das Dritte Reich als gigantische „Opfergemeinschaft“.

Eine besondere Initiative zum Abbau von individuellen Widerständen entwickelte das Stadtgesundheitsamt Halle/Saale im Januar 1937 mit der Idee einer zielgerichteten Ehevermittlung von unfruchtbar gemachten Frauen und Männern. Am 20. Januar 1937 unterbreitete das Stadtgesundheitsamt Halle/Saale dem Regierungspräsidenten von Merseburg den Vorschlag einer „Ehevermittlung für erbkrankte Personen“.²⁴²⁸ Den konkreten Hintergrund bildeten zwei Fälle, in denen sterilisierte Personen darum baten, ob ihnen für die Heirat unfruchtbar gemachte Frauen und Männer genannt werden könnten. Das Gesundheitsamt vermutete ein erhebliches Potential von ehewilligen sterilisierten Frauen und Männern und sah die Möglichkeit, durch eine

²⁴²⁸ LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 2: 1937–1944, fol. 45–47. Auch Weinert, H.: Ehevermittlung für Erbkrankte. In: Die deutsche Sonderschule, Jg. 5 (1938), S. 807. Zwangssterilisierte Frauen und Männer durften laut „Gesetz zum Schutze der Erbgesundheit des deutschen Volkes“ (Ehegesundheitsgesetz) keine Ehepartner ehelichen, die als „erbgesund“ galten. Siehe etwa Czarnowski: Das kontrollierte Paar.

Ehevermittlung die Bereitschaft zur freiwilligen Antragsstellung zu erhöhen, insbesondere „wenn man dem Einwand begegnen könnte, dass die Sterilisation praktisch die dauernde Eheunmöglichkeit zur Folge habe, da die Ehe mit einem Erbgesunden verboten, mit einem Erbkranken aber mangels Möglichkeit zur gegenseitigen Kenntnis dieser Tatsache unvollziehbar sei“.²⁴²⁹ Um die Möglichkeiten der Eheschließung von sterilisierten Frauen und Männer zu verbessern, schlug das Gesundheitsamt vor, eine Ehevermittlung für solche „erbkranken“ Personen einzurichten, die „eine sozial einwandfreie Ehe“ führen könnten.²⁴³⁰

Die Ziele bestünden jedoch nicht nur in der Herstellung einer größeren freiwilligen Bereitschaft, sondern mithilfe der Ehe von sterilisierten Frauen und Männern könnten auch volksgesundheitliche Interessen durchgesetzt werden, wie vor allem die Unterbindung eines ungehemmten Sexualverhaltens beider Geschlechter und der Prostitution bei Frauen, die Verhinderung der Verbreitung von Geschlechtskrankheiten oder die Gewährleistung der Versorgung innerhalb der Ehegemeinschaft: „Auch der Faktor einer Entlastung des Arbeitsmarktes dadurch, dass sterilisierte weibliche Ehekrankte durch Ehe versorgt werden, ist zu erwähnen.“²⁴³¹

Die Vermittlung von geeigneten Ehepartnern sollte auch aufgrund der gesetzlichen Schweigepflichten durch das Gesundheitsamt organisiert werden. Die ehewilligen Frauen und Männer sollten „dem Gesundheitsamt durch Unterzeichnung eines entsprechenden Formulars die Erlaubnis erteilen, geeignet erscheinenden sterilisierten Erbkranken anderen Geschlechts, die die Ehe eingehen sollen, vertraulich die Tatsache ihrer Sterilisation und die zu diesem Beschluss führende Erbkrankheit mitzuteilen. Das Gesundheitsamt würde in einem solchen Falle den Eheanwärtern beratend zur Seite stehen.“²⁴³² Unter diesen Maßgaben versuchte das Stadtgesundheitsamt Halle/Saale quasi einen staatlich gesteuerten „Ehebasar“ einzurichten, um sowohl dem sozialen und emotionalen Bedürfnis von sterilisierten Frauen und Männern gerecht zu werden als auch gleichzeitig bevölkerungspolitische und volksgesundheitliche Interessen effektiver durchsetzen zu können. Der Regierungspräsident von Merseburg schloss sich am 6. Februar 1937 der Initiative wohlwollend an und unterbreitete den Vorschlag

²⁴²⁹ LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 2: 1937–1944, fol. 45.

²⁴³⁰ LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 2: 1937–1944, fol. 45.

²⁴³¹ LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 2: 1937–1944, 2, fol. 46.

²⁴³² LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 2: 1937–1944, fol. 46.

dem Reichsinnenministerium. Ein grundsätzliches Problem bestand nach Ansicht des Regierungspräsidenten in der Gewährleistung der Schweigepflicht, die gelockert werden müsste und trotz aller Sicherheitsvorkehrungen auch zu Nachteilen der betroffenen Frauen und Männer führen könnte. Trotz der durchaus schwerwiegenden Probleme unterstützte der Regierungspräsident die Initiative, da durch die Unfruchtbarmachung hervorgerufene Härten gegenüber den sterilisierten Frauen und Männern abgemildert werden könnten. Darüber hinaus könnten bestehende Beschwerdegründe, wie vor allem die Ehelosigkeit, sowie unnötige und zeitaufwendige Widerspruchsverfahren unterbunden und verhindert werden.

Vergleichbare Initiativen der Ehevermittlung waren bereits seit 1936 durch das Thüringische Landesamt für Rassewesen und vor allem die Gauleitung der NSDAP in Sachsen vorangetrieben wurden.²⁴³³ Die „Ehevermittlung von Unfruchtbar gemachten“ wurde schließlich in den Gesundheitsämtern etabliert, und das Reichsinnenministerium unterstrich im Frühjahr 1941 ihre besondere Bedeutung und erweiterte die Vermittlungsmöglichkeiten. So bestünden keine Bedenken, „dass diese Vermittlungen von den einzelnen Gesundheitsämtern auch auf Ehen mit einer natürlich unfruchtbaren oder in der Fortpflanzungsfähigkeit beschränkten Person oder mit einem Partner, auf dessen Nachwuchs die Volksgemeinschaft verzichten kann, ausgedehnt werden, insofern diese zur Führung einer geordneten Ehe imstande sind“.²⁴³⁴ Da die Anzahl von geeigneten männlichen und weiblichen Bewerbern in den Gesundheitsbezirken begrenzt war, wurde eine überregionale Vermittlung eingerichtet. Als reichsweite Vermittlungsstellen fungierten die „Reichsstelle für Eheberatung und Ehevermittlung beim Hauptgesundheitsamt Berlin“ sowie die „Ehevermittlungsstelle bei der Gauleitung Sachsen der NSDAP“ in Dresden.²⁴³⁵

Ebenso wie das Merkblatt versuchte die Ehevermittlung persönliche Vorbehalte gegen die Unfruchtbarmachung abzubauen, indem den betroffenen Frauen und Männern die Möglichkeit einer Ehe suggeriert wurde. Die vordergründigen Ziele bestanden aber in einer Erhöhung der freiwilligen Bereitschaft zur Sterilisation, einer Effektivierung des Sterilisationsverfahrens sowie in der Durchsetzung bevölkerungs-

²⁴³³ Vgl. ThHStAW, Thüringisches Ministerium des Innern Nr. E 1743: Ehevermittlung unfruchtbar gemachter oder sonst nicht fortpflanzungsfähiger Personen (1940–1944), unfol.

²⁴³⁴ LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 2: 1937–1944, fol. 102.

²⁴³⁵ LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 2: 1937–1944, fol. 102. In welchem Umfang die staatliche Ehevermittlung von sterilisierten oder fortpflanzungsunfähigen Frauen und Männern in Anspruch genommen wurde, kann nicht geklärt werden.

und sozialpolitischer, volksgesundheitlicher und auch ökonomischer Interessen, da durch die Ehe sexuelle und infektiöse Gefahrenpotentiale gebannt sowie die materielle Versorgung gesichert werden sollten.

Trotz der herrschaftlichen Ziele und Interessen rekurriert auch die „Ehevermittlung von Unfruchtbar gemachten“ auf Inklusionsbestrebungen von „erbkrank“ und „minderwertig“ geltenden Frauen und Männern. Die zwangssterilisierten Frauen und Männer wurden zwar aus der Fortpflanzungsgemeinschaft ausgeschlossen, jedoch blieben sie Mitglieder der nationalsozialistischen Volksgemeinschaft. In diesem Sinn wurde zwangssterilisierten Frauen und Männern ein zweckgerichteter Lebenswert beigemessen, indem sie trotz ihrer als „erbkrank“ diagnostizierten Veranlagung zum ökonomischen Aufbau beitragen, keine Fürsorgekosten beziehen und sich sozial konform verhalten sollten. Basierend auf der Hierarchisierung und Abstufungen des Lebenswertes von „minderwertig“ einerseits sowie von als „minderwertig“ und „lebensunwert“ geltenden Frauen und Männern andererseits wurde die funktional-exkludierende Verortung im Nationalsozialismus sowohl betont als auch verschleiert.

8.3 Verhaltensweisen und Wahrnehmungen von Betroffenen und Familienangehörigen im Sterilisationsverfahren

8.3.1 Einverständnis und Zustimmung zur Sterilisation

Die im „Reichsanzeiger“ veröffentlichte Begründung des nationalsozialistischen Sterilisationsgesetzes vertrat 1933 die Zuversicht, „daß derjenige, dessen Unfruchtbarmachung zum Nutzen der Volksgemeinschaft notwendig ist, in vielen Fällen selbst die nötige Einsicht aufbringen wird, um die Sterilisierung zu beantragen“.²⁴³⁶ Der hiermit zum Ausdruck gebrachte Optimismus wurde von einer Propagandaoffensive begleitet, die die freiwillige Antragsstellung von „erbkrankverdächtigen“ Frauen und Männern als individuelle Pflicht und gemeinschaftliche Notwendigkeit beschwor und den Eindruck vermittelte, dass eine Vielzahl von Unfruchtbarmachungen freiwillig erfolge werde.²⁴³⁷ Aber auch in der preußischen Provinz Sachsen zerschlugen sich die Hoffnungen auf eine Vielzahl von freiwilligen Selbstanzeigen bereits im Frühjahr 1934. So konstatierte der Regierungspräsident von Magdeburg Ende März 1934: „Die Annahme, daß die Erbkranken selbst den Antrag auf Sterilisierung stellen, dürfte, wie schon jetzt vorauszusehen ist, in nicht allzu großem Umfange zutreffen.“²⁴³⁸

Die Einschätzung des Regierungspräsidenten basierte auf dem geringen Umfang von freiwilligen Sterilisationsanzeigen, die im Jahr 1934 für den Regierungsbezirk Magdeburg rund neun Prozent oder 125 von insgesamt 1 939 Sterilisationsanträgen ausmachten.²⁴³⁹ Hierbei handelte es sich sogar um einen Höchstwert, der in den übrigen Regierungsbezirken nicht erreicht wurde. Der Anteil von freiwilligen Sterilisationsanträgen nahm im Verlauf der 1930er-Jahre weiter ab und betrug zu Beginn der 1940er-Jahre circa ein bis zwei Prozent.²⁴⁴⁰ Somit bewahrheitete sich die Prognose des Regierungspräsidenten von Magdeburg, da lediglich ein Bruchteil von „erbkrankverdächtigen“ Frauen und Männern einem Sterilisationsverfahren sowie der gesetzlich angeordneten Unfruchtbarmachung freiwillig zustimmte.²⁴⁴¹

²⁴³⁶ Reichsanzeiger 1933, Nr. 172, zitiert nach Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 61.

²⁴³⁷ Weiterführend Makowski: nationalsozialistische Parteipresse, S. 121–231.

²⁴³⁸ LASA, C 28 Ig, Nr. 371: Erbkrankheiten (1934–1938), Bd. 1, fol. 68.

²⁴³⁹ Eine geschlechtsspezifische Analyse der freiwilligen Antragsstellung ist aufgrund der Überlieferung, die keine Unterscheidung nach Frauen und Männern vornimmt, nicht möglich.

²⁴⁴⁰ Der Gesamtdurchschnitt von freiwilligen Anträgen lag für die preußische Provinz Sachsen bei unter fünf Prozent, in den einzelnen Regierungsbezirken pendelte er zwischen drei und sechs Prozent.

²⁴⁴¹ Im Hinblick auf die zeitgenössische Überlieferung von statistischen Daten zur Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation kann nicht geklärt werden, ob der quantitative Rückgang von freiwilligen Anträgen auch durch die jeweilige Registratur der einzelnen Kreisärzte/Amtsärzte und Medizinaldezernenten der Regierungspräsidenten hervorgerufen wurde.

Die statistischen Daten zur freiwilligen Antragsstellung können durch einen Blick auf diejenigen Sterilisationsanträge ergänzt werden, die durch gesetzliche Vertreter, wie etwa Pfleger oder Eltern, gestellt wurden. Die Antragsstellung durch gesetzliche Vertreter betrug durchschnittlich etwa drei Prozent.²⁴⁴² In der Addition wurde vor allem in der Anfangszeit allenfalls ein Achtel aller Sterilisationsanträge von betroffenen Frauen und Männern sowie gesetzlichen Vertretern gestellt. Dieser Anteil sank bis in die 1940er-Jahre auf unter fünf Prozent. Dementsprechend wurden seit der Mitte der 1930er-Jahre mindestens 90 Prozent der Sterilisationsanträge von beamteten Ärzten und Anstaltsleitern gestellt.

Die freiwillige Antragsstellung als rechtliche Grundlage der nationalsozialistischen Zwangssterilisation besaß somit eine marginale Bedeutung und blieb trotz gegenteiliger propagandistischer Äußerungen eine Utopie.²⁴⁴³ Trotz des geringen Anteils muss jedoch überprüft werden, welche persönlichen, familiären, aber auch verfahrensrechtlichen, organisatorischen und ökonomischen Motive und Einflussfaktoren eine „freiwillige“ Antragsstellung hervorriefen. Der Zustimmung zur Unfruchtbarmachung lagen bereits unter Berücksichtigung des Entscheidungsträgers keine monokausalen Beweggründe zugrunde, stattdessen bestand eine Vielzahl von persönlichen Motiven, ärztlichen oder familiären Einflussnahmen sowie organisatorische und gerichtliche Rahmenbedingungen oder finanzielle Notlagen, die die „Freiwilligkeit“ erzwangen.

Schließlich waren die antragsberechtigten Ärzte verpflichtet, einen freiwilligen Sterilisationsantrag durch einen amtsärztlichen Antrag zu ergänzen, um eine Rücknahme zu verhindern. Durch diese Vorgehensweise und eine entsprechende Verzeichnung als amtsärztlicher Antrag könnte der starke statistische Rückgang von freiwilligen Anträgen zumindest verstärkt worden sein. Siehe Kap. 3.3.2.

²⁴⁴² Zwischen den Regierungsbezirken bestanden kaum Unterschiede. Auch traten nur geringfügige Schwankungen auf, sodass der Höchstwert rund fünf Prozent ausmachte.

²⁴⁴³ Für einen erheblichen Anteil der persönlichen Sterilisationsanträge können keine Motive oder Beweggründe herausgestellt werden. Dabei besteht der Eindruck, dass sich Frauen und Männer dem Sterilisationsverfahren stillschweigend unterworfen haben, die Konsequenzen des Verfahrens nicht erkannten oder durch ihre Zustimmung eine Beschleunigung des Verfahrens verfolgten bzw. aufgrund der Berufstätigkeit oder von häuslichen Verpflichtungen um eine zeitliche Aufschiebung des chirurgischen Eingriffs baten. Auch eine latente Autoritätsgläubigkeit und eine damit verbundene Unterwerfung unter staatliche Entscheidungen sollten ebenfalls nicht kategorisch ausgeschlossen werden. Vor allem für das Jahr 1934 müssen auch die Unwissenheit und Unsicherheit der betroffenen Frauen und Männer über die Konsequenzen des Sterilisationsantrages in Betracht gezogen werden. Dabei wurden sie seitens der antragsstellenden Amtsärzte und Psychiater auch bewusst oder nur beiläufig informiert. Schlussendlich wurde im medizinischen und gerichtlichen Verfahren, das als behördlicher Vorgang einem Großteil der betroffenen Frauen und Männer unbekannt war, auch Druck auf die Betroffenen ausgeübt, was Unsicherheit, Ängste oder Scham hervorrief, sodass sie sich den Einflussnahmen beugten. Dabei korrelierte der behördliche Druck mit dem sozialen Umfeld sowie der geringen Schulbildung der betroffenen Personen. Siehe etwa LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 157, 208; KrA Salzwedel, Bestand Gardelegen, Gesundheitswesen (GW), einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z), Nr. 81–4; LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 11, fol. 430.

Dementsprechend ist die Vorstellung einer „freiwilligen“ Zustimmung im Sinne einer bewussten Entscheidung zur Sterilisation auch irreführend und versperrt den Blick auf zeitliche Entwicklungen, das soziale Umfeld oder persönliche Motive und Zwangslagen.

Der vergleichsweise hohe Anteil von freiwilligen Sterilisationsanträgen im Jahr 1934 suggeriert zumindest eine partielle Zustimmung zur Unfruchtbarmachung infolge der nationalsozialistischen Machtergreifung. Hierbei müssen insbesondere organisatorische Strukturbedingungen als Beweggründe einer freiwilligen Unfruchtbarmachung konstatiert werden, da seit der ersten Durchführungsverordnung des Sterilisationsgesetzes vom Dezember 1933 eine Entlassungssperre für männliche und weibliche Patienten aus psychiatrischen Einrichtungen zugunsten der erbbiologischen Überprüfung bestand. Unter Berücksichtigung der Überlieferung wurden verhältnismäßig viele Sterilisationsanträge von Frauen und Männern gestellt, die sich zum Zeitpunkt der Antragsstellung in einer psychiatrischen Einrichtung der preußischen Provinz Sachsen befanden.²⁴⁴⁴ Die stärkere freiwillige Zustimmung zur Unfruchtbarmachung in den Anfangsjahren konnte somit aus dem Entlassungswunsch aus einer psychiatrischen Einrichtung resultieren. Die Fokussierung der Zwangssterilisation auf die psychiatrischen Anstalten in den Anfangsjahren rief insofern nicht nur eine hohe Anzahl von sterilisierten Patienten hervor, sondern ebenso eine vergleichsweise hohe freiwillige Antragsstellung.

Ein weiteres Motiv zur Einwilligung in die Unfruchtbarmachung war mit der Frage verknüpft, ob der Verdienstausschlag bezahlt oder die Familie versorgt werden würde. So betonte eine junge Mutter, die aufgrund von Epilepsie unfruchtbar gemacht werden sollte, gegenüber dem Erbgesundheitsgericht Stendal im September 1939: „Ich erkläre ihnen hierdurch, dass ich mich gegen meine Unfruchtbarmachung nicht weigere, wenn Sie mir bitte mitteilen wollen, wer mir meinen Lohnausfall ersetzt und wovon meine Familie leben soll, da ich doch schon jahrelang das kranke Kind habe und durch meinen [...] erlittenen Anfall [...] nichts verdient habe.“²⁴⁴⁵

Auf kreisärztlicher Ebene wurden die Ablehnung der Unfruchtbarmachung aus ökonomischen Motiven und die damit einhergehende Gefahr von Widerstand bereits

²⁴⁴⁴ Siehe etwa LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 176, 184, 187, 225, 227; LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 134.

²⁴⁴⁵ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 168.

im Jahr 1934 wahrgenommen. Der Kreisarzt von Oschersleben vertrat unter Bezug auf zwei Sterilisationsverfahren gegenüber dem Regierungspräsidenten von Magdeburg im Dezember 1934 die Meinung, dass die Übernahme der Sterilisationskosten die Durchführung von Unfruchtbarmachungen wesentlich erleichtern würde, da sich eine Vielzahl vornehmlich aus finanziellen Gründen wehren würde. „Ich habe bei Spruchsitzen des Erbgesundheitsgerichts in einer großen Zahl von Fällen erlebt, dass die Erbkranken und besonders ihre Eltern sich unter vielen Vorwänden verzweifelt gegen den Gerichtsbeschluss sträubten, bis ihnen gesagt wurde, dass sie keine Kosten mehr haben würden. In demselben Augenblick erfolgte das nach der vorhergegangenen Abwehr überraschende Zugeständnis, man sehe ja auch ein, dass es für das Kind so das Beste sei und sei einverstanden.“²⁴⁴⁶

Der Kreisarzt empfahl sich somit als politischer Stratege, da die Unfruchtbarmachung als „unendlicher Segen“ der nationalsozialistischen Bevölkerungspolitik noch nicht im Volk verankert sei. Aus diesem Grund müsse über ökonomische Zugeständnisse eine umfassende und effektive Durchführung gewährleistet werden, denn das deutsche Volk sei kapitalistisch eingestellt: „Eine solche Art der Oppositionsführung gehört zur Psychologie des deutschen Volkes.“²⁴⁴⁷ Also schlug er vor, dass auch Familien, die auf der Basis ihres Einkommens die Sterilisationskosten eigentlich bezahlen müssten, davon befreit würden. Er könne die Widerstandshaltung nachvollziehen, jedoch beabsichtigte er keine finanzielle Unterstützung oder sogar Zugeständnisse, sondern die effektive und geräuschlose Durchführung des nationalsozialistischen Sterilisationsgesetzes. „Man kann es verstehen, dass ein Mensch sich gegen den Eingriff, der noch dazu mit einer gewissen Lebensgefahr und einigen Schmerzen verbunden ist, wehrt [...]. Wenn er dann aber noch die Kosten für sein unfreiwilliges Opfer selbst bezahlen soll, so wird er unvernünftigen Vorstellungen und Beeinflussungen gegenüber widerstandslos, und dann setzt ein Kampf ein, der den Behörden viel Arbeit macht und schließlich mit der Zwangsvorführung der Betroffenen endet.“²⁴⁴⁸ Er habe bereits Fälle erlebt, in denen es zu öffentlichen Protesten gekommen sei. Der Regierungspräsident lehnte den Vorschlag allerdings ab und verwies auf die geltenden rechtlichen Bestimmungen. Die aus ökonomischen Motiven genährte Ablehnung der Unfruchtbarmachung blieb hingegen bestehen und führte zunächst zu Aufklärungskampagnen. Schließlich wurden seit 1936 gesetzliche Veränderungen vorgenommen,

²⁴⁴⁶ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 1, fol. 240.

²⁴⁴⁷ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 1, fol. 240.

²⁴⁴⁸ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 1, fol. 240.

sodass betroffene Frauen und Männer infolge des Eingriffs und des Krankenhausaufenthalts eine Lohnfortzahlung erhielten sowie die Betreuung von Kindern oder erkrankten Familienmitgliedern gewährleistet wurde.

Trotz der Reglementierungen entstanden für Familienangehörige erhebliche Zwangslagen, indem etwa die Kosten der psychiatrischen Unterbringung nicht über einen längeren Zeitraum kompensiert werden konnten oder die Familienangehörigen dringend im Haushalt, zur Versorgung von Kindern, am Arbeitsplatz oder auf dem elterlichen Hof benötigt wurden. Die verwitwete Mutter eines an Schizophrenie erkrankten und in der Landesheilanstalt Jerichow betreuten Mannes wandte sich im Mai 1937 an das Erbgesundheitsgericht Stendal und teilte diesem mit, dass ihr Sohn entlassen werden könne, jedoch das Gericht zunächst über die Unfruchtbarmachung entscheiden müsse. „Ich möchte Sie hierdurch höfl[ich] bitten, wenn die Operation durchaus notwendig ist, dieselbe umgehend vornehmen zu lassen. Ich werde zur Zahlung der Aufenthaltskosten herangezogen und habe selbst nur ein geringes Einkommen. Es ist mir unmöglich, weiter Zahlungen zu leisten.“²⁴⁴⁹ Im März 1939 erklärte ein Ehemann, dass sich seine Ehefrau in der Landesheilanstalt Haldensleben gesundheitlich erholt habe und entlassen werden könne. Jedoch müsse zuvor die Unfruchtbarmachung, der er als Pfleger zugestimmt habe, vorgenommen werden. „Ich bitte das bei Ihnen laufende Verfahren nach Möglichkeit zu beschleunigen, damit die Unfruchtbarmachung recht bald durchgeführt werden kann. Ich kann meine Frau im Haushalt nicht länger entbehren. Wir haben 4 Kinder von ½ bis 11 Jahren. Den Haushalt versieht aus-hilfsweise eine Schwägerin von auswärts, die dies nicht länger tun kann, sondern zu ihrer eigenen Familie zurückkehren muss. Meine Frau fehlt den Kindern und mir über-all und ich weiß mir keinen Rat mehr. Ich bitte daher nochmals höflich, recht bald Ihre Genehmigung zu der Unfruchtbarmachung zu erteilen, damit die Kinder ihre Mutter wiederbekommen.“²⁴⁵⁰ Der Vater einer jungen Frau bat im Januar 1936 ebenfalls um eine zeitnahe Durchführung der Sterilisation, da seine Tochter dringend die bettläge-rige Mutter versorgen müsse.²⁴⁵¹ Die von Familienangehörigen gestellten Forderungen wurden dokumentiert und an Erbgesundheitsgerichte sowie Krankenhäuser weiterge-leitet. Die Wünsche hinsichtlich einer zeitnahen Unfruchtbarmachung konnten jedoch

²⁴⁴⁹ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 85.

²⁴⁵⁰ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 140.

²⁴⁵¹ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 181.

nur partiell erfüllt werden. So wurde der Hinweis des Vaters, die Sterilisation der Tochter im zeitnah durchzuführen, sodass sie ab April 1936 die Mutter versorgen könne, nicht erfüllt. Die Sterilisation erfolgte am 29. April und die Entlassung aus dem Krankenhaus am 14. Mai 1936.

Daneben konnte die Zustimmung auf zielgerichteten persönlichen Interessen und Vorteilen von Ehemännern oder Familienangehörigen beruhen. So unterstützten beispielsweise Eltern den Sterilisationsantrag gegen ihre Tochter, da sie sich viel herumtreibe, mit einer Vielzahl von Männern Geschlechtsverkehr und bereits zwei uneheliche Kinder geboren habe, die verstorben seien.²⁴⁵² Dementsprechend instrumentalisierten die Eltern das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“, um nach ihrer Ansicht etwaige Versorgungskosten eines Enkelkindes sowie einen weiteren sozialen Abstieg der Tochter zu verhindern. Auch wurde das Sterilisationsgesetz von Ehegatten zielgerichtet eingesetzt, um eheliche Konflikte zu lösen oder Vorteile in Scheidungsverfahren zu erringen. Nach Ansicht des Amtsarztes von Calbe/Saale stimmte eine an Epilepsie erkrankte Frau im April 1944 der Sterilisation und einem Schwangerschaftsabbruch trotz großer Bedenken zu. Der Hintergrund bestünde in einer Missstimmung zwischen den Ehegatten, die durch die Erkrankung der Ehefrau hervorgerufen würde. Die Frau sei unsicher. „Möchte das Kind wohl entfernt haben, weil ein weiteres Kind mit Krämpfen und eine ebenfalls damit behaftete Frau ihren Mann in der Karriere stören und er die Absicht hat, sich scheiden zu lassen.“²⁴⁵³ Die freiwillige Zustimmung zur Sterilisation erscheint hier als ein Versuch der Ehefrau, die Ehe zu retten und einen sozialen Abstieg zu verhindern.

Demgegenüber intrigierte ein Ehemann im Frühjahr 1938 gegen seine Ehefrau, die aufgrund eines Nervenzusammenbruchs in die Landesheilanstalt Haldensleben eingeliefert worden war und bei der ein manisch-depressives Irresein festgestellt wurde.²⁴⁵⁴ In Briefen an die Anstaltsleitung beschrieb der Ehemann das Verhalten seiner Frau als nicht normal, sie sei hysterisch, streitsüchtig und würde die Erziehung des Sohnes vernachlässigen. Weiterhin habe er eine erbliche Belastung der Familie seiner Frau festgestellt. Entgegen dieser rassenhygienischen Diagnosehinweise betonte der Vater der Ehefrau, dass seine Tochter durch ihren Ehemann und dessen Familie fortlaufend schikaniert werde. Das Sterilisationsinteresse des Ehemanns zielte vermutlich

²⁴⁵² KrA Salzwedel, Bestand Gardelegen, Gesundheitswesen (GW), einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z), Nr. 76–3.

²⁴⁵³ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 67.

²⁴⁵⁴ Vgl. Bastian: Landesheilanstalt Haldensleben, S. 109–110.

auf das Sorgerecht für den gemeinsamen Sohn, sodass das Sterilisationsgesetz auch zum Austragungsort von persönlichen, ehelichen oder familiären Auseinandersetzungen werden konnte. Unter diesem Gesichtspunkt wehrte sich eine Mutter im April 1936 gegen die Unfruchtbarmachung ihres Sohnes. In ihrem Schreiben an das Erbgesundheitsgericht Stendal wies sie das Sterilisationsurteil als ungerechtfertigt zurück und beschrieb die schwierigen sozialen Umstände der Erziehung und Versorgung ihres Sohnes. Den Sterilisationsantrag sah sie in einer Verleumdung durch ihren Neffen begründet, der infolge der Unfruchtbarmachung des Sohnes als Erbe für das landwirtschaftliche Gut gelten müsse. „Ich habe da meinen Neffen [...] in Verdacht, der seinerzeit eigenartig bereitwillig meinen Sohn zur Untersuchung [...] nach Magdeburg begleitete. Denn schon am nächsten Tag kam er zu mir und drängte mich, ihm unseren Hof verschreiben zu lassen, da nach der Meinung des besagten Arztes mein Sohn niemals bauernfähig sein könnte; er sei doch in der Erbfolge der Nächste. Dieser plumpe Versuch von Erbschleicherei zeigt allzudeutlich, inwieweit man etwaigen Äußerungen von privater Seite über meine Familie Glauben schenken kann.“²⁴⁵⁵

Und auch noch im Frühjahr 1945 versuchte ein Vater, die Sterilisation seines 37 Jahre alten Sohnes mit allen Mitteln durchzusetzen. Das Motiv des Vaters bestand scheinbar in der beabsichtigten Hochzeit seines Sohnes, die er zu verhindern suchte. Das Gesundheitsamt in Wanzleben sowie das seit Ende 1944 zuständige Erbgesundheitsgericht in Naumburg versuchten, den väterlichen Sterilisationsantrag zu bearbeiten und nahmen Kontakt zu dem Mann auf und informierten ihn über seine Antrags- und Widerspruchsrechte. Eine erneute Kontaktierung des antragsstellenden Vaters Mitte März 1945 verdeutlicht seinen Ärger über das langsame bürokratische Verfahren und die Verzögerungen. In einem weiteren Schreiben vom 27. März 1945 betonte er: „Da die Angelegenheit sehr eilt, bitte ich um beschleunigte Erledigung.“²⁴⁵⁶ Alliierte Truppen erreichten knapp zwei Wochen später am 11. April das nahegelegene Magdeburg.²⁴⁵⁷

Vergleichbare Fälle von zielgerichteten Interessen an der Sterilisation von Familienmitgliedern finden sich seltener, jedoch verdeutlichen sie die biopolitischen Dimensionen der nationalsozialistischen Zwangssterilisation, die keineswegs als einseitiges oder hierarchisches Machtverhältnis angesehen werden kann, sondern auch von

²⁴⁵⁵ KrA Salzwedel, Bestand Gardelegen, Gesundheitswesen (GW), einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z), Nr. 71–21.

²⁴⁵⁶ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 49.

²⁴⁵⁷ Vgl. Kap. 2.3.

Teilen der Bevölkerung aktiv zur Durchsetzung persönlicher Ziele und Interessen eingesetzt wurde. Hierbei spielten erbbiologische oder rassenhygienische Überzeugungen weniger eine Rolle, sondern vor allem die Stigmatisierung und Entrechtung infolge des Sterilisationsurteils und der chirurgischen Unfruchtbarmachung.

Eine nicht unerhebliche Rolle der freiwilligen Antragsstellung spielte die Zustimmung von Pflegern. Die Übernahme einer Pflegerschaft war gesetzlich geregelt und der Pfleger war verpflichtet, die persönlichen Interessen seines Pfleglings wahrzunehmen. Daneben habe er gegenüber dem Gericht die Pflicht, alle Tatsachen weiterzuleiten, die „für die Beurteilung der Krankheit und die Kenntnis der Persönlichkeit des Betroffenen wesentlich sein“ könnten.²⁴⁵⁸ Dabei wurde in Sterilisationsverfahren, in denen die Gerichte zielgerichtet Pfleger für entmündigte Frauen und Männer einsetzten, die der Unfruchtbarmachung ohne Vorbehalte zustimmten, die gesetzliche Fürsorgepflicht von Pflegern absichtlich unterlaufen.²⁴⁵⁹ Die Stellungnahmen von Pflegern können jedoch nicht generalisiert werden, sondern umfassen neben passiven oder desinteressierten Verhaltensweisen ebenso diffamierende Beurteilungen oder auch Versuche, die Unfruchtbarmachung abzuwenden.

Vor allem die Bestellung von Pflegern, die ihre Pfleglinge persönlich nicht oder kaum kannten oder die Unfruchtbarmachung unterstützten, konnte zu erbgesundheitlichen Schnellverfahren ohne Rücksprache mit den betroffenen Frauen und Männern führen. Unter diesen Bedingungen war die Zustimmung lediglich eine Formsache. Exemplarisch kann die Vereidigung eines Pflegers im September 1937 betrachtet werden. „Der Erschienene erklärte, nachdem ihm der Inhalt der Akten bekannt gegeben war, dass er mit dem Antrag auf Unfruchtbarmachung der Kranken einverstanden sei. Er erklärte weiter, dass er sonstige sachdienliche Angaben nicht machen könne.“²⁴⁶⁰ Der Vormund einer jungen Frau erklärte im März 1936 im Amtsgericht Oebisfelde-Kaltendorf, dass sie seiner Meinung nach einen geistig beschränkten Eindruck mache.²⁴⁶¹ Die Einwilligung zur Sterilisation könne er aber erst nach Einsicht in das medizinische Gutachten geben. Gegen die Unfruchtbarmachung einer als „schwachsinnig“ geltenden jungen Frau hatte ein anderer Pfleger im Frühjahr 1936

²⁴⁵⁸ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 14.

²⁴⁵⁹ Vgl. Kap. 6.2.

²⁴⁶⁰ KrA Salzwedel, Bestand Gardelegen, Gesundheitswesen (GW), einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z), Nr. 70–16.

²⁴⁶¹ Vgl. LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 189.

ebenfalls nichts einzuwenden, jedoch erbat er eine zeitliche Verschiebung des chirurgischen Eingriffs, da die Mutter aufgrund einer Verletzung mehrere Wochen im Krankenhaus verbleiben müsse und niemand zur Verfügung stände, „das Vieh zu warten und die Wirtschaft in Ordnung zu halten“.²⁴⁶² Der Vormund eines Bauern teilte dem Erbgesundheitsgericht in Stendal im September 1934 mit, dass er keine Einwände gegen die Unfruchtbarmachung habe. In einem Gespräch habe er zudem erfahren, dass sein Pflegling die Sterilisation „nach anfänglicher Zustimmung“ nicht akzeptieren würde, „und wenn man ihm den Kopf abschnitte. Er wollte von sich aus an das Gericht schreiben. Wie mir scheint, ist [er] von jemand[em] aufgehetzt worden.“²⁴⁶³ Daneben gaben Pfleger auch Informationen zu Personen weiter, die ihrer Meinung nach an einer „Erbkrankheit“ leiden oder zumindest als „minderwertig“ anzusehen seien. So teilte ein Malermeister aus einer kleinen Gemeinde im Norden der preußischen Provinz Sachsen dem Amtsvorsteher im September 1936 mit, dass eine „geistig minderwertige“ ledige Dienstmagd eine Beziehung zu einem ebenfalls „erbkrankverdächtigen“ Mann unterhalte und forderte die Einleitung eines Sterilisationsverfahrens. „Selbst kann ich dieses nicht beantragen, ich bin Pfleger für die Kinder, aber nicht für die Mutter. Im Interesse der Allgemeinheit bitte ich sie nochmals, das weitere zu veranlassen.“²⁴⁶⁴

Gegenüber finanziellen Notlagen oder persönlichen Interessen an der Sterilisation sind selten persönliche Sterilisationsanträge überliefert, in denen die betroffenen Frauen und Männer aus erbbiologischen Gründen und Krankheitserfahrungen die Unfruchtbarmachung befürworteten. So wandte sich eine Frau im März 1935 an das Gesundheitsamt in Genthin und versuchte einen Schwangerschaftsabbruch zu erreichen, da ihr Mann an Epilepsie erkrankt sei und sie befürchtete, dass ihr Kind ebenfalls krank sein würde. „Mit Rücksicht auf die Epilepsie meines Mannes haben wir uns immer bemüht, kein zweites Kind mehr zu bekommen. Nun bin ich im 2. Monat schwanger. Ich bin hierüber sehr unglücklich, weil doch dieses Kind wahrscheinlich geistig nicht gesund wird.“²⁴⁶⁵ Der siebenjährige Sohn zeigte bis dato keine epileptische Erkrankung.

²⁴⁶² KrA Salzwedel, Bestand Gardelegen, Gesundheitswesen (GW), einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z), Nr. 70–11.

²⁴⁶³ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 191.

²⁴⁶⁴ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 200.

²⁴⁶⁵ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 179.

Eine Mutter von fünf Kindern stellte im September 1935 ebenfalls einen Sterilisationsantrag, da drei ihrer Kinder an einer Hüftgelenksverrenkung erkrankt seien. Zudem seien in der Verwandtschaft weitere Fälle nachweisbar. Persönlich sei sie nicht erkrankt, gelte jedoch als Anlageträgerin. Der Amtsarzt unterstützte den Sterilisationsantrag und betonte gegenüber dem zuständigen Erbgesundheitsgericht, „dass die Frau selbst den Wunsch auf Unfruchtbarmachung gestellt hat, da sie an ihren Kindern bereits ständig das furchtbare Leid vor Augen hat, dass durch dieses Erbleiden bedingt ist“.²⁴⁶⁶ Vergleichbare Anträge wurden auch von beiden Ehepartnern unterstützt.²⁴⁶⁷

Die Motive der persönlichen Antragsstellung beruhten auf unmittelbaren Erfahrungen mit gesundheitlichen Erkrankungen insbesondere der Kinder und wurden durch Befürchtungen aufgrund vermeintlich bestehender Krankheitspotentiale in der Familie weiter gespeist. Unausgesprochen blieben ökonomische Interessen, die durch eine umfangreiche medizinische Betreuung hervorgerufen werden würden. Eine drohende Stigmatisierung als „erbkrank“ wurde seitens der antragsstellenden Frauen stillschweigend akzeptiert oder nicht wahrgenommen. Die Ausführungen waren sprachlich in einem erbbiologisch-rassenhygienischen Duktus verpackt, wobei schlussendlich nicht zu entscheiden ist, ob allein die betroffenen Frauen oder die antragsstellenden Amtsärzte sprechen. Grundsätzlich muss ein erhebliches amtsärztliches Interesse an einem freiwilligen Sterilisationsantrag in Rechnung gestellt werden. Diese Einflussnahme hatte zum Ziel, den Antrag zu begründen, die Begutachtung zu vereinfachen und das Sterilisationsverfahren zu beschleunigen, sodass davon auszugehen ist, dass ein nicht unerheblicher Anteil dieser freiwilligen Sterilisationsanträge auf ärztlichen Interessen beruhte.

Daneben scheinen auch stärker Frauen als Mütter einen Sterilisationsantrag vorangetrieben zu haben. Die Motivlage ist kaum zu eruieren. Die freiwillige Zustimmung könnte auf der einen Seite eine weibliche oder häusliche Fürsorgepflicht sowie ein mütterliches Schutzbedürfnis zum Ausdruck bringen, indem sie keine Kinder zur Welt bringen wollten, die an schweren Erkrankungen zu leiden hätten. Auf der anderen Seite könnte die Antragsstellung durch eheliche oder familiäre Einflussnahme oder gar die Überzeugung motiviert worden sein, weitere eigene Kinder aufgrund der umfangreichen Versorgungsleistung zu verhüten. Unabhängig von der tatsächlichen Interessenlage eröffnete das nationalsozialistische Sterilisationsgesetz eine Handlungsoption

²⁴⁶⁶ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 173.

²⁴⁶⁷ Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 5, fol. 279.

in Form von Unfruchtbarmachung und Schwangerschaftsabbruch, die von Frauen im Dritten Reich genutzt werden konnte, wo Abtreibungen gesetzlich verboten waren.

Die Zustimmung zur Unfruchtbarmachung durch verantwortliche Familienangehörige oder Eltern konnte auch vor einem explizit erbbiologisch-rassenhygienischen Hintergrund erfolgen. Beispielsweise teilte ein Ehemann im Oktober 1937 dem Erbgesundheitsgericht in Magdeburg mit, dass er mit der Sterilisation seiner Frau einverstanden sei, „um zu verhüten, dass Nachkommen unsererseits mit der gleichen Krankheit belastet sind wie meine Frau“.²⁴⁶⁸ Da seine Frau jedoch seit längerer Zeit keine Menses gehabt hätte, solle zuvor die Fortpflanzungsfähigkeit überprüft werden. „Da mein Erscheinen zur Verhandlung nicht unbedingt notwendig ist, werde ich an der derselben nicht teilnehmen.“²⁴⁶⁹

Entgegen den Wünschen der nationalsozialistischen Machthaber konnte nur eine unbedeutende freiwillige Antragsstellung von „erbkrankverdächtigen“ Frauen und Männern erzielt werden. Darüber hinaus entsprachen die Motive der männlichen und weiblichen Personengruppe, die der Unfruchtbarmachung zustimmten, nicht den rassenhygienischen Vorstellungen und Erziehungszielen. Nur zu einem Bruchteil vertraten Frauen und Männer eine Position, in der sie der Unfruchtbarmachung zur „Verhinderung von erbkrankem Nachwuchs“ zustimmten. Zudem muss davon ausgegangen werden, dass eine Vielzahl von Stellungnahmen und Sterilisationsanträgen von Amtsärzten beeinflusst und hervorgebracht wurde. Hinter der erbbiologisch-rassenhygienischen Fassade verbarg sich eine multiplexe und diffuse Gemengelage von Motiven, Vorstellungen und Lebensumständen, sodass vor allem Frauen aus persönlichen, finanziellen oder auch ehelich-familiären Interessen einer Unfruchtbarmachung und Schwangerschaftsunterbrechung zustimmten. Unter Berücksichtigung von familiären Erkrankungen erscheint vor allem der Wunsch nach gesunden Kindern stärker vertreten gewesen zu sein, was auf Fürsorge- und Schutzinteressen hindeuten kann. Stattdessen standen vor allem ökonomische Aspekte und Handlungszwänge im Vordergrund. So stimmten Frauen und Männer insbesondere in den Anfangsjahren dem Sterilisationsantrag zu, um das Verfahren und somit die Entlassung aus einer psychiatrischen Einrichtung zu beschleunigen. In diesem Zusammenhang bedeutete der An-

²⁴⁶⁸ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 97.

²⁴⁶⁹ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 97.

staltsaufenthalt eine große finanzielle Belastung, sodass auch aus ökonomischen Gründen einer Unfruchtbarmachung zugestimmt wurde. Weiterhin wurden als „erbkrank“ geltende Familienmitglieder im Haushalt benötigt oder übten eine berufliche Tätigkeit aus, die eine längere Ausfallzeit nicht erlaubte. In diesen Fällen unterstützten die betroffenen Frauen und Männer die Sterilisation, um das Verfahren zu beschleunigen. Dementsprechend müssen vor allem äußere und soziale Gründe angeführt werden, die eine freiwillige Antragsstellung erzwangen. Weitere Faktoren wie Unwissenheit, ärztlicher Druck oder Ängste infolge eines medizinischen und gerichtlichen Verfahrens wurden schriftlich selten erfasst, müssen aber ebenfalls in Betracht gezogen werden. Vor allem für sozial schwache Bevölkerungsteile rief die nationalsozialistische Zwangssterilisation als staatlich-bürokratisches Verfahren eine ungewohnte, beängstigende und stigmatisierende Situation hervor, der sie sich durch die freiwillige oder passive Zustimmung beugten, um einen zeitnahen Verfahrensabschluss zu erreichen.

8.3.2 Ablehnung und Verweigerung der Unfruchtbarmachung

Die Ausführungen zur staatlichen Kontrolle des Sterilisationsverfahrens ergaben weitgehend individuelle Konturen von ablehnenden und widerständigen Verhaltensweisen gegen die nationalsozialistische Sterilisationspraxis. Der Umfang der Widerstände kann aufgrund der Überlieferungslage nur eingeschränkt bemessen werden, wobei ein zeitlicher Schwerpunkt für den Zeitraum von 1934 bis 1936 festgehalten werden kann.²⁴⁷⁰ Einen Hinweis auf die Intensität von Widerständen bieten polizeiliche Zwangsmaßnahmen, die infolge von hartnäckigen Weigerungen eingeleitet wurden.

Bezugnehmend auf die Gesamtzahl von Sterilisationsanträgen in der preußischen Provinz Sachsen wurden in rund sieben Prozent der Verfahren polizeiliche Zwangsmaßnahmen gegen als „erbkrank“ geltende Frauen und Männer durchgeführt.²⁴⁷¹ Somit kann von einem nicht unerheblichen Widerstandspotential gesprochen werden, zumal die Anwendung nur in Ausnahmefällen zulässig war.²⁴⁷² Entgegen der Beobachtung von verstärkten Widerständen in der Anfangsphase und damit einherge-

²⁴⁷⁰ Vgl. LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 2: 1937–1944, fol. 312; ThStAG, Regierung Erfurt, Staatliches Gesundheitsamt Mühlhausen (1906–1952) Nr. 29: Erbgesundheitsangelegenheiten (1935–1940), unfol.

²⁴⁷¹ Vgl. Tabellen zu Zwangsmaßnahmen im Sterilisationsverfahren siehe Anhang, V: Aussetzung und Zwangsmaßnahmen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933. In Bezug auf die durchgeführten Zwangssterilisationen in der preußischen Provinz Sachsen betrug der Anteil knapp zehn Prozent. Vgl. Kap. 7.3.

²⁴⁷² Vgl. Gütt/Rüdin/Rutke: Gesetz und Erläuterungen, S. 160–161.

henden verstärkten Kontrollen fand die verhältnismäßig starke Anwendung von polizeilichen Zwangsmaßnahmen keinen entsprechenden Niederschlag in der behördlichen Überlieferung.

Eine tendenzielle Entwicklung oder sogar ein Anstieg von Zwangsmaßnahmen im Verlauf der 1930er-Jahre kann nicht nachgewiesen werden, vielmehr schwankte der jährliche Anteil von ein bis zwei Prozent bis hin zu über 16 Prozent im Regierungsbezirk Erfurt im Jahr 1940. Das Geschlechterverhältnis war weitgehend ausgeglichen, da 43 Prozent Frauen und 57 Prozent Männer als Verursacher von Zwangsmaßnahmen verzeichnet wurden. Die Verursachung von polizeilichen Maßnahmen offenbart demnach keine Geschlechtsspezifität.²⁴⁷³ Es ist davon auszugehen, dass ein beträchtlicher Teil von polizeilichen Zwangsmaßnahmen die Krankenhauseinlieferung zur Durchführung des chirurgischen Eingriffs betraf.²⁴⁷⁴

Die Erfolge von widerständigen Verhaltensweisen, etwa in Form der Einstellung oder Aussetzung des Verfahrens, waren mit rund fünf Prozent marginal.²⁴⁷⁵ Aber trotz der geringen Erfolge spielte die individuelle Gegenwehr eine beachtliche Rolle in der Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“, da Gesundheitsämter, Erbgesundheitsgerichte und Polizeibehörden sowohl mit Beschwerden, Widersprüchen und Eingaben als auch mit der zwangsweisen Vorführung von betroffenen Frauen und Männern konfrontiert wurden. Damit einhergehend wurden die einzelnen Verfahren auch konkreten Überprüfungen unterzogen, Sterilisationsanträge und medizinisch-juristische Begründungen kritisiert und Fachgutachten beauftragt. Unter diesen Bedingungen konnten die hartnäckigen Beschwerden von betroffenen Frauen und Männern sowie von Familienangehörigen auch partielle Erfolge erzielen, da bestehende Gutachten und Feststellungen revidiert werden mussten. Auch

²⁴⁷³ Ob in der leichten Erhöhung bei Männern eine spezifisch männliche Geschlechterrolle gesehen werden kann, indem Männer als „Beschützer“ von Hof und Familie sowie in der Androhung von Gewalt und körperlichem Widerstand versuchten, die Unfruchtbarmachung von Ehefrauen oder Kindern zu verhindern, bleibt eine Spekulation. Der höhere männliche Anteil kann demgegenüber auch als Spiegel von geschlechtsspezifischen Vorstellungen dienen, indem eher Männern Widerstand oder Gewalt gegen die Durchführung der Unfruchtbarmachung unterstellt wurde.

²⁴⁷⁴ So prophezeite es bereits die erste „Verordnung zur Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 5. Dezember 1933: „Ist bei Ablauf der Frist [...] der Eingriff noch nicht erfolgt, und hat sich der Unfruchtbarzumachende auch nicht in eine geschlossene Anstalt begeben oder ist er daraus wieder entwichen, so ist der Eingriff mit Hilfe der Polizeibehörde, nötigenfalls unter Anwendung unmittelbaren Zwanges [...] auszuführen.“ Zitiert nach Gütt/Rüdin/Ruttke: Gesetz und Erläuterungen, S. 65.

²⁴⁷⁵ Die Überlieferung erlaubt kaum weiterführende Bezüge. Mit Einschränkungen könnte schätzungsweise ein Drittel der ausgesetzten oder eingestellten Sterilisationsverfahren mit Verweigerungen in Beziehung gesetzt werden. Demnach hätten etwa ein bis zwei Prozent der männlichen und weiblichen Verhaltensweisen außerhalb des gesetzlichen Verfahrensablaufs zu einer zumindest zeitweisen Unterbrechung der Unfruchtbarmachung geführt.

konnten gesetzliche Veränderungen indirekt dazu beitragen, dass Widersprüche oder Weigerungen schließlich erfolgreich waren.²⁴⁷⁶ Zudem spielte seit 1939 auch die Kriegssituation eine nicht unerhebliche Rolle für die weitere Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation. So erklärte sich der Amtsarzt von Magdeburg gegenüber dem Erbgesundheitsgericht Magdeburg im März 1941 mit der Aussetzung eines Verfahrens gegen eine verheiratete Frau einverstanden, da „der Ehemann als Wehrmachtsangehöriger im Felde ist“.²⁴⁷⁷

In Anbetracht der Vielfältigkeit von Abwehrversuchen und der darin verborgenen Motive und Interessen wird aus systematischen Gründen zunächst ein Überblick über widerständige Handlungsweisen gegeben. Anschließend werden die individuellen Beweggründe anhand von schriftlichen Beschwerden und Widersprüchen betrachtet. Ein wesentliches Motiv der Verweigerung bestand in der unwiderruflichen Zerstörung der Fortpflanzungsfähigkeit, die neben Ängsten vor dem operativen Eingriff insbesondere als eine nachhaltige Beschädigung der männlichen und weiblichen Geschlechterrolle empfunden wurde. Im Mittelpunkt stand die zwangsweise zerstörte Zeugungs- und Gebärfähigkeit. Daneben wurde die medizinische und gerichtliche Verurteilung in Widersprüchen und Stellungnahmen als ungerechtfertigt, unverhältnismäßig und insbesondere als stigmatisierend empfunden. Wichtige Aspekte waren die Abwertung von Lebensleistungen sowie die massive Beeinträchtigung der zukünftigen Lebensgestaltung. Aufgrund der synchronen Wahrnehmung und Verarbeitung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation als ein durchaus begrüßenswertes bevölkerungspolitisches Verfahren einerseits sowie als eine ungerechtfertigte Maßnahme andererseits, die die persönliche Fortpflanzungsfähigkeit zerstörte, eine nachhaltige soziale Stigmatisierung hervorrief und eine Abwertung der persönlichen Lebensleistungen bedeutete, erweisen sich widerständige Handlungen und Stellungnahmen jedoch als hochgradig ambivalent. Aber trotz der strategischen Funktion geben diese persönlichen Schreiben prägende Motive von widerständigen Verhaltensweisen sowie von Vorstellungen preis, wie Betroffene die drohende Sterilisation wahrnahmen, welche Konsequenzen sie für ihr bisheriges Leben bedeutete und welche Auswirkungen die Betroffenen für ihr zukünftiges Leben befürchteten.

²⁴⁷⁶ Die Begrenzung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation auf die besondere Fortpflanzungsgefahr seit Ende August 1939 hatte etwa zur Konsequenz, dass eine größere Anzahl von Verfahren eingestellt wurde. Hierzu zählten auch Sterilisationsverfahren, in denen sich die betroffenen Frauen und Männer gegen die Unfruchtbarmachung zur Wehr gesetzt hatten und Verzögerungen eintraten, die schließlich zur Einstellung des Verfahrens führten.

²⁴⁷⁷ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 155.

Unter Einbezug der verfahrensrechtlichen Möglichkeiten gehören zum Spektrum der widerständigen Verhaltensweisen insgesamt die Beschwerde und der Widerspruch gegen den Sterilisationsbeschluss, die Rücknahme des freiwilligen Sterilisationsantrages bis 1934, die Hinzuziehung von Anwälten, die Unterstützung durch einen Leumund, wie etwa Amtsvorsteher, NSDAP oder Wehrmacht, die freiwillige Aufnahme in eine psychiatrische Anstalt, der Umzug zur Verzögerung des Verfahrens, die Vorbereitung auf die Intelligenzprüfung bei Verdacht auf „angeborenen Schwachsinn“ sowie das Gnadengesuch an die „Kanzlei des Führers“, weiterhin die Ignorierung von Vorladungen bis hin zur Flucht, die öffentliche „Hetze“ gegen die Durchführung des Sterilisationsgesetzes, die Androhung von Gewalt gegen Polizei und Amtsärzte oder auch der Suizid.

Wie aus der Überlieferung hervorgeht, machten die betroffenen Frauen und Männer im Verlauf der 1930er-Jahre stärker von ihrem gesetzlichen Widerspruchsrecht Gebrauch, sodass das Erbgesundheitsobergericht Naumburg mit einer großen Anzahl von Sterilisationsverfahren konfrontiert wurde.²⁴⁷⁸ Ein Bestandteil des formal gültigen Widerspruchs war die Hinzuziehung von Rechtsanwälten, um die Erfolgsaussichten eines Freispruchs zu erhöhen. Der Anteil von Verfahren, in denen Rechtsanwälte die Verteidigung übernahmen, war jedoch gering. Zudem waren die Erfolgsaussichten eines Widerspruchs durch rechtsanwaltlichen Beistand nicht explizit größer. Darüber hinaus versuchten die betroffenen Frauen und Männer, die bestehenden Verdächtigungen und Gerichtsurteile durch behördliche Stellungnahmen zu entkräften. Der Einfluss auf das Sterilisationsverfahren war von der gesellschaftlichen Stellung abhängig, sodass vor allem parteipolitische, militärische oder behördliche Erklärungen eine Unfruchtbarmachung verhindern konnten.²⁴⁷⁹

Daneben eröffnete die formale Gestaltung des Sterilisationsverfahrens eine zielgerichtete Ausnutzung von rechtlichen Verfahrensregeln, die auf eine Unterstützung von rechtskundigen Beratern und Rechtsanwälten hindeuten könnte.²⁴⁸⁰ So stellten im Zuge der medizinischen Begutachtung Frauen und Männer oder der gesetzliche Vormund einen Sterilisationsantrag, den sie nach der gerichtlichen Verhandlung zurückzogen. Aufgrund der zugrundeliegenden rechtlichen Bestimmungen konnte das

²⁴⁷⁸ Vgl. Kap. 6.3.

²⁴⁷⁹ Vgl. Kap. 8.2; auch Bastian: Landesheilanstalt Haldensleben, S. 113–114.

²⁴⁸⁰ Auf der Grundlage eines Berichtes der Heilanstalt Sonnenstein, Sachsen warnte der preußische Minister des Innern die Regierungspräsidenten im September 1934 vor einem Arzt, der sich um die Interessen und Rechte von zwangssterilisierten Frauen und Männern kümmern würde. Vgl. LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 82–83.

Sterilisationsverfahren dadurch nicht weitergeführt werden und die Verhandlung platzte. Diese Vorgehensweise nahm in der ersten Jahreshälfte 1934 ein solches Ausmaß an, dass das Reichsministerium des Innern am 1. Juni und der Regierungspräsident von Magdeburg am 17. August veranlassten, dass bei freiwilligen Sterilisationsanträgen zukünftig der zuständige Amtsarzt gleichzeitig einen Antrag einreichen sollte, um die Fortführung des Verfahrens zu gewährleisten. „Es ist wiederholt beobachtet worden, dass zu Sterilisierende, oder deren gesetzliche Vertreter (Pfleger, Vormund, Eltern), die den Antrag auf Sterilisierung gemäß § 2 des Gesetzes selbst gestellt hatten, diesen Antrag nach bereits erfolgter Beschlussfassung durch das Erbgesundheitsgericht zurückgezogen haben, so dass das ganze Verfahren unwirksam wurde und ein neues Verfahren von Amts wegen anhängig gemacht werden musste.“²⁴⁸¹

Daneben bereiteten sich Frauen und Männer, die des „angeborenen Schwachsinns“ verdächtigt wurden, auf die Intelligenzprüfung vor. Die Fragen des Intelligenzprüfungsbogens waren nicht geschützt, sondern konnten im „Gesetzeskommentar“ oder medizinischen sowie rechtlichen Veröffentlichungen recherchiert werden. Im Regierungsbezirk Magdeburg wurde in verschiedenen Gesundheitsämtern bereits 1934 registriert, dass sich die untersuchten Frauen Männer gezielt auf die Fragen vorbereiteten. „Der Kreisarzt in Oschersleben berichtet, dass es jetzt berufsmäßig Rechtsberater zu geben scheint, die die Erbkranken auf die Fragebogen vorbereiten. In Wernigerode z. B. wurde dies zur Gewißheit, als unmittelbar hintereinander eine ganze Anzahl von Erbkranken die gleiche falsche Antwort gab.“²⁴⁸² Der Regierungspräsident von Magdeburg schlug vor, dass der Intelligenzprüfungsbogen verändert und nicht veröffentlicht, sondern nur Kreisärzten zur Verfügung gestellt werden dürfe. Schließlich wurde im Zuge der „Krise der nationalsozialistischen Zwangssterilisation“ im Jahr 1936 die Verwendung von nicht-standardisierten Intelligenzprüfungsbögen angewiesen.²⁴⁸³

Eine spezifisch weibliche Strategie mit dem Ziel der zumindest zeitweisen Verhinderung einer Unfruchtbarmachung bestand in einer Schwangerschaft. Da der Schwangerschaftsabbruch von der Zustimmung der Mutter abhing und auf den sechsten Schwangerschaftsmonat zeitlich begrenzt war, versuchten Frauen und auch Ehepaare das Sterilisationsverfahren durch eine gezielte Schwangerschaft zu verzögern,

²⁴⁸¹ LASA, C 28 Ig, Nr. 371: Erbkrankheiten (1934–1938), Bd. 1: 1934–1938, fol. 124.

²⁴⁸² LASA, C 28 Ig, Nr. 371: Erbkrankheiten (1934–1938), Bd. 1, Bd. 1: 1934–1938, fol. 308.

²⁴⁸³ Vgl. Kap. 5.1.2. In nicht unerheblichem Umfang wurden die bestehenden Fragebögen dennoch bis 1945 weiterverwendet.

sodass die Unfruchtbarmachung nicht durchgeführt werden konnte.²⁴⁸⁴ Mit etwa 25 Prozent bildete die Schwangerschaft den Hauptgrund für die Aussetzung des Sterilisationsverfahrens. Innerhalb der Regierungsbezirke schwankte der Anteil mit bis zu 60 Prozent erheblich.

Teilweise versuchten Frauen, wiederholt schwanger zu werden, um neben der Erfüllung ihres Kinderwunsches auch die Unfruchtbarmachung zumindest zu verzögern. Ein besonderer Fall betraf ein Ehepaar aus Calbe/Saale.²⁴⁸⁵ Die Sterilisation aufgrund des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ war fehlgeschlagen und die Frau wurde schwanger. Im April 1938 lehnte das Ehepaar eine erneute Unfruchtbarmachung sowie eine Schwangerschaftsunterbrechung ab. Die Rechtslage zur Begründung eines weiteren chirurgischen Eingriffs war unsicher und der zuständige Amtsarzt korrespondierte mit dem Regierungspräsidenten und dem Reichsinnenministerium. Im März 1939 forderte das Reichsministerium des Innern dazu auf, die Frau dahin zu bewegen, dass sie „einen nochmaligen operativen Eingriff zwecks Erreichung wirklicher Unfruchtbarkeit an sich vornehmen lässt“.²⁴⁸⁶ Im Mai 1939 teilte die Landesfrauenklinik Magdeburg mit, dass die Ehefrau „eindringlichst“ davon überzeugt wurde, die erneute Schwangerschaft unterbrechen und gleichzeitig eine Unfruchtbarmachung vornehmen zu lassen. „Am Tage vor der Operation zog der Ehemann ohne besondere Erklärung seine Unterschrift zurück. Auch die Unterbrechung der Schwangerschaft als solche wurde daraufhin abgelehnt.“²⁴⁸⁷ Nach Ansicht der Landesfrauenklinik bestünde in diesem Vorgehen ein System, da sich die Familie knapp ein Jahr zuvor ebenso verhalten habe. Die Klinik sah keine weiteren Handlungsoptionen und versprach sich auch keinen Erfolg, das Ehepaar von der erneuten Unfruchtbarmachung und einem Schwangerschaftsabbruch zu überzeugen und überantwortete die weiteren Entscheidungen dem Regierungspräsidenten. Anhand der Überlieferung ist davon auszugehen, dass das Verfahren eingestellt wurde.

Insofern die Unfruchtbarmachung durch ein Erbgesundheitsobergericht beschlossen worden war, waren die rechtlichen Mittel ausgeschöpft. Eine letzte Alternative bestand in einer persönlichen Eingabe an Adolf Hitler als „Gnadengesuch“. Wurde auch diese Eingabe abschlägig beurteilt, konnte die Sterilisation nur durch die freiwillige Einweisung in eine psychiatrische Einrichtung verhindert werden. Auch aufgrund

²⁴⁸⁴ Vgl. Kap. 7.2.3.

²⁴⁸⁵ Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 3, fol. 83–101.

²⁴⁸⁶ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 3, fol. 96.

²⁴⁸⁷ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 3, fol. 101.

der entstehenden Versorgungskosten wurden nur fünf bis sechs Prozent der ausgesetzten Sterilisationsverfahren aufgrund der Einweisung in eine psychiatrische Klinik unterbrochen. Zwei Drittel dieser Verfahren betrafen Männer.

Gegenüber den formalen Widerstandsmöglichkeiten nutzten die betroffenen Personen sehr unterschiedliche Handlungsweisen, die sich sowohl gegen das Verfahren richteten als auch die bestehenden Verfahrensregeln ausnutzten. So kamen Betroffene amtlichen Vorladungen nicht nach und nahmen Termine der amtsärztlichen Untersuchung oder des chirurgischen Eingriffs nicht wahr. Vor allem in der Anfangszeit verfügten die antragsstellenden Kreisärzte über keine hinreichenden Handlungsoptionen, sodass die Verfahren verzögert oder die Sterilisationsanträge in Abwesenheit der betroffenen Frauen und Männer gestellt wurden.²⁴⁸⁸ Von nicht geringer Bedeutung waren Versuche, sich dem chirurgischen Eingriff zu entziehen. Rund fünf Prozent der ausgesetzten Verfahren wurden aufgrund der „Unauffindbarkeit“ von „erbkrankverdächtigen“ Personen unterbrochen. Mit etwa zwei Dritteln wurde die Flucht häufiger von Männern genutzt. Aufgrund der unsicheren Wohnsituation und geringen Verdienstmöglichkeiten waren die Erfolgsaussichten jedoch nur gering. Beispielsweise versuchte ein Vater, seinen Sohn im Mai 1937 vor der Unfruchtbarmachung zu schützen, indem er dem Gesundheitsamt in Halberstadt nach Versäumnis des Operationstermins mitteilte, dass der junge Mann zu Verwandten ins Riesengebirge verreist sei.²⁴⁸⁹ Der zuständige Amtsarzt kontaktierte die dortigen Behörden, um den jungen Mann zu ergreifen und die Sterilisation durchführen zu lassen. Einen Monat später wurde der Sohn in Halberstadt aufgegriffen, dem Krankenhaus zugeführt und sterilisiert.

Größeren Erfolg hatte der Fluchtversuch eines Mannes, der aufgrund von Schizophrenie unfruchtbar gemacht werden sollte. Unmittelbar nach der Gerichtsverhandlung ging der Mann auf Wanderschaft „und wusste es 1 ½ Jahre lang zu verhindern, dass ihm der Beschluss zugestellt wurde“.²⁴⁹⁰ Sobald er jedoch wieder in seinen Heimatort zurückgekehrt war, wurde er aufgegriffen und dem Gesundheitsamt zugeführt. Nach Rücksprache mit dem zuständigen Erbgesundheitsgericht stellte der Amtsarzt den Mann vor die Entscheidung, der unverzüglichen Durchführung der Unfruchtbarmachung zuzustimmen. „Im Falle eines Einspruchs sollte [er] behufs Verwahrung bis

²⁴⁸⁸ Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 371: Erbkrankheiten (1934–1938), Bd. 1: 1934–1938, fol. 68.

²⁴⁸⁹ Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 9, fol. 407.

²⁴⁹⁰ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 10, fol. 717.

zur endgültigen Entscheidung durch das [Erbgesundheits-] Obergericht sofort der Anstalt in Jerichow zugeführt werden, um ein abermaliges Verschwinden zu verhindern.“²⁴⁹¹ In Ermangelung von Alternativen und in Aussicht eines längeren Zwangsaufenthalts in einer psychiatrischen Einrichtung stimmte der Mann der sofortigen Unfruchtbarmachung zu.²⁴⁹²

Neben der Flucht versuchten Betroffene, während des Sterilisationsverfahrens ihren Wohnort zu wechseln. Diese Vorgehensweise findet sich zwar seltener, erweckt jedoch zuweilen den Eindruck einer systematischen und zielgerichteten Handlungsweise.²⁴⁹³ Der Hintergrund von Umzügen bestand darin, dass das Sterilisationsverfahren an dem für den Wohnort zuständigen Erbgesundheitsgericht durchgeführt werden musste. Infolge eines neuen Wohnortes musste der gesamte Vorgang weitergeleitet und durch die örtlichen Behörden überprüft und fortgeführt werden, wodurch größere Verzögerungen eintraten. Im März 1935 verzog eine junge Frau ohne Angabe ihres neuen Wohnortes, und ihre Mutter weigerte sich, den Aufenthaltsort anzugeben. Der Amtsvorsteher konstatierte, dass der Wohnort nicht ermittelt werden könne: Sie „will sich scheinbar der Sterilisierung entziehen“.²⁴⁹⁴ Zwei Monate später wurde die Frau in Magdeburg unfruchtbar gemacht. Ebenso ignorierte ein Mann im März 1937 wiederholt amtliche Vorladungen und entzog sich polizeilichen Vorführungen. Schließlich meldete sich der Mann polizeilich ab und lebte nach Angaben der örtlichen Verwaltung in Berlin.²⁴⁹⁵

Die Gesundheitsämter versuchten teilweise akribisch, als „erbkrank“ verurteilte Frauen und Männer zu ergreifen oder eine mögliche Flucht zu verhindern. So führte der Amtsarzt von Stendal ein Ermittlungsverfahren gegen einen Mann durch, zu dem er im April 1934 aufgrund von Epilepsie einen Sterilisationsantrag gestellt hatte. Fünf Jahre später er konnte durch „sehr umfangreiche“ Ermittlungen den Wohnort in Helmstedt ermitteln. Diesen Erfolg sah er als persönliche Genugtuung. Da der Mann „im hiesigen Kreis geboren ist und ich den Antrag auf Unfruchtbarmachung

²⁴⁹¹ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 10, fol. 717.

²⁴⁹² Der Ausbruch des Zweiten Weltkrieges eröffnete der Flucht größere Erfolgchancen, da infolgedessen Gesundheitsämter und Erbgesundheitsgerichte langsamer arbeiteten. Beispielsweise musste das Gesundheitsamt in Magdeburg dem zuständigen Erbgesundheitsgericht in Naumburg im Januar 1945 mitteilen, dass der Aufenthaltsort eines Mannes nicht ermittelt werden könne. „Wir werden die Sache weiter im Auge behalten und weitere Ermittlungen anstellen.“ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 163.

²⁴⁹³ Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 3, fol. 258.

²⁴⁹⁴ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 132.

²⁴⁹⁵ Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 9, fol. 163.

gestellt habe, habe ich ein großes Interesse daran, daß die Unfruchtbarmachung des K. durchgeführt wird“.²⁴⁹⁶ Das Erfolgsgefühl hielt jedoch nur kurz, da das Verfahren aufgrund der allgemeinen Einschränkungen von Sterilisationsverfahren vom 31. August 1939 eingestellt wurde.

Daneben agierten die Verwaltungs- und Polizeibehörden auch hinterhältig, ergriffen die zu sterilisierenden Personen überraschend und zeigten sich als äußerst wachsam gegenüber Fluchtversuchen oder willentlichen Versäumnissen von Terminen. Da sich die Mutter von zwei als „erbkrank“ geltenden Töchtern vehement gegen die Unfruchtbarmachung wehrte, bestand nach Ansicht des Amtsarztes eine hohe Fluchtgefahr, und es sei „notwendig, dass die Einweisung der Erbkranken erfolgen müsse, da diese sich sonst aus dem Staube machen würde“.²⁴⁹⁷ Ein Mann hatte bereits einen Gerichtstermin nicht wahrgenommen, und eine polizeiliche Zwangsvorführung war fehlgeschlagen, da er sich in einem Lager der Deutschen Arbeitsfront aufhielt. Im Februar 1939 teilte der Oberbürgermeister einer kleinen Gemeinde in der Funktion als Ortpolizeibehörde mit, dass der Mann bereits im Januar zur Gerichtsverhandlung vorgeführt werden sollte. Der Mann wurde jedoch nicht angetroffen, da er bereits selbstständig nach Magdeburg gefahren war. Dort meldete er sich im Justizgebäude und sagte, „dass er in Gesundheitssachen käme. Daraufhin wurde er vom Pförtner zum Städtischen Gesundheitsamt gesandt. Da er auch dort nichts erreichen konnte, fuhr [er] zurück und meldete sich bei der Kriminalpolizei mit der Angabe, dass er in Magdeburg zum Termin wollte, aber nicht die richtige Stelle gefunden habe.“²⁴⁹⁸ Die Angaben wurden überprüft und festgestellt, dass niemandem ein Verschulden zukäme.

Mitunter reagierten die betroffenen Personen und Familienangehörigen aggressiv auf das Sterilisationsverfahren und lösten polizeiliche Zwangsmaßnahmen aus. Die Empfindungen entluden sich gegenüber den antragsstellenden Ärzten, wandten sich gegen die Polizeibehörden und zielten auch auf eine öffentliche Bekanntmachung. So betriebe nach Ansicht des Amtsarztes von Wernigerode ein Mann Hetze gegen das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“, da er öffentlich behauptete, infolge des chirurgischen Eingriffs Gehör und Sehkraft verloren zu haben. Auch habe er einem betroffenen Vater „empfohlen, sich gegen die Unfruchtbarmachung seines Sohnes zur Wehr zu setzen“.²⁴⁹⁹

²⁴⁹⁶ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 3, fol. 258.

²⁴⁹⁷ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 5, fol. 165–166.

²⁴⁹⁸ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 46.

²⁴⁹⁹ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 6, fol. 201.

In diesen Auseinandersetzungen, die vornehmlich in ländlich geprägten Regionen stattfanden, traten auch persönliche Fehden und Vorbehalte zwischen Betroffenen, Familienangehörigen und Amtsärzten zutage. So führte etwa ein ehemaliger Fabrikbesitzer über drei Jahre einen hartnäckigen Streit mit dem Amtsarzt von Oschersleben, da er dessen Kinder als „erbkrank“ beurteilt und entsprechende Sterilisationsanträge eingereicht hatte.²⁵⁰⁰ Das Erbgesundheitsgericht entschied auf der Grundlage von medizinischen Fachgutachten gegen die Unfruchtbarmachung. Vor diesem Hintergrund erkannte der Fabrikbesitzer einen vermeintlich persönlichen Vorbehalt des Amtsarztes gegen seine Familie und versuchte Rechtsmittel einzulegen. In der Folge diskreditierten sich beide Parteien gegenseitig. Der Amtsarzt beschuldigte den Vater als Aufschneider und Schuldner, der windige Geschäfte und öffentliche Hetze gegen ihn betreibe. Der Fabrikbesitzer unterstellte dem Amtsarzt persönliche Vorurteile und eine unredliche Arbeitsweise, da er seine Kinder nie untersucht und ein großes seelisches Unglück hervorgerufen habe.²⁵⁰¹

Neben der persönlichen Fehde verdeutlicht das Vorgehen des Vaters, dass er mit allen Mitteln versuchte, seine Kinder vor der Sterilisation zu schützen. Dieser Schutz bestand schließlich auch in der Androhung von körperlicher Gewalt. So konnte ein Ehemann die drohende Unfruchtbarmachung seiner Frau auf der Grundlage einer Entscheidung des Erbgesundheitsobergerichts Naumburg und der Ablehnung einer Eingabe an das Reichsinnenministerium nicht akzeptieren. Gegenüber einer Kreisfürsorgerin erklärte er, „dass er keinesfalls seine Frau zur Sterilisation herausgäbe. [Er] war äußerst erregt und erklärte, dass es nur keiner wagen solle, den Versuch zu machen, seine Frau abzuholen, denn dann würden zwei Kugeln im Laufe genügen, diesem Versuch ein Ende zu machen.“²⁵⁰² Die Kreisfürsorgerin befürchtete „hartnäckigsten Widerstand“. Der Ehemann griff schließlich nicht zur Waffe und seine Frau wurde sterilisiert.

Die letzte Möglichkeit des körperlichen Entzugs bestand im Suizid. In welchem Umfang betroffene Frauen und Männer im Zuge des Verfahrens oder nach der

²⁵⁰⁰ Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 42: Beschwerden und Eingaben (1938–1944), unfol.

²⁵⁰¹ Die Auseinandersetzungen gewannen schließlich im Januar 1942 an Dynamik, indem der Fabrikbesitzer dem Medizinaldezernenten der Magdeburger Regierung einer Falschaussage bezichtigte, um seine Tochter vor der Unfruchtbarmachung zu bewahren. LASA, C 28 Ig, Nr. 42: Beschwerden und Eingaben (1938–1944), unfol.

²⁵⁰² LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 10, fol. 272.

Entlassung aus dem Krankenhaus einen Suizid verüben, kann nicht geklärt werden.²⁵⁰³ Im Rahmen des Sterilisationsverfahrens finden sich vereinzelte Fälle von Selbstmorden von Frauen und Männern.²⁵⁰⁴ Der Selbstmord wurde entweder nach Ausschöpfung aller Rechtsmittel oder infolge des chirurgischen Eingriffs verübt. Etwa sechs Prozent der eingestellten Sterilisationsverfahren wurden aufgrund des Todes nicht weitergeführt, obgleich ungeklärt bleibt, ob es sich um Selbstmorde oder andere Todesfälle handelte. Der männliche Anteil überwiegt gegenüber Frauen mit etwa zehn Prozent. So wandte sich etwa im März 1939 ein Mann an die „Kanzlei des Führers“ und bat um die Aufhebung des gegen ihn verhängten Sterilisationsurteils. Er habe epileptische Anfälle gehabt, die seiner Meinung nach durch einen Granateneinschlag im Ersten Weltkrieg verursacht wurden. Er gehe seiner Arbeit gewissenhaft nach und die Unfruchtbarmachung würde ihm großen Kummer bereiten. Nach zwei Monaten wurde die Eingabe Ende Mai 1939 abgewiesen. Einen Monat später unterrichtete der Amtsarzt von Magdeburg den Regierungspräsidenten, dass der 45-jährige Mann vor der Unfruchtbarmachung verstorben sei.²⁵⁰⁵

Das Spektrum von widerständigen Verhaltensweisen war vielfältig und umfasste die Ausnutzung von formaljuristischen Verfahrensweisen bis hin zu Flucht, Gewaltandrohungen oder Suizid. Einzelne Handlungsweisen deuten bereits auf Motive von Ablehnung und Widerstand hin, indem Frauen und Männer zum Schutz ihrer Fortpflanzungsfähigkeit bereit waren, ihr soziales Umfeld zu verlassen und sich gegen staatliche Anordnungen zu wenden. Die Androhung von Gewalt war eine Ausnahme, aber auch ein Verzweiflungsakt. Diese Beispiele ebenso wie der Umfang von Zwangsmaßnahmen bezeugen jedoch ein nicht unerhebliches Konfliktpotential sowie die Bereitschaft, die Fortpflanzungsfähigkeit, die körperliche Unversehrtheit sowie die Stigmatisierung als „erbkrank“ und „minderwertig“ zu verhindern.

Mithilfe von schriftlichen Widersprüchen und Stellungnahmen versuchten Betroffene oder Familienangehörige teilweise sehr ausführlich, den als unrechtmäßig empfundenen Sterilisationsbeschluss zu widerlegen. Eine besondere Form stellten

²⁵⁰³ Behördliche Hinweise auf Selbstmorde im unmittelbaren Sterilisationsverfahren sind spärlich, darüber hinaus wurden konkrete Zusammenhänge zwischen Unfruchtbarmachung und Selbstmord größtenteils ausgeschlossen. Daneben nahmen betroffene Frauen und Männer auch bewusst gesundheitliche Erkrankungen oder ihren Tod in Kauf, indem sie etwa die Verbände entfernten oder die Operationsnarben verletzten.

²⁵⁰⁴ Vgl. Kap. 7.2.4.

²⁵⁰⁵ Die Mitteilung des Amtsarztes enthielt keinen Hinweis auf die Todesursache oder einen Suizid.

„Gnadengesuche“ dar, welche als Anträge auf Ausnahmeregelungen aufgefasst wurden und der Entscheidung der „Kanzlei des Führers“ vorbehalten waren.²⁵⁰⁶ In der Konsequenz musste das Sterilisationsverfahren trotz der Entscheidung eines Erbgesundheitsobergerichts für drei Wochen ausgesetzt werden, und der Amtsarzt hatte „dafür zu sorgen, dass etwa von ihm bereits veranlasste Maßnahmen für die Dauer der gewährten Frist nicht durchgeführt werden“.²⁵⁰⁷ Hitler bzw. die „Kanzlei des Führers“ bestanden ausdrücklich auf ihrer letztgültigen Entscheidungshoheit, sodass sich das Reichsinnenministerium im Juni 1938 veranlasst sah, auf die strikte Einhaltung dieser Regelungen hinzuweisen. „Da gerade aus einer etwaigen säumigen Behandlung derartiger Fälle sich Schwierigkeiten ergeben können, mache ich die genaueste Einhaltung meiner Anordnung den Amtsärzten zur besonderen Pflicht.“²⁵⁰⁸

Die Adressaten von „Gnadengesuchen“ waren die „Kanzlei des Führers“ in Berlin, die Parteizentrale der NSDAP in München sowie auch wichtige politische und staatliche Vertreter wie Reichsinnenminister Wilhelm Frick, Reichsjustizminister Franz Gürtner oder Martin Bormann. Insbesondere die Eingaben an die „Kanzlei des Führers“ gehorchten sprachlichen Spielregeln des Dritten Reiches. Im Unterschied zu Widersprüchen gegen den Sterilisationsbeschluss begannen sie zumeist mit der Formel „Mein Führer“ oder „Mein guter treuer Führer“ und endeten mit „Heil Hitler“. Die Absender schilderten ihre persönliche Lage, beschrieben ihre Lebensleistungen und versuchten, das Sterilisationsurteil zu entkräften. In Anbetracht der außergewöhnlichen Machtstellung, der volksgemeinschaftlichen Verehrung sowie des Ziels der Aufhebung des Sterilisationsurteils können in den „Gnadengesuchen“ Unterwürfigkeit und Demut verzeichnet werden. „Ich bitte nochmals ganz ergebenst, erneut in eine wohlwollende Prüfung meines Gesuches einzutreten.“²⁵⁰⁹

Angesichts der hoffnungslosen Lage sowie der herrschaftlich-charismatischen Stellung des „Führers“ wurde Hitler als letzte und quasi „heilige“ Instanz stilisiert, der

²⁵⁰⁶ Weiterführend Eberle, Henrik: Briefe an Hitler. Ein Volk schreibt seinem Führer. Unbekannte Dokumente aus Moskauer Archiven – zum ersten Mal veröffentlicht, Bergisch-Gladbach 2009. Hinweise auf Schreiben von als „erbkrank“ verurteilten Frauen und Männern finden sich hier nicht.

²⁵⁰⁷ LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 2: 1937–1944, fol. 34.

²⁵⁰⁸ LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 2: 1937–1944, fol. 34. Die Möglichkeit eines außerordentlichen „Gnadengesuchs“ verdeutlicht die enorme herrschaftliche Stellung Hitlers als „Führer“ im Dritten Reich, der, außerhalb gesetzlicher und bürokratischer Regeln stehend, als letzte Rettung angesehen wurde. Hierdurch wurden, ebenso wie durch die Initiativen der NSDAP-Kreisleitungen, aber auch die Rechtmäßigkeit von Sterilisationsanträgen und Gerichtsurteilen sowie das Vertrauen in Justiz, Gesundheitswesen und Staat unterlaufen.

²⁵⁰⁹ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 3, fol. 17.

ein gerechtes Urteil fällen und die Betroffenen vor einem ungerechtfertigten Unheil bewahren würde. In diesem Sinne wurde in Widersprüchen gegen den Sterilisationsbeschluss auf Eingaben an Hitler hingewiesen, um eine Drohkulisse aufzubauen sowie die letztendlich gültige außergerichtliche Entscheidung durch den Führer hervorzuheben. Dabei wurde auf ein volksgemeinschaftliches „Recht“ insistiert, welches der Nationalsozialismus und vor allem Hitler begründet hätten: „Der schlichte Mann des Volkes, so will es der Führer, hat ein Recht wenigstens gehört [und] beachtet zu werden.“²⁵¹⁰ Insofern unterschieden die Betroffenen zwischen den gerechten und „segensreichen“ Entscheidungen des Führers und der unzureichenden Beurteilung durch Ärzte und Richter: „Das sollte der Führer wissen, er würde andere Maßnahmen anordnen.“²⁵¹¹ Oder: „Auf einen bloßen Verdacht eines Arztes hin, wie dies bei meinem Sohn der Fall ist, aber ein ganzes Menschenleben zu ruinieren, liegt bestimmt nicht im Sinne unseres Führers.“²⁵¹² Trotz aller Hoffnung führten diesen Eingaben zu keiner Überprüfung des Erbgesundheitsverfahrens.

In den vorliegenden Widersprüchen und Eingaben wurden das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ oder andere bevölkerungspolitische Maßnahmen nicht kritisiert, sondern stattdessen wurden die bevölkerungspolitischen Ziele des Dritten Reichs oftmals begrüßt.²⁵¹³ „Gegen die Einrichtung dieses Sterilisierens, namentlich bei Erbkranken, habe ich bestimmt nichts einzuwenden.“²⁵¹⁴ Und ein Vater betonte im August 1939: „Bei jedem wirklich Erbkranken sehe ich diese Maßnahme der Unfruchtbarmachung natürlich voll und ganz als Recht an.“²⁵¹⁵ In den Augen der männlichen und weiblichen Verfasser bestünde aber vor allem in ihrem Falle ein Fehlurteil – zur Widerlegung wurden ausführlich die sozialen Lebensumstände, die Familiensituation oder die persönliche Leistungsfähigkeit beschrieben. Somit gehorchten die Eingaben nicht nur formelhaft, sondern auch inhaltlich den herrschaftlichen Spiel-

²⁵¹⁰ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 177.

²⁵¹¹ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 177.

²⁵¹² LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 148.

²⁵¹³ Die Absender und Verfasser von „Gnadengesuchen“ oder auch Widersprüchen stimmten vermutlich nur teilweise überein. Wichtige Indizien sind etwa der Aufbau, der sich an behördlichen und gerichtlichen Widersprüchen orientierte und zunächst den Verfahrensgegenstand inklusive Aktenzeichen und Daten aufzählte, um anschließend die Gegenargumente darzulegen. Ein weiterer Hinweis sind sprachliche Formulierungen sowie die Einhaltung von Grammatik und Orthografie, die einen bildungsbürgerlichen Hintergrund vermuten lassen, der nur partiell dem tatsächlichen Bildungsstand der betroffenen Frauen und Männer entsprochen haben dürfte.

²⁵¹⁴ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 11, fol. 420–421.

²⁵¹⁵ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 148.

und Verhaltensregeln des Dritten Reiches und bezeugen eine strategische Funktion, indem sie eine Übereinstimmung zwischen Staat, Partei und Betroffenen suggerierten. Die Formulierungen und die Fülle von Eingaben und Widersprüchen weisen aber ebenso darauf hin, dass es sich nicht ausschließlich um eine zielgerichtete Anwendung von herrschaftlichen Spielregeln oder um Handlungsstrategien innerhalb diktatorischer Gesellschaften handelte.²⁵¹⁶ Stattdessen bilden die schriftlichen Mitteilungen zumindest eine partielle Internalisierung der nationalsozialistischen Erb- und Gesundheitspolitik ab, die jedoch im persönlichen Fall als ungerechtfertigt angesehen wurde.

Die Zurückweisung des Sterilisationsbeschlusses umfasste insbesondere drei Aspekte: Ein wesentlicher Kritikpunkt war der Zwangscharakter des Verfahrens mit der schwerwiegenden Konsequenz der chirurgischen Zerstörung der Fortpflanzungsfähigkeit. Damit verbunden wurden der gerichtliche Sterilisationsbeschluss als Fehlurteil bezeichnet, Gegenargumente aufgeführt sowie der persönliche Lebenswert hervorgehoben. Schließlich wurden die persönlichen Konsequenzen der Unfruchtbarmachung als Stigmatisierung beschrieben.

Betroffene sowie Familienangehörige kritisierten den Charakter des Sterilisationsverfahrens als Strafverfahren, in welchem sie sich unrechtmäßig als Angeklagte und Beschuldigte fühlten. Hierzu gehörten vor allem die amtliche Vorladung zur amtsärztlichen Untersuchung, die als unwürdig empfundene Gerichtsverhandlung sowie die Androhung von polizeilichen Zwangsmaßnahmen im Widerstandsfalle. Die Akzentuierung des Sterilisationsverfahrens als Strafverfolgung erfolgt teilweise bewusst, indem die amtsärztlichen Sterilisationsgutachten als „Tatbestände“ benannt werden.²⁵¹⁷ Dergestalt empfanden die betroffenen Frauen und Männer, dass sie trotz eines „unbescholtenen“ und „rechtschaffenen“ Lebens „unverschuldet“ von der Unfruchtbarmachung bedroht würden.²⁵¹⁸ Somit rief bereits die Durchführung des Sterilisationsverfahrens eine erste Stigmatisierung als kriminell und verbrecherisch hervor: „Trotz meiner großen Kinderzahl habe ich mich bis heute mit meiner Frau [...] rechtlich und rechtschaffen durchs Leben geschlagen. Ich bin ein unbescholtener Mann und gehe täglich nach wie vor zum Mauern.“²⁵¹⁹

²⁵¹⁶ Die Bejahung der nationalsozialistischen Bevölkerungspolitik erfolgte nur selten über rassische, rassenhygienische oder ideologische Kernbegriffe, sodass „Rasse“, „Volksgemeinschaft“, „Aufartung“, „Degeneration“ oder „Erb- und Rassenpflege“ kaum verwendet wurden.

²⁵¹⁷ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 148.

²⁵¹⁸ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 11, fol. 420–421.

²⁵¹⁹ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 11, fol. 420–421.

Das Reichsinnenministerium versuchte mithilfe von Aufklärungskampagnen, die Unabhängigkeit der Erbgesundheitsgerichte zu betonen sowie jedwede Bezüge zum Strafrecht zu vermeiden, um gesellschaftlicher Unruhe und widerständigen Verhaltensweisen vorzubeugen. Aus diesem Grund wurde im Mai 1938 auch eine öffentliche Ausschreibung von „erbkranken“ Frauen und Männern im „Deutschen Kriminalpolizeiblatt“ abgelehnt, da „im Interesse einer reibungslosen Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses jede Veröffentlichung unterbleiben muss, die auch nur den Anschein eines strafgerichtlichen Verfahrens gegen einen Erbkranken erwecken kann“.²⁵²⁰

Zudem wurden Amtsärzte und Richter angehalten, den Eindruck der Sterilisationspraxis als Strafverfahren zu vermeiden. Als dem Reichsinnenministerium ein Antwortschreiben des Amtsarztes von Oschersleben bekannt wurde, in welchem er im Oktober 1936 einem Vater mitteilte, dass kein Grund bestünde, „die Vollstreckung des Urteils [zur Unfruchtbarmachung, Anm. d. Verf.]“ weiter aufzuschieben, wurde es zum Anlass einer erneuten Anweisung an die Gesundheitsämter im Dritten Reich genommen.²⁵²¹ „Seit Inkrafttreten des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses habe ich mich bemüht, bei der Durchführung der Verfahren und der Beschlüsse alle Tatsachen fernzuhalten, die bei den Erbkranken und seinen Angehörigen den Eindruck einer gerichtlichen Strafe erwecken könnten. Umsomehr muß ich es beanstanden, daß der Amtsarzt in Oschersleben“ Schriftstücke verfasst, die „den Verdacht auf Durchführung einer Strafmaßnahme aufkommen lassen. Ich ersuche sicherzustellen, daß in künftigen Fällen Wendungen wie in dem mir gemeldeten Falle ‚Vollstreckung des Urteils‘ und ähnliche unterbleiben.“²⁵²²

Die staatlichen Versuche zur Vermeidung eines strafrechtlichen Charakters des nationalsozialistischen Sterilisationsverfahrens blieben jedoch weitgehend erfolglos und noch im Jahr 1944 musste das Erbgesundheitsgericht Torgau betonen, dass der Gerichtsbeschluss „keine Strafe oder Schande [sei]. Nicht der Wert oder Unwert des Betroffenen wird festgestellt, sondern seine Erbanlage. Es soll der in ihm zu Tage getretene erbkranken Strom unterbrochen werden, damit spätere Geschlechterfolgen vor

²⁵²⁰ LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 2: 1937–1944, fol. 28.

²⁵²¹ LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 303.

²⁵²² LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937, fol. 302.

Erbübel bewahrt bleiben und die Kraft des Deutschen Volkes erhalten und gebessert wird.“²⁵²³

Ein maßgeblicher Grund bestand in der Anordnung von polizeilichen Maßnahmen, die letztendlich die betroffenen Frauen und Männer zwangen, sich der Sterilisation gegen ihren Willen zu unterwerfen. Damit einhergehend wurde die Rechtssicherheit im Dritten Reich bezweifelt. So teilte der Vater von zwei betroffenen Söhnen der „Kanzlei des Führers“ im September 1935 mit, dass die Polizeibeamten „nicht schonend“ vorgegangen seien, „man möchte bald sagen, menschenunwürdig“.²⁵²⁴ Ein anderer Mann teilte Hitler in einer Eingabe sein Unverständnis über seine Unfruchtbarmachung mit, da er dem Sterilisationsbeschluss nicht zugestimmt habe. Er verstand nicht, dass er auch ohne Unterschrift und Zustimmung sterilisiert werden konnte.²⁵²⁵

Weiterhin wurden die Ermittlungstätigkeit und Informationsbeschaffung durch Amtsärzte und Gerichte kritisiert, da insbesondere die Privatsphäre ausspioniert und sowohl die medizinische Begutachtung als auch die Gerichtsverhandlung ohne die persönliche Anwesenheit der betroffenen Frauen und Männer durchgeführt wurden.²⁵²⁶ Aufgrund der anonymen Vorgehensweise sahen sich die Betroffenen einer unrechtmäßigen Anschuldigung ausgesetzt und forderten die Bekanntgabe der Namen von Auskunftspersonen, da sie persönliche oder politische Anfeindungen befürchteten.

Ein wesentlicher Kritikpunkt war dabei die behördliche Konfrontation mit Amtsärzten und Richtern, die für viele Frauen und Männer insbesondere in ländlichen Gegenden unbekannt war. In der Beschwerde eines Vaters gegen das Urteil des Erbgesundheitsgerichts Magdeburg vom Dezember 1943 betonte er die Nervosität seines Sohnes vor Gericht. „Dass unter solchen Umständen nicht immer der genaue Sinn getroffen wird, dürfte verständlich sein, und ist zweifellos bei einem Menschen, der in seinem Leben noch nie mit Gerichtsverhandlungen und komplizierten Fragen etwas zu tun gehabt hat, ein anderer Maßstab anzulegen als bei einem Großstadtmenchen

²⁵²³ LASA, C 136, Nr. 8 (...) 1911, Schizophrenie (1943–1945, 1946). Vgl. auch Kap. 8.2.

²⁵²⁴ ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19883: Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses im Kreis Langensalza und Mühlhausen (1935–1945), unfol.

²⁵²⁵ Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 4, fol. 362–363, 365, 367.

²⁵²⁶ Vgl. ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19901: Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1935–1943), unfol. Siehe auch Bastian: Landesheilanstalt Haldensleben, S. 112–113. In Anbetracht des amtsärztlichen Gutachtens handelte es sich um einen Verfahrensfehler, da „erbkrankverdächtige“ Frauen und Männer für den Sterilisationsantrag persönlich untersucht werden mussten. Die Gerichtsverhandlung konnte zunächst ohne persönliche Anwesenheit durchgeführt werden, seit 1936/37 mussten die betroffenen Frauen und Männer vom Erbgesundheitsgericht aber vorgeladen werden.

mit Hochschulbildung.“²⁵²⁷ Ebenfalls ein Vater beschwerte sich im August 1936 beim Erbgesundheitsgericht Stendal über die gerichtliche Untersuchungssituation. „Es ist wohl auch klar, dass mein Sohn in Anbetracht der Gerichtskommission seelisch stark eingeschüchtert worden ist u[nd] bei der Fragesetzung u[nd] -stellung versagen musste. Solches sind Landkinder nicht gewöhnt, zumal dabei immer bewusst ist, sie wollen dir Unrecht tun.“²⁵²⁸ Die Mutter eines „erbkrankverdächtigen“ Sohnes wandte sich im Oktober 1938 an den Bürgermeister einer kleinen Gemeinde bei Stendal und teilte ihm ihre Sorgen mit. „Sie sagte mir, dass eine Untersuchung in Stendal vor den hohen Herren jeden Menschen in einige Aufregung bringt und Herzklopfen eintritt und jeder Mensch etwas befangener ist, als wenn er auf seiner Arbeitsstelle angetroffen wird.“²⁵²⁹

Die Eltern beklagten sich über die ungenügende Berücksichtigung der Untersuchungs- und Gerichtssituation, denen ihre Kinder aufgrund der geringen Erfahrung, der strafrechtlichen Stigmatisierung sowie in Anbetracht der Konsequenzen kaum gewachsen waren und appellierten an eine gerechte und verhältnismäßige Beurteilung und forderten eine erneute Untersuchung, etwa am Arbeitsplatz. Seit Mitte der 1930er-Jahre erkannten die Erbgesundheitsgerichte diese Einwände zumindest bei Frauen und Männern, die als Grenzfälle galten, an und ordneten erneute Untersuchungen und Gutachten an. So beschrieb ein Facharzt für Nerven- und Gemütskranke seine sensible Vorgehensweise im Zuge einer erneuten Untersuchung. „Vorausgeschickt sei, dass mit Rücksicht auf die in den Erbgesundheitsakten enthaltenen Äußerungen des Vaters des Probanden die Untersuchung ganz besonders gründlich, langsam, ruhig und mit eingelegten Pausen zum Ausruhen vorgenommen wurde. Ferner hat der Vater von Anfang bis zu Ende der Untersuchung beigewohnt, hat nichts auszusetzen gehabt, sondern hat auf Befragen die Geduld, mit welcher untersucht wurde, anerkannt.“²⁵³⁰ Das Beispiel zeigt, dass Beschwerden über die Sterilisationspraxis zumindest einen partiellen Erfolg erzielen konnten. Gleichzeitig rekuriert es auf die alltägliche Untersuchungspraxis, die scheinbar weniger von einer intensiven und gewissenhaften medizi-

²⁵²⁷ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 85.

²⁵²⁸ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 177.

²⁵²⁹ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 27.

²⁵³⁰ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 177.

nisch-psychiatrischen Überprüfung gekennzeichnet war. Im Verbund der amtsärztlichen Untersuchungspraktiken wurde die gerichtliche Urteilsbegründung zurückgewiesen.²⁵³¹

In diesem Zusammenhang kritisierte der Vater eines minderjährigen Jungen das dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ zugrundeliegende erb- und rassenbiologische Dogma, indem er dem Erbgesundheitsgericht in Stendal im August 1936 entgegenhielt: „Die Schlussfolgerung, in Bezug auf die Wahrscheinlichkeit erblicher Belastung, ist nie Beweis!“²⁵³² Ein anderer Vater erkannte in der medizinischen Begutachtung und im Sterilisationsurteil keinen Beweis der natürlichen oder angeborenen „Minderwertigkeit“ seiner Tochter, sondern betonte im November 1934 den Konstruktionscharakter der nationalsozialistischen Zwangssterilisation. „Mit dem Beschluss wird meine Tochter als Erbkrankte hingestellt und sie soll deshalb unfruchtbar gemacht werden.“²⁵³³ Diese wenigen Beispiele rekurrieren zumindest ansatzweise auf eine grundsätzliche Kritik an den wissenschaftlichen Grundlagen des nationalsozialistischen Sterilisationsverfahrens, welche sich jedoch maßgeblich auf der als unzureichend wahrgenommenen Diagnoseleistung von Ärzten und Richtern gründete.

Die ungenügende medizinische Diagnose und gerichtliche Würdigung ließen auch den Verdacht aufkommen, dass das Sterilisationsverfahren auf persönlichen oder politischen Interessen beruhe und das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ missbraucht werde. Ein Vater sah im Sterilisationsverfahren ein politisches Motiv und einen Racheakt des Ortsschulzen.²⁵³⁴ Und anderer Vater betonte in einem Schreiben an Hitler vom September 1937, dass das nationalsozialistische Sterilisationsgesetz durch seine missbräuchliche Anwendung großes Unglück verursache. „Das in seinem Kern gute Gesetz bringt jetzt in seiner Randwirkung Verhängnis und Unglück.“²⁵³⁵ Die Schuld und Verantwortung an der Unfruchtbarmachung wurde neben den medizi-

²⁵³¹ Beispielsweise besteht der Eindruck, dass Betroffene in Sterilisationsverfahren aufgrund von Epilepsie zielgerichtet Unfälle in der Kindheit anführten, die ärztlich nicht nachzuweisen waren und eine exogene Verursachung von epileptischen Anfällen begründeten, die nicht zur Unfruchtbarmachung berechtigten.

²⁵³² LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 177.

²⁵³³ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 122.

²⁵³⁴ Vgl. ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19883: Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses im Kreis Langensalza und Mühlhausen (1935–1945), unfol. Ebenso LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 4, fol. 362–363.

²⁵³⁵ ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19901: Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1935–1943), unfol.

nischen und gerichtlichen Entscheidungsträgern auch lokalen Amtsvorstehern zugewiesen, die aufgrund von persönlichen Auseinandersetzungen die betroffenen Personen und Familien als „erbkrank“ verleumdeten.

Einen wichtigen Hintergrund für den empfundenen Missbrauch des nationalsozialistischen Sterilisationsgesetzes bildeten dabei unterschiedliche Beurteilungsmaßstäbe von medizinischen, parteipolitischen oder militärischen Behörden. Wiederholt wurde das Sterilisationsurteil als Fehlurteil zurückgewiesen, da die Betroffenen etwa erfolgreich bei der Wehrmacht gemustert worden, der SS beigetreten oder in der Hitlerjugend waren. „Bemerken möchte ich noch, dass mein Sohn [...] zur Musterung zugelassen wurde, also da kann eine Rede von Schwachsinn nicht sein.“²⁵³⁶

Die positiven Beurteilungen wurden als Gegenbeweis zum Sterilisationsurteil angesehen. „Ich kann mir nicht vorstellen, dass man bei der Deutschen Wehrmacht Geistigminderwertige [sic] einstellt und ihnen einen Wehrpass gibt. Jedenfalls steht dieses Gutachten im krassen Widerspruch zu dem dortigen Gutachten.“²⁵³⁷ Infolge der divergierenden Einschätzungen wurde die Aussagekraft des Sterilisationsurteils vor allem dann massiv beschädigt, wenn sich Bürgermeister und Landräte den positiven Einschätzungen anschlossen. Unter Bezug auf ein laufendes Verfahren informierte etwa der Amtsarzt von Burg im Dezember 1936 den Regierungspräsidenten von Magdeburg und verbat sich eine weitere Einmischung des zuständigen Landrates, da durch seine Fürsprache ein geordnetes Sterilisationsverfahren unmöglich sei. Ich bitte die „Landräte allgemein anzuweisen, sich subjektiv grundsätzlich nicht in schwebende Unfruchtbarungsverfahren einzumischen, da sonst sowohl das zuständige Erbgesundheitsgericht als auch der Leiter des Gesundheitsamtes in eine Lage gebracht wird“, die es verhindert, „einen Erbkranken zur Unfruchtbarmachung in das Krankenhaus zu bekommen“.²⁵³⁸

Im Zusammenhang mit der Kritik am Sterilisationsbeschluss versuchten die betroffenen Frauen und Männer sowie Familienangehörige die vorgebrachten rassenhygienisch-erbbiologischen Vorwürfe zu entkräften. In Anlehnung an die zentralen Beurteilungskriterien des männlichen und weiblichen Lebenswertes beschrieben sie die familiäre Lage und Lebenswelt, ihre berufliche Leistungsfähigkeit, soziale Konformität und auch ihr Sexualverhalten. So betonten Frauen und Männer, dass sie kein

²⁵³⁶ ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19883: Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses im Kreis Langensalza und Mühlhausen (1935–1945), unfol.

²⁵³⁷ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 85.

²⁵³⁸ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 10, fol. 275.

sexuelles Verlangen oder einen Kinderwunsch verspüren würden. Ein Mann sah seine Unfruchtbarmachung als unnötig an, da er keinen Kontakt zu Frauen habe und keine Heirat beabsichtige.²⁵³⁹ Ein Vater bescheinigte dem zuständigen Amtsarzt in Halberstadt, dass sein Sohn bislang keine Beziehung gehabt und auch kein sexuelles Verlangen habe.²⁵⁴⁰ Die Fortpflanzungsgefahr eines Mädchens sei gering, versicherte der Vater, da sie keinen männlichen Verehrer habe und sich sexuell zurückhalte.²⁵⁴¹ Ein junger Mann erklärte im November 1934, er habe sich „von allen vorkommenden Veranstaltungen zurückgezogen [und] ferngehalten, weil ich mich seit längerem schon entschlossen habe, niemals mit weiblichen Personen irgendwie Verkehr zu suchen, was auch bis heute, so wahr ich noch lebe, noch nicht vorgekommen ist, und auch für die Zukunft niemals vorkommen wird [...]. Ich versichere Ihnen an Eides statt, dass von mir aus ein Nachwuchs niemals gezeugt werden wird.“²⁵⁴² Bezüglich des instrumentellen Zusammenhangs von Sexualität und Unfruchtbarmachung und damit auch der Trennung von Sexualität und Fortpflanzung wurde auf das fortgeschrittene Alter hingewiesen. So berief sich ein Mann gegenüber dem „Führer“ auf sein Alter und die Fortpflanzungsunfähigkeit seiner Frau. Er sei 56 und seine Frau 53 Jahre alt und die Monatsblutung habe bereits vor Jahren ausgesetzt. „Damit ist auch die Möglichkeit weiterer Geburten in Wegfall gekommen und dürfte somit kein Grund mehr bestehen, mich unfruchtbar zu machen.“²⁵⁴³ Das fortgeschrittene Alter sowie die Fortpflanzungsunfähigkeit konnten zu einer Einstellung des Verfahrens führen. Hingegen wurde den Versicherungen eines geringen sexuellen Verlangens kein Glauben geschenkt.

Weiterhin wurde ausdrücklich betont, dass in den Familien bislang keine „Erbkrankheiten“ aufgetreten und alle Familienmitglieder bis ins hohe Lebensalter gesund gewesen seien. „Jedenfalls ist mir nicht bekannt (und das kann ich beschwören), dass in meiner Familie, [beziehungsweise] in der Familie meiner Frau, jemals ein Fall vorgekommen wäre, der den Verdacht rechtfertigen würde, dass mein Sohn erbkrank ist.“²⁵⁴⁴ Oder: „In meiner Familie und in der meiner Frau sind solche Krankheiten nie

²⁵³⁹ Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 3, fol. 143.

²⁵⁴⁰ Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 9, fol. 405.

²⁵⁴¹ Vgl. LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 122.

²⁵⁴² LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 174.

²⁵⁴³ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 3, fol. 17.

²⁵⁴⁴ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 148.

vorgekommen. Mein Vater wurde circa 80 Jahre alt, war kerngesund, der Vater meiner Frau wurde 88 Jahre alt, auch nie krank. Es besteht also m.[meines] E.[rachtens] gar kein Grund hier eine Erbkrankheit zu sehen, wo in der Familie derartiges nie vorgekommen ist.“²⁵⁴⁵ Der Großvater eines „erbkrankverdächtigen“ Mädchens betonte ebenso, dass er mit seiner Frau 13 gesunde Kinder habe. „Ich mache im Besonderen darauf aufmerksam, dass Erbkrankheiten in meiner Familie bis zur Stunde nicht nachgewiesen sind.“²⁵⁴⁶ Neben der Gesundheit und Vitalität wurde auch der hohe Lebenswert von Familienmitgliedern und Geschwistern betont. „Es sei noch bemerkt, dass ich außer meinem Sohn [...] noch 5 Kinder habe, von denen zwei älteste Söhne bereits verheiratet sind (einer ist Zahlmeister beim Militär und Offizier [der Reserve], der andere ist Unteroffizier). Die anderen 3 Kinder (2 Töchter und 1 Sohn) stehen sämtlich in Magdeburg im Beruf.“²⁵⁴⁷ Dementsprechend beriefen sich die Betroffenen auf das erbiologische Paradigma des nationalsozialistischen Sterilisationsgesetzes und begründeten ihren Widerspruch mit dem Hinweis, dass in ihren Familien keine „Erbkrankheiten“ aufgetreten seien. Zudem erläuterten sie die außerordentliche Vitalität ihrer Familie, da alle Familienmitglieder gesund und berufstätig seien und beriefen sich im Gegensatz zu den Sterilisationsgutachten auf die positive soziale Entwicklung, die gute Lebensleistung, das hohe Lebensalter sowie das geringe Auftreten von Krankheiten.

Damit einhergehend wurden die in den medizinischen Gutachten und Sterilisationsurteilen vorgebrachten Vorwürfe einer familiären Belastung vehement bestritten. So trat eine Mutter der Feststellung entgegen, dass ihr Mann ein Trinker gewesen sei und verwies auf alltagsweltliche Lebensumstände und ländliche Gepflogenheiten. „Ich erkläre ihnen hiermit, dass mein Mann nur selten ein Wirtshaus besucht hat; er hat zwar, wie früher auf dem Lande noch mehr üblich als heute, zuhause zum Frühstück seinen Schnaps getrunken. Ich erinnere mich nicht, ihn jemals betrunken gesehen zu haben.“²⁵⁴⁸ Weiterhin entkräftete sie den Vorwurf der psychischen Erkrankung von zwei Familienmitgliedern. Eine Schwester wurde aufgrund eines „fehlgeschlagenen Liebesverhältnis[ses]“ in der Landesheilanstalt Uchtspringe behandelt. Ein Neffe er-

²⁵⁴⁵ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 122.

²⁵⁴⁶ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 11, fol. 420–421.

²⁵⁴⁷ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 148.

²⁵⁴⁸ KrA Salzwedel, Bestand Gardelegen, Gesundheitswesen (GW), einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z), Nr. 71–21.

hielt während des Ersten Weltkrieges einen Kopfschuss und benötigte ebenso eine medizinische Behandlung. „Aus diesen Fällen ohne weiteres auf erbliche Belastungen schließen zu wollen, ist wohl eine sehr unsichere Behauptung.“²⁵⁴⁹

Die Betroffenen gestanden die geringen Schulleistungen und Ergebnisse des Intelligenzprüfungsbogens durchaus ein, machten dafür aber insbesondere die sozialen Lebensumstände sowie wirtschaftlichen Notlagen verantwortlich. In nicht geringem Maße wurden der ungenügende Schulabschluss sowie die geringen schulischen Fähigkeiten den verantwortlichen Lehrern zugewiesen, da die Schulausbildung unzureichend war und keine besonderen Fördermaßnahmen ergriffen wurden.²⁵⁵⁰ So begründete ein Vater im Dezember 1943 die schlechten Schulleistungen seines Sohnes damit, dass er zur Unterstützung der Familie bereits früh arbeiten musste. „Ich befand mich, als meine Kinder klein waren und zur Schule gingen, in nicht besonderen Verhältnissen, sondern musste als Waldarbeiter meinen kargen Lohn sauer verdienen und konnte mich um die Erziehung meiner Kinder fast gar nicht kümmern, sondern meine Kinder mussten schon seit ihrer frühesten Jugend mit auf den Acker zum Arbeiten. Das unter solchen Umständen die Schulleistungen auf ein Minimum herabsinken, dürfte wohl verständlich sein.“²⁵⁵¹ Ebenso argumentierte ein Vater 1936, dass es seiner Frau während des Ersten Weltkrieges nicht möglich war, „das Kriegskind ordentlich zu ernähren und zu pflegen. Dadurch erkrankte das Kind vorübergehend an Krämpfen, die seit dem 5. Lebensjahr vollkommen verschwunden sind, da ich, nachdem ich aus dem Felde [und] der Gefangenschaft zurückkehrte, wieder für einen geregelten Haushalt sorgen konnte.“²⁵⁵² Ein Ehemann lehnte die Sterilisation seiner Frau ab, da sie nicht mit „Schwachsinn“ belastet sei. „Sie ist nur fremden Leuten gegenüber etwas blöde; das sie nicht so gut lernen konnte in der Schule lag nur daran, dass meine Schwiegereltern nicht die nötige Zeit gehabt haben“, da sie acht Kinder hatten und „beide tüchtig arbeiten [mussten], um für das tägliche Brot der Familie zu sorgen“.²⁵⁵³ Die geringen schulischen Fähigkeiten sowie die Schüchternheit (Blödheit) wurden der

²⁵⁴⁹ KrA Salzwedel, Bestand Gardelegen, Gesundheitswesen (GW), einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z), Nr. 71–21.

²⁵⁵⁰ Vgl. LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 141.

²⁵⁵¹ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 85.

²⁵⁵² LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 177.

²⁵⁵³ KrA Salzwedel, Bestand Gardelegen, Gesundheitswesen (GW), einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z), Nr. 70–5.

sozialen Not während der Adoleszenz zugeschrieben. Auf der Grundlage der schwierigen Lebensumstände nach dem Ersten Weltkrieg versuchten Eltern auch, Erkrankungen oder psychische Störungen zu erklären. So begründete ein Vater die Epilepsie seiner Tochter im Jahre 1934 damit, dass sich die Familie seit Jahren in wirtschaftlicher Not befände, keine Arbeit hätte und hungerte. Durch diese schwierige Lage sowie die Sorge um seine Familie habe der Vater einen Nervenzusammenbruch erlitten. „Der frühere Staat hat doch nicht so gesorgt, wie es jetzt der Fall ist.“²⁵⁵⁴

Die schwierige wirtschaftliche Situation in der Weimarer Republik, aber vor allem die Auswirkungen des Ersten Weltkrieges spielten für beide Geschlechter eine wichtige Rolle. Im Hinblick auf die soziale Entwicklung unterstrichen Mütter und Väter die unzureichende Versorgung und großen sozialen Belastungen während der Kriegs- und frühen Nachkriegsjahre. Aber insbesondere für Männer diente die Teilnahme am Ersten Weltkrieg als Beweis des persönlichen und familiären Erbwertes, da sie als Soldaten Tapferkeit, Mut und Opferbereitschaft bewiesen hätten. „Ich bin 1915 zum Heeresdienst eingezogen worden und habe bis 1918 an der Front Dienst geleistet. Als Infanterist bin ich 1918 im Westen schwer verwundet“ worden. „Durch die Strapazen hat meine Gesundheit sehr gelitten, auch trägt die Verwundungsfolge viel dazu bei.“²⁵⁵⁵ Dem persönlichen Kriegseinsatz stand die Sterilisation als Stigmatisierung mit schwach, untauglich und „minderwertig“ gegenüber. Für die betroffenen Männer entstand ein unüberwindbarer Widerspruch sowie eine massive Abwertung ihrer erbrachten militärischen Leistungen und körperlichen Verletzungen, was als Ehrverlust wahrgenommen wurde und in Bitterkeit mündete. Sie erfuhren sich als Opfer eines doppelten Leides. „Ich möchte hierbei bekannt geben, dass ich als Frontsoldat dem Vaterland meine Gesundheit geopfert habe und dieses Opfer doch nicht dazu gebracht [habe], um mir jetzt die Manneskraft nehmen“ zu lassen.²⁵⁵⁶ Und in Bezug auf seinen Sohn äußerte ein verbitterter Vater: „Es wäre also nun der Dank des Vaterlandes, dass mein Sohn dafür bestraft würde.“²⁵⁵⁷

Neben der Betonung von besonderen Lebensleistungen wurde die Ausübung einer regelmäßigen, anspruchsvollen sowie anstrengenden Arbeit hervorgehoben.

²⁵⁵⁴ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 122.

²⁵⁵⁵ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 212.

²⁵⁵⁶ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 212.

²⁵⁵⁷ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 177.

Nach Ansicht eines Vaters sei sein Sohn „fähig, einwandfrei u[nd] selbstständig alle vorkommenden landwirtschaftlichen Arbeiten zu erledigen“.²⁵⁵⁸ Ebenso betonte eine Mutter im Mai 1941: „Wenn nun im Beschluß angeführt wird, dass die Arbeiten, die er verrichtet, eine immer wiederkehrende Tätigkeit darstellt, so kann ich dies nicht behaupten. Mein Sohn hilft auch im Mühlenbetrieb, wo er das Getreide annimmt, bzw. ein- und auswiegt.“²⁵⁵⁹ Die Eltern versuchten, die Arbeitsfähigkeit ihrer Kinder herauszustellen, um deren geringe intellektuelle Leistungsfähigkeit als maßgebliches Beurteilungskriterium für „angeborenen Schwachsinn“ zu entkräften. So hob auch das Amt für Volkswohlfahrt der NSDAP des Gau Magdeburg-Anhalt gegenüber dem Erbgesundheitsgericht in Magdeburg hervor, dass eine junge Frau arbeitsam und fleißig sei. „Außerdem hat [sie] seit ihrer Schulentlassung in der Landwirtschaft ihres Vaters gearbeitet und hat dort ihre Pflicht – wie eine landwirtschaftliche Arbeiterin – erfüllen müssen. Besonders zur Zeit der Spargelernte hat sie schwer mitarbeiten müssen, da der Vater einige Morgen Spargel hat, und da Spargelstechen bestimmt keine leichte Arbeit ist.“²⁵⁶⁰

In den Augen von Betroffenen und Familienangehörigen glich die Berufstätigkeit intellektuelle Defizite sowie schlechte Schulleistungen aus. Der argumentative Schwerpunkt lag auf der Lebensbewahrung und der monetären Unabhängigkeit von staatlichen Fürsorgemaßnahmen. Auf der Grundlage eines persönlichen Gesprächs mit der Mutter eines „erbkrankverdächtigen“ jungen Mannes teilte ein Bürgermeister dem Erbgesundheitsgericht Stendal im Oktober 1938 mit: Wenn der Mann auch nicht begabt sei, dann „sei es noch lange kein Grund, ihn unfruchtbar zu machen, wenn er in der Wirtschaft seine Arbeit verrichte und sogar die Maschinen und Geräte völlig alleine bedient. Ein großes Wissen habe er nicht, weil er von Jugend an sich nur für die Wirtschaft interessiert habe und darin völlig aufgegangen sei [...]. Wenn er seinen Posten als Arbeitsmann fleißig und redlich ausfülle, könne doch der Staat niemals Schaden und Last von solchem Manne haben.“²⁵⁶¹ Der Vormund eines jungen Mädchens gestand ebenso ein, dass sie in der Schule keinen Erfolg gehabt habe. „Dagegen

²⁵⁵⁸ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 177.

²⁵⁵⁹ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 141.

²⁵⁶⁰ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 44.

²⁵⁶¹ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 27.

hat sie sich nach der Entlassung aus der Schule geschickt in den Dienst für den Haushalt erwiesen. Meine Frau ist kränklich und es war bisher für uns eine unbedingte Wohltat, [sie] in unserem Haushalt zu wissen, denn sie unterstützt nach wie vor und wie bereits erwähnt, mit großem Interesse den Haushalt meiner Frau.“²⁵⁶²

Die soziobiologische Variabilität der Bemessung und Beurteilung von männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“ sowie die ungeheure Anzahl von Sterilisationsbeschlüssen hatten zur Konsequenz, dass eine Vielzahl von Sterilisationsverfahren kritisiert und als willkürlich empfunden wurde. Bezogen auf ihren Sohn konstatierte etwa eine Mutter: Es gibt „so viele Menschen, die dumm durch die Welt gehen; dann müssten noch viele Menschen unfruchtbar gemacht werden.“²⁵⁶³ In Anbetracht der schwierigen Lebensumstände kritisierte ein Vater das Ausmaß sowie die willkürliche Anwendung des Sterilisationsgesetzes. „So, wie es meinen Kindern ergangen ist, ist es vielen Kindern ergangen, die in gleichen Verhältnissen groß geworden sind, und müsste man dieselben dann ebenfalls entmannen?“²⁵⁶⁴ Und bezogen auf seine persönlichen Erfahrungen resümierte ein anderer Vater: „Ich habe im Felde und Leben ganz anders belastete Menschen kennengelernt, die man auch ins Feld geschickt hat.“²⁵⁶⁵

Im Rahmen der Abwehr von Sterilisationsbeschlüssen wurden auch konkrete Vergleiche zu Mitbewohnern und Nachbarn hergestellt, um den persönlichen Lebenswert hinsichtlich der „Minderwertigkeit“ von anderen Frauen und Männern zu betonen. Unter diesem Blickwinkel etablierte die nationalsozialistische Zwangssterilisation eine Denunziationspraxis, die jedoch nicht als Vasallendienst, sondern als Abwehrmechanismus zum Schutz von Familienmitgliedern fungierte. In der Überzeugung einer politischen und persönlichen Verleumdung konstatierte ein Vater, dass es in der Gemeinde sicherlich eine größere Anzahl von Personen gäbe, die „bestimmt dem Entmannungsgesetz unterliegen, von diesen schweigt man“.²⁵⁶⁶ Ein anderer Vater konnte nicht verstehen, dass im Falle der Unfruchtbarmachung seiner Tochter nicht auch zwei weitere Personen aus dem Wohnort unfruchtbar gemacht wurden, da ihre „Minderwertigkeit“ hinlänglich bekannt sei. „Beide Fälle möchten auch durch den

²⁵⁶² LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 11, fol. 420–421.

²⁵⁶³ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 27.

²⁵⁶⁴ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 85.

²⁵⁶⁵ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 177.

²⁵⁶⁶ ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19883: Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses im Kreis Langensalza und Mühlhausen (1935–1945), unfol.

Kreisarzt untersucht werden, denn hier werden tatsächlich Kinder gezeugt, während es im Falle meiner Tochter nicht dazu kommen kann.“²⁵⁶⁷

Ebenso wie die verantwortlichen Ärzte und Richter agierten auch die Betroffenen im Rahmen eines Sichtbarkeitsparadigmas. Aus diesem Grund konnte ein Großvater die Sterilisation seiner Enkelin nicht verstehen, da man „diesen Erbkranken ansieht, dass solche behördlichen Maßnahmen als durchaus gerechtfertigt erscheinen“. ²⁵⁶⁸ Seine Enkelin arbeite trotz intellektueller Defizite sehr fleißig und sähe gesund aus. „Man merkt auch äußerlich nicht das Geringste an dem Mädchen, dass sie geistig zurück wäre [...]. Meinem Enkelkind [sind] nicht die geringsten Symptome anzusehen, die darauf schließen lassen, [sie] sterilisieren zu lassen. Ich wiederhole, sie ist ein durchaus gesundes und hübsches Mädchen, wirtschaftlich außerordentlich tüchtig und in ihrem Umgang durchaus solide.“²⁵⁶⁹

Die letzte argumentative Verteidigungsstrategie bestand in der Schilderung von persönlichen und familiären Konsequenzen der Unfruchtbarmachung. „Gegen den Beschluss, wider mich ein Verfahren wegen Unfruchtbarmachung einleiten zu wollen, erhebe ich hiermit Einspruch. Ich fühle mich als ein vollkommen gesunder Mensch.“²⁵⁷⁰ Von einigen Betroffenen wurde dabei bereits die Einleitung eines Sterilisationsverfahrens als Verleumdung und Stigmatisierung wahrgenommen. So forderte ein Vater die Einstellung und Rücknahme des Verfahrens, „damit der uns schädigende Ruf von meiner Familie ehestens verschwinden kann, denn man wird uns wohl nachfühlen können, dass unser Wunsch nach Remedur mehr als berechtigt ist“. ²⁵⁷¹ Die Rufschädigung betraf die gesamte Familie. Sollte ein Kind unfruchtbar gemacht werden, so würden nach Ansicht eines anderen Vaters alle übrigen Kinder „direkt oder indirekt von einer solchen Maßnahme betroffen und würden die späteren Existenzen meiner Kinder auf dem Spiele stehen, besonders bei einer [eventuellen] Heirat meiner beiden Töchter“. ²⁵⁷² Zudem wurden die großen psychischen Belastungen aufgrund von Ängsten und Konsequenzen der drohenden Unfruchtbarmachung beschrieben. Mein Sohn

²⁵⁶⁷ Eine Frau sei geistig zurück, könne nicht schreiben und sei bereits in einer psychiatrischen Einrichtung gewesen. Ein weiteres Ehepaar sei ebenfalls geistig zurück, zudem sei der Mann „wegen Sittlichkeitsverbrechen“ verurteilt worden. LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 122.

²⁵⁶⁸ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 11, fol. 420–421.

²⁵⁶⁹ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 11, fol. 420–421.

²⁵⁷⁰ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 148.

²⁵⁷¹ LASA, C 28 Ig, Nr. 42: Beschwerden und Eingaben (1938–1944), unfol.

²⁵⁷² LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 148.

„brach unter dem furchtbaren Unglück, von dem unsere Familie unverschuldet heimgesucht wurde, seelisch zusammen“.²⁵⁷³

Das Sterilisationsurteil und die damit verbundene gerichtliche Feststellung einer „Erbkrankheit“ sowie schließlich der faktische Vollzug des chirurgischen Eingriffs wurden als Stigmatisierung empfunden, verbunden mit gesellschaftlicher Schande und Blamage im unmittelbaren Lebensumfeld. Die Stigmatisierung umfasste weiterhin das Selbstwertempfinden der Betroffenen, indem sie im Vergleich zu anderen nun als „minderwertig“ galten und einer Gruppe zwangsweise angehörten, die sie zum Teil ebenfalls für „erbkrank“ hielten. Darüber hinaus wurde die Unfruchtbarmachung eines Familienmitglieds als familiärer Makel verstanden, der auch mit konkreten Konsequenzen, etwa für SS-Angehörige, verbunden war.²⁵⁷⁴

Große Besorgnis rief vor allem der chirurgische Eingriff hervor.²⁵⁷⁵ Die betroffenen Frauen und Männer befürchteten vor allem gesundheitliche Konsequenzen bis hin zum Tod. Vor allem in ländlichen Regionen lösten Todesfälle größere Widerstände hervor.²⁵⁷⁶ Weiterhin kursierten konkrete Berichte bis hin zu hartnäckigen Gerüchten von gesundheitlichen Folgeerscheinungen. So habe sich der physische und psychische Zustand von unfruchtbar gemachten Frauen und Männern infolge der Operation verschlechtert, oder es seien andere Erkrankungen, wie etwa Blindheit, aufgetreten.²⁵⁷⁷ Damit verbunden würden die betroffenen Frauen und Männer nun eine medizinische Versorgung benötigen und könnten ihrer Arbeit nicht nachgehen. „Dass bei der Unfruchtbarmachung Fehler gemacht werden, zeigt der Fall [...]. Soll ich das beantworten können, wenn man sieht, dass der Mann bisher einigermaßen arbeiten

²⁵⁷³ LASA, C 28 Ig, Nr. 42: Beschwerden und Eingaben (1938–1944), unfol. LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 4, fol. 362–363.

²⁵⁷⁴ Vgl. LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 44.

²⁵⁷⁵ Ein weiteres Motiv von Widerständen beruhte auf finanziellen und ökonomischen Nachteilen durch den chirurgischen Eingriff und den damit verbundenen Krankenhaushalt. Die „erbkranken“ Frauen und Männer befürchteten Lohneinbußen sowie auch den Verlust des Arbeitsplatzes. Daneben wurde auf die Versorgungspflicht von Familienmitgliedern verwiesen. Die verantwortlichen Verwaltungsbehörden reagierten unterschiedlich und überprüften neben der Sachlage auch die jeweilige Fortpflanzungsgefahr. Nach Fürsprache des Bürgermeisters einer kleinen Gemeinde wurde einem Mann im Oktober 1937 ein zeitlicher Aufschub gestattet, da er nach dem Tod seines Vaters den elterlichen Hof bewirtschaftete, landwirtschaftliche Arbeitskräfte fehlten und er den ganzen Tag die Ernte einbringen müsse. Vgl. LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 11, fol. 218. Weiterführend Kap. 8.3.1.

²⁵⁷⁶ Vgl. Kap. 7.2.4.

²⁵⁷⁷ Der chirurgische Eingriff rief zudem auch ein grundlegendes Missverständnis hervor, da ein nicht geringer Teil der betroffenen Frauen und Männer sowie Familienangehörigen in der Unfruchtbarmachung einen medizinischen Eingriff sah, durch den die Gesundheit wiederhergestellt werde.

konnte [und] nunmehr infolge der Unfruchtbarmachung lahmgelegt [und] fast arbeitsunfähig geworden ist.“²⁵⁷⁸ Vor allem zu Beginn der nationalsozialistischen Zwangssterilisation waren Ängste und Befürchtungen vor dem chirurgischen Eingriff aufgrund der Vielzahl von Sterilisationen, von Schwierigkeiten im Heilungsverlauf sowie von Todesfällen stark vertreten und bestärkten Ablehnung und Widerstände.²⁵⁷⁹ Seitens der Verwaltungsbehörden wurde bereits seit 1934 versucht, diese Vorurteile abzubauen, indem den angeblich bestehenden Operationsrisiken insbesondere für Frauen sowie der vermeintlich großen Anzahl von Todesfällen öffentlich entgegengetreten wurde. Zudem sollte mit Familienangehörigen von verstorbenen Frauen und Männern sensibel umgegangen werden.

Die Durchführung der Unfruchtbarmachung wurde von einigen Frauen und Männern als Zerstörung ihres Familien- und Lebensglücks empfunden. Wichtige Aspekte waren dabei Kinderlosigkeit, die erzwungene Verhinderung der persönlichen Entfaltung sowie die Befürchtung, keinen Ehegatten zu finden. Für verheiratete Personen entstand auch die Sorge, den Wünschen des Ehepartners nach Kindern nicht entsprechen zu können. Aber auch Eltern teilten diese Befürchtungen, da sie ihre Kinder nicht vor der Unfruchtbarmachung schützen konnten. Dementsprechend empfanden sowohl Eltern als auch die Betroffenen die Sterilisation als Lebensunglück und erzwungenes Schicksal. Wenn unser Kind unfruchtbar gemacht werden würde, so wäre „unser ganzes Lebensglück“ zerstört.²⁵⁸⁰

Neben den familiären und sozialen Konsequenzen empfanden die betroffenen Frauen und Männer den chirurgischen Eingriff auch als eine tiefgreifende Verletzung ihrer körperlichen Integrität. „Für mich ist [es] eine große Härte, wenn ein solcher Eingriff an meinem Körper vorgenommen soll [...]. Ich hoffe, dass mein Körper mir so erhalten bleibt.“²⁵⁸¹ So bedeutete die Sterilisationsoperation für Frauen und Männer einen Verlust ihrer Geschlechtsidentität, die durch die Zerstörung der Zeugungs- und Gebärfähigkeit hervorgerufen wurde. Hierdurch waren sie nicht länger in der Lage, maßgeblichen männlichen und weiblichen Rollenanforderungen zu entsprechen. Mit der Unfruchtbarmachung wurde weithin der Verlust des Sexualempfindens verbunden. Vor allem Männer befürchteten, dass sie infolge des chirurgischen Eingriffs keinen

²⁵⁷⁸ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 177.

²⁵⁷⁹ Vgl. Kap. 8.2.

²⁵⁸⁰ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 11, fol. 420–421. Siehe auch KrA Salzwedel, Bestand Gardelegen, Gesundheitswesen (GW), einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z), Nr. 71–21.

²⁵⁸¹ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 5, fol. 143.

Geschlechtsverkehr mehr ausüben könnten und ihr Sexualempfinden verlieren würden. Zudem erkannten sie in der Sterilisation eine Kastration oder Entmannung. Ein Psychiater der Landesheilanstalt Uchtspringe notierte etwa im April 1935: „Unter der Unfruchtbarmachung stellte sich [der Betroffene] eine Kastration vor, was seine gedrückte Stimmung des Weiteren zwanglos erklärt.“ Nach der medizinischen Aufklärung schien er „sich jedoch etwas zu beruhigen; fürchtet aber, die Leute in [seinem Wohnort] würden ihn auslachen“.²⁵⁸²

Trotz intensiver Aufklärungskampagnen blieben die männlichen Ängste vor einer Entmannung bis 1945 bestehen. Die befürchtete Kastration, die zu diesem Zeitpunkt bei Sexualstraftätern angewandt wurde, sowie die angenommene Zerstörung des Sexualempfindens bedeuteten für Männer den Verlust eines maßgeblichen Bestandteils ihrer Männlichkeit. Gleichzeitig verdeutlicht die männlich konnotierte Vorstellung einer Kastration oder Entmannung eine geschlechtsspezifische Symbolik, indem Männer befürchteten, dass ihr Geschlecht bzw. die Hoden als Inbegriff von Männlichkeit chirurgisch entfernt werden würden. Innerhalb von schriftlichen Eingaben und Widersprüchen spielte der Verlust des Sexualempfindens für Frauen eine geringere Rolle, jedoch bedeutete die Zerstörung der Gebärfähigkeit auch für sie einen körperlichen, psychischen und mentalen Schicksalsschlag. Ähnlich wie bei den Männern galt die erzwungene Gebärfähigkeit als Entweiblichung, die zu Partner- und Ehelosigkeit führe und das weibliche Lebensglück ruiniere.

Der persönliche Umgang mit der Unfruchtbarmachung als erzwungener chirurgischer Zerstörung der Fortpflanzungsfähigkeit und gesellschaftlicher Stigmatisierung nach 1945 kann an dieser Stelle nicht betrachtet werden.²⁵⁸³ Wie die persönlichen Verhaltensweisen innerhalb des Sterilisationsverfahrens zeigen auch die Reaktionen im Nachgang des chirurgischen Eingriffs erhebliche Differenzen. Zog sich ein Großteil schamerfüllt, verletzt und gedemütigt in die Privatsphäre zurück, so wandte sich ein Teil bereits im Dritten Reich gegen die verantwortlichen Ärzte und Richter und

²⁵⁸² LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 212.

²⁵⁸³ Es ist jedoch davon auszugehen, dass die betroffenen Personen und Familien auch noch nach dem Ende des Dritten Reiches an den physischen und psychischen Folgen litten. Dazu haben auch die beiden deutschen Nachkriegsgesellschaften beigetragen, die zwar die Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ unterbanden, jedoch ihren Opfern jahrzehntelang eine moralische Rehabilitierung und finanzielle Entschädigung vorenthielten. Somit wurde das persönliche Leid von mehreren hunderttausend Frauen und Männern nicht gelindert, sondern über Jahrzehnte verstetigt. Vgl. Westermann: Verschwiegenes Leid; Tümmers: Anerkennungskämpfe; zeitgenössisch: Greggersen, Ergebnisse einer Nachuntersuchung.

versuchte nahezu vergeblich, den Gerichtsbeschluss zumindest als Wiederherstellung der persönlichen Integrität rückgängig zu machen.²⁵⁸⁴

Im Januar 1941 kontaktierte ein Mann den Amtsarzt von Oschersleben und teilte mit, dass er aufgrund der Diagnose Epilepsie zu Unrecht sterilisiert worden sei, da er bislang keine weiteren Anfälle gehabt habe. „Ich werde ihnen das nie vergessen“, und er werde mit anderen Betroffenen gegen ihn kämpfen, „soweit es mir möglich ist“.²⁵⁸⁵ Die Empörung des Mannes ist spürbar, und er beschuldigte den Amtsarzt einer ungenügenden medizinischen Untersuchung und Fehldiagnose. Aufgrund des Sterilisationsbeschlusses werde er auch nicht zur Wehrmacht eingezogen, was eine große Schmach bedeute. „Aber da ich nun hiergeblieben bin und gearbeitet habe, habe ich damit meinem Vaterland gedient.“²⁵⁸⁶ Zugleich erhob er Beschwerde beim Reichsinnenminister, die den Amtsarzt zwang, eine Stellungnahme zu verfassen. „Der Brief lässt vermuten, dass sich hier so etwas wie eine Vereinigung des missvergnügten Sterilisierten gebildet hat.“²⁵⁸⁷ Trotz der behördlichen Stellung und eines gewissen Grads an habitueller Überlegenheit fühlte sich der Amtsarzt von dem Brief herausgefordert und in seiner Ehre als Staatsvertreter verletzt. „Ich erblicke in dem Kampf des [Mannes] eine wohl überlegte Auflehnung gegen die Staatsautorität, welche lediglich in einen Kampf gegen mich persönlich gekleidet ist [...]. [Er] hat auch einmal in einem Schreiben an mich erklärt, wenn er die Erlaubnis als Treckerführer nicht erhalte, so werde er eben ohne eine solche fahren. Es wird Zeit, dass gegen [ihn] als Hauptschreier, der auch als gewalttätiger und jähzorniger Mensch gilt, etwas geschieht, schon um die Staatsautorität zu wahren, denn schließlich habe ich meine Arbeit in seiner Sterilisierungsangelegenheit nicht als Privatmann getan, sondern als Beauftragter des Staates.“²⁵⁸⁸ Letztlich war der Angriff auf den Amtsarzt nicht erfolgreich. Jedoch wurde der Amtsarzt als Vertreter des Staates herausgefordert, und der Mann

²⁵⁸⁴ Daneben sind wenige Fälle dokumentiert, in denen Betroffene das Gerichtsurteil nutzten, um Privatinteressen durchzusetzen. So kontaktierte etwa ein Rechtsanwalt aus Vorsfelde im Jahr 1958 das Gesundheitsamt in Gardelegen im Zuge eines Rechtsstreits „wegen Anfechtung der Ehelichkeit“. Der anwaltlich vertretene Mann gab an, „dass er zeugungsunfähig sei, da er im Jahre 1941 in Gardelegen entmannt [worden] sei. [...] Ich gestatte mir daher die Anfrage, ob dort noch irgendwelche Unterlagen vorhanden sind, die dem Landgericht Braunschweig, bei dem der Rechtsstreit schwebt, zur Verfügung gestellt werden können.“ Der Rat des Kreises Gardelegen antwortete einen Monat später und teilte mit, dass der Mann aufgrund eines Beschlusses des Erbgesundheitsgerichts Stendal im November 1942 unfruchtbar gemacht worden war. KrA Salzwedel, Bestand Gardelegen, Gesundheitswesen (GW), einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z), Nr. 76–18.

²⁵⁸⁵ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 3, fol. 309.

²⁵⁸⁶ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 3, fol. 309.

²⁵⁸⁷ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 3, fol. 310.

²⁵⁸⁸ LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 3, fol. 310.

konnte zumindest einen kleinen Sieg erringen, indem er seinen „Dienst an der Heimatfront“ mit einem Trecker leistete und sich damit verbunden auch über amtliche Anweisungen hinwegsetzte und zumindest ein kleines Stück Autonomie sowie ein selbstbestimmtes Leben bewahrte.

8.4 Zusammenfassung

Die geringe Anzahl von „freiwilligen“ Sterilisationsanträgen sowie die verhältnismäßig starke Anwendung von staatlichen Zwangsmaßnahmen spiegeln eine geringe Akzeptanz der nationalsozialistischen Zwangssterilisation sowie erhebliche persönliche Abwehr- und Verweigerungspotentiale von betroffenen Frauen und Männern wider. Dementsprechend kann die nationalsozialistische Zwangssterilisation als ein herrschaftliches Verfahren charakterisiert werden, das gegen den Willen und die persönlichen Vorstellungen von als „erbkrank“ geltenden Frauen und Männern durchgeführt wurde.

Widerständige Handlungen und Verhaltensweisen wie zielgerichtete Abwehrversuche, Verweigerungen und Zurückweisungen wurden jedoch nicht durch die Ablehnung der nationalsozialistischen Bevölkerungspolitik oder die rassenhygienische Unterscheidung in „wert“, „wertvoll“, „unwert“ und „minderwertig“ motiviert, sondern beruhten vor allem auf der persönlichen Überzeugung einer ungerechtfertigten Diagnose, einer ungenügenden Begutachtung und Untersuchung sowie einem darauf basierenden gerichtlichen Fehlurteil. Vor allem der operative Eingriff wurde als erzwungener Verlust der körperlichen Integrität und alleinigen Entscheidungsfreiheit über den eigenen Körper gedeutet. Die Zerstörung der Zeugungs- und Gebärfähigkeit spielte eine herausragende Bedeutung, indem sie als massive Schädigung von männlichen und weiblichen Rollenvorstellungen wahrgenommen wurde, die sowohl männlichen und weiblichen Ehrverlust als auch eine Entschlechtlichung zur Folge hatte.

In der Feststellung einer „erbkranken“ und „minderwertigen“ Veranlagung und Körperlichkeit sahen Betroffene ihre persönlichen Lebensleistungen rigoros abgewertet. Die Anordnung und Durchführung der zwangsweisen Unfruchtbarmachung wurden als Kriminalisierung und Stigmatisierung empfunden, die den betroffenen Frauen und Männern erzwungenermaßen und entgegen ihren persönlichen Wahrnehmungen sowohl einen „minderwertigen“ Stellenwert in der nationalsozialistischen Volksgemeinschaft beimaßen als auch das Selbstwertgefühl und die geschlechtsspezifische Identifikation als Frauen und Männer erheblich entwerteten und darüber hinaus das persönliche Lebens- und Familienglück nachhaltig zerstörten.

Die schriftlichen Eingaben und Beschwerden an die Erbgesundheitsgerichte oder ministeriellen Behörden mit dem Ziel, die gerichtlich angeordnete Sterilisation zu

verhindern, belegen nur partiell eine rassenhygienisch aufgeladene Sprache. Gleichwohl wurde die Auffassung von erbbedingten Leiden und die damit verbundene Unterscheidung von menschlichem Leben in „wert“, „wertvoll“, „minderwertig“ und „unwert“ auch teilweise von den als „erbkrank“ sterilisierten Frauen und Männern geteilt. Diese Ergebnisse verweisen zumindest tendenziell auf biopolitische Internalisierungsprozeduren von „erbkrank“ und „minderwertig“ als Bewertungs- und Zuweisungsmaßstäben eines geringeren rassenbiologischen Wertes von menschlichem Leben im Dritten Reich. Und auch wenn der diktatorische Charakter des Nationalsozialismus sowie das Schweigen der Quellen und die hierin auch zum Ausdruck kommende Hoffnungs- und Hilfslosigkeit keineswegs unterschätzt werden dürfen, so liegen die Gründe für die ausgebliebenen größeren Widerstände und die vorwiegend persönlichen Abwehrversuche der nationalsozialistischen Zwangssterilisation auch in der individuellen und gesellschaftlichen Überzeugung von der bevölkerungspolitischen Sinnhaftigkeit des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“.

Vor allem bis 1935/36 wurden häufiger widerständige Verhaltensweisen konstatiert, die aus lokalen Auseinandersetzungen infolge von Todesfällen oder einer intensiven amtsärztlichen Sterilisationspraxis resultierten. Einen Schwerpunkt widerständigen Verhaltens bildeten nach Ansicht des Reichsinnenministeriums insbesondere katholisch geprägte Gebiete. Am Beispiel der preußischen Provinz Sachsen erscheint der Verdacht, dass die in katholischen Gebieten aufgetretenen Widerstände instrumentalisiert und extrapoliert wurden, um eine gesellschaftliche Zurückdrängung insbesondere der katholischen Kirche zu unterstützen. Unter diesem Blickwinkel erwecken die überlieferten Berichte den Eindruck von stärkeren und auch organisierten Widerständen gegen die nationalsozialistische Zwangssterilisation, die jedoch nicht nachweisbar sind, sondern vielmehr durch die intensiven Kontrollen und polizeilich-geheimdienstlichen Interessen hervorgerufen wurden. Im Vergleich zu anderen und vor allem auch katholisch geprägten Regionen erscheinen größere Widerstände, Verweigerungen und Abwehrversuche auch nicht maßgeblich religiös motiviert worden zu sein. Vielmehr wurden widerständige Verhaltensweisen sowohl in protestantisch als auch katholisch geprägten Regionen durch individuelle Motive und Vorstellungen ausgelöst.

Neben der Kontrolle und Überwachung wurde eine intensive staatliche Aufklärungs- und Erziehungskampagne initialisiert. Außerhalb des konkreten Sterilisationsverfahrens unternahm die nationalsozialistische Presse den Versuch, das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ sowohl historisch als auch in Anbetracht der

zeitgenössischen internationalen Aktualität von Eugenik zu legitimieren, die rassenhygienische Notwendigkeit zur Aufartung und Stärkung des deutschen Volkes zu betonen, religiöse und gesundheitliche Vorbehalte zu entkräften sowie auf die Rechtssicherheit im Sterilisationsverfahren zu verweisen.²⁵⁸⁹ Innerhalb des Sterilisationsverfahrens sollte insbesondere das Merkblatt über die Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ aufklären. Diese Maßnahmen erzielten jedoch kaum Erfolge. Lediglich die Veränderungen der Begutachtungspraxis für den „angeborenen Schwachsinn“ durch den direkten Einbezug der „Lebensbewahrung“ sowie die gesetzlichen Zugeständnisse durch die Sicherstellung der finanziellen Versorgung von Familienverhältnissen ab 1937 konnten zu einer partiellen Abmilderung des als unrechtmäßig wahrgenommenen Sterilisationsverfahrens und dessen persönlicher Konsequenzen für die betroffenen Frauen und Männer beitragen.

Das Interesse an einer freiwilligen Beteiligung am nationalsozialistischen Sterilisationsverfahren beruhte auf den ersten Blick auf einem Effizienzprinzip, da die persönliche Bereitschaft als aktive Mitarbeit und Zustimmung zu einer zeitnahen Durchführung des medizinisch-juristischen Verfahrens beitragen sollte. Zugleich wohnten der freiwilligen Teilnahme unterschiedliche biopolitische Funktionen inne, die über das Sterilisationsverfahren als Selektionstechnologie hinausreichten. So besetzte die propagandistische Betonung der hohen freiwilligen Bereitschaft eine strategische Funktion, indem sie als bewusste Täuschung eine nicht oder zumindest nicht in dem behaupteten Maße existierende gesellschaftliche Zustimmung suggerierte. Demgegenüber besaß „Freiwilligkeit“ auch einen funktionalen Charakter, indem sie als bereitwillige Auskunft und Überlassung von persönlichen Unterlagen fungierte. Darüber hinaus wohnte der freiwilligen Zustimmung eine intentionale Funktion inne, da der allgemeine Abbau von Vorbehalten einen gesellschaftlichen Auffassungswandel gegenüber dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ erzeugen sollte. Hiermit verbunden besaß die freiwillige Zustimmung auch einen finalen Charakterzug, da sie als Ausweis der nationalsozialistischen Überzeugungskraft und Erziehungsarbeit diente.

Im Hinblick auf den ideologischen Gestaltungs-, Unter- sowie Einordnungsanspruch sah sich das Dritte Reich im Recht – was auch im Zwangscharakter des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ zum Ausdruck gebracht wird –, über

²⁵⁸⁹ Weiterhin wurde betont, „daß die Sterilisation weder eine Strafe, noch eine Entehrung darstelle.“ Makowski: Nationalsozialistische Parteipresse, S. 320.

die Körper und die Fortpflanzungsfähigkeit der männlichen und weiblichen Volksmitglieder zu verfügen und gegebenenfalls ihre Unfruchtbarmachung anzuordnen. Die Erfüllung der nationalsozialistischen Rassenutopie bestand jedoch nicht ausschließlich in der herrschaftlichen Durchsetzung oder im erzwungenen Gehorsam, sondern in der biopolitischen Internalisierung rassenhygienisch-erbbiologischer Vorstellungen und damit verbunden in der persönlichen Überzeugung von der Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit der persönlichen Unfruchtbarmachung. Die als „erbkrank“ auserkorenen Frauen und Männer sollten auf dem Reproduktionsaltar der „Volksgemeinschaft“ ihre Fortpflanzungsfähigkeit aus persönlicher Überzeugung von der nationalsozialistischen Weltanschauung und zugunsten der Aufartung der deutschen „Volksgemeinschaft“ freiwillig opfern. Im diesem Sinne fungierte die freiwillige Bereitschaft auch als Gradmesser für den Erziehungserfolg sowie die Interessenübereinkunft und die damit einhergehende Etablierung einer rassischen „Volksgemeinschaft“.

Die mit dem nationalsozialistischen Sterilisationsgesetz initialisierte exkludierende Bevölkerungspolitik war also von zwei sich wechselseitig beeinflussenden biopolitischen Axiomen geprägt. Die gesellschaftliche Etablierung des rassenhygienischen Dogmas erforderte einerseits die volksgemeinschaftliche und individuelle Anerkennung „erbkranker“ Männlichkeit und Weiblichkeit und damit verbunden die freiwillige Bereitschaft zur Vornahme der Sterilisation. Im Zuge der erbbiologischen Erziehung der Volksmitglieder, des fehlenden Eingeständnisses und der Weigerung zur freiwilligen Antragsstellung sah sich der Staat andererseits bemächtigt und berechtigt, die Unfruchtbarmachung durch den Einsatz von Zwangsmitteln durchzusetzen.

Der nationalsozialistische Staat übernahm mit dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ somit die Rolle des männlichen Familienoberhauptes und damit einhergehend die maßgebende Kontroll- und Schutzfunktion über das Fortpflanzungsverhalten des Volkes. Die patriarchalische Rolle begründete nicht nur den erbbiologischen Gestaltungsanspruch gegenüber der nationalsozialistischen „Volksgemeinschaft“, sondern gestattete ebenso die Anwendung von polizeilichen Zwangsmaßnahmen als väterlichen Erziehungsinstrumenten, um die gesellschaftliche Einsicht in die Notwendigkeit von rassenhygienisch indizierten Sterilisationen zu begründen. Der Nationalsozialismus konnte allerdings keinen derartigen Erziehungserfolg verzeichnen, stattdessen mussten bevölkerungspolitische Maßnahmen wie das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“, das „Ehegesundheitsgesetz“ und schließlich auch die Ermordung von männlichen und weiblichen Psychiatriepatienten zwangsweise oder als diktatorische Geheimaktion durchgeführt werden. Gleichwohl

waren soziobiologisch und erbbiologisch begründete Wertunterschiede fest im Denken verankert, und das sowohl bei gesunden Volksmitgliedern als auch bei als „erbkrank“ und „minderwertig“ geltenden Frauen und Männern. Diese Ergebnisse verweisen auf die Virulenz und Attraktivität eines biopolitischen Diskurses, der über die zeitlichen Grenzen des Dritten Reiches hinausreicht und dessen Zentrum die zwischen Bevölkerung und Individuum stattfindende permanente (Selbst-) Überprüfung des sozialen, ökonomischen und gesellschaftlichen Wertes von Frauen und Männern bildet.

9 Der H(Ort) der nationalsozialistischen Zwangssterilisation: Ergebnisse und Perspektive

9.1 Brüche und Kontinuitäten: die nationalsozialistische Zwangssterilisation in der unmittelbaren Nachkriegszeit

Es kann auf den ersten Blick durchaus ungewöhnlich erscheinen, das abschließende Kapitel der vorliegenden Untersuchung zur Geschichte der nationalsozialistischen Zwangssterilisation auf dem Gebiet der preußischen Provinz Sachsen mit einer historischen Nachbetrachtung des politischen, rechtlichen und auch gesellschaftlichen Umgangs mit dem rassenhygienischen Erbe in der (unmittelbaren) Nachkriegszeit zu beginnen. Zumal es an dieser Stelle nicht möglich ist, die divergenten politischen und juristischen Strategien gegenüber dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ nach 1945, die zumindest anfängliche Verfolgung von Ärzten und Richtern sowie das schweigende gesellschaftliche Arrangement und die fehlgeschlagene Anerkennung von unfruchtbar gemachten Frauen und Männern als Opfer des Nationalsozialismus und schließlich auch die diskursiven Kontinuitäten eugenischer Wissensbestände und Vorstellungen detailliert nachzuzeichnen.²⁵⁹⁰ Zugleich bilden gesetzliche Verfahrensweisen, Verfolgungspraktiken sowie auch Erfahrungen und Vorstellungen von der nationalsozialistischen Erb- und Rassenpflege in der Nachkriegszeit einen inhärenten Bestandteil der Geschichte der nationalsozialistischen Zwangssterilisation. Denn diese Umgangsweisen und Praktiken sowie Wahrnehmungs- und Deutungsmuster rekurrieren mittelbar wie unmittelbar auf die Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“, auf als notwendig erkannte bevölkerungspolitische Begründungen regulativer Maßnahmen zur Fortpflanzungsauslese sowie auch auf persönliche Erfahrungen in der rassenhygienischen Praxis. Denn entgegen der offensichtlichen rechtlichen und politischen Grenzziehungen verschwanden die mit dem nationalsozialistischen Sterilisationsgesetz verbundenen Ziele und Interessen an einer Verhinderung von „Minderwertigkeit“ und einer Optimierung der Bevölkerung keineswegs. Das Kriegsende bildete vielmehr einen faktischen Endpunkt der nationalsozialistischen Zwangssterilisation und zugleich einen diskursiven Übergang und Katalysator

²⁵⁹⁰ Vgl. etwa Westermann: *Verschwiegene Jahre*; Tümmers: *Anerkennungskämpfe*; Hahn: *Modernisierung und Biopolitik*; Obermann-Jeschke, Dorothee: *Eugenik im Wandel. Kontinuitäten, Brüche, Transformationen. Eine diskursgeschichtliche Analyse*, Münster 2008.

von biopolitischen Vorstellungen und Regulierungsinteressen. In diesem Sinne eröffnet die Betrachtung der unmittelbaren Nachkriegsgeschichte als Bestandteil der abschließenden Darlegung der erzielten Ergebnisse die Chance, nicht nur den Umgang mit dem nationalsozialistischen Sterilisationsgesetz nach Kriegsende auf dem Gebiet der preußischen Provinz Sachsen zu skizzieren, sondern zugleich auf überkommene und fortwährende biopolitische Diskurse hinzuweisen, die die Vorstellungen von scheinbar notwendigen selektiven Regulativen des männlichen und weiblichen Fortpflanzungsverhaltens ebenso wie Wahrnehmungen und Umgangsweisen mit als „anormal“ und „minderwertig“ geltenden Frauen und Männern prägen. Anhand der diskursiven Fluidität und des herrschaftlichen Wandels wird zudem die besondere Charakteristik des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ als regulatives Selektionsverfahren von männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“ sichtbar, welches nicht genuin nationalsozialistisch war, sondern durch das herrschaftliche Gefüge des Dritten Reichs eine radikale Dynamik erfuhr.

Im Vordergrund der folgenden Ausführungen steht zunächst eine historiographische Skizze, die die nationalsozialistischen Sterilisationspraktiken in der letzten Kriegsphase in den Blick nimmt und anschließend den politischen und rechtlichen Umgang mit dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ in der Sowjetischen Besatzungszone bis zum Ende der 1940er-Jahre kurz erörtert. Neben den sporadisch überlieferten Eingaben von betroffenen Frauen und Männern liegt der analytische Fokus abschließend auf der Verfolgung von beteiligten Ärzten und Richtern. Anhand der strafrechtlichen Vorwürfe, der Ermittlungen sowie insbesondere der Verteidigung und persönlichen Stellungnahmen können tief verwurzelte biopolitische Vorstellungen der Notwendigkeit von Fortpflanzungsregulativen diskutiert werden, die den Umgang mit der nationalsozialistischen Zwangssterilisation nach 1945 prägen.²⁵⁹¹

Am Ende des Zweiten Weltkrieges verursachten die alliierten Luftangriffe erhebliche organisatorische und personelle Notlagen im Justizsektor und Gesundheitswesen. Vor allem die Zerstörung von medizinischen Einrichtungen führte in einzelnen Städten zu einem Versorgungskollaps.²⁵⁹² So wurde auch die medizinische Versorgung der Stadt Magdeburg, die bereits seit den 1930er-Jahren an der Kapazitätsgrenze

²⁵⁹¹ Dementsprechend schließt das vorliegende Kapitel an die Diskussion des historischen Forschungsstandes zur nationalsozialistischen Zwangssterilisation an. Vgl. Kap. 2.1.

²⁵⁹² Beispielsweise war Nordhausen seit 1944 von starken Luftangriffen betroffen, die schließlich Anfang April 1945 zur weitgehenden Zerstörung der Stadt führten. Zu Konflikten im Gesundheitswesen siehe ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19363: Personalakten des Amtsarztes Dr. Paul Hesse

arbeitete, infolge des schweren Luftangriffs vom 16. Januar 1945 weitgehend zerstört.²⁵⁹³ In dieser Zeit waren Krankenhäuser und psychiatrische Einrichtungen zusätzlich mit verwundeten Soldaten und Flüchtlingen konfrontiert. Die Versorgung mit medizinischem Bedarf und Versorgungsgütern brach infolge der unmittelbaren Kriegshandlungen sowie der Besetzung zeitweise zusammen.²⁵⁹⁴

Aufgrund der geografischen Lage in der Mitte Deutschlands war die preußische Provinz Sachsen erst im April 1945 von direkten Kampfhandlungen betroffen.²⁵⁹⁵ Am 10. April erreichten die ersten amerikanischen Truppen den Westen der Provinz und besetzten Oschersleben, einen Tag später Halberstadt und am 12. April Stendal, Naumburg und Erfurt. Am 17. April wurde Halle/Saale kampflos übergeben. In Magdeburg zogen sich die Kampfhandlungen bis Anfang Mai 1945 hin. Anfang Juli 1945 wurde die ehemalige preußische Provinz Sachsen gemäß den politischen Vereinbarungen der Sowjetischen Militäradministration Deutschlands (SMAD) übergeben.²⁵⁹⁶

Trotz der zunehmenden Versorgungs- und Personalprobleme sowie der massiven Zerstörungen infolge von Luftangriffen und Kriegshandlungen betrieben Gesundheitswesen und schließlich auch die Erbgesundheitsgerichte die nationalsozialistische Zwangssterilisation nahezu bis zur unmittelbaren militärischen Besetzung. Entgegen der mittlerweile starken Kapazitäts- und Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen

in Nordhausen, Bd. 2 (1937–1946). Weiterführend Geiger, Walter: Nordhausen im Bombenvisier. Zum Luftkriegsschicksal einer mitteldeutschen Stadt 1940–1945, Nordhausen 2000; Kuhlbrodt, Peter (Hrsg.): Schicksalsjahr 1945 – Inferno Nordhausen. Chronik, Dokumente, Erlebnisbericht. Archiv der Stadt Nordhausen, 1995.

²⁵⁹³ Vgl. StA Magdeburg, Rep. 38 D, Nr. 1–3: Ausweichkrankenhäuser (1946–1952); StA Magdeburg, 150/35:4°: Verwaltungsbericht der Stadt Magdeburg 1936. Weiterführend Puhle, Matthias (Hrsg.): Magdeburg lebt! Kriegsende und Neubeginn 1945–1949. Begleitbuch zur Ausstellung „Magdeburg lebt!“ Kriegsende und Neubeginn 1945–1949, Magdeburg 2011.

²⁵⁹⁴ Vgl. etwa Bastian: Landesheilanstalt Haldensleben; Möller, Jürgen: Das Kriegsende in Mitteldeutschland 1945. Chronik der amerikanischen Besetzung von Thüringen und Teilen Sachsens und Sachsen-Anhalts vom 30. März–8. Mai 1945, Bad Langensalza 2014; ders.: Kriegsende an Saale und Unstrut April 1945, Bad Langensalza 2013; ders.: Der Kampf um den Harz, April 1945. Der Vorstoß des VII. US Corps von der Weser durch das nördliche Eichsfeld und die Goldene Aue bis in den Raum Sangerhausen, die Besetzung von Nordhausen, die Befreiung des KZ Mittelbau-Dora und die Kämpfe zur Zerschlagung der deutschen Truppen im Harz, 2., neubearb., Aufl., Bad Langensalza 2013.

²⁵⁹⁵ Am 1. Juli 1944 wurde die preußische Provinz Sachsen aus Verteidigungsgründen aufgelöst, der Regierungsbezirk Erfurt wurde Thüringen zugeschlagen sowie die Regierungsbezirke Merseburg und Magdeburg zu eigenen Provinzen erhoben. Vgl. Bohse: Entnazifizierung von Verwaltung und Justiz, S. 68–80,

²⁵⁹⁶ Im Zeitraum von etwa Ende März bis Spätsommer 1945 konnte keine Überlieferung zur nationalsozialistischen Zwangssterilisation ermittelt werden.

wurden von Erbgesundheitsgerichten bis Ende 1944 weiterhin fachärztliche Untersuchungen von „erbkrankverdächtigen“ Frauen und Männern angewiesen und in psychiatrischen Einrichtungen durchgeführt.²⁵⁹⁷

Ebenso wurden Gerichtsverhandlungen anberaumt und trotz Luftangriffen und massiven Personalproblemen abgeschlossen.²⁵⁹⁸ Die Durchführung von Gerichtsverhandlungen gestaltete sich nach der Zusammenlegung der Erbgesundheitsgerichte am Standort Naumburg schwierig, jedoch können bis zum Kriegsende 1945 zwei Sterilisationsbeschlüsse nachgewiesen werden.²⁵⁹⁹ Daneben versuchte das Erbgesundheitsgericht Naumburg Sterilisationsverfahren, die bislang nicht zum Abschluss gekommen waren, zu beenden und die Unfruchtbarmachung durchzusetzen.²⁶⁰⁰ So wurde das Gesundheitsamt in Burg/Elbe am 16. März 1945 vom zuständigen Erbgesundheitsgericht Naumburg aufgefordert, für die Durchsetzung der Sterilisation eines Forstarbeiters aufgrund von „erblichem Veitstanz“ zu sorgen.²⁶⁰¹ „Der Beschluß ist rechtskräftig, und es wird gebeten, die Unfruchtbarmachung [...] durchzuführen. Da [er] dauernd mit Eingaben kommt, die nichts Neues enthalten, wird es sich empfehlen, den Eingriff möglichst bald vornehmen zu lassen. Von der erfolgten Unfruchtbarmachung bitte ich hierher Nachricht zu geben.“²⁶⁰²

²⁵⁹⁷ Vgl. etwa LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 44, 157; LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 5, 59, 120.

²⁵⁹⁸ So mussten auch Verhandlungen vor dem Erbgesundheitsgericht Magdeburg aufgrund von Luftangriffen unterbrochen werden. Vgl. LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 75. Die Tätigkeit der gerichtlichen Erbjustiz im Dritten Reich wurde zum 1. Dezember 1944 stark eingeschränkt und alle Sterilisationsverfahren des Oberlandesgerichtsbezirks Naumburg wurden am Erbgesundheitsgericht Naumburg durchgeführt. Vgl. Kap. 6.2.1.

²⁵⁹⁹ Ob Sterilisationsbeschlüsse aus den letzten Kriegsmonaten durchgeführt wurden, kann nicht abschließend geklärt werden. Für das Krankenhaus Altstadt in Magdeburg kann beispielsweise die letzte Unfruchtbarmachung eines 28 Jahre alten Mannes am 28. November 1944 nachgewiesen werden. Vgl. StA Magdeburg, Rep. 38 C 11: Krankenhaus Altstadt, Operationsbuch Chirurgie (1943–1946), Bd. 2, fol. 63–64.

²⁶⁰⁰ Hierzu gehörten auch Sterilisationsverfahren, in denen der Aufenthaltsort von betroffenen Frauen und Männern nicht ermittelt werden konnte. Vgl. LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 49. So teilte etwa das Gesundheitsamt Magdeburg dem Erbgesundheitsgericht Naumburg am 27. März 1945 mit, dass der Aufenthaltsort einer jungen Frau nicht bekannt sei. „Die Angelegenheit wird von mir (Amtsarzt, Anm. d. Vf.) weiter verfolgt.“ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 98. Zur Flucht als Möglichkeit zur Verhinderung der Unfruchtbarmachung siehe auch Kap. 8.3.2.

²⁶⁰¹ Das Erbgesundheitsgericht Magdeburg hatte bereits im Mai 1943 die Unfruchtbarmachung beschlossen, welche das Erbgesundheitsobergericht Naumburg im Februar 1944 bestätigte.

²⁶⁰² LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 35.

Dagegen hatte ein Mann gegen den Beschluss des Erbgesundheitsgerichts Magdeburg vom 18. September 1944 Beschwerde mit der Begründung eingelegt, dass er fortpflanzungsunfähig sei. Das Erbgesundheitsobergericht Naumburg forderte daraufhin das Gesundheitsamt Magdeburg auf, die Angaben zu überprüfen. Die Recherchen wurden jedoch durch die Zerstörung der vorhandenen Dokumentation infolge des Luftangriffs vom Januar 1945 erschwert, sodass anhand unterschiedlicher Dokumente versucht wurde, die entsprechenden Ermittlungsergebnisse zu rekonstruieren. Am 26. März 1945 teilte das Erbgesundheitsgericht Naumburg dem Gesundheitsamt Magdeburg mit, dass versucht würde, den betroffenen Mann „nochmals vorzuladen und zu untersuchen. Nach der Erinnerung [...] hat [er] noch weitere Gründe angegeben, weshalb seine Unfruchtbarmachung nicht zu Recht angeordnet sei. Es wird versucht, [ihn] zu befragen, was er sonst noch gegen den Beschluß vorzubringen hat, und gegebenenfalls seine Angaben nachzuprüfen.“²⁶⁰³ Die angeordnete Überprüfung wurde durch die Besetzung von Naumburg zwei Wochen später hinfällig.

Aufgrund der sukzessiven Einschränkungen der Sterilisationspraxis seit Kriegsbeginn 1939 sowie in der Konsequenz von erheblichen Kriegseinwirkungen spielte die Umsetzung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation gegen die deutsche Bevölkerung im letzten Kriegsjahr keine herausgehobene Rolle. Die Durchführung kann sicherlich dem Geist einer geordneten Fortführung von (deutscher) Gerichts- und Verwaltungstätigkeit auch unter Kriegsbedingungen geschuldet sein. Gleichwohl könnte die Praktizierung bis zur militärischen Besetzung darauf hindeuten, dass es sich bei der Sterilisationspraxis zwar um eine marginalisierte, jedoch selbstverständlich gewordene bevölkerungspolitische Maßnahme handelte. Hierfür könnte auch sprechen, dass keine konkreten Hinweise von umfassenden Aktenvernichtungen vorliegen. Vielmehr sollten die bevölkerungspolitischen Register sowie Verfahrensunterlagen eingelagert und geschützt werden. Die nationalsozialistische Zwangssterilisation wurde demgemäß nicht als Unrecht oder Verbrechen wahrgenommen, das es zu verheimlichen galt, sondern als notwendige und sinnhafte bevölkerungspolitische Maßnahme.

Anhand der überlieferten Dokumente hatte die Auseinandersetzung mit dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ im Zeitraum von der militärischen Besetzung im April bis etwa August 1945 keine Bedeutung. In diesem Zeitraum spiel-

²⁶⁰³ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 78.

ten im Hinblick auf Fortpflanzungsregulative Vergewaltigungen sowie unzählige Gesuche um Schwangerschaftsabbrüche an die Gesundheitsämter eine herausgehobene Rolle.²⁶⁰⁴ Am 1. August 1945 setzte der Bezirkspräsident der Provinz Merseburg, Siegfried Berger,²⁶⁰⁵ die amtierenden Landräte, Oberbürgermeister und Amtsärzte über die Fortführung von erbpflegerischen Maßnahmen in Kenntnis.²⁶⁰⁶ Demnach solle das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ zwar vorerst „ruhen“. Unfruchtbarmachungen sowie Schwangerschaftsabbrüche aus gesundheitlichen Gründen sollten hingegen weitergeführt werden. Darüber hinaus sollten die Bestimmungen des Ehegesundheitsgesetzes hinsichtlich des Heiratsverbots aufgrund von Infektionskrankheiten beachtet werden. Weiterhin ist „die erbbiologische Kartei [...] als Zentralkartei des Gesundheitsamtes auszubauen und weiterzuführen. Die Zusammenarbeit mit den anderen Gesundheitsämtern ist nach Möglichkeit wiederaufzunehmen.“²⁶⁰⁷ Nach Anordnung des Bezirkspräsidenten von Merseburg wurden das nationalsozialistische Sterilisationsgesetz sowie die erbbiologischen Regelungen des Ehegesundheitsgesetzes somit vorerst ausgesetzt. Hingegen sollte die erbbiologische Kartierung der deutschen Bevölkerung als kameralistische Grundlage von bevölkerungspolitischen Maßnahmen vor allem in Anbetracht der schwierigen gesellschaftlichen Situation weiterbetrieben werden.

Das thüringische Landesgesundheitsamt informierte am 20. September 1945 die Gesundheitsämter, dass das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ aufgehoben werden würde. Gleichzeitig wurde eine Fortführung der bestehenden Sterilisationspraxis anvisiert. „Neufassung eines Gesetzes zur Verhütung von Nachwuchs

²⁶⁰⁴ Hierzu vor allem LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 13. Zum Umgang mit Vergewaltigungen und der Zulassung von Schwangerschaftsabbrüchen siehe etwa Hoffmann, Dierk/Schwartz, Michael: Sozialstaatlichkeit in der DDR. Sozialpolitische Entwicklungen im Spannungsfeld von Diktatur und Gesellschaft 1945/49–1989, München 2005, S. 73; Poutrus, Kirsten: Von den Massenvergewaltigungen zum Mutterschutzgesetz. Abtreibungspolitik und Abtreibungspraxis in Ostdeutschland, 1945–1950. In: Bessel, Richard/Jessen, Ralph (Hrsg.): Die Grenzen der Diktatur. Staat und Gesellschaft in der DDR, Göttingen 1996, S. 170–198; Hahn: Biopolitik und Modernisierung.

²⁶⁰⁵ Siegfried Berger, 1891–1946, Schriftsteller und Landespolitiker, seit 1927 wissenschaftlicher Hilfsarbeiter des Landeshauptmanns in der preußischen Provinz Sachsen. 1928 zum Landesrat gewählt und beispielsweise mit der Anstaltspflege betraut. Trotz Verbots von einzelnen Schriften blieb er nach 1933 im Amt und gab 1938 die Publikation „Aus der Provinz Sachsen“ von Louise von Francois heraus. Engere Kontakte zum Landeshauptmann der preußischen Provinz Sachsen, Kurt Otto, sowie freundschaftliche Beziehungen zu Erhard Hübener, dem ersten Ministerpräsidenten des Landes Sachsen-Anhalt 1946. Vgl. Kap. 2.3. Weiterführend Jankofsky, Jürgen/Weinert, Jörn (Hrsg.): Siegfried Berger – Schriftsteller, Politiker, Heimatschützer. Protokoll der Konferenz aus Anlass des 60. Todestages am 22. März 2006 im Ständehaus Merseburg, Merseburg 2006.

²⁶⁰⁶ Vgl. StA Halle/Saale, A 5.1 Bergmannstrost Nr. 2. Ehetauglichkeit, Rassenpflege und Zwillingsforschung (1939–1947), unfol.

²⁶⁰⁷ StA Halle/Saale, A 5.1 Bergmannstrost Nr. 2. Ehetauglichkeit, Rassenpflege und Zwillingsforschung (1939–1947), unfol.

erbkranker Eltern ist im Auftrage der Sowjet-Administration in Bearbeitung. Bis zur Herbeiführung dieser Neuregelung sind keinerlei Anträge auf Unfruchtbarmachung mehr zu stellen und etwa den Gesundheitsämtern vorgelegte Anträge unter Hinweis auf diese Anordnung nicht mehr zu bearbeiten. Es wird anheimgestellt, Anregungen über die künftige gesetzliche Regelung dem Landesgesundheitsamt vorzulegen.“²⁶⁰⁸ Demgemäß gingen zumindest die Gesundheitsbehörden in Thüringen davon aus, dass das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ zwar abgeschafft werden würde, jedoch die eugenisch intendierte Unfruchtbarmachung eine neue gesetzliche Grundlage erhalten und weitergeführt werden sollte.

Die zumindest partielle Erwartungshaltung in Teilen der Gesundheitsverwaltung in Mitteldeutschland erfüllte sich jedoch nicht. Mit dem Befehl Nr. 6 vom 8. Januar 1946 verbot die SMAD das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ aufgrund des antidemokratischen Charakters sowie der faschistisch-tendenziösen Behandlung der Vererbungslehre.²⁶⁰⁹ Daneben sollten begleitende bevölkerungspolitische Maßnahmen, wie etwa die Durchführung des Ehegesundheitsgesetzes, geprüft werden. Auf der Grundlage des Verbots durch die sowjetischen Behörden vermutete der Oberbürgermeister von Salzwedel im Februar 1946, das nunmehr nicht anzunehmen sei, „dass das Sterilisationsgesetz unter den veränderten Verhältnissen nach dem Kriege weiterbestehen wird. Eine Weiterführung der Akten wird daher nach vertretener Ansicht nicht für nötig gehalten, die Akten sind daher zu schließen und abzulegen.“²⁶¹⁰

Am 20. März 1946 teilte der Präsident der Provinz Sachsen, Erhard Hübener,²⁶¹¹ dem Bezirkspräsidenten in Magdeburg mit, dass ebenfalls das Ehegesundheitsgesetz „als typisch nationalsozialistisches Gesetz aufgehoben wurde. Es ist daher absolut ausgeschlossen, allgemein irgendwelche Ehegesundheitszeugnisse von den Verlobten zu fordern.“²⁶¹² Jedoch betrieb scheinbar ein Teil der Gesundheitsämter das nationalsozialistische Ehegesundheitsgesetz weiter, sodass sich der Präsident der Provinz

²⁶⁰⁸ StA Erfurt, Nr. 2/511–23045: Magistrat der Stadt Erfurt. Stadtgesundheitsamt, Erb- und Rassenpflege. Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, enthält u. a. Allgemeinen Schriftverkehr, Verordnungen und Richtlinien, Namenslisten der vom Erbgesundheitsgericht im Jahre 1935 erfassten Personen (1935–1944), unfol.

²⁶⁰⁹ Vgl. allgemein Foitzik, Jan: Sowjetische Militäradministration in Deutschland (SMAD). Struktur und Funktion, Berlin 2009.

²⁶¹⁰ StA Salzwedel, Fach 4, Nr. 13 (Nr. 14480): Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1946), fol. 39.

²⁶¹¹ Weiterführend Tullner, Mathias (Hrsg.): Erhard Hübener. Mitteldeutschland und Sachsen-Anhalt. Schriften, Reden, Dokumente des Landeshauptmanns und Ministerpräsidenten, Halle/Saale 2001.

²⁶¹² StA Salzwedel, Karton 41 (o. Nr.): Richtlinien zur Eheauglichkeit (Runderlasse, Verfügungen, Anträge auf Eheschließung) (1936–1941), fol. 108.

Sachsen am Ende des Jahres 1946 genötigt sah, das gesetzliche Verbot erneut zu betonen und die weitere Erhebung von Eheunbedenklichkeitsbescheinigungen durch die Gesundheitsämter zu untersagen. „Gemäß Erlaß des Herrn Präsidenten der Provinz Sachsen vom 7. Dezember 1946 ist die Forderung auf Eheunbedenklichkeitsbescheinigungen ab sofort verboten, weil das Ehegesundheitsgesetz wegen seines nazistischen Charakters ungültig ist.“²⁶¹³

Die vereinzelt Hinweise auf zumindest diskursive Kontinuitäten über die als notwendig erachtete Fortsetzung selektiver Regulative von männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“ können anhand von anekdotischen Indizien aus der Verwaltungstätigkeit ergänzt werden. So beschwerte sich im November 1945 der Präsident der Provinz Sachsen beim Regierungspräsidenten von Magdeburg, da im Gesundheitsamt Magdeburg weiterhin ein Sachbearbeiter für Gesundheitspflege angestellt sei.²⁶¹⁴ Die konkrete Beschwerde stand allem Anschein nach in Zusammenhang des bevorstehenden Verbots des nationalsozialistischen Sterilisationsgesetzes. Auch im Landgericht Naumburg war die gerichtliche Verwaltungstätigkeit am Jahresende 1945 zumindest noch formal auf eine Fortsetzung der Erbgesundheitsgerichtsbarkeit eingestellt, da das Gericht laut Generalkalender am 1. Dezember daran erinnert wurde, die richterlichen Beamten zu bestellen. „Das Landgericht ist infolge Auflösung nicht mehr zuständig. Generalfrist löschen.“²⁶¹⁵ Und schließlich wurden vor dem Hintergrund massiver Versorgungsprobleme auch die Rückseiten von Sterilisationsanträgen als Briefbögen für amtliche Schreiben genutzt, so etwa für eine Aufforderung zur Rückzahlung von zu Unrecht gezahlten Bezügen an einen Amtsarzt vom 30.12.1946.²⁶¹⁶

Das Verbot von nationalsozialistischen Erbgesundheitsgesetzen und die damit verbundene Einstellung von Maßnahmen zur rassenhygienischen Überprüfung oder Kartierung setzte sich spätestens seit 1947 in den Verwaltungs- und Gesundheitsbehörden von Sachsen-Anhalt endgültig durch. Lediglich zu Beginn des Jahres 1948 wurden die durchgeführten Verbotsmaßnahmen und damit verbundenen rechtlichen

²⁶¹³ StA Halle/Saale, A 5.1 Bergmannstrost Nr. 2. Eheauglichkeit, Rassenpflege und Zwillingsforschung (1939–1947), unfol.

²⁶¹⁴ Gegenüber dem Gesundheitsamt teilte der Regierungspräsident mit: „Mir war bekannt, dass das dortige Gesundheitsamt noch häufig zwecks Eheberatung aufgesucht wird, und ich habe deshalb, zumal es sich um die Angaben aus einem kommunalen Gesundheitsamt handelte, an der Angabe nichts geändert. Ich halte es nunmehr für erforderlich, dass [...] diese Sachbearbeiterstelle sofort aufgehoben wird LASA, C 28 Ig, Nr. 159: Städtisches Gesundheitsamt Magdeburg (1934–1945 (1946)), fol. 74.

²⁶¹⁵ LASA, C 128 Landgericht Naumburg, Nr. 140: Einzelsachen der Erbgesundheitsgerichte und Ernennung der richterlichen und ärztlichen Mitglieder (1936), fol. 178.

²⁶¹⁶ Vgl. LASA, C 48 Ii, Nr. 85: Die Nachweisung über das dienstliche und außerdienstliche Verhalten der Kreismedizinalbeamten (1855–1946), unfol.

Konsequenzen vor dem Hintergrund der Vorgehensweise in der britischen Besatzungszone, in der das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ formal weiterbestand und seit 1947 Wiederaufnahmeverfahren möglich waren, diskutiert. Diesbezüglich bat der Justizminister von Sachsen-Anhalt den Präsidenten des Oberlandesgerichts in Halle/Saale, „ob nach ihrer Ansicht ein Bedürfnis dafür besteht, ein ähnliches Gesetz auch in unserem Lande zu schaffen“.²⁶¹⁷ Am 14. Februar 1948 teilte der Oberlandesgerichtspräsident mit, dass in der britischen Besatzungszone die Erbgesundheitsgerichte weiterbestehen, hingegen in der SBZ verboten worden seien. Aus diesem Grund müsste die SMAD einen entsprechenden Befehl zur Wiederherstellung der Erbgesundheitsgerichte erlassen. Nach Ansicht des Oberlandesgerichtspräsidenten wäre eine Wiederaufnahme der Sterilisationsverfahren nur sinnvoll, wenn die erfolgte Unfruchtbarmachung rückgängig gemacht werden könnte. Dies müsste medizinisch geklärt werden, jedoch könne der Eingriff zur Wiederherstellung der Fortpflanzungsfähigkeit auch ohne gerichtliche Erlaubnis durchgeführt werden. Wenn der Beschluss lediglich theoretischen Wert besäße, wäre eine Wiederaufnahme aufgrund der Überlastung der Gerichte nicht sinnvoll. „Von praktischer Bedeutung wäre alsdann nur die Frage, ob und in welchem Umfange die Kosten eines solchen Eingriffes (im weitesten Sinne) von einer öffentlichen Kasse zu tragen wären. Nur ein diese Kostenfrage regelndes Gesetz hätte meines Erachtens Sinn und Zweck.“²⁶¹⁸ Eine gesetzliche Änderung hinsichtlich der rechtlichen Vorgehensweise in der britischen Besatzungszone wurde in Sachsen-Anhalt nicht etabliert.

Die einzelnen Stellungnahmen von Verwaltungs- und Gesundheitsbehörden hinsichtlich einer etwaigen Fortsetzung des Sterilisationsgesetzes sowie von einzelnen erbbiologischen Regelungen des Ehegesundheitsgesetzes bis Ende 1946 deuten indes darauf hin, dass seitens der Verwaltungsbehörden und auch innerhalb des Gesundheitswesens eine Fortführung von rassenhygienisch-eugenisch intendierten Selektionsmaßnahmen als notwendig angesehen, begrüßt oder zumindest nicht ausgeschlossen wurde. Auch auf dem Gebiet der nationalsozialistischen Erb- und Rassenpflege kann dementsprechend weder von einer „Stunde null“ noch einem Neuanfang gesprochen werden. Vielmehr überwogen tradierte Denkmuster und es wurde versucht, etablierte Bevölkerungsmaßnahmen fortzuführen.²⁶¹⁹

²⁶¹⁷ LASA, C 127, Nr. 1155: Erbgesundheitspflege, Bd. 1: 1936–1942, 1948, fol. 200.

²⁶¹⁸ LASA, C 127, Nr. 1155: Erbgesundheitspflege, Bd. 1: 1936–1942, 1948, fol. 203.

²⁶¹⁹ Eine frühe Diskussion verfasste Bonhoeffer, Karl: Ein Rückblick auf die Auswirkungen des nationalsozialistischen Sterilisationsgesetzes. In: Der Nervenarzt, Jg. 20 (1949), H. 1, S. 1–5.

Sowohl einen Bestandteil als auch Ausdruck von rassenhygienischen Denktraditionen und damit einhergehenden Forderungen nach regulativen Prozeduren des männlichen und weiblichen Fortpflanzungsverhaltens ebenso von Vorstellungen über männliche und weibliche „Minderwertigkeit“ bilden Strafverfahren gegen Ärzte und Richter, die an der Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation beteiligt waren.

Polizeiliche oder geheimdienstliche Ermittlungen wurden teilweise von Einschreiben von zwangssterilisierten Frauen und Männern ausgelöst, die aufgrund ihrer Unfruchtbarmachung eine Rehabilitierung, Wiedergutmachung oder Entschädigung einforderten.²⁶²⁰ Daneben wurden Ärzte und Richter durch Falschanschuldigungen denunziert.²⁶²¹ Einschränkend muss an dieser Stelle jedoch konstatiert werden, dass Äußerungen und Stellungnahmen von zwangssterilisierten Frauen und Männern kaum überliefert sind.²⁶²²

Beispielsweise kontaktierte im November 1946 ein Mann die Stadtverwaltung in Magdeburg und bat aufgrund seiner zwangsweisen Unfruchtbarmachung um eine Steuerermäßigung und die Wiederaufnahme des Sterilisationsverfahrens. Das Steueramt lehnte eine Steuerermäßigung ab, da es „keine besondere Härte“ erkannte.²⁶²³ Eine Wiederaufnahme sei ebenfalls nicht möglich, da die Erbgesundheitsgerichte geschlossen seien und die Unfruchtbarmachung nicht rückgängig gemacht werden könne. Dementsprechend bestünde lediglich die Möglichkeit einer Schadensersatzklage. Im Dezember 1946 gelangte das Verfahren an das Landgericht Magdeburg. Der Landgerichtspräsident schätzte die Beurteilung des Steueramts als ungehörig ein und wies eine politische Überprüfung des Sachbearbeiters an.²⁶²⁴ Nach Rücksprache mit dem

²⁶²⁰ Vgl. LASA, C 128 Landgericht Magdeburg, Nr. 346: Einzelsachen, Sammelakten (1938–1947), fol. 9–49; BStU, MfS, BV Magdeburg, AS 4/81, Bd. 1, Teil 1, fol. 71; BStU, MfS, BV Magdeburg, Ast. I 211/48, Bd. 1, fol. 21, 31–42.

²⁶²¹ Vgl. BStU, MfS, BV Magdeburg, AS 4/81, Bd. 1, Teil 1; BStU, MfS, BV Magdeburg, Ast. I 211/48, Bd. 1, fol. 3–11, 15–17.

²⁶²² Die Hintergründe der scheinbar selteneren Versuche und Stellungnahmen von Betroffenen können nicht erschlossen werden und es muss vermutet werden, dass eine Vielzahl von zwangssterilisierten Personen aus Scham, Unkenntnis sowie aufgrund der schwierigen Situation nach Ende des Zweiten Weltkrieges keine rechtlichen Schritte unternahm. Daneben finden sich einzelne Zeugnisaussagen von zwangssterilisierten Frauen und Männern im Rahmen von Ermittlungsverfahren gegen Ärzte und Richter. Ihre Aussagen sind begrenzt und beziehen sich auf das konkrete Ermittlungsverfahren. Dennoch schildern sie punktuell ihre persönlichen Wahrnehmungen der nationalsozialistischen Zwangssterilisation. Die unterschiedlichen Beurteilungen orientieren sich an den Vorwürfen, die bereits während des Dritten Reiches gemacht wurden. Vgl. BStU, MfS, BV Magdeburg, Ast. I Nr. 1260/48, fol. 105–110; BStU, MfS, BV Magdeburg, Ast. I 15/46, fol. 231–240.

²⁶²³ LASA, C 128 Landgericht Magdeburg, Nr. 346: Einzelsachen, Sammelakten (1938–1947), fol. 19.

²⁶²⁴ Vgl. LASA, C 128 Landgericht Magdeburg, Nr. 346: Einzelsachen, Sammelakten (1938–1947), fol. 33–34.

SED-Bezirksvorstand sollte sich der betroffene Mann beim Betriebsrat des Finanzamtes melden, um den Sachverhalt zu besprechen und eine Steuerermäßigung zu erreichen. Am 3. Januar 1947 stellte der Mann schließlich Strafanzeige gegen den begutachtenden Amtsarzt Erich Jeske wegen Körperverletzung und „Ruinierung“ seiner Familie.²⁶²⁵ Das Verfahren wurde aufgrund fehlender rassischer oder politischer Beweggründe eingestellt.²⁶²⁶

Eine Frau, die 1935 aufgrund von angeborenem Schwachsinn sterilisiert worden war, versuchte 1947 dagegen eine Aufhebung und Nichtigkeitserklärung des Sterilisationsbeschlusses zu erreichen, da sie zu Unrecht sterilisiert worden sei.²⁶²⁷ Sie leide unter einer starken „seelischen Belastung“ und fordere eine Wiedergutmachung. Zudem habe sie aufgrund einer Augenoperation ihre Sehkraft wiedergewonnen und möchte ein Kind adoptieren. Die Frau verfolgte das Ziel, den Sterilisationsbeschluss für ungültig erklären zu lassen, da sie an keiner „Erbkrankheit“ leide und grundlos unfruchtbar gemacht worden sei. Damit verbunden erhoffte sie eine Wiederherstellung ihrer persönlichen Reputation und auch rechtlichen Stellung, um die Chancen einer Adoption zu erhöhen. Nach der rechtlichen Überprüfung teilte der Justizminister der Landesregierung von Sachsen-Anhalt dem Oberlandesgerichtspräsidenten in Halle/Saale am 20. November 1947 mit, „dass es für die Zulässigkeit eines etwaigen Adoptionsvertrages wohl vollkommen gleichgültig ist, ob bei der Adoptivmutter erbliche oder erworbene Blindheit vorliegt“.²⁶²⁸

Daneben nahm der Justizminister Stellung zur Wiederaufnahme oder zur Nichtigkeitserklärung von nationalsozialistischen Sterilisationsbeschlüssen. Das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ widerspräche der heutigen Rechtsauffassung, „doch lässt sich eine vollzogene Unfruchtbarmachung nicht mehr beheben. Eine Aufhebung der betreffenden Entscheidung des Erbgesundheitsgerichts hätte daher nur theoretischen Wert, ohne einem rechtsschutzwürdigen Interesse der Betroffenen zu dienen.“²⁶²⁹ Insofern es sich um ein Fehlurteil handeln würde, da etwa keine „Erb-

²⁶²⁵ Vgl. LASA, C 128 Landgericht Magdeburg, Nr. 346: Einzelsachen, Sammelakten (1938–1947), fol. 38.

²⁶²⁶ Im Zuge der Ermittlungen gab der Mann an, dass die Unfruchtbarmachung ohne eine ärztliche Begutachtung erfolgt sei. Auch anhand einer Stellungnahme von Erich Jeske stellte sich schließlich heraus, dass der betroffene Mann seine Sterilisation persönlich beantragt hatte.

²⁶²⁷ Vgl. LASA, C 127, Nr. 1156: Erbgesundheitspflege, Einzelsachen, Bd. 1: 1937–1938, 1940, 1946, 1946–1948.

²⁶²⁸ LASA, C 128 Landgericht Magdeburg, Nr. 346: Einzelsachen, Sammelakten (1938–1947), fol. 49.

²⁶²⁹ LASA, C 128 Landgericht Magdeburg, Nr. 346: Einzelsachen, Sammelakten (1938–1947), fol. 49.

krankheit“ vorliege, könne ein entsprechender Bescheid durch ein amtsärztliches Attest erbracht werden. Aufgrund der bestehenden Rechtsauffassung wäre eine Wiederaufnahme des Erbgesundheitsverfahrens jedoch „undenkbar“. „Weit eher wäre es denkbar, dass Entscheidungen des Erbgesundheitsgerichts, die auf Unfruchtbarmachungen lauteten, ohne Untersuchung des konkreten Falles als grundsätzlich sittenwidrig erklärt werden.“²⁶³⁰ Hierzu bedürfe es jedoch einer Gesetzesinitiative, deren Notwendigkeit der Justizminister absprach. Dementsprechend bestand in den Augen des Justizministers „weder ein rechtsschutzwürdiges Interesse der Betroffenen noch eine gesetzliche Grundlage zu der beantragten Nichtigkeitserklärung“.²⁶³¹

Trotz der begrenzten Anzahl verweisen die angeführten Beispiele auf die besonderen psychischen und physischen Herausforderungen und Belastungen von zwangssterilisierten Frauen und Männern nach der chirurgischen Unfruchtbarmachung, wie etwa Verdienstaufschläge, gesellschaftliche Stigmatisierungen und Herabwürdigungen sowie auch begrenzte soziale und persönliche Entfaltungsmöglichkeiten. Die Erfolgsaussichten von Anträgen auf Steuerermäßigungen, Wiederaufnahmeverfahren, Nichtigkeitserklärungen oder Rehabilitation waren aufgrund der gesetzlichen Regelungen auch in der Sowjetischen Besatzungszone gering. Die Reaktionen von Verwaltungs- und Justizbehörden müssen als divergent eingeschätzt werden. Auf der einen Seite wurde die nationalsozialistische Sterilisationspraxis als „sittenwidrig“ deklariert. Zumindest punktuell kann auch ein gewisses Wohlwollen auch im Hinblick formloser Hilfen gegenüber den Interessen von zwangssterilisierten Frauen und Männern erblickt werden. Auf der anderen Seite offenbart insbesondere die Stellungnahme des Justizministers eine nüchterne und technokratische Umgangsweise mit Opfern der nationalsozialistischen Zwangssterilisation, die die persönlichen wie gesellschaftlichen Dimensionen der erzwungenen Unfruchtbarmachung weder moralisch noch rechtlich anerkennt.

Das hierin zum Ausdruck kommende Unverständnis über die Charakteristik und Ziele des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“, welches zugleich auch eine Akzeptanz von selektiven Fortpflanzungsregulativen widerspiegelt, kann

²⁶³⁰ LASA, C 128 Landgericht Magdeburg, Nr. 346: Einzelsachen, Sammelakten (1938–1947), fol. 49.

²⁶³¹ LASA, C 128 Landgericht Magdeburg, Nr. 346: Einzelsachen, Sammelakten (1938–1947), fol. 49. Da jedoch ein Verbrechen vorliegen könnte, sollten entsprechende Ermittlungen eingeleitet werden. „Da aber die Möglichkeit besteht, dass [...] ein nach dem Kontrollratsgesetz Nr. 10 zu verfolgendes Verbrechen gegen die Menschlichkeit begangen wurde, gebe ich gleichzeitig dem Herrn Generalstaatsanwalt von dem ganzen Vorfall Kenntnis zwecks Einleitung entsprechender Ermittlungen.“ LASA, C 127, Nr. 1156: Erbgesundheitspflege, Einzelsachen, Bd. 1: 1937–1938, 1940, 1946, 1946–1948, fol. 27.

anhand der strafrechtlichen Verfolgung von beteiligten Ärzten und Richtern detailliert betrachtet werden. Dabei muss berücksichtigt werden, dass mit der Ausnahme von Todesfällen, Selbstmorden oder der Flucht die leitenden Amtsärzte sowie die Vorsitzenden der Erbgesundheitsgerichte nach Kriegsende vorerst weitgehend im Amt blieben. Lediglich einzelne Amtsärzte und Richter wurden bereits im Zuge der Besetzung durch amerikanische und sowjetische Truppen inhaftiert.²⁶³² Zum Jahresende 1945 sowie aufgrund der Kontrollratsdirektive 24 vom 12. Januar 1946, die die Entlassung von nationalsozialistischen Parteigängern vorsah, wurde ein Großteil der vormaligen Amtsärzte und Erbgesundheitsrichter aus dem Staatsdienst entlassen. Die Begründung zielte nicht auf die Beteiligung an der Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“, sondern betraf die Mitgliedschaft in der NSDAP und parteilichen Gliederungen und Funktionen.²⁶³³ Der kleine Teil von Ärzten und Richtern, der der NSDAP nicht beigetreten oder ausgeschlossen worden war, blieb hingegen im Amt.²⁶³⁴

Intensivere polizeiliche und geheimdienstliche Ermittlungen begannen im Zuge des Verbots der nationalsozialistischen Zwangssterilisation im Januar 1946 und endeten nach Ausweis der vorliegenden Dokumentation im Verlauf des Jahres 1947 mit Freisprüchen.²⁶³⁵ Beispielsweise notierte das Landgericht Halle/Saale am 8. Januar 1946, dass zwei beauftragte Personen der SMAD im Gericht erschienen und eine Aufstellung über die Personen, die in der Universitätsklinik Halle/Saale, im Diakonissenhaus sowie im Krankenhaus Weidenplan sterilisiert wurden, einforderten.²⁶³⁶ Ende Juni 1946 wurden etwa die Amtsgerichte Halberstadt und Stendal angewiesen, die Namen der Erbgesundheitsrichter mitzuteilen.²⁶³⁷ Die polizeiliche und geheimdienstliche

²⁶³² Beispielsweise wurde Richard Puppel, Amtsarzt von Stendal, am 24.04.1945 durch amerikanische Truppen verhaftet und 11 Monate inhaftiert. Vgl. BStU, MfS, BV Magdeburg, Ast. I Nr. 1260/48, fol. 116–117.

²⁶³³ Die entlassenen Ärzte arbeiteten in anderen Bereichen, wie etwa in Betrieben, weiter. Richter wurde teilweise in staatlichen Bereichen, wie etwa zur Durchführung der Bodenreform 1946, wiedereingesetzt. Weiterführend Bohse: Die Entnazifizierung von Verwaltung und Justiz in Sachsen-Anhalt.

²⁶³⁴ So arbeitete Clemens Kathke, Amtsarzt von Calbe/Saale, später im Gesundheitsamt Weißenfels. Vgl. LASA, K 70 NS-Archiv des MfS, Nr. ZB II 1101 A.02 02.

²⁶³⁵ Teilweise wurden auch später Ermittlungsverfahren gegen Ärzte durchgeführt. Insgesamt bestand keine einheitliche strafrechtliche Verfahrensweise gegen Beteiligte am „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“. Vgl. BStU, MfS, BV Magdeburg, Allg. S 121/56, fol. 210–211; BStU, MfS, BV Magdeburg, Ast. I Nr. 1260/48.

²⁶³⁶ Vgl. LASA, C 127, Nr. 1156: Erbgesundheitspflege, Einzelsachen, Bd. 1: 1937–1938, 1940, 1946, 1946–1948, fol. 38.

²⁶³⁷ Vgl. LASA, C 128 Landgericht Magdeburg, Nr. 345: Erbgesundheitsgerichte, Sammelakten, Einzelsachen, Bd. 2: 1939–1946, fol. 136–137.

Vorgehensweise deutet insgesamt darauf hin, dass die sowjetischen Ermittlungsbehörden keine genauen Kenntnisse der gesetzlichen Ziele und Grundlagen, der Organisationsstrukturen sowie der Praxis der nationalsozialistischen Zwangssterilisation besaßen.

In der zweiten Jahreshälfte 1946 wurden unterschiedliche Ermittlungsverfahren gegen Ärzte und Richter eröffnet und Verhaftungen durch den sowjetischen Geheimdienst vorgenommen. Die deutschen Behörden waren über dieses eher willkürliche Vorgehen nicht informiert, sodass der Präsident der Provinz Sachsen die ihm unterstellten Landräte und Oberbürgermeister Anfang Oktober 1946 anwies, „Protokolle von Zwangssterilisierungsprozessen ein[zu]holen und umgehend an die deutsche Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen“ weiterzuleiten. Und auch der langjährige Medizinaldezernent von Magdeburg, Erich Möbius, besaß keinen Überblick, „welche Ärzte des Bezirkes zur Zeit einen Zwangssterilisierungsprozess unterworfen und bei welcher Behörde diese Prozesse geführt werden. Bei der Bedeutung der Angelegenheit ersuche ich sofort dem Erlass unmittelbar im Benehmen mit den Amtsärzten nachzukommen, die Protokolle einzuholen und mir durch Sonderkurier zwecks Weitergabe zuzuleiten.“²⁶³⁸

Die rechtliche Basis von Ermittlungsverfahren und Verhaftungen bot das Kontrollratsgesetz Nr. 10 vom 20. Dezember 1945, welches unter anderem die Bestrafung von Verbrechen gegen die Menschlichkeit ahndete. Daneben wurden Strafverfahren aufgrund der Kontrollratsdirektive Nr. 38 vom 12. Oktober 1946 geführt, die die Verhaftung und Bestrafung von Kriegsverbrechern und Nationalsozialisten ermöglichte.²⁶³⁹

Das konkrete Verfolgungsinteresse von Personen in der SBZ, die an der nationalsozialistischen Zwangssterilisation maßgeblich beteiligt waren, skizzierte ein sowjetischer Major in einer Rede am 28. Mai 1946 in Halle/Saale.²⁶⁴⁰ „Zur Frage der Sterilisation haben die SMA und die zentrale Justizverwaltung klar Stellung genommen und eine Regelung gefunden. Wir können Leute nur in den Fällen zur Verantwortung

²⁶³⁸ LASA, C 30 Jerichow I A, Nr. 177: Medizinalangelegenheiten (u. a. Erbkrankheiten) (1945), unfol. Rund einen Monat später teilte etwa der Landrat von Burg/Elbe mit, dass am hiesigen Amtsgericht keine Zwangssterilisierungsprozesse durchgeführt wurden.

²⁶³⁹ Zur Entnazifizierung innerhalb der Justiz in der Sowjetischen Besatzungszone weiterführend Bohse: Entnazifizierung von Verwaltung und Justiz, S. 467–645.

²⁶⁴⁰ Zur Person Major Nikolayev liegen keine gesicherten Ergebnisse vor. Jan Foitzik verzeichnet einen Oberstleutnant Nikolajew, Abteilungschef für Landwirtschaft in Thüringen 1946–1947. Vgl. Foitzik: Sowjetische Militäradministration in Deutschland, S. 456. In der Rede vertrat Major Nikolayev einen allgemeinen politischen und rechtlichen Standpunkt der SMAD, der sich später in den Ermittlungen und Anklagepunkten wiederfindet.

ziehen, in denen Sterilisationen aus rassistischen und politischen Verfolgungsgründen durchgeführt sind. Wir wollen nicht Leute zur Verantwortung ziehen, die die Sterilisationen durchgeführt haben auf Grund wissenschaftlicher Forschung. Nur die Ärzte unterliegen der Verantwortung, die aus politischen und rassistischen Gründen sterilisiert haben. Leute, die im Wege der Anzeige aus rassistischen und politischen Gründen andere verfolgt haben, die Urteile aus politischen und rassistischen Gründen erlassen haben bezüglich der Sterilisation, unterliegen der Bestrafung.“²⁶⁴¹ Der strafrechtlichen Einschätzung der SMAD schloss sich die Provinzialregierung mit einer Verordnung „über die Bestrafung von Zwangssterilisationen aus politischen und rassistischen Gründen unter dem Hitlerregime“ vom 14. Juni 1946 an.²⁶⁴² Die angestrebte strafrechtliche Verfolgung unterschied demnach zwischen einer wissenschaftlichen Ausrichtung als legitimer Sterilisationspraxis und einer illegitimen rassistischen und politischen Handhabung, die als Straftat im Rahmen der Kontrollratsdirektiven gewertet werden sollte.

Die Überlieferungen zur politischen Verfolgung in der SBZ/DDR bis zum Ende der 1940er-Jahre belegen, dass Strafverfahren gegen Ärzte und Richter aufgrund ihrer Beteiligung an der nationalsozialistischen Zwangssterilisation nur sporadisch durchgeführt wurden.²⁶⁴³ Ein einheitliches Vorgehen der sowjetischen Behörden und schließlich der deutschen Gerichte bestand nicht, vielmehr wurden teilweise willkürlich Ärzte oder Richter inhaftiert. Unmittelbare Berufskollegen blieben dagegen unbehelligt.²⁶⁴⁴ Insgesamt erscheinen die Ermittlungen unkoordiniert und uneinheitlich, so dass Strafverfahren durch die lokale Situation, aufgrund von Hinweisen aus der Bevölkerung und auch durch Denunziationen hervorgerufen wurden.²⁶⁴⁵

²⁶⁴¹ BStU, MfS, BV Magdeburg, Ast. I 15/46, fol. 31.

²⁶⁴² Die erwähnte Verordnung vom 14. Juni 1946 konnte nicht aufgefunden werden. Sie diente aber im Zuge von Ermittlungsverfahren, etwa gegen Fritz Winter, eine strafrechtliche Beurteilungsgrundlage. Vgl. BStU, MfS, BV Magdeburg, Ast. I 15/46, fol. 207. Zum Verfahren gegen Fritz Winter und andere Personen aufgrund der Beteiligung an der nationalsozialistischen Zwangssterilisation siehe die folgenden Ausführungen.

²⁶⁴³ Die Ermittlungen konzentrierten sich im medizinischen Bereich auf die Beteiligung am nationalsozialistischen Krankenmord an psychiatrischen Patientinnen und Patienten. Daneben wurde eine Vielzahl von Verfahren aufgrund von Vergehen an Kriegsverbrechen, der Verfolgung von Jüdinnen und Juden sowie auch Übergriffen auf Kriegsgefangene geführt. Die rechtliche Grundlage bildeten das Kontrollratsgesetz 10 sowie die Kontrollratsdirektiven 38 und 201.

²⁶⁴⁴ Auch wurde keine strafrechtliche Unterscheidung zwischen Richtern und Ärzten, die Gutachten erstellten, an Erbgesundheitsgerichten tätig waren oder die Operationen durchführten, vorgenommen.

²⁶⁴⁵ Die Verfahren gegen Erich Jeske und Jacob André wurden in hohem Maße von Denunziationen und falschen Anschuldigungen geprägt, die auf der jeweiligen medizinischen Tätigkeit sowie auf persönlichen Konflikten beruhten. Vgl. StA Magdeburg, PA Nr. 3144, fol. 17–20; BStU, MfS, BV Magdeburg, AS 4/81, Bd. 1, Teil 1, fol. 71; BStU, MfS, BV Magdeburg, Ast. I 211/48, Bd. 1, fol. 3–21, 31–59.

Die konkrete Verfolgungspraxis kann exemplarisch am Beispiel Magdeburgs beschrieben werden. Vermutlich im August und September 1946 wurden sechs Ärzte und Richter vom NKWD inhaftiert.²⁶⁴⁶ Nach Ansicht des NKWD hätten die inhaftierten Personen „aktiv und bewusst die ‚Rassentheorie‘ des Faschismus durchgeführt und somit die Diktatur des Faschismus in Deutschland gefestigt“.²⁶⁴⁷

Da das Strafverfahren durch deutsche Behörden durchgeführt werden sollte, wurden die inhaftierten Personen Ende November 1946 an das Landgericht Magdeburg überstellt und in der Untersuchungshaftanstalt Magdeburg-Neustadt inhaftiert.²⁶⁴⁸ Aufgrund von geringen Ermittlungsergebnissen infolge sporadischer Recherchen sowie einer anwaltlichen Verteidigung wurden die inhaftierten Personen Anfang Februar 1947 aus der Untersuchungshaft entlassen. Die Haftbefehle blieben jedoch bestehen und das Ermittlungsverfahren wurde weitergeführt.

Der zuständige Untersuchungsrichter informierte am 29. Oktober 1947 den Oberstaatsanwalt in Magdeburg, dass die Voruntersuchungen abgeschlossen wurden. „Beim Ermittlungsverfahren in der Voruntersuchung sind nach Aussagen von Sterilisierten, die stichprobenmäßig anhand der Erbgesundheitsakten durchgeführt sind, keine Fälle festgestellt, die aus rassistischen oder politischen Gründen durchgeführt worden sind.“²⁶⁴⁹ Am 7. Januar 1948 teilte der Generalstaatsanwalt in Halle/Saale den Untersuchungsbehörden in Magdeburg schließlich mit, dass auch die SMA mit einer Einstellung des Verfahrens aus Mangel an Beweisen einverstanden sei.²⁶⁵⁰ Das Verfahren wurde schließlich am 28. Januar 1948 eingestellt.²⁶⁵¹ Der Beschluss der zweiten Strafkammer des Landgerichts Magdeburg konstatierte, dass die Ermittlungen „zweifelsfrei

²⁶⁴⁶ Hierbei handelte es sich um den langjährigen Erbgesundheitsrichter Georg Köhnicke, den beamteten Beisitzer Jacob André, die nicht-beamteten Beisitzer Ulrich Hintze, Fritz Winter und Paul Schehka sowie den Frauenarzt Gustav Kleff, der in der Landesfrauenklinik Magdeburg chirurgische Eingriffe vorgenommen hatte. Die Auswahl der verhafteten Ärzte war unsystematisch, da lediglich eine kleine Personengruppe angeklagt wurde, dagegen andere maßgeblich beteiligte Personen des Erbgesundheitsgerichtsbezirks Magdeburg unbehelligt blieben oder sogar weiter im öffentlichen Dienst arbeiteten. Vgl. BStU, MfS, BV Magdeburg, Ast. I 15/46, fol. 6–7.

²⁶⁴⁷ BStU, MfS, BV Magdeburg, Ast. I 15/46, fol. 6–7. Der strafrechtliche Vorwurf bestand in Verbrechen gegen die Menschlichkeit und orientierte sich am Kontrollratsgesetz Nr. 10, an der Kontrollratsdirektive 38 sowie an der Verordnung der Provinzialregierung vom 14. Juni 1946.

²⁶⁴⁸ Vgl. auch Bastian, Alexander: *Repression, Haft und Geschlecht. Die Untersuchungshaftanstalt des Ministeriums für Staatssicherheit Magdeburg-Neustadt 1958–1989*, Halle/Saale 2012, S. 97–116.

²⁶⁴⁹ BStU, MfS, BV Magdeburg, Ast. I 15/46, fol. 382.

²⁶⁵⁰ Vgl. BStU, MfS, BV Magdeburg, Ast. I 15/46, fol. 397.

²⁶⁵¹ Ein nicht zu unterschätzender Hintergrund der Einstellung des Verfahrens bestand in dem Umstand, dass hierdurch die Verfolgung durch die Abteilung K5 der Kriminalpolizei und die Eröffnung eines Verfahrens aufgrund des Befehls 201 vom 16. August 1947, der die Entnazifizierung und vollständige Säuberung aller öffentlichen Ämter und der Wirtschaft von aktiven Faschisten, Militaristen und Kriegsverbrechern verfolgte, gewährleistet werden sollte. Entsprechende Verfahren wurden schließlich am 28. April 1948 aus Mangel an Beweisen eingestellt. Vgl. BStU, MfS, BV Magdeburg, Ast. I 15/46, fol. 388, 408.

ergeben [haben], daß in keinem der untersuchten Fälle eine Unfruchtbarmachung aus politischen oder rassischen Gründen erfolgte. Die Zwangssterilisationen wurden nur in dringenden Fällen angeordnet, wenn es sich entweder um Schwachsinnige oder mit irgendwelchen Erbkrankheiten behaftete Personen handelte, die häufig in ihrem Trieb- leben halt- und hemmungslos waren.“²⁶⁵² Nach Ansicht des Gerichts wurden Sterili- sationsverfahren ohne Ansehen der Person durchgeführt und sie verfolgten das Ziel, „die Geburten erbkranken Nachwuchses einzuschränken“.²⁶⁵³ In diesem Sinne könn- ten keine politischen und rassischen Beweggründe nachgewiesen werden. „Es handelt sich vielmehr um Unfruchtbarmachungen aufgrund wissenschaftlicher Forschun- gen.“²⁶⁵⁴

Die gerichtliche Begründung zur Einstellung des Verfahrens bildet symptoma- tisch den Umgang mit der nationalsozialistischen Zwangssterilisation als gesetzlich legitimiertem Selektionsverfahren im Dritten Reich sowie mit unfruchtbar gemachten Frauen und Männern in der Nachkriegszeit ab.²⁶⁵⁵ Darüber hinaus bringt die Stellung- nahme eine charakteristische Unterscheidung in einen anthropologischen und hygie- nischen Rassismus zum Ausdruck, welche Gisela Bock in ihrer Untersuchung zur Zwangssterilisation im Nationalsozialismus eingehend beschrieben hat.²⁶⁵⁶ In diesem diskursiven biopolitischen Duktus wies Georg Köhnicke, vormaliger Vorsitzender des Erbgesundheitsgerichts Magdeburg, den Vorwurf einer rassischen Beurteilungspraxis im Sterilisationsverfahren als Unterstellung zurück und behauptete, dass die Zwangs- sterilisation auf das deutsche Volk und nicht auf die Rasse gerichtet war.²⁶⁵⁷ Im anth- ropologischen Verständnis von Rasse wurde die zwangsweise Unfruchtbarmachung von „erbkrank“ und „minderwertig“ geltenden Frauen und Männern nicht als eine ras- sische Selektionsmaßnahme gegen die deutsche Bevölkerung, sondern als ein wissen- schaftlich fundiertes eugenisches Verfahren zur Verhinderung von „erbkranker Min- derwertigkeit“ verstanden.²⁶⁵⁸ Mit dem Hinweis auf die wissenschaftlichen Grundla-

²⁶⁵² BStU, MfS, BV Magdeburg, Ast. I 15/46, fol. 229.

²⁶⁵³ BStU, MfS, BV Magdeburg, Ast. I 15/46, fol. 229.

²⁶⁵⁴ BStU, MfS, BV Magdeburg, Ast. I 15/46, fol. 229.

²⁶⁵⁵ Auch wurden die geringen wissenschaftlichen Erkenntnisse über die Vererbung der im „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ verzeichneten „Erbkrankheiten“ sowie die Anwendung einzelner Diagnosen wie vor allem des „angeborenen Schwachsinn“ nicht hinterfragt. Vgl. Nachts- heim: Für und Wider die Sterilisierung.

²⁶⁵⁶ Vgl. Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 15–16.

²⁶⁵⁷ Vgl. BStU, MfS, BV Magdeburg, Ast. I 15/46, fol. 42.

²⁶⁵⁸ Vgl. auch die Tätigkeit des Ausschusses der Rassegeschädigten und des Ausschusses der Opfer des Faschismus in Magdeburg, der die Verfolgung von jüdischen Bürgerinnen und Bürgern sowie Widerstandskämpferinnen und -kämpfern und politischen Opfern untersuchte. Zwangssterilisierte

gen des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ legitimierte das Magdeburger Landgericht nachträglich die nationalsozialistische Zwangssterilisation, da zielgerichtet „erbkrank“ Frauen und Männer, die häufig halt- und hemmungslos seien, nicht unrechtmäßig unfruchtbar gemacht worden seien.

Abschließend wurden Ärzte und Richter „angehört“, die aufgrund des Kontrollratsgesetzes Nr. 4 vom 20. Oktober 1945 entlassen oder im Zuge des dargestellten Ermittlungsverfahrens angeklagt wurden. Ihre Einschätzungen zur persönlichen Partizipation an der nationalsozialistischen Herrschaft sowie zur Beteiligung an der nationalsozialistischen Zwangssterilisation weisen in Ergänzung der gerichtlichen Entscheidung auf zeitgenössische persönliche Vorstellungen und Wahrnehmungen über die Notwendigkeit von bevölkerungspolitischen Regulativen hin. Auch wenn ihren Aussagen vor dem Hintergrund eines Gerichtsprozesses und einer drohenden Verurteilung sicherlich eine tendenziöse Charakteristik zugestanden werden muss, so beherbergen diese Deutungsmuster jedoch auch wesentliche Merkmale der Auseinandersetzung mit dem Nationalsozialismus und der Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“, die den persönlichen wie gesellschaftlichen Umgang nach 1945 prägten.

Die entlassenen ärztlichen und richterlichen Amtsträger versuchten, ihre Mitgliedschaft in der NSDAP zu relativieren und stattdessen ihre kritische Haltung zum Nationalsozialismus sowie zu Parteigrößen zu betonen.²⁶⁵⁹ So erklärte Hubert Geimer, der als Richter am Erbgesundheitsgericht Magdeburg tätig war, dass er zum Parteieintritt in die NSDAP gedrängt worden sei und infolge einer Weigerung seine Anstellung verloren hätte.²⁶⁶⁰ Jedoch habe er versucht, durch seine Mitgliedschaft in der NSDAP

Frauen und Männer galten demgegenüber nicht als „rassegeschädigt“. Vgl. StA Magdeburg, Rep. 41 Nr. 833: Tätigkeit des Ausschusses der Rassegeschädigten und des Ausschusses der Opfer des Faschismus (1929–1943, 1945–1949).

²⁶⁵⁹ In Anbetracht der vorherrschenden Rahmenbedingungen bezeugen die Beschreibungen der beteiligten Ärzte und Richter eine parteiische und einseitige Darlegung, da sie eine Entlassung oder, im Rahmen von Untersuchungshaft und Ermittlungsverfahren, eine Haftstrafe verhindern wollten. Trotz der strategischen Filterungen und Einschränkungen können prägende Wahrnehmungsmuster zur Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation nach dem unmittelbaren Kriegsende erschlossen werden. Hierzu müssen der Kontext sowie der Zeitpunkt der jeweiligen Aussagen und die ihr hierdurch geprägten Interessen und Ziele sowie Verteidigungsstrategien, Entlastungstopoi sowie beruflichen Einschätzungen berücksichtigt werden.

²⁶⁶⁰ Vgl. LASA, C 127 Anh. Justiz PA G, Nr. 50, Bd. 2, fol. 211; LASA, C 127 Anh. Justiz PA G, Nr. 50, Bd. 4.

positiven Einfluss auf die Gerichtspraxis und die gerichtliche Unabhängigkeit auszuüben. Zudem sei seine Ablehnung des Nationalsozialismus kontinuierlich gestiegen und er habe auch das Hitlerbild in seinem Dienstzimmer zerrissen.²⁶⁶¹

Georg Köhnicke, Erbgesundheitsrichter in Magdeburg, hielt in einem Lebenslauf vom Oktober 1945 fest, dass er sich nie politisch bestätigt habe und aufgrund der demokratischen Erziehung seiner Eltern eine liberale „Denkungsart“ besäße.²⁶⁶² Dem Eintritt in die NSDAP seien Drohungen vorausgegangen und er habe Angst vor einer Entlassung gehabt. Insgesamt empfand er das Gefühl eines geistigen und seelischen Zwangs, obgleich er sich durchaus gewehrt und sich missbilligend über die „Wahnsinnspolitik“ Hitlers geäußert habe.²⁶⁶³ In einem Schreiben an den Präsidenten der Provinz Sachsen vom 29. November 1945 hielt er fest: „Auch im gesamten Betrieb ist man darüber verwundert, da gerade ich als einer der wenigen im Gericht bekannt bin, die sich seit 1933 stets abfällig über das Hitler-Unwesen geäußert und seine irrsinnige Politik oftmals verdammt haben.“²⁶⁶⁴ Er empfinde seine Entlassung als großes Unrecht und möchte am Neuaufbau des Landes aktiv teilnehmen. „Eine nazistische Gesinnung habe ich nie gehabt und gutgeheißen, betrachte mich auch nicht den aktivistischen Nazis zugehörig gewesen.“²⁶⁶⁵ Diesen Stellungnahmen schlossen sich unterschiedliche Leumundszeugen an, darunter auch die Synagogengemeinde Magdeburgs.²⁶⁶⁶

Und auch Hermann Heine, der als stellvertretender Vorsitzender im Erbgesundheitsgericht Stendal fungiert hatte, verfolgte eine vergleichbare Strategie.²⁶⁶⁷ Er

²⁶⁶¹ Vgl. LASA, C 127 Anh. Justiz PA G, Nr. 50, Bd. 2, fol. 211. Seine kritische Haltung versuchte er auf der Grundlage einer Vielzahl von Zeugen zu belegen und verwies in diesem Zusammenhang auch auf seine persönliche Nähe zu einer Widerstandsgruppe in Halle/Saale. Vgl. LASA, C 127 Anh. Justiz PA G, Nr. 50, Bd. 4.

²⁶⁶² Vgl. LASA, C 127 Anh. Justiz PA K, Nr. 347, Bd. 4, fol. 2.

²⁶⁶³ Vgl. LASA, C 127 Anh. Justiz PA K, Nr. 347, Bd. 4, fol. 2.

²⁶⁶⁴ LASA, C 127 Anh. Justiz PA K, Nr. 347, Bd. 4, fol. 3. Die Betriebsvertretung der Gerichtsbehörden in Magdeburg bestätigte Anfang Dezember 1945, dass Köhnicke zwar Parteigenosse gewesen wäre, „aber nie eine nazistische Gesinnung gehabt [habe]. Er hat im Gegenteil, wie den Mitgliedern der Betriebsvertretung bekannt, seit Jahren seine Abneigung gegen das Nazisystem bei jeder passenden Gelegenheit zum Ausdruck gebracht.“ LASA, C 127 Anh. Justiz PA K, Nr. 347, Bd. 4, fol. 5–6.

²⁶⁶⁵ LASA, C 127 Anh. Justiz PA K, Nr. 347, Bd. 4, fol. 3.

²⁶⁶⁶ Vgl. LASA, C 127 Anh. Justiz PA K, Nr. 347, Bd. 4, fol. 16.

²⁶⁶⁷ So verfolgte auch Paul Tormann, als stellvertretender Richter am Erbgesundheitsgericht Halle/Saale tätig, die Argumentationsstrategie eines erzwungenen Eintritts in die NSDAP. Zudem habe er sich niemals politisch betätigt. In einem Schreiben an den Präsidenten der Provinz Sachsen vom August 1945 führt Tormann aus: „Vor 1933 bin ich politisch nicht tätig gewesen, habe ich keiner politischen Partei angehört, weil ich auf dem Standpunkt stehe, dass ein Strafrichter, der politisch tätig ist, in Gefahr gerät ungerechte Urteile zu fällen. Nachdem Hitler die Macht an sich gerissen hatte, musste ich sehr gegen meinen Willen in die Nazipartei eintreten, weil mir der damalige Leiter des Rechtswahrerbundes, Prof. Dr. Erwin Noack, in zwei längeren Aussprachen drohte, dass ich mein Amt als Richter verlieren werde, wenn ich mich weiter weigerte, der Partei beizutreten. Ich habe von meiner Parteizugehörigkeit, die ich am 1.5.33 erlangte, niemals Gebrauch gemacht [...]. Aus Vorgesagtem ergibt sich auch meine jetzige politische Einstellung. Ich tue

sei durch parteipolitischen Druck und gegen innere Widerstände der NSDAP beigetreten, aber er habe das nationalsozialistische Regime kompromisslos abgelehnt.²⁶⁶⁸ Er habe Hitler zudem als „Wahnsinnigen“ und Goebbels als „Ausgeburt des Satans“ bezeichnet. Darüber hinaus seien seine Brüder infolge des Attentats auf Hitler am 20. Juli 1944 verhaftet worden und sein Sohn als Antifaschist gestorben und posthum mit höchsten Auszeichnungen geehrt worden.²⁶⁶⁹

Die einzelnen Stellungnahmen der Beweggründe sowie Einstellungen gegenüber dem Nationalsozialismus erscheinen schematisch und folgen dem bekannten Muster eines erzwungenen Eintritts in die NSDAP mit einer gleichzeitigen unpolitischen Einstellung und inneren Abwehrhaltung gegenüber nationalsozialistischen Vorstellungen.²⁶⁷⁰ Die Tätigkeit als Richter in einem Erbgesundheitsgericht wurde im Rahmen der Entlassungsverfahren aus politischen Gründen nicht erwähnt.

Im Zuge des Verbots des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ im Januar 1946 fungierte die ärztliche und richterliche Beteiligung als ein Entlassungsgrund. In der Konsequenz der Kriminalisierung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation waren seitens der beteiligten Ärzte und Richter spezifische Argumentations- und Verteidigungsstrategien erforderlich. Die politische und rechtliche Bewertung der Teilnahme kann am Beispiel von Julius Kettmann nachgezeichnet werden, der, mittlerweile zum Landgerichtspräsidenten von Halle/Saale ernannt, am 26. November 1945 aus gesundheitlichen Gründen darum bat, von seiner Funktion entbunden und als Richter verwendet zu werden.²⁶⁷¹ Trotz berechtigter gesundheitlicher Beschwerden scheint das Entlassungsgesuch Kettmanns darauf hinzudeuten, dass er Ermittlungen und eine Entlassung befürchtete.

meine Pflicht als Richter, kümmere mich um politische Angelegenheiten nicht und glaube auf diese Weise dem Volk am besten dienen zu können.“ In einem Lebenslauf, den Tormann zwei Monate später verfasst, betont er, dass ihm ein Austritt aus der Partei nicht möglich gewesen wäre, „weil eine solche Erklärung ein Disziplinarverfahren mit dem Ziele der Dienstentlassung nach sich gezogen hätte“. LASA, C 127 Anh. Justiz PA T, Nr. 126, Bd. 5, unfol. Erwin Noack wurde im Juli 1934 Honorarprofessor in Halle/Saale. Seit 1937 war er Leiter des Rechtswahrerbundes im Reichsrechtsamt der NSDAP. Dazu war er von seiner universitären Tätigkeit in Halle/Saale beurlaubt, erhielt aber 1938 einen Lehrauftrag in Berlin. Daneben publizierte er mehrere Arbeiten zur Gesetzgebung im Dritten Reich. Nach dem Zweiten Weltkrieg war er als Rechtsanwalt tätig und verteidigte beispielsweise Otto Remer im sogenannten Remerprozess. Vgl. Klee: Wer war wer im Dritten Reich, S. 279.

²⁶⁶⁸ Vgl. LASA, C 127 Anh. Justiz PA H, Nr. 689, Bd. 6, unfol.

²⁶⁶⁹ Vgl. LASA, C 127 Anh. Justiz PA H, Nr. 689, Bd. 6, unfol.

²⁶⁷⁰ Hinsichtlich der biographischen Konstruktion siehe etwa Welzer, Harald/Moller, Sabine/Tschuggnall, Karoline: „Opa war kein Nazi“. Nationalsozialismus und Holocaust im Familiengedächtnis, Frankfurt/Main 2002.

²⁶⁷¹ Vgl. LASA, C 127 Anh. Justiz PA K, Nr. 811, Bd. 2, fol. 118. Die gesundheitlichen Beschwerden Kettmanns erscheinen begründet, jedoch benachrichtigte er einen Tag später am 27. November 1945 den Oberlandesgerichtspräsidenten in Naumburg und bat um Zusendung seiner persönlichen

Anfang Februar 1946 informierte die Justizabteilung den Präsidenten der Provinz, dass neben den von Kettmann angebrachten gesundheitlichen Problemen auch dienstliche Gründe für seine Entbindung sprächen. Neben seiner kurzfristigen Mitgliedschaft in der NSDAP sowie der Mitgliedschaft im Sondergericht Halle/Saale spielte nun auch die Tätigkeit als Erbgesundheitsrichter eine Rolle. „Es erscheint zweifelhaft, ob K.[ettmann] bei dieser Sachlage überhaupt noch als Richter tragbar sei, umsomehr, als er auch im Erbgesundheitsgericht tätig gewesen ist und umsomehr, als K.[ettmann] jetzt, als seine Tragbarkeit als Richter zur Sprache kam, nicht volle Korrektheit bewiesen hat.“²⁶⁷² Julius Kettmann wurde wenige Tage später als Landgerichtspräsident abberufen und an das Stadtgericht Halle/Saale versetzt, bis er schließlich am 11. Juli 1946 entlassen wurde.²⁶⁷³

Die Betonung der richterlichen Tätigkeit im Erbgesundheitsgericht Halle/Saale erfährt in der vorliegenden Einschätzung keine exponierte Bewertung. Zudem liegt der Fokus der politischen Bewertung auch scheinbar stärker auf dem Verschweigen einer erbgerichtlichen Tätigkeit. Auch wenn die politischen und rassistischen Dimensionen der nationalsozialistischen Zwangssterilisation scharf verurteilt wurden, so erwecken die vorliegenden Bewertungen ebenso den Eindruck, dass das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ sowohl von Tätern als auch Behörden weniger als spezifisches

Erklärung im Rahmen des Parteiausschlussverfahrens, da diese keine dienstlichen, sondern persönliche Belangen betreffe. Eine Antwort des Oberlandesgerichtspräsidenten ist nicht überliefert, ebenso wenig die Stellungnahme Kettmanns. Der Schriftverkehr, die persönliche Bekanntschaft mit dem Leiter des Oberlandesgerichtspräsidenten in Naumburg sowie der Umstand, dass sich das Oberlandesgericht im Umzug befand, an dem Kettmann zumindest teilweise beteiligt war, lassen die Vermutung aufkommen, dass die von ihm verfasste persönliche Stellungnahme wohlmöglich zielgerichtet entfernt wurde.

²⁶⁷² LASA, C 127 Anh. Justiz PA K, Nr. 811, Bd. 5, unfol. „K.[ettmann] ist zum 1. Mai 1933 Mitglied der NSDAP geworden und war außerdem Mitglied des Sondergerichts in Halle. Er war ins Sondergericht berufen worden im Hinblick auf seine besonders nationalsozialistische Zuverlässigkeit. Er ist dann nach dem Röhm-Putsch aus der NSDAP ausgeschieden, nachdem er vorher schon Meinungsverschiedenheiten mit der Partei über Grußpflicht gegenüber der SA, Beitragsfragen und dergleichen gehabt hatte.“ Und weiter: „Immerhin hat K.[ettmann] beim Aufbau der Gerichte durch Einsatz seiner Person einen besonderen Einsatz bewiesen, so daß es vielleicht vertretbar ist, von den Bedenken Abstand zu nehmen. Ich befürworte die Weiterverwendung Kettmanns im Hinblick auf den ausserordentlichen Fleiß, den er während seiner ganzen Berufstätigkeit bewiesen hat. Die Verwendung in Halle ist nicht ganz unbedenklich, einmal, weil es sich ja um eine Verwendung am bisherigen Ort seiner Tätigkeit als Bezirksgerichtspräsident handelt, sodann, weil es tunlich sein könnte, K.[ettmann] wegen seiner bisherigen Tätigkeit nicht ausgerechnet an der Stelle zu beschäftigen, an der er sich in gewisser Hinsicht nationalsozialistisch betätigt hat. Er selbst teilt diese Bedenken nicht. Es lässt sich m. E. vertreten, ihn in Halle zu belassen, wenn dafür Vorsorge getroffen wird, daß er selbst in keiner Weise als Richter hervortreten kann.“

²⁶⁷³ Vgl. LASA, C 127 Anh. Justiz PA K, Nr. 811, Bd. 5, unfol. Im August 1946 stellte er ein Gesuch zur Zulassung als Anwalt, welches im März 1947 abgelehnt wurde. Im Juli wurde sein Antrag auf Zulassung als Anwalt befürwortet und sein Austritt aus der NSDAP als mutiger Schritt bezeichnet. Nach Kettmanns eigener Aussage habe bereits die amerikanische Militäradministration im Jahr 1945 seinen Parteiaustritt als mutig bezeichnet.

nationalsozialistisches Verbrechen verstanden, sondern als biopolitisches Regulierungsverfahren zur Verhinderung von männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“ begriffen und akzeptiert wurde. Die hiermit ausgelöste diskursive Gemengelage, gekennzeichnet von überkommenen und geteilten eugenisch-rassenhygienischen Wissensbeständen sowie den politischen und rechtlichen Interessen der neuen Machthaber führte im Zuge von Behauptungsstrategien von Ärzten und Richtern zwar zu einer Verheimlichung der Beteiligung, zugleich wurde der Mitarbeit an der nationalsozialistischen Erb- und Rassenpflege jedoch scheinbar keine außergewöhnliche politische, rechtliche oder gesellschaftliche Bedeutung zugemessen. Einen Beleg sowie weitere Hinweise auf die Wahrnehmung und Verfolgungsinteressen von Ärzten und Richtern am „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ bieten die geringen strafrechtlichen Ermittlungen.²⁶⁷⁴

Gemäß den gesetzlichen Richtlinien waren Ärzte und Richter bestrebt, den Vorwurf einer rassischen oder politischen Durchführungspraxis zu entkräften.²⁶⁷⁵ Darüber hinaus versuchten sie, die besondere Gewissenhaftigkeit ihrer persönlichen Tätigkeit zu betonen. Eine wichtige Strategie bestand etwa darin, die Mitarbeit als erzwungene Tätigkeit darzustellen, da sie aufgrund der amtlichen Anforderungen nicht die Möglichkeit besessen hätten, die Mitarbeit am Sterilisationsverfahren abzulehnen.²⁶⁷⁶ So betonte Paul Schehka, dass er gegen seine religiösen Vorstellungen als Katholik zur Teilnahme an Erbgesundheitsverfahren in Magdeburg als nicht-beamtetem medizinischer Beisitzer gezwungen worden sei. Jedoch habe er stets gegen die Unfruchtbarmachung votiert, da er nicht dazu beitragen wollte, „dass durch meine Teilnahme und durch meine Stimme ein Beschluss zustande kam“.²⁶⁷⁷ Daneben spielten die angeklagten Ärzte und Richter ihre persönliche Rolle im Sterilisationsverfahren herunter, indem sie eine geringe Anzahl von Verfahren und Gerichtssitzungen angaben. Zudem hätten alle Beteiligten stets sorgfältig, verantwortungsvoll sowie gewissenhaft geurteilt und vor allem menschlich gehandelt.²⁶⁷⁸

²⁶⁷⁴ Konkrete strafrechtliche Ermittlungsverfahren fanden im Vergleich zu den Entlassungen von Richtern später statt und umfassten den Zeitraum von 1946 bis 1948/49. Die vorliegenden Stellungnahmen entstanden zu einem Teil im Zuge eines Ermittlungsverfahrens gegen sechs Ärzte und Richter in Magdeburg 1946/47, auf das bereits im Zuge dieses Kapitels eingegangen wurde.

²⁶⁷⁵ Entsprechend der sporadischen Ermittlungsverfahren verwiesen die verhafteten Ärzte und Richter auf den großen Personenkreis, der ebenfalls an Erbgesundheitsverfahren beteiligt war und nicht verhaftet wurde.

²⁶⁷⁶ Vgl. BStU, MfS, BV Magdeburg, Ast. I 15/46, fol. 33, 59, 70, 74.

²⁶⁷⁷ BStU, MfS, BV Magdeburg, Ast. I 15/46, fol. 85.

²⁶⁷⁸ Vgl. BStU, MfS, BV Magdeburg, Ast. I 15/46, fol. 42, 70.

Zur weiteren Entlastung betonten Ärzte und Richter ihre intensiven Bestrebungen zur Einhaltung von Verfahrensregeln sowie wissenschaftlichen Standards. So konstatierte Richard Puppel, Amtsarzt von Stendal, „das nur ein geringer Teil der Anzeigen der meldepflichtigen Personen auch zu Anträgen an das Erbgesundheitsgericht meinerseits – nach gründlicher Voruntersuchung – führten“.²⁶⁷⁹ Sterilisationsbeschlüsse wurden seiner Ansicht nach lediglich auf der Grundlage fundierter ärztlicher Gutachten sowie fachärztlicher Untersuchungen getroffen. Fritz Winter, nicht-beamteter medizinischer Beisitzer am Erbgesundheitsgericht Magdeburg und Facharzt für Nervenkrankheiten, habe sich ebenso „bei allen Sachen nur von rein ärztlich-wissenschaftlichen und ärztlich-ethischen Gründen leiten lassen“.²⁶⁸⁰ Und Ulrich Hintze, ebenfalls nicht-beamteter medizinischer Beisitzer und Facharzt für Nervenkrankheiten, gab an, dass er bei den Beurteilungen der einzelnen Fälle in Magdeburg mit der größten Sorgfalt vorgegangen sei und die Vorschriften des Erbgesundheitsgerichts streng befolgt habe. Zudem habe er dazu beigetragen, dass die Verhandlung stets den „Charakter einer rein juristisch-ärztlichen Beratung“ getragen hätte, „sodass auch der Geladene den Eindruck haben musste, fürsorglich und ärztlich beraten zu werden und es wurde ihm gesagt, dass es sich hier um eine ärztlich-fürsorgliche Beratung handle“.²⁶⁸¹

Und auch für den ehemaligen Erbgesundheitsrichter Georg Köhnicke war es „selbstverständlich, dass ich genau wie für meinen anderen Arbeitsbereich auch in Erbgesundheitsachen von größtem Verantwortungsbewusstsein gewesen bin und auch danach gehandelt habe, unseren Volksgenossen zu helfen und sie bestens zu beraten“.²⁶⁸² Aus diesem Grund habe er keine richterliche Robe getragen und einen kleineren Sitzungssaal gewählt, um den vorgeladenen Frauen und Männern nicht den Eindruck eines Strafverfahrens zu vermitteln. Zur Bestätigung seiner gewissenhaften Arbeitsauffassung betonte er weiter, dass unter seinem Vorsitz mindestens ein Viertel der eingegangenen Sterilisationsbeschlüsse abgelehnt wurde.²⁶⁸³

Gustav Kleff, der operative Eingriffe in der Landesfrauenklinik Magdeburg vorgenommen hatte, betonte ebenfalls die menschliche Behandlung. „Ich war wie alle anderen Ärzte der Klinik bestrebt, gerade zu dem Zweck der Sterilisierung eingelieferten Patienten ein besonders gutes Vertrauensverhältnis herzustellen und etwaige

²⁶⁷⁹ BStU, MfS, BV Magdeburg, Ast. I Nr. 1260/48, fol. 31.

²⁶⁸⁰ BStU, MfS, BV Magdeburg, Ast. I 15/46, fol. 71.

²⁶⁸¹ BStU, MfS, BV Magdeburg, Ast. I 15/46, fol. 65.

²⁶⁸² BStU, MfS, BV Magdeburg, Ast. I 15/46, fol. 33.

²⁶⁸³ Vgl. BStU, MfS, BV Magdeburg, Ast. I 15/46, fol. 38.

vorgebrachte Bedenken wegen zu erwartender ungünstiger Operationsfolge in sachlicher Weise zu zerstreuen.“²⁶⁸⁴ Deshalb hätte er vor Sterilisationsoperationen stets den gesundheitlichen Zustand gewissenhaft überprüft und auch nicht wenige Eingriffe aufgrund von Komplikationen und Lebensgefahr zurückgestellt.²⁶⁸⁵ Dementsprechend habe insbesondere er in der nationalsozialistischen Diktatur menschlich gehandelt und seine Beteiligung könne nicht als Verbrechen geahndet werden. „Ich bin mir in keiner Weise bewusst, irgendwie etwas begangen zu haben, was als Verbrechen gegen die Menschlichkeit gewertet werden könnte.“²⁶⁸⁶

Die Argumentationen zur Entlastung der persönlichen Verantwortung sowie die Positivierungen der Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ speisten sich vermutlich häufig von den konkreten Ängsten eines Strafverfahrens und einer langjährigen Haftstrafe. Die Stellungnahmen betrieben dementsprechend eine nahezu völlige Verkehrung der nationalsozialistischen Sterilisationspraxis, indem die vorherrschende Charakteristik von rigorosen und menschenfeindlichen Schnellverfahren zu wissenschaftlich fundierten, sorgsam betriebenen und menschenliebenden Verfahren umgedeutet wurde. Damit einhergehend wurden die vormals drastisch abgewerteten Frauen und Männer nun auch als „Menschen“ bezeichnet, die an unterschiedlichen Krankheiten litten, deren Ursache und Bedeutung im Erbgesundheitsverfahren akribisch untersucht worden seien. Die vor allem in den medizinischen Gutachten sowie auch in den Sterilisationsbeschlüssen vorgenommenen massiven Abwertungen von betroffenen Frauen und Männern als „minderwertig“ wurden jedoch nicht vollständig ausgespart, sondern eher abgeschwächt und umgedeutet.²⁶⁸⁷

Die paradigmatisch aufscheinenden argumentativen Strategien zur Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation aus dem Blickwinkel von beteiligten Ärzten und Richtern stehen exemplarisch für die bis in die 1980er-Jahre ausgebliebene politische Würdigung und rechtliche Verfolgung sowie auch die fehlende Wahrnehmung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ als Verbrechen und der zwangssterilisierten Frauen und Männer als Opfer des Nationalsozialismus. Der diskursive Kern bildet die Auffassung, dass es sich bei der nationalsozialistischen Zwangssterilisation um kein spezifisches Verbrechen im Dritten Reich handelte. Mehr noch: Die Unfruchtbarmachung von „erbkranken“ Frauen und Männern

²⁶⁸⁴ BStU, MfS, BV Magdeburg, Ast. I 15/46, fol. 77.

²⁶⁸⁵ Vgl. BStU, MfS, BV Magdeburg, Ast. I 15/46, fol. 79.

²⁶⁸⁶ BStU, MfS, BV Magdeburg, Ast. I 15/46, fol. 70.

²⁶⁸⁷ In diesem Zusammenhang finden sich lediglich Bezeichnungen wie etwa „unterwertig“. Vgl. BStU, MfS, BV Magdeburg, Ast. I 15/46, fol. 99–102.

wurde als notwendiges biopolitisches Selektionsverfahren zur individuellen und bevölkerungspolitischen Optimierung wahrgenommen, welches vor 1933 diskutiert und nach 1945 weiterbetrieben werden müsse.²⁶⁸⁸ Die erforderliche selektive Regulierung des männlichen und weiblichen Fortpflanzungsverhaltens wurde etwa dadurch unterstrichen, dass vor allem als „schwachsinnig“ beurteilte Frauen und Männer weiterhin als halt- und hemmungslos beschrieben wurden.²⁶⁸⁹

So erklärte Georg Köhnicke im Zuge eines Ermittlungsverfahrens am Jahresende 1946, dass die Unfruchtbarmachung eine Maßnahme war, „die aus bevölkerungspolitischen Gründen vorzunehmen sei, das Gericht wisse sehr wohl, dass es für viele Kranke ein Unglück bedeute, betroffen zu sein, dass es nun aber einmal in seinem eigenen Interesse und in dem seiner Familie sowie der Volksgemeinschaft notwendig sei, zu prüfen, ob ein Erbleiden zugrunde liege oder nicht“.²⁶⁹⁰ In einer Haftbeschwerde erklärte der Anwalt von Fritz Winter in Anlehnung an eine Expertise von Dr. Eduard Kohlrausch, dass das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ „mit nationalsozialistischem Gedankengut nichts zu tun“ hatte.²⁶⁹¹ Erich Jeske, langjähriger Amtsarzt von Magdeburg, konstatierte ebenso, dass er nie der Ansicht gewesen sei, „dass es sich um ein Gesetz des Nazismus handelt. [...] Auch heute ist es meine feste Überzeugung, dass es nicht angängig ist, dass sich erbkranken Personen wahllos vermehren, um dann der bereits sozial schwer belasteten gesunden Bevölkerung zur Last zu fallen.“²⁶⁹²

Mit dieser deutlichen Betonung über die Notwendigkeit der selektiven Fortpflanzungsregulierung stand Erich Jeske keineswegs allein, sondern sie wurde von einer Vielzahl von Ärzten auf dem Gebiet der vormaligen preußischen Provinz Sachsen geteilt. Hans Schmidt, Amtsarzt von Wolmirstedt und später Nachfolger in Magdeburg, vertrat ebenso die Ansicht, dass das Sterilisationsgesetz keinen ausschließlich nationalsozialistischen Charakter gehabt habe. Vielmehr wurde das Gesetz im Interesse der Menschheit geschaffen, da vermieden werden müsse, „dass erbkranken Personen sich wahllos vermehren und ihren Nachwuchs der Allgemeinheit zur Last fallen ließen. Die soziale Lage des Deutschen Volkes war derartig herabgesunken, [...] dass

²⁶⁸⁸ Die unzureichenden wissenschaftlichen Grundlagen sowie die Praktizierung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation wurden nicht hinterfragt BStU, MfS, BV Magdeburg, Ast. I 15/46, fol. 99–102.

²⁶⁸⁹ Vgl. BStU, MfS, BV Magdeburg, Ast. I 15/46, fol. 46, 50. Weiterführend Zaft: Der erzählte Zögling.

²⁶⁹⁰ BStU, MfS, BV Magdeburg, Ast. I 15/46, fol. 34.

²⁶⁹¹ BStU, MfS, BV Magdeburg, Ast. I 15/46, fol. 207.

²⁶⁹² BStU, MfS, BV Magdeburg, Ast. I 15/46, fol. 314.

man den gesunden, arbeitenden Menschen nicht mehr zumuten konnte, soziale Lasten von Personen zu übernehmen, die der Gesellschaft zur Last fallen.“²⁶⁹³ Der Facharzt für Nerven- und Gemütskrankheiten, Hans Hoffmann, der als nicht-beamteter medizinischer Beisitzer am Erbgesundheitsgericht Magdeburg tätig war, urteilte, „dass dieses Gesetz in ähnlicher Form wie das auch bereits in anderen demokratischen Ländern der Fall ist, wieder verkündet werden muss“.²⁶⁹⁴ Und auch Gerhard Simon, Amtsarzt von Haldensleben, rekurrierte auf Sterilisationsgesetze in anderen Ländern und betonte die Notwendigkeit der Verhinderung von „erbkrankem“ Nachwuchs. „Auch in anderen Staaten der Welt sind solche Gesetze vorhanden. Bei der jetzigen Notlage des Volkes dürfte es evtl. gar nicht zu umgehen sein, dieses Gesetz wieder in Anwendung zu bringen, es dürften auch keine Bedenken bestehen, wenn das Gesetz so angewandt wird, wie das von dem Erbgesundheitsgericht in Magdeburg der Fall war.“²⁶⁹⁵

Das Ende der nationalsozialistischen Herrschaft bedeutete für das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ eine politische und rechtliche Zäsur, indem die Durchführung von zwangsweisen Unfruchtbarmachungen aufgrund einer festgestellten erblichen „Minderwertigkeit“ verboten wurde. Zugleich wohnen dem Kriegsende und gesellschaftlichen Aufbau auf dem Gebiet der vormaligen preußischen Provinz Sachsen als Bestandteil der sowjetischen Besatzungszone aber auch organisatorische, personelle und vor allem diskursive Kontinuitäten inne. So lassen sich in der unmittelbaren Nachkriegszeit durchaus Bestrebungen erkennen, die praktizierten selektiven Fortpflanzungsregulative als notwendigen Bestandteil bevölkerungspolitischer Maßnahmen fortzusetzen. Diese Interessen werden vor allem durch Aussagen von Ärzten bestätigt, die die Unfruchtbarmachung von als „erbkrank“ oder „minderwertig“ erachteten Frauen und Männern als eine essenzielle sozialpolitische Maßnahme zur Gesundung des deutschen Volkes, nunmehr nach Verlusten und Entbehrungen des Zweiten Weltkrieges, ansahen. Ein bedeutsames Argumentationsmuster bestand dabei in der inhärenten Vorstellung, dass es sich bei dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ um kein nationalsozialistisches Gesetz gehandelt habe. Diese Deutung, die den überformenden biopolitischen Charakter von eugenisch-rassenhygienisch Maßnahmen von Unfruchtbarmachungen, Eheverboten und erbbiologischen Kartierungen unterstreicht, wurde seitens der kurzzeitigen und begrenzten polizeilichen und gericht-

²⁶⁹³ BStU, MfS, BV Magdeburg, Ast. I 15/46, fol. 313.

²⁶⁹⁴ BStU, MfS, BV Magdeburg, Ast. I 15/46, fol. 315

²⁶⁹⁵ BStU, MfS, BV Magdeburg, Ast. I 15/46, fol. 316.

lichen Verfolgung bestätigt. Die nationalsozialistischen Erb- und Rassengesetze wurden zwar aufgrund ihres menschenfeindlichen Charakters verboten. Indem jedoch ein politischer oder rassischer Missbrauch in Ermittlungsverfahren weitgehend ausgeschlossen wurde, erfuhr die nationalsozialistische Sterilisationspraxis als ein wissenschaftlich fundiertes Verfahren eine nachträgliche Bestätigung. Die hiermit verbundenen Kontinuitäten eugenischer Regulierungsdiskurse finden sich wenig später etwa in einzelnen Reglementierungen zum Schwangerschaftsabbruch in der DDR wieder.²⁶⁹⁶ Zugleich blieb ein Teil der Ärzte im Amt, engagierte sich beim Wiederaufbau des Gesundheitswesens und erfuhr aufgrund ihres außergewöhnlichen ärztlichen Engagements eine positive Würdigung.²⁶⁹⁷

Für die zwangssterilisierten Frauen und Männer bedeutete das Kriegsende vermutlich ebenso eine Zäsur wie auch eine Fortsetzung eingeleiteter gesellschaftlicher Abdräng- und Ausschlussprozesse. So konnten sie und Familienangehörige nunmehr nicht länger Gegenstand von erb- und rassenspezifischen Maßnahmen des Dritten Reiches werden, sodass die Gefahren von zwangsweisen Unfruchtbarmachungen, Eheverboten oder rassenhgienisch begründeten Vorenthaltungen von Unterstützungsleistungen weitgehend gebannt waren. Demgegenüber trugen sie die Narben des chirurgischen Eingriffs und die Gewissheit der Unfruchtbarkeit ebenso wie die persönlich wahrgenommene und zugleich medizinisch, rechtlich und gesellschaftlich zugewiesene Stigmatisierung als „minderwertig“. Einen wesentlichen Beitrag der fortgesetzten Stigmatisierung leistete die unzureichende rechtliche wie politische Auseinandersetzung, die dazu führte, dass Täterinnen und Täter nicht verfolgt wurden, sondern teilweise ihre Tätigkeit unbeschadet fortsetzen konnten. Darüber hinaus wurde ihre Opferschaft nicht anerkannt, stattdessen blieben Vorbehalte gegenüber ihrer persönlichen Integrität bestehen. Diese Vorbehalte und auch Vorurteile speisten sich nicht nur aus der vornehmlich schwachen sozialen Stellung, sondern begründeten sich maßgeblich aus den medizinisch-rechtlichen Sterilisationsakten. Diese Dossiers diagnostizierten die betroffenen Frauen und Männer als medizinische, soziale und ökonomische Delinquenten und konstruierten derart eine gesellschaftliche Infamie, hinter die sie nicht zurückkehren konnten.

²⁶⁹⁶ Vgl. u. a. Hahn: *Modernisierung und Biopolitik*; Obermann-Jeschke: *Eugenik im Wandel*.

²⁶⁹⁷ Stellvertretend sei an dieser Stelle auf die in Magdeburg tätigen Ärzte Prof. Max Biebel, Prof. Friedrich Wilhelm Karl Lotsch, Prof. Adam Bauereisen sowie Dr. Max Penkert hingewiesen. Vgl. *Magdeburger biographisches Lexikon*, S. 35, 56, 437, 537. Zu F. W. K. Lotsch weiterführend die unveröffentlichte Promotion von Julia Vahldieck.

9.2 Körperpolitik, Biomacht und der Wert menschlichen Lebens: das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ im Nationalsozialismus – eine Zusammenfassung

Die vorangehenden Diskussionen von Brüchen und Kontinuitäten des nationalsozialistischen Sterilisationsgesetzes sowie von eugenisch-rassenhygienischen Vorstellungen und Überzeugungen am Beispiel von Ärzten und Richtern nach Kriegsende 1945 rekurren ebenso wie die Erörterungen zur schleichenden wie zielgerichteten wissenschaftlichen und staatlichen Etablierung von Eugenik und Rassenhygiene insbesondere in der Weimarer Republik (vgl. Kap. 3.2.2) auf die besondere Charakteristik des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ als historisches wie diskursives Exklusionsverfahren von als „minderwertig“ und erbkrank geltenden Frauen und Männern. Wie auch die historische Forschung zur Medizingeschichte im Dritten Reich insbesondere seit den 1980er-Jahren betont hat, war das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ keine genuin nationalsozialistische bevölkerungspolitische Maßnahme zur Aufartung der deutschen Volksgemeinschaft durch Selektion und Ausmerzung.²⁶⁹⁸ Denn sowohl vor 1933 als auch bis heute kursieren in Europa, Nordamerika oder auch in Asien medizinisch bzw. eugenisch-rassenhygienisch oder genetisch, und damit verbunden sozialpolitisch, ökonomisch sowie auch gesellschaftlich motivierte Interessen und Überzeugungen von der Notwendigkeit selektiver Regulative des männlichen und weiblichen Fortpflanzungsverhaltens, um einem vermeintlichen quantitativen wie kulturellen, sozialen und wirtschaftlichen Niedergang von Bevölkerung und Nationalstaat zu begegnen.²⁶⁹⁹ Der Wunsch nach Gesundheit und Leistungsfähigkeit und damit auch die Furcht vor Krankheit und Bedürftigkeit bilden einen zentralen Bestandteil eines seit dem 19. Jahrhundert virulenten biopolitischen Diskurses, welcher nach 1945 keineswegs seine Wesenszüge eingebüßt hat, sondern stattdessen

²⁶⁹⁸ Vgl. etwa Kühl: Die Internationale der Rassisten; Schwartz: Sozialistische Eugenik.

²⁶⁹⁹ So lautet auch der Titel eines Interviews von Franziska Badenschier mit dem Medizinhistoriker Axel W. Bauer im Februar 2010 „Eugenik gab es vor Hitler und es gibt sie bis heute“. Vgl. Badenschier, Franziska: Eugenik gab es vor Hitler und es gibt sie bis heute. In: Zeit Online 06.02.2010, abgerufen unter <https://www.zeit.de/wissen/geschichte/2010-02/geschichte-eugenik-interview> (16. Juli 2019). Weiterführend etwa Etzemüller: Der ewigwährende Untergang; Kevles: In the Name of Eugenics; Kato, Masae: Women's rights? Social movements, abortion and eugenics in modern Japan, Leiden 2015; Pitchai, Melchior: The state and contraceptive sterilization. With a special reference to India, Rom 1989; Thomas, Heidrun: Sozialmedizinische Erhebungen zur Familienplanung und Sterilisation in Indien, Hamburg 1973.

vor allem seine Antlitz von einer staatlichen Zwangspolitik zu einer individuellen Pflicht und Verantwortung veränderte.²⁷⁰⁰

Trotz der Vehemenz sowie Langlebigkeit von biopolitischen Vorstellungen wie Forderungen, etwa in Form von eugenisch intendierten Regulativen zur Verhinderung der Geburt von als krank oder „minderwertig“ geltenden Kindern, bilden die bevölkerungspolitische Selektionspolitik im Dritten Reich sowie damit verbunden die Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ eine Besonderheit. Denn mit über 300 000 zwangssterilisierten Frauen und Männern, angefacht und angetrieben von einer ideologischen wie rassenhygienischen Überhöhung von Rasse sowie Volksgemeinschaft und zugleich getragen von einer nationalsozialistischen Erbgesundheitsbürokratie, entwickelte die nationalsozialistische Sterilisationspolitik eine im Vergleich einzigartige, exzesshafte Charakteristik. Im rassistischen und erbdogmatischen Tenor von Aufartung durch Ausmerzungen fungierte das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ nicht nur als eigenständiges Ausschlussverfahren im nationalsozialistischen Herrschaftsgefüge, sondern bildete zugleich einen Bestandteil einer expandierenden Selektionspolitik im Dritten Reich, die über die Tötung von männlichen und weiblichen Psychiatriepatienten seit Kriegsbeginn 1939 zur Ermordung der europäischen Jüdinnen und Juden pervertierte.

Die vorliegende Studie hat am Beispiel der preußischen Provinz Sachsen die Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ als praktiziertes Ausschlussverfahren von als „minderwertig“ und „erbkrank“ geltenden Frauen und Männern analysiert. Die Notwendigkeit einer derartigen Untersuchung entsprang der aktuellen historischen Forschungslage, die der nationalsozialistischen Zwangssterilisation oftmals auch unausgesprochen einen randständigen und marginalisierten Stellenwert beimisst, der nicht nur den erheblichen Umfang von mehr als 300 000 zwangssterilisierten Frauen und Männern als (ersten) Opfern des nationalsozialistischen Rassenwahns unberücksichtigt lässt. Darüber hinaus sind auch wesentliche innere Bestandteile und Triebkräfte der nationalsozialistischen Sterilisationspolitik als alltäglich-mikrohistorische Praxis aus dem Blick geraten, die in besonderem Maße die im Dritten Reich partizipativ praktizierten Ausgrenzungs- und Selektionsprozeduren widerspiegeln ebenso wie die vielfältigen Formen der Begutachtung des Lebenswertes oder Unwertes von Frauen und Männern für die nationalsozialistische Volksgemeinschaft. Dementsprechend eröffnet die mikrohistorische Auseinandersetzung mit der

²⁷⁰⁰ Vgl. etwa Obermann-Jeschke: *Eugenik im Wandel*; Wolf: *Eugenische Vernunft*; Lange, Kristin: *Eugenik. Geschichte und Gegenwart*, Hamburg 2014.

nationalsozialistischen Zwangssterilisation auch die analytische Chance, das herrschaftliche Gefüge des Dritten Reiches und damit verbunden die außergewöhnliche exzessive Gewalt als eine dynamisch-interdependente Herrschaftsform zu differenzieren und zu konturieren.

Die hermeneutische Grundlage bildete ein neuartiges analytisches Gerüst, welches geschlechter-, kultur- und mikrogeschichtliche Forschungsansätze mit Biopolitik als Theorem nach Michel Foucault verknüpfte und eine Erweiterung der bisherigen historischen Forschungszugänge zur nationalsozialistischen Erb- und Rassenpolitik eröffnete. Ausgangspunkt der vorliegenden Untersuchung bildete die Perspektivierung der Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ als abgestuftes Selektionsverfahren, welches als zentrale Bausteine zunächst Maßnahmen der Erfassung von männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“, dann die ärztlichen Begutachtungsprozeduren im Zuge der Antragsstellung, weiterhin die erbgerichtliche Verurteilung sowie schließlich die chirurgische Unfruchtbarmachung umfasste. Auf der Basis dieser Unterscheidung konnten sowohl bislang weitgehend unberücksichtigte Prozesse, wie insbesondere die Formen der Erfassung von männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“, als auch Wechselbeziehungen zwischen Erfassung, Begutachtung und Verurteilung minutiös nachgezeichnet werden. Im analytischen Vordergrund standen deshalb insbesondere Fragen nach den strukturellen Etablierungsprozessen einer regionalen Erbgesundheitsbürokratie, nach der motivationalen wie organisatorischen Beteiligung von Ärzten und Richtern und weiteren Berufsgruppen sowie schließlich nach behördlichen wie personellen Wechselbeziehungen, Dynamiken sowie auch systemischen wie alltäglichen Hemmnissen und Konflikten, die die nationalsozialistische Sterilisationspraxis prägten.

Das Zentrum der Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ bildete die ärztlich-amtsärztliche Antragsstellung im Sinne der gutachterlichen Herstellung von männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“. Die vorliegende Studie fragte einerseits nach den Konturen des soziobiologischen Begutachtungsprozesses sowie andererseits insbesondere nach sozialen, ökonomischen, volksgemeinschaftlichen sowie geschlechtsspezifischen Bewertungskriterien zur Feststellung von männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“. Vor allem diese mikrohistorische Untersuchung der Begutachtung hat dazu beigetragen, herrschaftliche wie individuelle Praktiken der Lebensbewertung als auch von Wert- und Unwertvorstellungen männlichen und weiblichen Lebens im Dritten Reich als systemische Bestandteile der

nationalsozialistischen Volksgemeinschaft zu differenzieren. Schließlich wurden individuelle Vorstellungen und vor allem widerständige Verhaltensweisen von betroffenen Frauen und Männern wie auch Familienangehörigen als immanente Bestandteile der nationalsozialistischen Sterilisationspraxis untersucht und kontextualisiert. Hierdurch konnte nachgezeichnet werden, wie Frauen und Männer die zwangsweise Unfruchtbarmachung wahrnahmen und wie auch Widerstände die nationalsozialistische Sterilisationspraxis beeinflussten. Auf der analytischen Grundlage, der konzeptionellen Perspektivierung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ als praktiziertes Selektionsverfahren und damit einhergehend der zielgerichteten Berücksichtigung von multiperspektivischen Einfluss- und Bedingungsfaktoren war es insgesamt möglich, die dynamische Mechanik des Sterilisationsgesetzes als eine von Menschen (und nicht nur überzeugten Nationalsozialisten oder Rassenhygienikern) betriebene gigantische wie minutiöse biopolitische Wertbemessung menschlichen, also männlichen und weiblichen, Lebens auszuleuchten und zu differenzieren. Damit verbunden war es möglich, die nationalsozialistische Herrschaft über ihre gewalttätigen diktatorischen Strukturbedingungen als volksgemeinschaftlich-partizipatives Herrschaftsgefüge zu beschreiben.

Unter regionalhistorischer Perspektive kann zusammenfassend konstatiert werden, dass sich die Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation in der preußischen Provinz Sachsen in hohem Maße nicht von der regionalen Umsetzung in einem Großteil des Dritten Reiches unterschied.²⁷⁰¹ Hierfür sprechen insbesondere der quantitative Umfang sowie die zeitlichen Entwicklungen der männlichen und weiblichen Sterilisationszahlen. Auf der Basis der überlieferten Verwaltungsberichte kann davon ausgegangen werden, dass etwa 16 000 Frauen und Männer in der preußischen Provinz Sachsen unfruchtbar gemacht wurden (vgl. Kap. 7.4). Das Geschlechterverhältnis war nahezu ausgeglichen, was unter einer quantitativen Forschungsperspektive auf keine geschlechtsspezifische Ausrichtung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation hinweist. Im Vergleich zu anderen Regionen rekuriert dieser Umfang auf eine quantitativ durchschnittliche regionale Sterilisationspraxis. Unter zeitlichen Gesichtspunkten hatte die nationalsozialistische Zwangssterilisation ihren Höhepunkt auch in der preußischen Provinz Sachsen im Zeitraum von 1934 bis 1936. Infolge der

²⁷⁰¹ Vgl. etwa Hinz-Wessels: Zwangssterilisation in Brandenburg; Heitzer: Zwangssterilisation in Passau; Braß: Zwangssterilisation und „Euthanasie“; Birk: Erbgesundheitswesen im bayerischen Schwaben.

massiven Auseinandersetzungen zwischen Reichsinnenministerium und Reichsärztelehrer Gerhard Wagner über die Ziele des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ in der Mitte der 1930er-Jahre nahm der Umfang von Unfruchtbarmachungen auch in der preußischen Provinz Sachsen seit 1937 sukzessive ab. Damit verbunden verlor die nationalsozialistische Zwangssterilisation ihre vormalige zentrale bevölkerungspolitische Bedeutung. Mit Beginn des Zweiten Weltkrieges nahm die Sterilisationspraxis gegenüber der deutschen Bevölkerung zugunsten des eingeleiteten Tötungsprogramms lediglich eine randständige Rolle ein.

Die mit der nationalsozialistischen Zwangssterilisation betriebene Fortpflanzungsselektion richtete sich in der preußischen Provinz Sachsen vor allem gegen Frauen und Männer, die in den Augen von Amtsärzten und Erbgesundheitsgerichten an „angeborenem Schwachsinn“ litten (vgl. Kap. 5.3). Die übrigen Erbkrankheiten spielten dementsprechend eine marginale Rolle. Der Anteil von „angeborenem Schwachsinn“ mit etwa zwei Dritteln unterscheidet die regionale Sterilisationspraxis durchaus von Forschungsergebnissen zu anderen Regionen, Städten oder Einrichtungen. Es erscheint an dieser Stelle jedoch nicht statthaft, von einer regionalspezifischen Sterilisationspraxis in der preußischen Provinz Sachsen zu sprechen, zumal die regionalhistorische Forschungsperspektive zu einer Nivellierung der quantitativen Verteilung der übrigen Erbkrankheiten, etwa des vergleichsweise hohen Anteils von Schizophrenie in psychiatrischen Einrichtungen, beiträgt. Der außerordentlich hohe Anteil von „angeborenem Schwachsinn“ belegt vielmehr die soziobiologische Ausrichtung und Praktizierung des nationalsozialistischen Sterilisationsgesetzes auch in der preußischen Provinz Sachsen.

Als administrativer Bestandteil unterschieden sich die strukturellen Rahmenbedingungen in der preußischen Provinz Sachsen nicht von den übrigen preußischen Provinzen, sodass keine außerordentlichen Erfassungs- und Verfolgungseinrichtungen und Netzwerke, wie etwa in Thüringen oder Hamburg, etabliert wurden, die die organisatorische Grundlage einer exzessiven Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ bildeten.²⁷⁰² Unter Zugrundelegung der normativen Reglements des nationalsozialistischen Sterilisationsgesetzes waren insbesondere die staatlichen Gesundheitsämter, die 1934 gebildeten Erbgesundheitsgerichte sowie die zur Unfruchtbarmachung zugelassenen medizinischen Einrichtungen an der Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ beteiligt (vgl.

²⁷⁰² Vgl. etwa Rothmaler: Sterilisationen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ in Hamburg; Weindling: „Mustergau“ Thüringen.

Kap. 3.4.1; Kap. 4; Kap. 6). Eine wesentliche Unterstützungsfunktion insbesondere in der ersten Phase der nationalsozialistischen Sterilisationspolitik bis etwa 1936 kam den psychiatrischen Einrichtungen der preußischen Provinz Sachsen zu, indem sie eine Vielzahl von psychiatrischen Patientinnen und Patienten begutachteten und auch Unfruchtbarmachungen durchführten. Daneben unterstützten Fürsorge-, Wohlfahrts- und Jugendämter, weiterhin Schulen sowie Amtspersonen, wie etwa Bürgermeister oder Gemeindegemeinschaften, die nationalsozialistische Zwangssterilisation, indem sie im Rahmen von Ermittlungen und Auskunftersuchen soziale, ökonomische oder medizinische Daten der als „erbkrank“ geltenden Frauen und Männer den ermittelnden Gesundheitsämtern und Erbgesundheitsgerichten bereitwillig zur Verfügung stellten.

Innerhalb des biopolitischen Herrschaftssystems des Dritten Reiches, das sich in der zweiten Hälfte der 1930er-Jahre organisatorisch als ein nahezu lückenloses Erfassungs- und Kontrollnetzwerk zu etablieren versuchte und welchem sich die betroffenen Frauen und Männer kaum zu entziehen vermochten, übernahmen die 1935 gegründeten Gesundheitsämter und vor allem die leitenden Amtsärzte eine maßgebliche Scharnierfunktion. Wie auch die maßgeblichen Untersuchungen von Alfons Labisch und Florian Tennstedt, von Johannes Vossen sowie von Annemone Christians betonen, kam den staatlichen Gesundheitsämtern eine erb- und rassenpflegerische Schlüsselfunktion zu und sie entwickelten sich zu kameralistischen wie exekutiven Zentralen einer gigantonomischen medizinischen, rassenhygienischen und sozialpolitischen Erfassung und Selektion der deutschen Bevölkerung.²⁷⁰³

Die mikrohistorische Untersuchung des Innenlebens von staatlichen Gesundheitsämtern und Erbgesundheitsgerichten hat anhand von behördlichen Verfahrensweisen, der personellen und materiellen Ausstattung, der Personalstruktur sowie auch anhand von systemischen Hemmnissen und personellen Konflikten jedoch wesentlich dazu beigetragen, sowohl die behördlich-herrschaftliche Leistungsfähigkeit als auch innere Dynamiken der nationalsozialistischen Sterilisationspraxis zu differenzieren. Für die Durchführung von erb- und rassenpflegerischen Maßnahmen müssen für Gesundheitsämter, psychiatrische Einrichtungen wie auch Erbgesundheitsgerichte nahezu für den gesamten Untersuchungszeitraum erhebliche organisatorische, materielle und vor allem personelle Mängel verzeichnet werden, die die Umsetzung des national-

²⁷⁰³ Vgl. etwa Christians: Amtsgewalt und Volksgesundheit; Labisch/Tennstedt: Der Weg zum „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“; Vossen: Gesundheitsämter im Nationalsozialismus.

sozialistischen Sterilisationsgesetzes nachhaltig prägten. So litten die Gesundheitsämter an einem chronischen Personalmangel und waren durch die Übertragung der Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ 1933, des sogenannten „Ehegesundheitsgesetzes“ 1935 und der „Erbbiologischen Bestandsaufnahme“ 1936 personell wie organisatorisch weitgehend überfordert. Die 1934 eingerichteten Erbgesundheitsgerichte der preußischen Provinz Sachsen waren mit der Vielzahl von Sterilisationsanträgen in den Anfangsjahren bis etwa 1936 überlastet und mussten aufgrund des Fehlens von insbesondere von männlichen Ärzten spätestens seit Kriegsbeginn wiederholt Verhandlungstage streichen, was sowohl das biopolitisch-erbpflegerische Herrschaftssystem des Dritten Reiches insgesamt als auch die Durchführung des nationalsozialistischen Sterilisationsgesetzes im Speziellen konterkarierte (vgl. Kap. 6.2). Und schließlich wurden die zur Unfruchtbarmachung zugelassenen medizinischen Einrichtungen vor allem in den ersten Jahren mit einer derart hohen Anzahl von Sterilisationsbeschlüssen konfrontiert, dass eine nicht geringe Anzahl von Todesfällen aufgrund von Operationsfehlern oder einer unzureichenden medizinischen Versorgung zumindest billigend in Kauf genommen wurde. Der Tod im Sterilisationsverfahren kann demnach nicht als Auftakt oder zielgerichtete Mordaktion missverstanden werden. Vielmehr war der Tod von Frauen und Männern zu Beginn der Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation insbesondere eine Konsequenz der ungeheuren Anzahl von operativen Eingriffen (vgl. Kap. 7.3.3).

Neben organisatorischen, materiellen sowie personellen Defiziten als maßgeblichen Einflussfaktoren hat die biographische Untersuchung der beteiligten Amtsärzte und Erbgesundheitsrichter sowie der medizinischen Beisitzer und zugelassenen Chirurgen und Frauenärzte zu einer dezidierten Erweiterung des historischen Forschungsstandes zur nationalsozialistischen Zwangssterilisation als selektiver Praxis beigetragen (vgl. Kap. 3.4.2; Kap. 6.2.2). Unter einer geschlechtsspezifischen Perspektive kann festgehalten werden, dass es sich nahezu ausschließlich um männliche Amtsärzte, Erbgesundheitsrichter sowie operierende Ärzte handelte. Auf der Ebene von medizinischen und gerichtlichen Entscheidungsträgern nahmen Frauen nur punktuellen Einfluss, indem sie etwa als Ärztinnen in Gesundheitsämtern medizinische Begutachtungen vornahmen oder diagnostische Stellungnahmen erstellten. Diesbezüglich kann von einer männlich dominierten Sterilisationspraxis gesprochen werden, jedoch darf der Einfluss von Frauen vor allem auf der Ebene der Erfassung und Informationsgewinnung keineswegs unterschätzt werden. Wie bereits geschlechtergeschichtlich ausgerichtete Forschungsarbeiten betont haben, so verfügten Frauen in den Funktionen

als Fürsorgerinnen oder Volkspflegerinnen in lokalen Räumen über enge Informationsnetzwerke und trugen detaillierte Daten zum Familienleben sowie zu sozialen und ökonomischen Verhältnissen zusammen und waren so in erheblichem Maße an der Erfassung und Begutachtung von als „erbkrank“ geltenden Frauen und Männern beteiligt (vgl. Kap. 4.3.3).

In Anbetracht der Beteiligung am „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ kann zusammenfassend konstatiert werden, dass sich Amtsärzte, Richter bis hin zu Chirurgen und Frauenärzten als zugelassene Ärzte bereitwillig und zuweilen auch engagiert an der Durchführung der nationalsozialistischen Sterilisationspolitik beteiligten. Entgegen den Ergebnissen von Johannes Vossen kann anhand der vorliegenden Ergebnisse zur preußischen Provinz Sachsen jedoch weniger von einer „enthusiastischen“ Mitarbeit gesprochen werden.²⁷⁰⁴ Stattdessen korrelieren die vorliegenden Forschungsergebnisse mit den Studien von Alfons Labisch und Florian Tennstedt, die vor allem für Amtsärzte zwar eine hohe Zustimmung von erbpflegerisch-rassenhygienischen Maßnahmen, jedoch auch Vorbehalte und Ablehnung aufgrund des ungemein hohen Arbeitsaufwandes konstatierten.²⁷⁰⁵

Hinsichtlich der lokalen Sterilisationspraxis, der Intensität von Erfassungsmaßnahmen sowie der Antragsstellung stellten Amtsärzte als handelnde Personengruppe sowie die jeweiligen organisatorischen und personellen Strukturen in Verbindung der Zusammenarbeit von medizinischen Einrichtungen mit Gesundheits- und Wohlfahrtsbehörden maßgebliche Einflussfaktoren dar. So ist in Erfurt und Halle/Saale durchaus eine intensive und zielgerichtete Sterilisationspolitik und darüber hinaus erbbiologische Erfassung von potenziell „minderwertigen“ Frauen und Männern erkennbar, die von engagierten Gesundheitsbehörden und Amtsärzten forciert wurde und zu zahlreichen Netzwerken mit dem Ziel einer effektiven wie umfassenden Selektion führte (vgl. Kap. 4.1; Kap. 4.2). Hingegen bestanden vor allem im ländlichen Bereich vermehrt strukturelle und personelle Defizite, die die Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation systemisch beeinträchtigten. Darüber hinaus konnten dort persönliche Konflikte zwischen Amtsärzten, Gemeindevorstehern oder Kreisleitern der NSDAP zu einer nachhaltigen Beeinträchtigung der Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ beitragen.

²⁷⁰⁴ Vgl. Vossen: Gesundheitsämter im Nationalsozialismus, S. 236–237.

²⁷⁰⁵ Vgl. Labisch/Tennstedt: Der Weg zum „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“, Teil 2, S. 323.

Trotz eines hohen Anteils von NSDAP-Mitgliedern unter den Amtsärzten und Erbgesundheitsrichtern der preußischen Provinz Sachsen ist durchaus eine begrenzte Nähe zum Nationalsozialismus sichtbar, die persönliche und dienstliche Konflikte hervorrief und seitens der zuständigen parteipolitischen Behörden mit Misstrauen bis hin zu Intrigen und Versetzungsgesuchen quittiert wurde. Insofern kann auch für Amtsärzte und Erbgesundheitsrichter insgesamt konstatiert werden, dass die aktive Beteiligung am „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ weniger durch ideologische Überzeugungen oder nationalsozialistische Parteigängerschaft motiviert wurde. Hinsichtlich der Beteiligung und Partizipation muss vielmehr berücksichtigt werden, dass es sich bei der nationalsozialistischen Zwangssterilisation zunächst um ein Gesetz handelte, dessen Durchführung beamteten Ärzten und Richtern von Amtswegen oblag. Das Engagement und vor allem auch die zielgerichteten Initiativen für eine umfassende wie effektive Sterilisationspolitik beruhten den vorliegenden Ergebnissen nach weiterhin auf der persönlichen wie medizinischen und rechtlichen Überzeugung von der Notwendigkeit der zwangsweisen Unfruchtbarmachung zur Verhinderung von männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“. Dabei muss jedoch ausdrücklich betont werden, dass die beteiligten Richter wie vor allem auch Amtsärzte nur in geringem Maße über dezidierte eugenisch-rassenhygienische Erfahrungen und Qualifikationen verfügten. Vielmehr wurzelten die Motive sowie Interessen häufig in längerfristigen beruflichen und persönlichen Erfahrungen mit als abweichend geltenden männlichen und weiblichen Bevölkerungsgruppen. Unter den herrschaftlichen Bedingungen des Dritten Reiches fanden schließlich fortwährende Internalisierungs- und Übersetzungsprozesse von Eugenik und Rassenhygiene als zentralen Bestandteilen eines biopolitischen Optimierungs- und Regulierungsdiskurses statt und eröffneten die Chance, überkommene und als akut wahrgenommene soziale und ökonomische Probleme auf der Grundlage einer „Verwissenschaftlichung des Sozialen“ und im Sinne der „Lösung der sozialen Frage“ in der nationalsozialistischen Volksgemeinschaft nachhaltig zu lösen.²⁷⁰⁶ In Bezug auf die vorliegende Studie verdeutlichen diese Ergebnisse zur Beteiligung von Ärzten und Richtern ein wesentliches Charakteristikum der nationalsozialistischen Zwangssterilisation sowie auch des herrschaftlichen Gefüges des Dritten Reiches, denn die Partizipation an exkludierenden Prozeduren musste keineswegs einseitig ideologisch, politisch, nationalsozialistisch oder rassenhygienisch motiviert sein.

²⁷⁰⁶ Vgl. etwa Dörner: Tödliches Mitleid; Raphael: Verwissenschaftlichung.

Vielmehr bündelten und verknüpften sich persönliche, habituelle, beruflich-fachliche sowie auch politisch-ideologische Motive zu einem mitunter diffusen Konglomerat von erb- und rassenpflegerischen Vorstellungen über den Wert und Unwert von Frauen und Männern und prägten die Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation nachhaltig.²⁷⁰⁷ Insbesondere die vorliegenden Forschungsergebnisse zu Amtsärzten und Richtern verdeutlichen eine prägende Charakteristik von nationalsozialistischer Herrschaft am Beispiel des nationalsozialistischen Sterilisationsgesetzes. Das Dritte Reich eröffnete etwa auf dem bevölkerungspolitischen Gesundheitssektor neuartige herrschaftliche Rahmenbedingungen und Partizipationschancen, welche diskursiv jedoch auf überkommenen Diskussionen über den Wert und die Lebensbewertung von Frauen und Männern beruhten. Dementsprechend können die persönlichen Interessen, Überzeugungen oder auch Vorstellungen keineswegs auf nationalsozialistische Wesensmerkmale zurückgeführt werden, sondern müssen als tradierte wie dynamische habituelle, soziale, ökonomische oder rassenhygienische Beurteilungskriterien des männlichen und weiblichen Lebenswertes im Rahmen eines überformenden biopolitischen Optimierungs- und Regulierungsdiskurses verstanden werden.

Die Ergebnisse zu Organisationsstrukturen, zur systemischen Beschaffenheit sowie zur Beteiligung und Motivation von Ärzten und Richtern lenken den Blick auf die Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ als abgestuftes biopolitisches Selektionsverfahren, in dessen Zentrum die Konstruktion von männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“ stand. Dabei werden zunächst exkludierende Bedingungen und Praktiken erörtert, die die nationalsozialistische Zwangssterilisation maßgeblich prägten. Abschließend wird die Konstruktionsmechanik von männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“ als zentraler wie integraler Bestandteil der nationalsozialistischen Körperpolitik mit dem Ziel der Wertbemessung menschlichen Lebens resümiert.

²⁷⁰⁷ Der Dienst am Volk sowie die Funktion als medizinischer Hüter der Volksgesundheit hatten die diametrale Verkehrung gesellschaftlicher Rollen und Aufgaben insbesondere von Ärzten, Richtern, Lehrern oder Fürsorgerinnen zur Konsequenz. Denn im Nationalsozialismus wandten sich bedeutsame wie fundamentale Errungenschaften moderner sozial- und sicherheitspolitischer Staatlichkeit wie Verwaltung, Gesundheits- und Sozialwesen, Justiz und Polizei gegen das Staatsvolk und exerzierten eine zielgerichtete wie unberechenbare Exklusionspolitik. Der „gute, fürsorgliche Amtsarzt“ generierte zum Exekutor rassenhygienisch intendierter Selektionsmaßnahmen. Zu dieser typologischen Verkehrung weiterführend etwa Schmidt: Hitlers Arzt.

Der quantitative Umfang von Unfruchtbarmachungen in der preußischen Provinz Sachsen spiegelt insgesamt nur einen Bruchteil von erbbiologischen und rassenhygienischen Ermittlungen und Überprüfungen wider, die im Zuge des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ sowie später im Rahmen des sogenannten „Ehegesundheitsgesetzes“ sowie der „erbbiologischen Bestandsaufnahme“ durchgeführt wurden. Dabei erfolgte die Erfassung von als „erbkrank“ geltenden Frauen und Männern anhand unterschiedlicher Prozeduren, wie insbesondere der kameralistischen Auswertung bestehender medizinisch-psychiatrischer oder sozialpolitischer Register von Gesundheitsämtern, Wohlfahrtsbehörden oder Jugendämtern (vgl. Kap. 4). Ebenso wurden Betreuungs- und Beratungsstellen, wie etwa die Außenfürsorge von psychiatrischen Einrichtungen, zielgerichtet einbezogen. Auch für die preußische Provinz Sachsen kann grundsätzlich eine geringe Beteiligung von praktischen Ärzten oder auch Hebammen konstatiert werden. Demgegenüber konnte die vorliegende Untersuchung eine kaum zu unterschätzende Beteiligung von Mitarbeitern der genannten Behörden, von Lehrern und schließlich auch von Bürgermeistern, Amtsvorstehern und Gemeindeschulzen kleinerer Gemeinden nachzeichnen. Vor allem in der Anfangsphase schuf die aktive Beteiligung dieser Personengruppen an der Erfassung sowie Informationsgewinnung ein nahezu unerschöpfliches Reservoir von als „erbkrank“ gemeldeten und angezeigten Frauen und Männern. Dieses Engagement belegt nachdrücklich, dass die Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation keineswegs als einseitiges herrschaftliches Ausschlussverfahren fungierte. Vielmehr rekurriert die aktive Mitarbeit auf eine partizipative Charakteristik der Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“. Die Motive der persönlichen Teilhabe müssen als divergent eingeschätzt werden und umfassten ein vielfältiges Spektrum, welches Pflichtbewusstsein, das Engagement für den Nationalsozialismus und den Dienst an der Volksgemeinschaft insbesondere im Zuge der Machtergreifung 1933 sowie auch rassenhygienisch-volksgemeinschaftliche und berufliche Vorstellungen von der biopolitischen Sinnhaftigkeit der Unfruchtbarmachung zur Verhinderung von Krankheit als sozialer oder ökonomischer Bedürftigkeit bis hin zu persönlichen Interessen umfassen konnte.

Die Bedeutung der aktiven Mitarbeit an der nationalsozialistischen Zwangssterilisation kann genauso wenig auf die quantitative Erfassung reduziert werden, vielmehr lieferten die übermittelten Aufstellungen oder personenbezogene Aufstellungen bereits eine Vielzahl von medizinischen, psychiatrischen und soziobiologischen Vorwürfen. Die im Zuge der Erfassung übermittelten soziobiologischen Beschuldigungen

beruhten nicht auf der Umsetzung von konkreten Maßgaben einer eugenisch-rassenhygienischen Sortierung, sondern entsprangen alltäglichen wie individuellen Vorstellungen und Übersetzungsleistungen, welche fortwährend den volksgemeinschaftlichen Wert der männlichen und weiblichen Delinquenten bemaßen. Diese selektive Vorstufe der unmittelbaren Wertbemessung männlichen und weiblichen Lebens im Sterilisationsverfahren durch die antragsberechtigten Amtsärzte und Psychiater offenbart die ungeheure biopolitische Gewalt unter den Herrschaftsbedingungen des Dritten Reiches. Denn im Hinblick auf die beschworene Gesundheit und Erstarkung der nationalsozialistischen Volksgemeinschaft als Topos wie Bestandteil eines übersteigerten biopolitischen Optimierungs- und Regulierungsdiskurses nahmen neben Ärzten und Richtern auch Lehrer, Fürsorgerinnen, Verwaltungsangestellte oder auch Privatpersonen aktiven und zielgerichteten Einfluss auf die Erfassung und insbesondere auch auf die Bewertung von als „erbkrank“ geltenden Frauen und Männern.

Die aktive Mitwirkung unterschiedlicher Bevölkerungskreise an der nationalsozialistischen Zwangssterilisation war weder einseitig noch konfliktlos. Denn vor allem auf mikrohistorischer Ebene kollidierten die biopolitischen Vorstellungen von lokalen Verantwortungsträgern und Informanten über den männlichen und weiblichen Lebenswert mit den rassenhygienischen Interessen des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ in der administrativ-gerichtlichen Obhut von Amtsärzten und Erbgesundheitsrichtern. Die fortwährenden Übereinkünfte und Bündnisse sowie auch Konflikte und Diskussionen kristallisierten sich in der divergenten Bewertung männlichen und weiblichen Lebens für die nationalsozialistische Volksgemeinschaft. Diese Allianzen wie Kontroversen müssen als Wesensmerkmal eines biopolitischen Optimierungs- und Regulierungsdiskurses und somit als immanenter Bestandteil der nationalsozialistischen Zwangssterilisation als selektiver Praxis verstanden werden, denn die Bewertung des menschlichen Lebens für die Volksgemeinschaft als übergeordnete Bezugsgröße bedeutete einen alltäglichen personenbezogenen Aushandlungs- und Übersetzungsprozess.

Die Forschungsergebnisse zur Beteiligung und Partizipation rekurrieren auf individuelle Verhaltensweisen von betroffenen Frauen und Männern und insbesondere auf Vorstellungen und Wahrnehmungen der befürchteten wie erlittenen zwangsweisen Unfruchtbarmachung. Darüber hinaus ist auch die Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ als bevölkerungspolitische Maßnahme Gegenstand von persönlichen Stellungnahmen (vgl. Kap. 8). Konkrete Reaktionen wie auch

Motive von Betroffenen müssen ebenfalls als ambivalent bezeichnet werden und entziehen sich daher häufig einer kategorialen Reduzierung auf Ablehnung und Verweigerung. Dabei ist zu berücksichtigen, dass auch in der preußischen Provinz Sachsen kein geschlossener gesellschaftlicher Widerstand gegen die Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ entstand. Aber auch wenn die Handlungsmöglichkeiten und Erfolgchancen von betroffenen Frauen und Männern unter den herrschaftlichen Bedingungen des Dritten Reiches stark begrenzt waren, so versuchte doch eine nicht unerhebliche Anzahl von Frauen und Männern, die zwangsweise Sterilisation zu verhindern, indem sie etwa im Verfahrenswege Widersprüche gegen den gerichtlichen Beschluss einlegten oder Beschwerden an die „Kanzlei des Führers“ sandten. Daneben versuchten Betroffene, die Unfruchtbarmachung zu verhindern, indem sie ihren Wohnort ohne polizeiliche Meldung wechselten oder untertauchten. Eine spezifisch weibliche Strategie bestand in der bewussten Herbeiführung von Schwangerschaften, um der drohenden Unfruchtbarmachung zuvorzukommen oder den operativen Eingriff zumindest aufzuschieben. Die in diesen abwehrenden Handlungen zum Ausdruck kommenden Motive rekurrieren auf Ängste vor der Operation und gesundheitlichen Schädigungen, aber vor allem auf die Zerstörung der Fortpflanzungsfähigkeit als körperliche Funktion, die mit der Zerstörung des Lebensglücks und einer gesellschaftlichen Stigmatisierung als „minderwertig“ gleichgesetzt wurde. Diesbezüglich konnte auch festgestellt werden, dass ein persönliches Einverständnis im Sinne einer Krankheitseinsicht, wie es die nationalsozialistischen Machthaber zumindest medial proklamierten, nur selten die Grundlage von Sterilisationsverfahren bildete. Jedoch dürfen zustimmende Handlungsweisen nicht unberücksichtigt bleiben, verweisen sie doch auf unausgesprochene wie kaum nachweisbare zielgerichtete ärztliche Einflussnahmen und damit auf medizinisch-biopolitische Herrschaftsverhältnisse im Dritten Reich, weiterhin auf persönliche Handlungszwänge und familiäre Konflikte und Interessen.

In Anbetracht der Analyse von Verhaltensweisen und Wahrnehmungen konnte die vorliegende Studie weiterhin aufzeigen, dass sich Betroffene in persönlichen Stellungnahmen und Widersprüchen gegen die drohende Unfruchtbarmachung zur Wehr setzten, zugleich aber die nationalsozialistische Sterilisationspolitik grundsätzlich bejahten und auch Namen von potenziell „erbkrank“ geltenden Frauen und Männern nannten. Dabei von einem ausschließlich strategischen Handeln auszugehen, welches etwa eine Nähe oder Konformität zum Nationalsozialismus anzeigen sollte, würde die

Vielfalt von persönlichen Wahrnehmungen ebenso wie die Wirkungsweisen eines biopolitischen Diskurses allzu sehr vernachlässigen. Vielmehr können diese Aussagen und Wahrnehmungen als Hinweise für verbreitete Vorstellungen und Überzeugungen von der Notwendigkeit eugenisch-rassenhygienischer Selektionsmaßnahmen zur Gesundung der nationalsozialistischen Volksgemeinschaft akzentuiert werden. Insofern weisen die vorliegenden Ergebnisse darauf hin, dass die Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation zwar auf massive diskursive Hindernisse, wie etwa Vorstellungen einer schützenswerten körperlichen Integrität und sexueller Selbstbestimmung als Grundbestandteile einer individuellen Privatsphäre, stieß, hinsichtlich der bevölkerungspolitischen Ziele aber zugleich auf einem gesellschaftlichen Konsens beruhte. Für die Betroffenen waren derartige Überzeugungen keineswegs widersprechend, denn innerhalb der Sterilisationsverfahren wehrten sie sich insbesondere gegen die ungerechtfertigten Anschuldigungen von „Minderwertigkeit“, welche sie jedoch zugleich bei anderen Personen des sozialen Umfeldes als statthaft ansahen. Diese Ergebnisse zu den Opfern der nationalsozialistischen Zwangssterilisation, die im foucaultschen Sinne auch auf eine persönliche Teilhabe an der eigenen Unterdrückung hinweisen, bieten eine wichtige Ergänzung des historischen Forschungsstandes zum „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ sowie zu dynamischen und ambivalenten Machtverhältnissen im Dritten Reich.

Das Zentrum der nationalsozialistischen Zwangssterilisation als selektive Praxis von männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“ bildete die Begutachtung und Antragsstellung durch die antragsberechtigten Amtsärzte sowie durch Leiter von psychiatrischen Einrichtungen (vgl. Kap. 5). In dieser Phase des nationalsozialistischen Sterilisationsverfahrens fand eine diagnostische Konkretisierung und Verdichtung der erhobenen soziobiologischen Vorwürfe und Beschuldigungen statt, die in Sterilisationsgutachten mündeten, welche von den Erbgesundheitsgerichten der preußischen Provinz Sachsen zu etwa 80 bis 90 Prozent bestätigt wurden (vgl. Kap. 6.3; Kap. 6.4). Entgegen der Erklärungen von Ärzten und Richtern im Zuge von Strafverfahren nach Kriegsende weisen die vorliegenden Forschungsergebnisse ausdrücklich darauf hin, dass es sich mehrheitlich keineswegs um umfassende und eingehende medizinisch-psychiatrische Untersuchungen handelte. Sowohl die überlieferten Fallakten als auch Diskussionen zur medizinischen und erbgerichtlichen Begutachtung belegen hinlänglich, dass die im Zuge von Meldungen und Anzeigen übermittelten Beschuldigungen ebenso wie soziale, ökonomische oder medizinisch-psychiatrische Einschätzungen

von Gesundheits- oder Wohlfahrtsbehörden ungeprüft als Sterilisationsbegründung herangezogen und genutzt wurden.

Mithilfe der mikrohistorischen Ausleuchtung konnte die Charakteristik der nationalsozialistischen Zwangssterilisation als Begutachtungsverfahren präzisiert werden, das sich insbesondere dadurch auszeichnete, dass eine Vielzahl von Sterilisationsverfahren bis in die zweite Hälfte der 1930er-Jahre hinein ohne hinreichende persönliche Untersuchung und Einvernahme durchgeführt wurde. Diese gängige Beurteilungspraxis wurde einerseits durch den explosionsartigen Anstieg von Sterilisationsmeldungen und Anzeigen hervorgerufen. Andererseits konnte dezidiert nachgezeichnet werden, dass insbesondere der latente Personalmangel die Begutachtung und Verurteilung von als „minderwertig“ geltenden Frauen und Männern im Rahmen der Erfassung und Begutachtung hemmte, aber zugleich auch beschleunigte sowie radikalisierte und dem gesamten Erbgesundheitsverfahren die Charakteristik von kameralistisch-bürokratischen Schnellverfahren verlieh. Für die zweite Hälfte der 1930er-Jahre kann aufgrund von umfangreicheren Gutachten und Stellungnahmen ein tendenzieller Wandel der Begutachtungspraxis konstatiert werden, der als Konsequenz der kritischen Diskussion auf ministerieller Ebene in Verbindung mit einem erheblichen Rückgang der Sterilisationszahlen anzusehen ist.

Anhand der Analyse der diagnostischen Begründungen der gesetzlich definierten Erbkrankheiten konnten in Anlehnung an die maßgeblichen Untersuchungsergebnisse von Gisela Bock vier zentrale Beurteilungskategorien ermittelt werden.²⁷⁰⁸ Hierzu gehörten abweichende Familienverhältnisse, geringe intellektuelle und berufliche Leistungsfähigkeit, ein auffälliges Sexualverhalten und Geschlechtsleben sowie soziale Nonkonformität (vgl. Kap. 5.4). Diese Kategorien müssen als idealtypische wie fluide Bewertungsmaßstäbe verstanden werden, denn im Zuge der personenbezogenen Begutachtung wurden diese Kriterien miteinander verknüpft und zu einem Gesamtbild von männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“ verschmolzen. Die historische Betrachtung der Konstruktionsformen von männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“ rekuriert insgesamt auf eine selektive Beurteilung des Lebenswertes in Form eines Kaleidoskops, in welchem Familie, Leistungsfähigkeit, Sexualverhalten wie Lebenswelt zentrale Beurteilungskriterien darstellten, aber zugleich nur Koordinaten einer flexiblen Abwertungs- und Exklusionsmechanik bildeten. Im Vergleich zur späteren Ermordung von psychiatrischen Patientinnen und Patienten wohnte der

²⁷⁰⁸ Vgl. Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 365–429.

Bewertung des menschlichen Lebens im Rahmen der nationalsozialistischen Zwangssterilisation dabei eine weitaus höhere Variabilität inne, die über ökonomische Gesichtspunkte von persönlicher Leistungsfähigkeit und staatlichen Fürsorgeverpflichtungen weit hinausging.²⁷⁰⁹ Innerhalb der selektiven Technologie der nationalsozialistischen Sterilisationspraxis besaßen das Geschlecht oder Frauen als Mütter und Männer als Väter keinen kausalen, sondern einen qualitativen wie qualifizierenden Stellenwert.

Die zentralen Bewertungskriterien menschlichen Lebens im nationalsozialistischen Sterilisationsverfahren rekurrieren in prägnanter Weise auf rassenhygienische Paradigmen des ausgehenden 19. Jahrhunderts sowie auf die nationalsozialistische Volksgemeinschaft als übergeordnete Beurteilungsinstanz eines biopolitischen Optimierung- und Regulierungsdiskurses. Jedoch wurden diese diskursiven Markierungen innerhalb eines beschworenen gesellschaftlich-volksgemeinschaftlichen Niedergangs infolge eines Bevölkerungsrückgangs einerseits sowie einer Schwächung des Genpools durch die Fortpflanzung von als „minderwertig“ geltenden Frauen und Männern andererseits keineswegs einseitig, linear oder teleologisch umgesetzt. Vielmehr muss die selektive Beurteilungsmechanik als alltägliche wie dynamische Übersetzungsprozedur verstanden werden, die sowohl konkrete selektive Muster als auch eine flexible Variabilität der im Dritten Reich betriebenen selektiven Körperpolitik aufwies.

Die quantitative Analyse der nationalsozialistischen Sterilisationspolitik hat insgesamt bisherige Ergebnisse der historischen Forschung bestätigt, indem die Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ keine geschlechtsspezifische Exklusion von Frauen oder Männern verfolgte oder ausbildete. Gegenüber diesen Nachweisen einer vermeintlichen geschlechterneutralen Sterilisationspraxis im Dritten Reich hat die mikro- und geschlechtergeschichtliche Analyse der Konstruktion von „Erbkrankheiten“ hingegen konkrete geschlechtsspezifische Selektionspraktiken herausarbeiten können. Dementsprechend kann konstatiert werden, dass die nationalsozialistische Zwangssterilisation gleichermaßen Frauen und Männer als biologische und biopolitische Garanten des Fortbestandes einer Volksgemeinschaft betraf, aber aus unterschiedlichen geschlechtsspezifischen Gründen.

²⁷⁰⁹ Vgl. etwa Fuchs/Rotzoll/Hohendorf: Die Opfer der „Aktion T4“.

Die Familie, vor allem die Gesundheit von Familienangehörigen sowie auch die sozialen und ökonomischen Familienverhältnisse, dienten als maßgebliches Kriterium, um eine vermeintliche Erblichkeit einer gesetzlich definierten Erbkrankheit zu beweisen. Dabei gilt zu berücksichtigen, dass die rassische Überhöhung des Blutes im Dritten Reich eine herausgehobene genealogische Bedeutung der Familie für die nationalsozialistische Volksgemeinschaft beschwor und zugleich soziale Aspekte oder Umweltfaktoren von abweichenden Verhaltensweisen, schulischem Misserfolg oder Leistungsdefiziten ausschloss. Im Sinne einer Blutgemeinschaft mit der Charakteristik einer unmittelbaren Weitergabe von physischen, psychischen, aber auch sozialen Eigenschaften wurden in der Familie auftretende Erkrankungen wie auch soziobiologische Verstöße auf die von der Sterilisation betroffenen Frauen und Männer tautologisch übertragen und als hinreichende Beweise einer erblichen Belastung gewertet. Vor allem der diagnostische Topos einer potenziellen familiären Ansteckungsgefahr in der Form einer mehrköpfigen Hydra eröffnete im alltäglichen Beurteilungsverfahren vielfältige wie willkürliche Übersetzungsleistungen, sodass auch voneinander völlig unabhängige physische und psychische Erkrankungen wie Suizide, die Ansteckung mit Geschlechtskrankheiten und intellektuelle oder berufliche Leistungsfähigkeit zielgerichtet in Beziehung gesetzt und als Beweis einer erblichen „Minderwertigkeit“ herangezogen wurden.

Hinsichtlich der erbbiologischen Vorstellungen von Familie als einer genealogischen Hydra der Vererbung von „Minderwertigkeit“ spielte insbesondere die Überprüfung des Sexualverhaltens und Geschlechtslebens eine herausragende Bedeutung. Diesbezüglich wies die Beurteilung des Sexualverhaltens auch eine funktionale Charakteristik im Sinne einer sexuellen Fähigkeit sowie eines bestehenden aktiven Geschlechtslebens als Inbegriff und Voraussetzung des männlichen und weiblichen Fortpflanzungsverhaltens auf. Darüber hinaus bildete die Beurteilung des Sexuallebens ein maßgebliches Beurteilungskriterium, indem Abweichungen des Geschlechtslebens in Rekurs auf überkommene traditionelle bürgerliche Sexualnormen in Form eines frühzeitigen oder häufigen Geschlechtsverkehrs sowie auch unehelicher Nachkommenchaft als Ausdruck „minderwertiger“ Erbanlagen gewertet wurden. Ebenso spielten ökonomische Aspekte für die medizinische und gerichtliche Anweisung von Unfruchtbarmachungen keine untergeordnete Rolle, indem etwa Kinder, deren Versorgung seitens der Eltern oder alleinerziehenden Mütter nicht sichergestellt werden könnte, nicht der staatlichen Fürsorge und somit der nationalsozialistischen Volksgemeinschaft zur Last fallen sollten.

Der mit der nationalsozialistischen Zwangssterilisation initialisierten Sexualkontrolle, die auch als Reaktion auf die sexuelle Liberalisierung der 1920er-Jahre angesehen werden kann, wurden im Dritten Reich in erster Linie Frauen unterworfen. Insofern kann die Überprüfung des Sexualverhaltens und Geschlechtsleben insbesondere als Exklusionsmechanik von als spezifisch weiblich diagnostizierter „Minderwertigkeit“ im Dritten Reich angesehen werden. Insbesondere Frauen wurden frühzeitiges Sexualverhalten, Geschlechtsverkehr mit wechselnden Partnern sowie unehelich geborene Kinder vorgeworfen und als Hinweise einer erblichen Belastung gutachterlich betont. Gegenüber Männern erfolgten derartige geschlechtsspezifische Abwertungen aufgrund des Sexualverhaltens nur in geringem Maße, sogar im Falle von Kindesmissbrauch und Vergewaltigungen. Diese Ergebnisse zur Konstruktion von Erbkrankheiten im Nationalsozialismus verdeutlichen sowohl das Bestehen von unterschiedlichen sexuellen Moralvorstellungen als auch die geschlechtsspezifische Unterwerfung unter überkommene männliche und weibliche Sexualnormen, welche insbesondere Frauen die negative Eigenschaft als passives wie aktives Sexualobjekt unterstellten. Weiterhin eröffnen die geschlechtsspezifischen Unterwerfungsprozeduren wiederum den Blick auf die selektive Variabilität des Sterilisationsverfahrens, welche im Hinblick auf die Forschungsergebnisse von Dagmar Herzog zum ausschweifenden Geschlechtsleben im Nationalsozialismus auch die lebensbewertende Dialektik von gesund und krank, von wert und unwert am weiblichen Körper verdeutlicht. Gesund geltende Frauen sollten den Fortbestand der Volksgemeinschaft sichern, sodass ihnen durchaus eine sexuelle Betätigung zugestanden, mitunter sogar gefordert wurde.²⁷¹⁰ Hingegen figurierten als „erbkrank“ und fortpflanzungsfähig geltende Frauen als eine besondere Gefahr für den Volkskörper, deren Fortpflanzungsfähigkeit zielgerichtet ausgeschaltet werden sollte, um die rassenhygienische Aufartung des Volkskörpers nicht zu gefährden.

In Bezug zum erb- und rassenpflegerischen Anspruch der Gesundheit und Erstickung des deutschen Volkskörpers gerieten insbesondere Frauen und Männer in die Sterilisationsmechanik, denen geringe intellektuelle Fähigkeiten zugestanden wurden, die über eine geringe Bildung verfügten sowie einfache oder mechanische berufliche Tätigkeiten ausübten. Die Beurteilung einer unzureichenden Leistungsfähigkeit, die beide Geschlechter gleichermaßen betraf, korrelierte unmittelbar mit der nationalsozi-

²⁷¹⁰ Vgl. und weiterführend unter diskursiver und entwicklungsgeschichtlicher Perspektive etwa Herzog: Politisierung der Lust; Grossmann: Sexualität, Körper und das große Unbehagen; Theweleit: Männerphantasien.

alistisch-utopischen Gestaltung der Volksgemeinschaft, indem bemessen wurde, welchen derzeitigen ökonomischen Beitrag und welchen zukünftigen Nutzen die als „erbkrankverdächtig“ geltenden Frauen und Männer besäßen. Damit unmittelbar verbunden war die gutachterliche Prüfung, ob die Betroffenen imstande seien, sich selbst zu versorgen, oder Fürsorgeleistungen beanspruchen und somit einer staatlichen Unterstützung bedürfen würden. Hierin kann ein spezifisches rassenhygienisches Artefakt des im Nationalsozialismus virulenten biopolitischen Optimierungs- und Regulierungsdiskurses des männlichen und weiblichen Fortpflanzungsverhaltens erblickt werden, indem sich die Wertbemessung männlichen und weiblichen Lebens an der Umdeutung der darwinischen Formel von „Survival oft the fittest“ im Sinne eines „Überlebens der Stärkeren“ orientierte.

Die ökonomisch orientierte Leistungsbemessung männlichen und weiblichen Lebens wurde durch eine Beurteilung sozialer Normabweichungen funktional ergänzt. Die Beurteilung der Lebenswelt orientierte sich an überkommenen sozialen Norm- und Wertvorstellungen und wies dementsprechend eine ungemene Variabilität selektiver Bewertungskriterien auf, die Kriminalität, Haushaltsführung, Sozialverhalten bis hin zu als abweichend geltenden Verhaltensweisen umfassen konnten. In diesem Sinne wohnten der Beurteilung von Lebensgewohnheiten und Handlungsweisen in besonderer Weise geschlechtsspezifische Konturen inne, indem etwa Frauen anhand der Bewältigung häuslicher Aufgaben oder der Kindererziehung als wesentliche Bestandteile von überkommenen weiblichen Rollenvorstellungen bemessen wurden. Demgegenüber wurde der männliche Lebenswert ebenfalls an der Einhaltung männlicher Rollenbilder, hier etwa der Fähigkeit zur familiären Versorgung oder eines gütlichen, gewaltfreien Ehelebens, bewertet. Diese lebensweltlichen Bewertungskriterien rekurrieren auf eine spezifische Ergänzung der Beurteilung eines volksgemeinschaftlichen Nutzens, indem sie auf soziale männliche und weibliche Qualitäten abzielten, welche an die Erfüllung von überkommenen wie konkreten volksgemeinschaftlichen Norm- und Wertvorstellungen geknüpft waren. Der Wert menschlichen Lebens umfasste im Nationalsozialismus also nicht nur eine sexuelle Dimension oder eine quantifizierbare, ökonomische Ressource, sondern zugleich eine soziale Bemessungsgrundlage im Sinne einer individuellen Prüfung, die sich daran orientierte, inwiefern die betroffenen Frauen und Männer den volksgemeinschaftlichen Wert- und Normvorstellungen auch sozial und qualitativ entsprachen. Die inneren Bruchlinien der selektiven Beurteilungspraxis, die mitunter deutlicher in der Durchführung des sogenannten „Ehegesundheitsgesetzes“ auftraten, waren Bestandteile der alltäglichen Allianzen und

Kontroversen über die Beurteilung des Lebenswertes von Frauen und Männern im Sterilisationsverfahren und müssen als inhärente Funktionselemente eines biopolitischen Optimierungs- und Regulierungsdiskurses verstanden werden.²⁷¹¹

Die vorgelegten Forschungsergebnisse zu den männlichen und weiblichen Opfern der nationalsozialistischen Zwangssterilisation rekurrieren auf einen individuellen Stigmatisierungsprozess, welcher über die Grenzen des Dritten Reiches hinaus bestand (vgl. Kap. 9.1). Die heuristische Basis der fortwährenden Stigmatisierung bilden die Sterilisationsgutachten als biopolitische Dossiers, in denen die ermittelten soziobiologischen Vorwürfe derart zielgerichtet verdichtet wurden, dass die betroffenen Frauen und Männer auch nach 1945 als „erbkrank“ und „minderwertig“, mindestens aber als krank oder deviant geltende Personen erscheinen mussten. Denn innerhalb der Sterilisationsgutachten wurde eine Infamie detailliert beschrieben und festgestellt, die im Rahmen eines fortwährenden biopolitischen Optimierungs- und Regulierungsdiskurses sowie in der Mechanik eines gutachterlich-kameralistischen Dopplungseffekts eine unwiderrufliche erbbiologische, ja genetische und damit biologistisch unhintergehbare Begründung erfuhr. Aber mehr noch: Aufgrund der zwangssterilisierten Frauen und Männern zugewiesenen Infamien, etwa in Form von intellektuellen wie beruflichen Leistungsdefiziten, begangenen Straftaten wie Diebstählen, Gaunereien oder auch Sexualdelikten, der Vernachlässigung von Schutzbefohlenen oder der persönlichen, sozialen wie ökonomischen Unfähigkeit zur Versorgung und Erziehung von Kindern, wurde eine Täter-Opfer-Umkehrung ermöglicht, sodass krank, „erbkrank“ oder „minderwertig“ geltenden Frauen und Männern im Dritten Reich eine Mitschuld an ihrer Unfruchtbarmachung zugewiesen werden konnte.

In Anbetracht des Forschungsstandes sowie der vorliegenden divergenten Forschungsansätze stellt sich abschließend die Frage nach dem (H)Ort der nationalsozialistischen Zwangssterilisation. Die Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ kann als Brennspeigel von selektiven Praktiken im Dritten Reich verstanden werden. Wie die vorliegende Studie nachzeichnen konnte, bündeln sich in den selektiven Praktiken der nationalsozialistischen Sterilisationspolitik rassistische und rassenhygienische Motive, wie sie Gisela Bock beschrieben hat, weiterhin

²⁷¹¹ Vgl. Czarnowski: Das kontrollierte Paar; LASA, C 28 Ig, Nr. 363: Ehegesundheitsgesetz (1938–1944); LASA, C 28 Ig, Nr. 364: Erbgesundheitsgericht, enthält Bestellung ärztlicher Mitglieder (1937–1944); LASA, C 28 Ig, Nr. 365: Ehegesundheitsgesetz (1936–1937); LASA, C 28 Ig, Nr. 365 II: Ehegesundheitsachen, Heiratserlaubnis (1936–1937).

die von Hans-Walter Schmuhl dargelegten Bindekräfte einer exzesshaften Rassenhygiene im Dritten Reich, ebenso wie charakteristische Merkmale im Sinne der Lösung der sozialen Frage durch Exklusion von als „minderwertig“ geltenden Frauen und Männern nach Klaus Dörner.²⁷¹² Und schließlich finden sich in der systemischen Organisation, den kameralistischen Erfassungsprozeduren bis hin zu den selektiven Beurteilungskriterien Bestandteile einer historischen Forschungsperspektive, etwa nach Detlev Peukert, die den Nationalsozialismus als eine Spielart der Moderne beschreibt. Der Hinweis auf die Tragweite wie Relevanz der genannten Forschungsansätze widerspricht keineswegs der in der vorliegenden Studie gewählten analytischen Forschungskonzeption, die die nationalsozialistische Zwangssterilisation als ein biopolitisches Selektionsverfahren perspektivierte. Denn die von Gisela Bock, Hans-Walter Schmuhl, Klaus Dörner oder Detlev Peukert vertretenen analytischen Standpunkte beschreiben ihrerseits zentrale Bestandteile wie Dynamiken eines biopolitischen Optimierungs- und Regulierungsdiskurses im Nationalsozialismus. Im Zentrum dieses biopolitischen Diskurses wie auch der nationalsozialistischen Zwangssterilisation als technologische Prozedur stand die Bewertung von männlichem und weiblichem Leben in Bezug auf die Volksgemeinschaft als zentrale Bezugsgröße. Auch wenn der nationalsozialistische Selektionsexzess zu einer nachhaltigen Ächtung rassischer und rassenhygienischer Vorstellungen und Konzepte nach 1945 geführt hat, so bestehen doch vor dem Hintergrund fortlaufender biologischer, genetischer oder sozioökonomischer Diskussionen längst keine Zweifel mehr an einer Renaissance und vielleicht sogar an einer diskursiven Etablierung eugenisch intendierter Regulierungsmaßnahmen und Selektionsinteressen. Die Aktualität von biopolitischen Regulativen wird etwa durch die intensiven medizinischen Debatten über die Möglichkeiten und Risiken von Pränataldiagnostik oder „human enhancement“ sowie die intensiven geisteswissenschaftlichen und bioethischen Diskussionen über Biopolitik als Analysemodell dokumentiert.²⁷¹³ Die historische Analyse der Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ als biopolitisches Ausschlussverfahren trägt insbesondere dazu bei, die Gefahren, Konsequenzen wie auch Dynamiken von Optimierungsinteressen und Fort-

²⁷¹² Vgl. Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus; Schmuhl: Zwangssterilisation; Dörner: Tödliches Mitleid; Peukert: Max Webers Diagnose der Moderne.

²⁷¹³ Vgl. Kap. 2.2. Weiterführend Wehling: Selbstbestimmung oder sozialer Optimierungsdruck; Wehling, Peter/Viehöver, Willy/Keller, Reiner: Wo endet die Natur, wo beginnt die Gesellschaft. Doping, Genfood, Klimawandel und Lebensbeginn. Die Entstehung kosmopolitischer Hybride. In: Soziale Welt, Jg. 56 (2005), S. 137–158; Viehöver Willy/Wehling, Peter (Hrsg.): Entgrenzung der Medizin. Von der Heilkunst zur Verbesserung des Menschen? Bielefeld 2011.

pflanzungsregulativen am Beispiel der exzessiven Verfolgungspraxis im Nationalsozialismus zu konkretisieren sowie auch auf den Transformationsprozess von Biopolitik als überkommenen Regulierungs- und Optimierungsdiskurs von Frauen, Männern und Gesellschaft hinzuweisen.

10 Quellen- und Literaturverzeichnis

10.1 Quellen

a. Landesarchiv Sachsen-Anhalt, Abteilung Magdeburg (LASA)

LASA, C 20 Ib Oberpräsident Magdeburg. Allgemeine Abteilung (1661–1948)

LASA, C 20 I, Ib Nr. 896: Jahresberichte über das Medizinal- und Sanitätswesen, Bd. 2: 1893–1939

LASA, C 20 I, Ib Nr. 1490: Hebammen, Bd. 9: 1928–1935; Bd. 10: 1936–1944

LASA, C 20 I, Ib Nr. 1491: Prüfung der Hebammenschülerinnen, Bd. 2: 1930–1943

LASA, C 20 I, Ib Nr. 1540: Öffentliche Gesundheitspflege. Jahresgesundheitsberichte, 3 Bde. (1930–1943)

LASA, C 20 I, Ib Nr. 1545: Öffentliche Gesundheitspflege. Zusammenarbeit der staatlichen Gesundheitsämter (mit den Ämtern für Volksgesundheit der NSDAP) (1934–1936)

LASA, C 20 I, Ib Nr. 1559: Rassenhygiene, Eheberatungsstellen (1926–1944)

LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, 2 Bde. (1933–1944)

LASA, C 20 I, Ib Nr. 1571: Hebammenangelegenheiten, Bd. 7: 1930–1939

LASA, C 20 I, Ib Nr. 1607: Jahresgesundheitsberichte (1943–1944)

C 28 Ig Regierung Magdeburg und nachgeordnete Behörden, Medizinalregistor (1853–1947)

LASA, C 28 Ig, Nr. 12: Versammlung der Medizinalbeamten (1914–1945)

LASA, C 28 Ig, Nr. 15: Amtsärzte (1938–1946)

LASA, C 28 Ig, Nr. 42: Beschwerden und Eingaben (1938–1944)

LASA, C 28 Ig, Nr. 71: Gerichtsarzt Dr. André, Magdeburg (1927–1935)

LASA, C 28 Ig, Nr. 75: Kreisarzt Dr. Burmeister, Quedlinburg (1905–1943)

LASA, C 28 Ig, Nr. 79: Kreisarzt Dr. Jancke, Oschersleben (1919–1945)

LASA, C 28 Ig, Nr. 81: Kreisarzt Dr. Jeske, Magdeburg (1922–1944)

LASA, C 28 Ig, Nr. 81a: Medizinalrat Dr. Pieszczyk, Burg (1928–1940)

LASA, C 28 Ig, Nr. 83: Medizinalrat Dr. Eliassow, Haldensleben (1922–1934)

LASA, C 28 Ig, Nr. 84: Medizinalrat Dr. Fehsenfeld (1914–1946)

- LASA, C 28 Ig, Nr. 86: Kreisarzt Dr. Grape, Salzwedel (1907–1935)
- LASA, C 28 Ig, Nr. 86a: Dr. med. Unger (1938–1944)
- LASA, C 28 Ig, Nr. 94a: Medizinalrat Dr. Kathke, Calbe/Saale (1932–1945)
- LASA, C 28 Ig, Nr. 98: Amtsarzt Dr. Meyer (1933–1944)
- LASA, C 28 Ig, Nr. 98a: Dr. Meyer-Estorf (1923–1945)
- LASA, C 28 Ig, Nr. 102: Kreisarzt Dr. Puppel, Stendal (1912–1944)
- LASA, C 28 Ig, Nr. 103: Kreisarzt Dr. Opitz, Halberstadt (1906–1939)
- LASA, C 28 Ig, Nr. 106, Bd. 3: Dr. Reischauer, Gardelegen (1928–1942)
- LASA, C 28 Ig, Nr. 109: Kreisarzt Dr. Sage (1913–1937)
- LASA, C 28 Ig, Nr. 115a: Dr. Overlack, Genthin (1923–1945)
- LASA, C 28 Ig, Nr. 159: Städtisches Gesundheitsamt Magdeburg (1934–1945)
- LASA, C 28 Ig, Nr. 160: Gesundheitsamt Oschersleben (1930–1947)
- LASA, C 28 Ig, Nr. 236: Prov. Hebammen Institut Magdeburg (enthält Namenslisten, Prüfungsergebnisse sowie Materialien zur Ausbildung) (1906–1938)
- LASA, C 28 Ig, Nr. 258: Ehrenurkunden, Auszeichnungen für Hebammen (enthält Namenslisten) (1938–1944)
- LASA C 28 Ig, Nr. 259: Prüfung der Hebammen (enthält Prüfungsergebnisse, personenbezogene Vorgänge sowie Geburtsberichte) (1938–1946)
- LASA, C 28 Ig, Nr. 363: Ehegesundheit (1938–1944)
- LASA, C 28 Ig, Nr. 364: Erbgesundheitsgericht, enthält Bestellung ärztlicher Mitglieder (1937–1945)
- LASA, C 28 Ig, Nr. 365: Ehegesundheitsgesetz (1936–1937)
- LASA, C 28 Ig, Nr. 365 II: Ehegesundheitsachen, Heiraterlaubnis (1936–1937)
- LASA, C 28 Ig, Nr. 366, Bd. 2: Ehegenehmigungen (1938–1945)
- LASA, C 28 Ig, Nr. 366, Bd. 4: Ehegenehmigungen, spez. (1940–1945)
- LASA, C 28 Ig, Nr. 368: Eheverbote, 4 Bde. (1938–1944)
- LASA, C 28 Ig, Nr. 369: Erbbestandsaufnahme (1938–1939)
- LASA, C 28 Ig, Nr. 370: Erbgesundheit, Unfruchtbarmachung (1938–1945)
- LASA, C 28 Ig, Nr. 371: Erbkrankheiten, 4 Bde. (1934–1938)
- LASA, C 28 Ig, Nr. 375: Sterilisationen durch Strahlenbehandlung (1936–1937)
- LASA, C 28 Ig, Nr. 376: Todesfälle nach Unfruchtbarmachung (1938–1940)
- LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten, 13 Bde. (1933–1941)
- LASA C 28 Ig, Nr. 378: Trinkerfürsorge, Bekämpfung des Alkoholismus (1910–1937)
- LASA, C 28 Ig, Nr. 379: Bekämpfung der Trunksucht (1933–1937)
- LASA C 28 Ig, Nr. 380: Trunk- und Nicotinsucht, 2 Bde. (1938–1942)

LASA, C 28 Ig, Nr. 456: Erb- und Rassenhygiene (1935–1944)

LASA, C 28 Ig, Nr. 460: Rassenhygiene, Volksbelehrung, Eheberatung, 3 Bde. (1935–1940)

LASA, C 30 A/B Landratsämter und Kreiskommunalverwaltungen im Regierungsbezirk Magdeburg

LASA, C 30 Jerichow I A, Nr. 177: Medizinalangelegenheiten (u. a. Erbkrankheiten) (1945)

LASA, C 30 Osterburg A, Nr. 737: Durchführung des Sterilisierungsgesetzes (1933–1936)

LASA, C 30 Osterburg A, Nr. 738: Durchführung des Sterilisierungsgesetzes (1934–1940)

LASA, C 30 Salzwedel A, Nr. 1011: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (Generalia) (1933–1944)

LASA, C 30 Salzwedel I A, Nr. 1012: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (Generalia) (1936–1942)

LASA, C 30 Wanzleben. A (neu), Nr. 813: Gesundheitswesen, enthält auch Rassegesetzgebung (1928–1941)

LASA, C 30 Osterburg B, Nr. 1378: Verhütung erbkranken Nachwuchses (Unfruchtbarmachung), Allgemeines (1933–1941)

LASA, C 127 Oberlandesgericht Naumburg mit Anhang Personalakten aus dem Gerichtsbezirk (1828–1964)

LASA, C 127, Nachtrag, Nr. 88: Erlasse des Reichsministers der Justiz über die Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, Bd. 1: 1936–1945

LASA, C 127, Nr. 1155: Erbgesundheitspflege, Bd. 1: 1936–1942, 1948

LASA, C 127, Nr. 1156: Erbgesundheitspflege, Einzelsachen, Bd. 1: 1937–1938, 1940, 1946, 1946–1948

LASA, C 127, Nr. 1157: Einzelsachen, Bd. 1: 1936–1944, 1946

LASA, C 127, Nr. 1158: Erbgesundheitsobergericht, Einzelsachen, Bd. 1: 1936–1944

LASA, C 127 Anh. Justiz PA D, Nr. 74, 5 Bde.

LASA, C 127 Anh. Justiz PA F, Nr. 209, 3 Bde.

LASA, C 127 Anh. Justiz PA G, Nr. 50, 4 Bde.

LASA, C 127 Anh. Justiz PA H, Nr. 689, 6 Bde.

LASA, C 127 Anh. Justiz PA K, Nr. 347, 4 Bde.

LASA, C 127 Anh. Justiz PA K, Nr. 811, 5 Bde.

LASA, C 127 Anh. Justiz PA K, Nr. 853

LASA, C 127 Anh. Justiz PA St. Nr. 138, 5 Bde.

LASA, C 127 Anh. Justiz PA T, Nr. 126, 5 Bde.

LASA, C 127 Anh. Justiz PA V, Nr. 14, 5 Bde.

LASA, C 128 Landgerichte im Regierungsbezirk Magdeburg (1705–1952)

LASA, C 128 Landgericht Magdeburg, Nr. 342: Erbgesundheitsgerichte, Generalakten, Bd. 1: 1933–1936

LASA, C 128 Landgericht Magdeburg, Nr. 343: Erbgesundheitsgerichte, Generalakten, Bd. 2: 1935–1936

LASA, C 128 Landgericht Magdeburg, Nr. 344: Erbgesundheitsgerichte Einzelsachen, Sammelakte, Bd. 1: 1936–1940

LASA, C 128 Landgericht Magdeburg, Nr. 345: Erbgesundheitsgerichte, Sammelakten, Einzelsachen, Bd. 2: 1939–1946

LASA, C 128 Landgericht Magdeburg, Nr. 346: Einzelsachen, Sammelakten (1938–1947)

LASA, C 129 Amtsgerichte im Regierungsbezirk Magdeburg (1591–1965)

LASA, C 129 Amtsgericht Genthin, Nr. 2: Erbgesundheitsgericht, Ernennung der richterlichen Mitglieder der Erbgesundheitsgerichte, Sammelakte (1937–1945)

LASA, C 129 Amtsgericht Halberstadt, Nr. 216: Erbgesundheitspflege (1938–1940)

LASA, C 129 Amtsgericht Halberstadt, Nr. 217: Erbgesundheitsgerichte (1933–1942)

LASA, C 129 Amtsgericht Halberstadt, Nr. 218: Erbgesundheitspflege, Sammelakten (1933–1942)

LASA, C 136 Erbgesundheitsobergericht Naumburg (1937–1947)

LASA, C 136, Nr. 3: Rundschreiben und Richtlinien betr. Erb- und Rassenpflege (1939–1944)

LASA, C 136, Nr. 4: Verfahrensrechtliche Gutachten und Stellungnahmen (1935–1941)

LASA, C 136, Nr. 5: Schriftwechsel in EGG-Sachen, Sammelakte (1934–1938)

LASA, C 136, Nr. 6: (...) 1922, Schizophrenie (1941–1947)

LASA, C 136 Erbgesundheitsobergericht Naumburg, Nr. 8 (...) 1911, Schizophrenie (1943–1945, 1946)

LASA, C 136, Nr. 27–45, 48–53: Beschlüsse des Erbgesundheitsobergerichts, 28 Bde. (1934–1944)

LASA, C 136, Nr. 54–56, 91: Namensverzeichnis für das Beschwerderegister des Erbgesundheitsobergerichts (1934–1935)

LASA, C 136, Nachtrag, Nr. 119: Allgemeine Verfügungen und Erlasse in Erbgesundheitsangelegenheiten (1933–1945)

LASA, C 136 I Erbgesundheitsgerichte im Regierungsbezirk Magdeburg (1934–1946)

LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Halberstadt, Nr. 1025: Register des EGG Halberstadt (1938–1939)

LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Halberstadt, Nr. 1026: Register des EGG Halberstadt (1940–1941)

LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Halberstadt, Nr. 1027: Register des EGG Halberstadt (1942–1944)

LASA MD Rep. C 136 I Erbgesundheitsgericht Halberstadt, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z), 1023 Fallakten (1934–1945 (1946))

LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, Nr. 1: Register des EGG Magdeburg (1934)

LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, Nr. 2: Register des EGG Magdeburg (1935)

LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, Nr. 3: Register des EGG Magdeburg (1936)

LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, Nr. 4: Register des EGG Magdeburg (1937)

LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, Nr. 5: Schriftwechsel in EGG-Sachen, Sammelakte (1934–1938)

LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z), 250 Fallakten (1934–1945 (1946))

LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z), 236 Fallakten (1934–1945 (1946))

Sonstige Bestände

LASA, K 70, NS-Archiv des MfS, Nr. ZB II 1101 A.02 02

LASA, K 70, NS-Archiv des MfS, Nr. ZA I 12256 A.01/Kopie der Personalakte (Dr. Horst Schumann, 1.5.1906 in Halle/Saale)

b. Landesarchiv Sachsen-Anhalt, Abteilung Merseburg (LASA)**LASA, C 48 Ii Regierung Merseburg. Medizinalregistratur (1815–1949)**

LASA, C 48 Ii, Nr. 14, Bd. 3: Die Geisteskranken (1933–1942)

LASA, C 48 Ii, Nr. 45, Bd. 2: Gesundheitsberichte (1923–1947)

LASA, C 48 Ii, Nr. 79a/1-2: Die Bestrafung von Ärzten, 2 Bde. (1936–1945)

LASA, C 48 Ii, Nr. 85: Die Nachweisung über das dienstliche und außerdienstliche Verhalten der Kreismedizinalbeamten (1855–1946)

LASA, C 48 Ii, Nr. 109, Bd. 4/1-2: Die Teilnahme der Medizinalbeamten an den Fortbildungskursen in der öffentlichen Gesundheitspflege an der Universität Halle pp., 2 Bde. (1933–1947)

LASA, C 48 Ii, Nr. 110: Gerichtsarzt im Stadtkreis Halle, Gesundheitsamt (1901–1946)

LASA, C 48 Ii, Nr. 119: Kreisarzt Dr. Geißler in Torgau (1893–1947)

LASA, C 48 Ii, Nr. 132/2: Versammlungen der Medizinalbeamten (1935–1946)

LASA, C 48 Ii Nr. 141: Medizinalrat Dr. Holz, Halle, 3 Bde. (1920–1939)

LASA, C 48 Ii, Nr. 142: Dr. Kalle, Heinrichswalde. Akten des königlichen Regierungspräsidiums zu Gumbinnen (1919–1939)

LASA, C 48 Ii, Nr. 137b: Medizinalrat Dr. Friese, Sangerhausen (1934–1944)

LASA, C 48 Ii, Nr. 137b: Medizinalrat Dr. Friese, Sangerhausen. Beiheft (1934–1944)

LASA, C 48 Ii, Nr. 148a: Medizinalrat Dr. Monnicke, Querfurt (1930–1941)

LASA, C 48 Ii, Nr. 149a: Medizinalrat Dr. Neubelt, Eisleben (1920–1940)

LASA, C 48 Ii, Nr. 160a: Medizinalrat Dr. Weißgerber, Bitterfeld (1937–1942)

LASA, C 48 Ii, Nr. 457, Bd. 12: Das Hebammenwesen (1933/1946)

LASA, C 48 Ii, Nr. 458: Das Hebammenwesen (1926–1946)

LASA, C 48 Ii, Nr. 524, Bd. 11: Beschwerden und Untersuchungen gegen Hebammen (1932–1944)

LASA, C 48 Ii, Nr. 545, Bd. 5: Die öffentlichen Heil- (Kranken-, Entbindungs- und Irrenanstalten) Anstalten (1933/1947)

LASA, C 48 Ii, Nr. 549, Bd. 3: Die öffentlichen und privaten Irrenanstalten (1922–1942)

LASA, C 48 Ii, Nr. 558: Besichtigungen der Landesheil- und Pflegeanstalten (1920–1946)

LASA, C 48 Ii, Nr. 832, Bd. 3: Bekämpfung der Trunksucht (1933–1942)

LASA, C 48 Ii, Nr. 922, Bd. 1–2: Einrichtung von Eheberatungsstellen. Ehegesundheitsgesetz. Blutschutzgesetz, 2 Bde. (1926–1947)

LASA, C 48 Ii, Nr. 959: Die Einsendung der Sektionsberichte an das Medizinalkollegium in Magdeburg, Bd. 63: 1932–1937

LASA, C 48 Ii, Nr. 960, Bd. 49–50: Die Untersuchungsverhandlungen über Gemütskranke, 2 Bde. (1932–1944)

LASA, C 53 Gesundheitsämter im Regierungsbezirk Merseburg

LASA, C 53 Gesundheitsamt Eisleben, Nr. 3: Beaufsichtigung von Krankenhäusern und Heimen (1905–1948)

LASA, C 53 Gesundheitsamt Eisleben, Nr. 8: Hebammenangelegenheiten (1939–1950)

LASA, C 53 Gesundheitsamt Eisleben, Nr. 10: Beaufsichtigung von Krankenhäusern, Heil- und Pflegeanstalten (1904–1944)

LASA, C 53 Gesundheitsamt Eisleben, Nr. 21: Jahresgesundheitsberichte (1936–1937)

LASA, C 53 Gesundheitsamt Eisleben, Nr. 23: Jahresgesundheitsberichte (1938–1940)

LASA, C 53 Gesundheitsamt Eisleben, Nr. 25: Überreichung von Ehrenurkunden an Hebammen (1930–1943)

LASA, C 53 Gesundheitsamt Eisleben, Nr. 55: Unterbringung von Geisteskranken in Anstalten (1901–1946)

LASA, C 53 Gesundheitsamt Eisleben, Nr. 74: Ermittlungsverfahren gegen Ärzte (1935–1946)

C 128 Landgerichte im Regierungsbezirk Merseburg

LASA, C 128 Landgericht Naumburg, Nr. 140: Einzelsachen der Erbgesundheitsgerichte und Ernennung der richterlichen und ärztlichen Mitglieder (1936)

LASA, C 128 Landgericht Naumburg, Nr. 141: Errichtung und Besetzung der Erbgesundheitsgerichte und Erlasse des Reichsministers der Justiz über die Durchführung

des Gesetzes zur Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, Bd. 1 (1933–1936)

LASA, C 128 Landgericht Naumburg, Nr. 142: Besetzung der Erbgesundheitsgerichte und Erlasse des Reichsministers der Justiz über die Durchführung des Gesetzes zur Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, Bd. 1: 1934–1936

LASA, C 136 I Erbgesundheitsgerichte im Regierungsbezirk Merseburg

LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Halle, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z), 1039 Fallakten (1934–1945 (1946))

LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Naumburg, Nr. 1: Verkehr mit dem Reichsgesundheitsamt, Generalakten, Bd. 1: 1934–1941

LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Naumburg, Nr. 2: Verkehr mit dem Reichsgesundheitsamt, Sammelakten, Bd. 2: 1941–1944

LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Naumburg, Nr. 3: Richtlinien und Verfügungen betr. Erbgesundheitsgerichte, Generalakten (1934–1945)

LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Naumburg, Nr. 4: Schriftverkehr betr. das Erbgesundheitsgericht, Sammelakten, Bd. 4: 1934–1944

LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Naumburg, Nr. 5: Beisitzer für die Erbgesundheits-sitzungen, Generalakten, Bd. 1: 1938–1941

LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Naumburg, Nr. 7: Register für Erbgesundheits-sachen (1934)

LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Naumburg, Nr. 8: Register für Erbgesundheits-sachen (1935)

LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Naumburg, Nr. 9: Register für Erbgesundheits-sachen (1936)

LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Naumburg, Nr. 10: Register für Erbgesund-heitssachen (1937)

LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Naumburg, Nr. 11: Register für Erbgesund-heitssachen (1938-1944)

LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Naumburg, Nr. 12: Register für Erbgesund-heitssachen (1939)

LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Naumburg, Nr. 227: Diverse Beschlüsse des EGG Naumburg (1934–1938)

LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Naumburg, Nr. 228: Diverse Beschlüsse des EGG Naumburg (1934–1939)

LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Naumburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z), 213 Fallakten (1934–1945 (1946))

LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Torgau, Nr. 1: Schriftverkehr betr. EG-Sachen (1934–1938)

LASA, C 136, Erbgesundheitsgericht Torgau, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z), 253 Fallakten (1934–1945 (1946))

c. Thüringisches Hauptstaatsarchiv Weimar (ThHStAW)

ThHStAW, Thüringisches Ministerium des Innern ((1585) 1658–1956), Abt. E, Wohlfahrts- und Gesundheitswesen

ThHStAW, Thüringisches Ministerium des Innern Nr. E 1715: Besetzung des Thüringischen Erbgesundheitsobergerichts Jena und der Erbgesundheitsgerichte im Land Thüringen sowie ihre Zusammenarbeit und Gliederung (1934–1943)

ThHStAW, Thüringisches Ministerium des Innern Nr. E 1716: Einrichtung der Erbgesundheitsgerichte im Land Thüringen und Bestellung von ärztlichen Beisitzern für die Thüringischen Erbgesundheitsgerichte (1933–1943)

ThHStAW, Thüringisches Ministerium des Innern Nr. E 1730: Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses im Land Thüringen im Allgemeinen (1933–1934)

ThHStAW, Thüringisches Ministerium des Innern Nr. E 1743: Ehevermittlung unfruchtbar gemachter oder sonst nicht fortpflanzungsfähiger Personen (1940–1944)

ThHStAW, Thüringisches Ministerium des Innern Nr. E 1745: Art der Berichterstattung über die Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, insbesondere über Unfruchtbarmachungen und Todesfälle nach Unfruchtbarmachungen sowie über Eheauglichkeitsuntersuchungen

ThHStAW, Thüringisches Ministerium des Innern, Nr. E 1746: Berichte von Gesundheitsämtern des Landes Thüringen über ihre Erfahrungen bei der Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (z. T. mit statistischen Angaben) und über ihre Zusammenarbeit mit den Erbgesundheitsgerichten (1935–1937)

ThHStAW, Thüringisches Oberlandesgericht Jena (1850–1949)

ThHStAW, Thüringisches Oberlandesgericht Jena Nr. 1265: Tätigkeit der Erbgesundheitsgerichte (1937–1941)

ThHStAW, Thüringisches Oberlandesgericht Jena Nr. 1266: Tätigkeit der Erbgesundheitsgerichte (1942–1944)

ThHStAW, Thüringisches Oberlandesgericht Jena Nr. 1267: Organisation der Erbgesundheitsgerichte (1937–1945)

ThHStAW, Thüringisches Oberlandesgericht Jena Nr. 1532: Geschäftsverkehr und Schriftwechsel mit den Gesundheitsämtern (1933–1937)

ThHStAW, Thüringisches Oberlandesgericht Jena Nr. 1538: Statistische Berichterstattung der Erbgesundheitsgerichte an das Landesamt für Rassewesen über die Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1935)

ThHStAW, Thüringisches Oberlandesgericht Jena Nr. 1556: Sammlung von Beschlüssen des Erbgesundheitsgerichts Erfurt über Unfruchtbarmachungen (1934–1935)

ThHStAW, Thüringisches Oberlandesgericht Jena Nr. 1569: Sammlung von Beschlüssen des Erbgesundheitsgerichts Erfurt über Unfruchtbarmachungen (1941–1943)

ThHStAW, Personalakten aus dem Bereich Justiz (19. Jh.–1950er Jahre)

ThHStAW, Personalakten aus dem Bereich Justiz Nr. 9264, 4 Bde.

ThHStAW, Personalakten aus dem Bereich Justiz Nr. 7929, 3 Bde.

d. Thüringisches Staatsarchiv Gotha (ThStAG)

ThStAG, Regierung Erfurt, Durchführung der Erbgesundheitsgesetzgebung

ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19863: Einrichtung und Aufgaben der Erbgesundheitsgerichte (1934–1945)

ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19864: Tragung der Kosten der Unfruchtbarmachungen, Vergütungen für Verdienstausfall (1933–1943)

ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19865: Krankenanstalten zur Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944)

ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19867: Krankenanstalten zur Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1934–1943)

ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19881: Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses und Schwangerschaftsunterbrechungen (1937–1944)

ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19882: Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses und Schwangerschaftsunterbrechungen (1934–1940)

ThStAG, Regierung Erfurt, Nr. 19884: Anträge auf Befreiung von den Vorschriften des Ehegesundheitsgesetzes. Erb- und Rassenpflege

ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19888: Eheberatung und Durchführung des Ehegesundheitsgesetzes (1935–1944)

ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19901: Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1935–1943)

ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19920: Durchführung des Ehegesundheitsgesetzes (1934–1944)

ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 20644: Erb- und Rassenpflege (Gesetz zum Schutze des deutschen Blutes und der deutschen Ehre) (1933–1936)

ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19547: Jahresberichte und Monatsberichte über die Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, des Ehegesundheitsgesetzes und § 6 der 1. V.O. zum Blutschutzgesetz (1937–1944)

ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 21055: Erb- und Rassenpflege, Erbbestandsaufnahme, Geburtsortkarteien und erbbiol. Gutachten (Eheberatung und Ehegesetz)

ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 22714: Erb- und Rassenpflege (Eheberatungsstellen, Gesuche um Erlaubnis und Anträge auf Befreiung von den Vorschriften des Ehegesundheitsgesetzes), VI. II (1940–1945)

ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 23077: Erb- und Rassenpflege (1935–1944)

ThStAG, Regierung Erfurt, Durchführung der Erbgesundheitsgesetzgebung, alphabetisch nach Kreisen

ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19862: Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses in den Kreisen Suhl, Weißensee und Worbis (1935–1944)

ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19883: Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses im Kreis Langensalza und Mühlhausen (1935–1945)

ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19899: Erb- und Rassenpflege. Anträge auf Befreiung von Vorschriften des Ehegesundheitsgesetzes, Kreis Nordhausen

ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19926: Erb- und Rassenpflege: Anträge auf Befreiung von Vorschriften des Ehegesundheitsgesetzes, Kreis Ziegenrück (Ranis), Worbis, Schmalkalden

ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19927: Erb- und Rassenpflege: Anträge auf Befreiung von Vorschriften des Ehegesundheitsgesetzes im Kreis Schleusingen

ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19929: Erb- und Rassenpflege: Anträge auf Befreiung von Vorschriften des Ehegesundheitsgesetzes, Kreis Nordhausen

ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 21073: Erb- und Rassenpflege von Mühlhausen (1935–1944–1945)

ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 23208: Erb- und Rassenpflege (Anträge auf Befreiung von den Vorschriften des Ehegesundheitsgesetzes), Gesundheitsamt Heiligenstadt und Langensalza (1942–1944)

ThStAG, Regierung Erfurt, Karteikarten(-kasten) zur Überlieferung von Kreisärzten, einzelner Gesundheitsämter und des Erbgesundheitsgerichts Suhl

ThStAG, Regierung Erfurt, Staatliches Gesundheitsamt Mühlhausen (1906–1952) Nr. 29: Erbgesundheitsangelegenheiten (1935–1940)

ThStAG, Regierung Erfurt, Staatliches Gesundheitsamt Mühlhausen (1906–1952) Nr. 30: Sterilisationsakten (1934–1944)

ThStAG, Regierung Erfurt, Staatliches Gesundheitsamt Mühlhausen (1906–1952) Nr. 31: Erbgesundheitsangelegenheiten (1940–1944)

ThStAG, Regierung Erfurt, Staatliches Gesundheitsamt Mühlhausen (1906–1952) Nr. 32: Anzeigen, Unterbrechung der Schwangerschaft (1943–1946)

ThStAG, Regierung Erfurt, Staatliches Gesundheitsamt Mühlhausen (1906–1952) Nr. 33: Erbgesundheitsgerichtsangelegenheiten (1934–1939)

ThStAG, Regierung Erfurt, Staatliches Gesundheitsamt Mühlhausen (1906–1952) Nr. 34: Erbgesundheitsangelegenheiten (1937)

ThStAG, Regierung Erfurt, Staatliches Gesundheitsamt Mühlhausen (1906–1952) Nr. 38: Erbgesundheitsakten (1937)

ThStAG, Regierung Erfurt, Staatliches Gesundheitsamt Mühlhausen (1906–1952) Nr. 39: Erbgesundheitsakten (1934–1935)

ThStAG, Regierung Erfurt, Staatliches Gesundheitsamt Mühlhausen (1906–1952) Nr. 40: Einladungen des Erbgesundheitsgerichts

ThStAG, Regierung Erfurt, Staatliches Gesundheitsamt Weißensee (1935–1945) Nr. 1: Alphabetisches Verzeichnis der Erbkranken (1934–1941)

ThStAG, Regierung Erfurt, Staatliches Gesundheitsamt Worbis (1840–1944) Nr. 102: Rassenhygiene und Bevölkerungswesen, enthält auch sportärztliche und kommunalärztliche Tätigkeit (1925–1927)

ThStAG, Regierung Erfurt, Staatliches Gesundheitsamt Worbis (1840-1944) Nr. 141: Erbgesundheitssache (1935)

ThStAG, Regierung Erfurt, Erbgesundheitsgericht Suhl, einzelne Erbgesundheitsan-
gelegenheiten (Personennamen A–Z), 105 Fallakten

**ThStAG, Regierung Erfurt, Personalsachen und Fortbildung des Medizinalper-
sonals**

ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19363: Personalakten des Amtsarztes Dr. Paul Hesse
in Nordhausen, Bd. 2 (1937–1946)

ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19448: Dienstversammlung der Amtsärzte (1935–
1944)

ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19493: Personalakten des Amtsarztes Dr. med. Alfred
Ruckert in Erfurt, Bd. 2 (1934–1944)

ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19496: Personalakten des Amtsarztes Dr. med. Alfred
Ruckert in Erfurt, Bd. 1 (1919–1934)

ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19511: Personalakten des Amtsarztes Dr. Paul Hesse
beim Staatlichen Gesundheitsamt Nordhausen (1922–1937)

ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19593: Dienstversammlungen der Amtsärzte (1911–
1938)

ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19661: Personalangelegenheiten der Gesundheitsäm-
ter, (1927–1945)

ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19716: Personalakten des Amtsarztes Dr. Wasserfall
beim Staatlichen Gesundheitsamt in Mühlhausen (1919–1944)

ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19763: Personalakte des Medizinalrates Dr. Jüngling
in Heiligenstadt (1935–1945)

ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19870: Dienstversammlungen der Regierungs- und
Medizinalräte (1911–1940)

ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 23035: Personalsachen des Medizinalrates Dr. Alfred
Hahn in Suhl (1927–1944)

ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 23150: Wiederherstellung des Berufsbeamtentums von
Med. Rat. Dr. Lebram (1933–1941)

ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 26361: Personalakte der Gesundheitspflegerin (...) in
Langensalza (1936–1949)

ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 26916: Personalakte des Medizinalrates Dr. Lebram in Erfurt

ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 27861: Personalakten des Med. Rats Dr. Josef Hünerbein in Wanzleben (1927–1939)

Sonstige Bestände (alphabetisch)

ThStAG, Amtsgericht Erfurt Nr. 623: Allgemeine Anordnungen in Erbgesundheitssachen (1934–1936)

ThStAG, Kreisausschuss Mühlhausen Nr. 711: Durchführung des Reichsgesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (Unfruchtbarmachung) (1934–1945)

ThStAG, Landgericht Erfurt Nr. 178: Verhütung erbkranken Nachwuchses (1934–1936)

ThStAG, Landgericht Erfurt Nr. 706: Erbgesundheitsgerichte, Ernennung der Vorsitzenden und Beisitzer, Einzelheiten (1936–1944)

ThStAG, Landgericht Erfurt Nr. 708: Erbgesundheitspflege, Einzelheiten

ThStAG, Landratsamt des Kreises Schleusingen in Suhl Nr. 2088: Verhütung erbkranken Nachwuchses (1935)

ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 21115 Ehestandsdarlehen (1933–1944)

ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 21121: Einschaltung der Hebammen in die Schwangerenfürsorge (1940–1944)

ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 23046 Ehestandsdarlehen (1933–1944)

e. Behörde des Bundesbeauftragten für die Unterlagen des Staatssicherheitsdienstes der Deutschen Demokratischen Republik, Ast. Magdeburg (BStU)

BStU, MfS, AOP 8935/66, 2 Bde.

BStU, MfS, BV Magdeburg, Allg. S 121/56

BStU, MfS, BV Magdeburg, Allg. S Nr. 2/81, Bd. 6

BStU, MfS, BV Magdeburg, Allg. S Nr. 2/81, Bd. 10

BStU, MfS, BV Magdeburg, Allg. S Nr. 2/81, Bd. 12

BStU, MfS, BV Magdeburg, Allg. S Nr. 2/81, Bd. 13

BStU, MfS, BV Magdeburg, AS 4/81, Bd. 1, 2 Teile

BStU, MfS, BV Magdeburg, Ast. 91/49

BStU, MfS, BV Magdeburg, Ast. I 15/46

BStU, MfS, BV Magdeburg, Ast. I 211/48, Bd. 1

BStU, MfS, BV Magdeburg, Ast. I Nr. 1260/48

BStU, MfS, BV Magdeburg, KD Schönebeck, Nr. 13534

BStU, MfS, HA IX/11, RHE 9/84

f. Archiv der Evangelischen Kirche der Kirchenprovinz Sachsen (AKPS)

AKPS, Rep. A Gen. Nr. 1595: Erblehre und Rassenhygiene (1935)

AKPS, Rep. 03 Nr. 5: Rundbriefe der Bekennenden Kirche, des Pfarrernotbundes, Druckschriften (1933–1934)

AKPS, Rep. 03 Nr. 16: Bericht über Verleumdungen der Deutschen Glaubensbewegung (1935)

AKPS, Rep. 03 Nr. 286: Rassenpolitik, Judenverfolgung (1935–1937)

g. Kreisarchiv Harz (KrA Harz)

KrA Harz, Gemeindebestand Eilenstedt II, Nr. 32: Krankheiten unter den Menschen (1873–1938)

KrA Harz, Gemeindebestand Dingelstedt II, Nr. 87: Gesundheitspolizei, ansteckende Krankheiten, Sterilisierungsverfahren, enthält Schriftverkehr und Verfügungen (1933–1944)

h. Kreisarchiv Salzwedel (KrA Salzwedel)

KrA Salzwedel, Bestand Gardelegen, Gesundheitswesen (GW), einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z), 147 Fallakten

i. Stadtarchiv Erfurt (StA Erfurt)

StA Erfurt, Nr. 1-2/500-23119: Gesundheitsamt. Verzeichnisse von Gerichtsakten, die nach Ablauf der Aufbewahrungsfristen beim Gericht an das städtische Gesundheitsamt abgegeben wurden, Bd. 3: Akten des Erbgesundheitsgerichtes (1935–1944)

StA Erfurt, Nr.1-2/510-9695: Arbeit der Gesundheitskommission, Allgemeines über Fürsorge, Hygiene und Volkswohlfahrt, Ehestandsdarlehen und Rassenhygiene, enthält Zeitungsausschnitte über Sterilisation und medizinische Zeitungen (1926–1935)

StA Erfurt, Nr. 1-2/510-9666: Tätigkeit und Aufgabenkreis der Eheberatungsstelle beim Stadtgesundheitsamt und ihre Beziehung zu anderen Organisationen, enthält u. a. Aufklärungsschriften und Aufsätze über die Rassenhygiene und Zeitungsausschnitte, Briefbogen der SPD (1922–1935)

StA Erfurt, Nr. 1-2/511-22833: Magistrat der Stadt Erfurt. Stadtgesundheitsamt, Erb- und Rassenpflege. Erbkrankheitskartei des Gesundheitsamtes Erfurt (1934–1944)

StA Erfurt, Nr. 2/511-23030: Magistrat der Stadt Erfurt. Stadtgesundheitsamt, Erb- und Rassenpflege. Verordnungen, Verfügungen übergeordneter Dienststellen auf Reichs- und Landesebene für das Referat Erb- und Rassenpflege u. a. zum Erbgesundheitsgesetz (1935–1945)

StA Erfurt, Nr. 2/511-23031: Magistrat der Stadt Erfurt. Stadtgesundheitsamt, Erb- und Rassenpflege. Durchführung des Ehegesundheitsgesetzes vom 18.10.1935, enthält v. a. Verordnungen, Dienstanweisungen für das Gesundheitsamt (1936–1946)

StA Erfurt, 2/511-23033: Magistrat der Stadt Erfurt. Stadtgesundheitsamt, Erb- und Rassenpflege. Verordnung und Durchführung von Kinderbeihilfen für Familien, Alleinstehende und Erwerbsbeschränkte (1935–1944)

StA Erfurt, Nr. 2/511-23034: Magistrat der Stadt Erfurt. Stadtgesundheitsamt, Erb- und Rassenpflege. Richtlinien und Formulare für die erbbiologische Erkennung (Erfassung) der Erfurter Bevölkerung (Sippentafeln) (1938–1939)

StA Erfurt, Nr. 2/511-23035: Magistrat der Stadt Erfurt. Stadtgesundheitsamt, Erb- und Rassenpflege. Richtlinien für die Durchführung der Erbbestandsaufnahme, u. a. für die Anlage der Geburtsortkartei (1936–1943)

StA Erfurt, Nr. 2/511-23036: Magistrat der Stadt Erfurt. Stadtgesundheitsamt, Erb- und Rassenpflege. Vorbereitung der erbbiologischen Erfassung der Erfurter Bevölkerung (1935–1943)

StA Erfurt, Nr. 2/511-23037: Magistrat der Stadt Erfurt. Stadtgesundheitsamt, Erb- und Rassenpflege. Erfassung von vorzeitigen Schulentlassungen aus Volksschulen in den Jahren 1933-1938 für die erbbiologische Kartei (1937–1938)

StA Erfurt, Nr. 2/511-23039: Magistrat der Stadt Erfurt. Stadtgesundheitsamt, Erb- und Rassenpflege. Ärztliche Untersuchungen von Siedlungsbewerbern zur Erlangung einer Siedlerstelle mit Hilfe von Reichsdarlehen oder Reichsbürgschaften (1936–1942)

StA Erfurt, Nr. 2/511-23042: Magistrat der Stadt Erfurt. Stadtgesundheitsamt, Erb- und Rassenpflege. Monats- und Jahresberichte des Gesundheitsamts zur Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, des Ehegesundheitsgesetz und dem § 6 der ersten Verordnung zum Blutschutzgesetz, enthält u. a. Monats- und Jahresberichte über die Erfurter Kliniken durchgeführten Sterilisationen (1934–1945)

StA Erfurt, Nr. 2/511-23043: Magistrat der Stadt Erfurt. Stadtgesundheitsamt, Erb- und Rassenpflege. Verfügungen zur Durchführung von Sterilisationen auf der Grundlage des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1934–1945)

StA Erfurt, Nr. 2/511-23044: Magistrat der Stadt Erfurt. Stadtgesundheitsamt, Erb- und Rassenpflege. Erlasse und Anordnungen, Kosten der Sterilisation, Schweige- und Meldepflicht von Dienststellen im Umgang mit der Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, Entmannungen (1934–1944)

StA Erfurt, Nr. 2/511-23045: Magistrat der Stadt Erfurt. Stadtgesundheitsamt, Erb- und Rassenpflege. Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, enthält u. a. Allgemeinen Schriftverkehr, Verordnungen und Richtlinien, Namenslisten der vom Erbgesundheitsgericht im Jahre 1935 erfassten Personen (1935–1944)

StA Erfurt, Nr. 2/511-23048: Magistrat der Stadt Erfurt. Stadtgesundheitsamt, Erb- und Rassenpflege. Verzeichnis der Erbkranken (1934–1944)

StA Erfurt, Nr. 2/511-23126: Magistrat der Stadt Erfurt. Stadtgesundheitsamt, Erb- und Rassenpflege. Unfruchtbarmachungen (Buchregistratur) (1934–1936)

StA Erfurt, 1-2/531-633: Verhütung erbkranken Nachwuchses, Verordnung und Gesetze, Beschlüsse des Erbgesundheitsgerichts, 2 Bde. (1933–1939)

j. Stadtarchiv Halberstadt (StA Halberstadt)

StA Halberstadt, Magistrat, Gesundheitsamt, Nr. 2.20.255: Berichte über Infektionskrankheiten sowie Bildung des städtischen Gesundheitsamtes und Zulassung zur Wohlfahrtspraxis (1933–1946)

k. Stadtarchiv Halle/Saale (StA Halle/Saale)

StA Halle/Saale, Cs 80233-80243 Ls: Verwaltungsberichte der Stadt Halle/Saale (1933–1945)

StA Halle/Saale, A 2.17 Gesundheitsamt Nr. 32: Ärztliche Zeugnisse und Einschätzungen vom Gesundheitszustand von Personen Wi-Z (1920–1943)

StA Halle/Saale, A 2.17 Gesundheitsamt Nr. 33: Gesundheitsfragebogen und Eheschlussbogen Sch-St (1924–1944)

StA Halle/Saale, A 2.17 Gesundheitsamt Nr. 34: Monatsberichte über die Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, Ehegesundheitsgesetzes und der 1. Verordnung zum Blutschutzgesetz

StA Halle/Saale, A 2.17 Gesundheitsamt Nr. 35: Anzeigen zur Verhütung erbkranken Nachwuchses A-G (1934–1938)

StA Halle/Saale, A 2.17 Gesundheitsamt Nr. 36: Ärztliche Berichte zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1934–1939)

StA Halle/Saale, A 2.17 Gesundheitsamt Nr. 37: Anzeigen zur Verhütung erbkranken Nachwuchses R-Z (1934–1938)

StA Halle/Saale, A 2.17 Gesundheitsamt Nr. 38: Eheberatungsstelle in Halle (1924–1934)

StA Halle/Saale, A 2.17 Gesundheitsamt Nr. 56: Untersuchungen zur Erbgesundheit, 5 Bde. (1934–1946)

StA Halle/Saale, A 2.17 Gesundheitsamt Nr. 168: Wanderausstellung „Gesunde Frau – gesundes Volk“ in Halle (1932–1933)

StA Halle/Saale, A 2.17 Gesundheitsamt 191: Jahresgesundheitsbericht (1938)

StA Halle/Saale, A 2.17 Gesundheitsamt Nr. 254: Maßnahmen des Stadtgesundheitsamtes zur Sicherung und Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bürger (1929–1938)

StA Halle/Saale, A 2.17 Gesundheitsamt Nr. 258: Erb- und Rassenpflege (1937–1938)

StA Halle/Saale, A 2.17 Gesundheitsamt Kap. III, Abt. E, Nr. 5, Bd. 1a: Einrichtung einer Eheberatungsstelle (1924–1932)

StA Halle/Saale, A 2.17 Gesundheitsamt Kap. III, Abt. E, Nr. 7, Bd. 1a: Einrichtung einer psychiatrischen Fürsorge im Stadtgesundheitsamt (1928–1935)

StA Halle/Saale, A. 2.9 Centralbüro Kap. II, Abt. E, Nr. 110: Stadtgesundheitsamt, Bd. 4 (1931–1936)

StA Halle/Saale, A 2.23 Jugend- und Fürsorgeamt Nr. 241, X Kst. Gen. 158 a: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. Übernahme der Kosten für die Unfruchtbarmachung, Bd. 1 (1933–1943)

StA Halle/Saale, A 5.1 Bergmannstrost Nr. 2. Ehetauglichkeit, Rassenpflege und Zwillingsforschung (1939–1947)

StA Halle/Saale, A 6.1 REI Nr. 650, Bd. 1 (1931–1950)

I. Stadtarchiv Magdeburg (StA Magdeburg)

StA Magdeburg, 150/35:4°: Verwaltungsberichte der Stadt Magdeburg, hg. im Auftrage des Oberbürgermeisters vom Statistischen Amt der Stadt Magdeburg (1933–1941)

StA Magdeburg, Rep. 12 V 1: Sammlung Dr. Paul Konitzer (1919–2000)

StA Magdeburg, Rep. 184 Bü 76: Ratsherrensitzungen (1935)

StA Magdeburg, Rep. 184 Bü 138: Drucksachen (1935)

StA Magdeburg, Rep. 38 A I. 1: Personaldaten von Ärzten (1946–1955)

StA Magdeburg, Rep. 38 A I. 2: Personaldaten von Ärzten (1945–1954)

StA Magdeburg, Rep. 38 C 11: Krankenhaus Altstadt, Operationsbuch Chirurgie, 3 Bde. (1943–1946)

StA Magdeburg, Rep. 38 D, Nr. 1-3: Ausweichkrankenhäuser (1946–1952)

StA Magdeburg, Rep. 38 J I. Nr. 1: Jahresgesundheitsberichte (1935, 1938, 1939, 1940, 1941)

StA Magdeburg, Rep. 38 J I. Nr. 4: Jahresgesundheitsberichte (1939/40, 1940/41)

StA Magdeburg, Magdeburg, Rep. 38 J II. Nr. 4.: Schriftwechsel zwischen Gesundheitsamt und den Krankenhäusern und anderen Einrichtungen betreff Personalangelegenheiten, Verwaltungssachen, Hausakten, Einrichtungen von Stationen und Patientenakten (1936–1940)

StA Magdeburg, Rep. 38 J V. Nr. 1: Erb- und Rassenpflege, 5 Bde. (1926–1943)

StA Magdeburg, Rep. 38 J V. Nr. 34: Krankenhaus Altstadt. Rundverfügungen der Gesundheitsverwaltung Magdeburg (1937–1942)

StA Magdeburg, Rep. 41 Nr. 757: Maßnahmen zur Überwachung der Entnazifizierung (1947)

StA Magdeburg, Rep. 41 Nr. 833: Tätigkeit des Ausschusses der Rassegeschädigten und des Ausschusses der Opfer des Faschismus (1929–1943, 1945–1949)

StA Magdeburg, Rep. 41 Nr. 1311: Personalamt, Tätigkeit der Entnazifizierungskommission (1946–1948)

StA Magdeburg, Rep. 41 Nr. 1330: Wiederaufbau der Landesfrauenklinik (1945–1948)

StA Magdeburg, Rep. 44 Nr. 66: Der Oberbürgermeister der Stadt Magdeburg. Personalamt, Aufgabenverteilung in den Ämtern der Stadtverwaltung unter namentlicher Anführung der beschäftigten Gefolgschaftsmitglieder (1943)

StA Magdeburg, PA Nr. 1507

StA Magdeburg, PA Nr. 1907

StA Magdeburg, PA Nr. 3144

StA Magdeburg, PA Nr. 3762

StA Magdeburg, PA Nr. 3895

StA Magdeburg, PA Nr. 4963

StA Magdeburg, PA Nr. 7412

StA Magdeburg, PA Nr. 8293

m. Stadtarchiv Nordhausen (StA Nordhausen)

StA Nordhausen, S 0189: Gesundheitsamt, Bd. 1 (1945–1946)

StA Nordhausen, S 0465: Landesgesundheitsamt (1945–1948)

StA Nordhausen, S 0567: Gesundheitsamt. Personalsachen (1945–1949)

StA Nordhausen, X 0637: Wohlfahrtsamt. Durchführung des Gesetzes über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3. Juli 1934

n. Stadtarchiv Oschersleben (StA Oschersleben)

StA Oschersleben, P VI/43: Akten der Polizeiverwaltung betreffend erbkranken Nachwuchs (1933–1945)

o. Stadtarchiv Salzwedel (StA Salzwedel)

StA Salzwedel, Fach 1, Nr. 14 (Nr. 8807): Zwangseinweisungen in Sachen Erbgesundheitsachen in Heilanstalten ausländischer Zivilarbeiten (1939–1942)

StA Salzwedel, Fach 4, Nr. 13 (Nr. 14480): Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1946)

StA Salzwedel, Fach 4, Nr. 15 (Nr. 13977): Kostenübernahme für Unfruchtbarmachen (1934–1941, 1945)

StA Salzwedel, Karton 4 (Nr. 9100, 42), Sittenpolizei, allgemeines (1933–1942)

StA Salzwedel, Karton 32 (Nr. 13976), Az: 5.7.10.2. Der Bürgermeister der Stadt Salzwedel. Runderlasse über Verhütung erbkranken Nachwuchses (1934–1944)

StA Salzwedel, Karton 32 (Nr. 13978), Az: 5.7.2.2a: Der Bürgermeister der Stadt Salzwedel. Erb- und Rassenpflege (1935–1940)

StA Salzwedel, Karton 41 (o. Nr.): Richtlinien zur Ehetauglichkeit (Runderlasse, Verfügungen, Anträge auf Eheschließung) (1936–1941)

StA Salzwedel, Karton 73 (Nr. 26381): Ehefähigkeitszeugnisse (1925–1950)

p. Stadtarchiv Stendal (StA Stendal)

StA Stendal, (o. Nr.): Überwachung der Prostituierten (1936–1937)

StA Stendal, (o. Nr.): Sozialwesen/Gesundheitswesen (1934–1943), Gesundheitsamt, Jugendheim, Inventur (1934–1942)

StA Stendal, Nr. 400-11-16: NS Volkswohlfahrt. NS Frauenschaft. NS Schwesternschaft. NS Bahnhofsmission. Gewährung von Beihilfen (1933–1949)

StA Stendal, Nr. 500-01-02: Gesundheitsamt. Gesundheitliche Volksbelehrung. Reichsgesundheitswochen. Hygieneausstellungen. Kommunalarzt und Personal. Jahresgesundheitsberichte

q. Stadtarchiv Wernigerode (StA Wernigerode)

StA Wernigerode, WR/II/Nr. 6615 (1933–1936)

StA Wernigerode, WR/II/Nr. 6617 (1932–1948)

10.2 Literatur vor 1945

- Baer, Abraham: Der Alcoholismus, seine Verbreitung und seine Wirkung auf den individuellen und socialen Organismus sowie die Mittel, ihn zu bekämpfen, Berlin 1878
- Binding, Karl/Hoche, Alfred: Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form, Leipzig 1920
- Boeters, Gustav: Lex Zwickau. Entwurf zu einem Gesetz für den Deutschen Reichstag über „Die Verhütung unwerten Lebens durch operative Maßnahmen“ in der Fassung vom 18. Oktober 1925. In: Zeitschrift für Sexualwissenschaft, Jg. 13 (1926/1927), H. 4, S. 139–149
- Bonhoeffer, Karl: Ein Rückblick auf die Auswirkungen des nationalsozialistischen Sterilisationsgesetzes. In: Der Nervenarzt, Jg. 20 (1949), H. 1, S. 1–5
- Bregmann: Die Eheberatung. In: Das Gesundheitswesen der Stadt Magdeburg nebst Sonderbeiträgen, hg. vom Städtischen Gesundheitsamt, Düsseldorf 1928, S. 35–36
- Bücklers, Max/Gütt, Arthur: Erbleiden des Auges (= Handbuch der Erbkrankheiten, Bd. 5), Leipzig 1938
- Bussen, Franz: Die eugenische Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung in Schrifttum und Praxis bis zum Jahre 1933, Ochsenfurt/Main 1937
- Conrad, Klaus/Kehrer, Ferdinand Adalbert/Meggendorfer, Friedrich u. a.: Die erbliche Fallsucht, Erbveitstanz, Schwerer Alcoholismus (= Handbuch der Erbkrankheiten, Bd. 3), Leipzig 1940
- Darwin, Charles: On the Origin of Species by Means of Natural Selection, or The Preservation of Favoured Races in the Struggle for Life, London 1859 (dt. Erstausgabe unter dem Titel Über die Entstehung der Arten im Thier- und Pflanzen-Reich durch natürliche Züchtung, oder Erhaltung der vervollkommneten Rassen im Kampfe um's Daseyn, Stuttgart 1860)
- Die Eugenik im Dienste der Volkswohlfahrt. Bericht über die Verhandlungen eines zusammengesetzten Ausschusses des Preußischen Landesgesundheitsrats vom 2. Juli 1932 (= Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung, Bd. 38, H. 5), Berlin 1932

- Deutsches Reichsgesetzblatt, Teil I, hrsg. vom Ministerium des Innern, Jg. 1933–1944/45, Berlin 1933–1945
- Dienstanweisung für die Standesbeamten und ihre Aufsichtsbehörden, hg. vom Reichsministerium des Innern, Berlin 1938
- Döderlein, Albert: Die Eingriffe zur Unfruchtbarmachung der Frau. In Gütt, Arthur/Rüdin, Ernst/Ruttke, Falk: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933 mit Auszug aus dem Gesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Maßregeln der Sicherung und Besserung vom 24. November 1933, München 1934, S. 224–227
- Doepner, Hans: Die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft an der Greifswalder Frauenklinik 1885–1903, Diss., 1904
- Dubitscher, Alfred: Der Schwachsinn (=Handbuch der Erbkrankheiten, Bd. 1), Leipzig 1937
- Dubitscher, Alfred: Asoziale Sippen. Erb- und sozialbiologische Untersuchungen, Leipzig 1942
- Fast, Ernst: Über das primäre Carzinom des Corpus uteri, Diss., 1895
- Freidank, Otto: Die Bedeutung der exogenen Faktoren, spez. des Krieges, für die Paralyse, Diss., 1919
- Galton, Francis: Hereditary genius. An inquiry into its laws and consequences (= Nachdruck der Erstausgabe 1869), Amherst 2006
- Galton, Francis: Inquiries into human faculty and its development (= Nachdruck der Erstausgabe 1883), London 1928
- Giesau, Hermann: Geschichte des Provinzialverbandes von Sachsen 1828–1925, Merseburg 1926
- Goddard, Henry Herbert: Die Familie Kallikak. Eine Studie über die Vererbung des Schwachsinnns, Langensalza 1914
- Gregor, Adalbert Aloys: Die Verwahrlosung, ihre klinische-psychologische Bewertung und ihre Bekämpfung. Für Pädagogen, Ärzte und Richter. Teil 1: Die Verwahrlosung der Knaben, Berlin 1918, S. 1-280

- Gregor, Adalbert Aloys/Voigtländer, Else: Die Verwahrlosung, ihre klinische-psychologische Bewertung und ihre Bekämpfung. Für Pädagogen, Ärzte und Richter. Teil 2: Die Verwahrlosung der Mädchen, Berlin 1918, S. 281–566
- Grotjahn, Alfred: Soziale Pathologie, Berlin 1912
- Grotjahn, Alfred: Die Hygiene der menschlichen Fortpflanzung. Versuch einer praktischen Eugenik, Berlin 1926
- Greggersen, Hans: Ergebnisse einer Nachuntersuchung über das Schicksal einer Reihe auf Grund des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses unfruchtbar gemachter Männer (= Veröffentlichungen aus dem Gebiete des Volksgesundheitsdienstes, Bd. 51, H. 2), Diss., Kiel 1937/38.
- Grunau: Der Schwachsinn im Erbgesundheitsverfahren. In: Zeitschrift der Akademie für Deutsches Recht, Jg. 2 (1935) H. 1, S. 769–776
- Gütt, Arthur: Erb- und Rassenpflege. In: Der Amtsarzt. Ein Nachschlagewerk für Medizinal- und Verwaltungsbeamte, bearb. von A. Gütt, L. Conti, W. Klein, O. Schwèers, Th. Sütterlin, R. Tiele und F. Wiethold, Jena 1936, S. 172–214
- Gütt, Arthur/Rüdin, Ernst/Ruttke, Falk: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933 mit Auszug aus dem Gesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Maßregeln der Sicherung und Besserung vom 24. November 1933, München 1934
- Gütt, Arthur: Der öffentliche Gesundheitsdienst. Erläuterungen zum Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3. Juli 1934 nebst Durchführungsverordnungen, Gebührenordnung und Anhang mit Erlassen (= Handbücherei für den öffentlichen Gesundheitsdienst, Bd. 1), völlig Neubearb. Aufl., Berlin 1939
- Gringmuth, Hanns: Zur Entstehung der preußischen Provinz. In: Korn, Otto (Hrsg.): Zur Geschichte und Kultur des Elb-Saale-Raumes. Festschrift für Walter Möhlenberg, Burg 1939, S. 246–255
- Grundsätze für die Errichtung und Tätigkeit der Beratungsstellen für Erb- und Rassenpflege, hg. vom Reichs- und Preußischen Ministerium des Innern, Berlin 1935
- Grundsätze für die Tätigkeit der Beratungsstellen für Erb- und Rassenpflege in den Gesundheitsämtern und Richtlinien für die Durchführung der Erbbestandsaufnahme, hg. vom Reichs- und Preußischen Ministerium des Innern, Berlin 1938

- Handbuch für die Provinzialverwaltung von Sachsen, 2. Ausg., Merseburg 1927, S. 195–461
- Heinze, Hans: Zirkuläres Irresein (manisch-depressives) (= Handbuch der Erbkrankheiten, Bd. 4), Leipzig 1942
- Holm, Kurt: Die Schwangerschaftsunterbrechung bei Erbkranken. In: Zeitschrift für Medizinalbeamte, Jg. 11 (1934), S. 453–465
- Holz, Oscar: Über die Wirkung des Dormiol bei Geisteskranken, Diss., 1901
- Huss, Magnus: Chronische Alkoholskrankheit oder Alcoholismus chronicus, Stockholm/Leipzig 1852
- Jancke, Oscar: Die Hernia epigastrica, Diss., 1906
- Jeske, Erich: Die Abnahme der Frequenz des Delirium tremens in Breslau im Gefolge der Branntweinbesteuerung, Diss., 1911
- Kihn, Berthold/Luxemburger, Hans: Die Schizophrenie (= Handbuch der Erbkrankheiten, Bd. 2), Leipzig 1940
- Kloos, Gerhard: Anleitung zur Intelligenzprüfung in der psychiatrischen Diagnostik, 5., unveränderte Aufl., Stuttgart 1965 (Erstaufgabe unter dem Titel: Anleitung zur Intelligenzprüfung im Erbgesundheitsgerichtsverfahren, Jena 1941)
- Konitzer, Paul: Aufgaben und Aufbau des städtischen Gesundheitsamtes. In: Das Gesundheitswesen der Stadt Magdeburg nebst Sonderbeiträgen, hg. vom Städtischen Gesundheitsamt, Düsseldorf 1928, S. 21–27
- Lemme, Hansjoachim: Das Verfahren der Erbgesundheitsgerichte. In: Der öffentliche Gesundheitsdienst, Jg. 2 (1936), S. 326–330
- Liermann, Günter: Der Intelligenzprüfungsbogen nach Anlage 5a der Ersten Verordnung zur Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erkrankten Nachwuchses in seiner Anwendung bei Jugendlichen in der Stadt Königsberg i. Pr. und dem Samland im Alter von 14–18 Jahren. In: Der öffentliche Gesundheitsdienst, Jg. 5 (1939/40), S. 244–254.
- Lindner, Gottfried: Eugenische Gesetzgebung und moralischer Schwachsinn anhand einer hessischen Sippe, Bochum-Langendreer 1938
- Maßfeller, Franz: Die Arbeit der Erbgesundheitsgerichte im Jahre 1934. In: Reichsgesundheitsblatt, Jg. 10 (1934), S. 592–593

- Maßfeller, Franz: Die Auswirkungen des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. In: Deutsche Justiz, Jg. 97 (1935), S. 780–782
- Ministerialblatt für die Preußische innere Verwaltung, hrsg. vom Reichs- und Preußischen Ministerium des Innern, 95 (1934) bis 96 (1935)
- Ministerialblatt des Reichs- und Preußischen Ministeriums des Innern, 97 (1936) bis 105 (1944/45)
- Möllers, Bernhard/Reiter, Hans (Hrsg.): Erb- und Rassenpflege. Sammlung Deutscher Gesundheitsgesetze, Bd. 1, Leipzig 1940
- Neubelt, Hanns: Die ersten 100 Sterilisationsuntersuchungen. In: Zeitschrift für Medizinalbeamte, Jg. 47 (1934), S. 266–272
- Ploetz, Alfred: Die Tüchtigkeit unserer Rasse und der Schutz der Schwachen. Ein Versuch über Rassenhygiene und ihr Verhältnis zu den humanen Idealen, besonders zum Sozialismus, Berlin 1895
- Preußisches Staatshandbuch, hrsg. vom Preußischen Staatsministerium für das Jahr 1939, Jg. 141 (1939), Berlin 1939
- Reich, Wilhelm: Einiges über die erbbiologische Ermittlungstätigkeit. In: Der öffentliche Gesundheitsdienst, 1 (1935), S. 129–132
- Reichs-Medizinal-Kalender für Deutschland, begründet von Paul Börner. Teil 2: Ärztliches Handbuch und Ärzteverzeichnis, hg. v. J. Hadrich und H. Dornedden, Jg. 56 (1935)
- Ristow, Erich: Erbgesundheitsrecht. Berechtigung, Bedeutung und Anwendung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses mit einem Anhang der Gesetze, Verordnungen und wichtigsten Runderlasse, Stuttgart 1935
- Ristow, Erich: Nachtrag zu Erbgesundheitsrecht, Stuttgart 1936
- Rundschreiben des Reichsjustizministers vom 15.12.1933 an die Länderjustizverwaltungen zu Unfruchtbarmachung erbkranker Verbrecher. In: Deutsche Justiz 1933, S. 862
- Tornow, Karl: Die Mitarbeit des Sonderschullehrers bei der Verwirklichung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. Aus der Praxis der Gutachter-tätigkeit des Hilfsschullehrers. In: Die deutsche Sonderschule, Jg. 3 (1936), H. 5, S. 321–332.

- Tornow, Karl/Weinert, Herbert: Erbe und Schicksal. Von geschädigten Menschen, Erbkrankheiten und deren Bekämpfung, Berlin 1942
- Übersicht über die Ursachen des Versagens der gesetzlichen operativen Unfruchtbarmachungen bei Frauen und Männern, im Auftrag des Reichsministers des Innern, bearbeitet von dem Präsidenten des Reichsgesundheitsamts, Berlin 1943
- Schallmayer, Wilhelm: Vererbung und Auslese im Lebenslauf der Völker. Eine staatswissenschaftliche Studie auf Grund der neueren Biologie, Jena 1903
- Schneider, Otto: Das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses und seine Bedeutung für die Hilfsschule. In: Die deutsche Sonderschule, Jg. 1 (1934), H. 6, S. 401–408
- Schnell, Walter (Hrsg.): Das Stadtgesundheitsamt in Halle, Halle/Saale 1935
- Schwalbe, Julius: Gesundheitliche Beratung vor der Eheschliessung, Leipzig 1927
- Schwarz, Max: Die erbliche Taubheit und ihre Diagnostik. Körperliche Missbildungen (= Handbuch der Erbkrankheiten, Bd. 6), Leipzig 1940
- Simon, Gerhardt: Über Makroglossie, Diss., 1902
- Statistik, des Deutschen Reichs. NF, Bd. 550 (= Neudruck der 2. Aufl., Berlin 1941), Osnabrück 1975
- Wasserfall, Wilhelm: Ein Beitrag zur gerichtsärztlichen Würdigung der Verschwendungssucht, Diss., 1904
- Weinert, H.: Ehevermittlung für Erbkranken. In: Die deutsche Sonderschule, Jg. 5 (1938), H. 9, S. 807.
- Wörterbuch zur Erblehre und Erbpflege (Rassenhygiene), bearb. von Erich Jeske, Berlin 1934

10.3 Literatur nach 1945

- Agamben, Giorgio: Homo sacer. Die souveräne Macht und das nackte Leben, Frankfurt/Main 2002
- Agamben, Giorgio: Homo sacer 2.1: Ausnahmezustand, Frankfurt/Main 2004
- Agamben, Giorgio: Was ist ein Dispositiv? Berlin 2008
- Algermissen, Gundolf: Der Kapp-Putsch 1920. Ein Lesebuch über Ereignisse in Niedersachsen und Sachsen-Anhalt, Braunschweig 2010
- Aly, Götz/Roth, Karl-Heinz: Das „Gesetz über die Sterbehilfe bei unheilbar Kranken“. Protokolle der Diskussion über die Legalisierung der nationalsozialistischen Anstaltsmorde in den Jahren 1938–1941. In: Roth, Karl-Heinz (Hrsg.): Erfassung zur Vernichtung. Von der Sozialhygiene zum „Gesetz über Sterbehilfe“, Berlin 1984, S. 101–120.
- Aly, Götz/Heim, Susanne: Vordenker der Vernichtung, 2., durchg. Aufl., Frankfurt/Main 1993
- Aly, Götz: Hitlers Volksstaat. Raub, Rassenkrieg und nationaler Sozialismus, Frankfurt/Main 2005
- Aly, Götz: Warum die Deutschen? Warum die Juden? Gleichheit, Neid und Rassenhass 1800–1933, Frankfurt/Main 2011
- Aly, Götz: Die Belasteten. Euthanasie 1939–1945. Eine Gesellschaftsgeschichte, Frankfurt/Main 2013
- Angerstorfer, Andreas/Dengg, Annemarie: Sterilisationspolitik unterm Hakenkreuz. Zwangssterilisationen in Regensburg und in Oberpfalz/Niederbayern, Regensburg 1999
- Arbeitskreis „Geschichte Bethels“ (Hrsg.): Lesetexte zum Problemkreis „Eugenik, Sterilisation, Euthanasie“, Bielefeld 1983
- Arendt, Hannah: Elemente und Ursprünge totaler Herrschaft. Antisemitismus, Imperialismus, totale Herrschaft, 12. Aufl., München 1986
- Armbruster, Jan/Freyberger, Harald J.: Zwangssterilisation und „Euthanasie“ in Pommern. Eine Bestandsaufnahme mit Blick auf die frühen Patiententötungen auf polnischem Gebiet. In: Traum & Gewalt, Jg. 8 (2014), H. 4, S. 260–271

- Arnaud, Patrice: Die deutsch-französischen Liebesbeziehungen der französischen Zwangsarbeiter und beurlaubten Kriegsgefangenen im „Dritten Reich“. Vom Mythos des verführerischen Franzosen zur Umkehrung der Geschlechterrolle. In: Frietsch, Elke/Herkommer, Christina (Hrsg.): Nationalsozialismus und Geschlecht. Zur Politisierung und Ästhetisierung von Körper, „Rasse“ und Sexualität im „Dritten Reich“ und nach 1945 (= GenderCodes. Transkriptionen zwischen Wissen und Geschlecht, Bd. 6), Bielefeld 2009, S. 180–196
- Ashenden, Samantha/Owen, David (Hrsg.): Foucault contra Habermas. Recasting the dialogue between genealogy and critical theory, London 1999
- Asmus, Helmut: 1200 Jahre Magdeburg. Von der Kaiserpfalz zur Landeshauptstadt. Eine Stadtgeschichte, Bd. 3: Die Jahre 1848 bis zur Gegenwart, Magdeburg 2005
- Assion, Hans-Jörg/Vollmoeller, Wolfgang: Handbuch bipolare Störungen, Stuttgart 2006
- Augstein, Rudolf/Bracher, Karl Dietrich/Broszat, Martin u. a.: „Historikerstreit“. Die Dokumentation der Kontroverse um die Einzigartigkeit der nationalsozialistischen Judenvernichtung, München 1987
- Ayaß, Wolfgang: Das Arbeitshaus Breitenau. Bettler, Landstreicher, Prostituierte, Zuhälter und Fürsorgeempfänger in der Korrektions- und Landarmenanstalt Breitenau (1874–1949) (= Hessische Forschungen zur geschichtlichen Landes- und Volkskunde, Bd. 23), Kassel 1992
- Ayaß, Wolfgang: „Asoziale“ im Nationalsozialismus, Stuttgart 1995
- Ayaß, Wolfgang (Bearb.): Gemeinschaftsfremde. Quellen zur Verfolgung von Asozialen 1933–1945, Koblenz 1998
- Ayaß, Wolfgang: „Demnach ist zum Beispiel asozial ...“. Zur Sprache sozialer Ausgrenzung im Nationalsozialismus. In: Kramer, Nicole/Nolzen, Armin (Hrsg.): Ungleichheiten im „Dritten Reich“. Semantiken, Praktiken, Erfahrungen (= Beiträge zur Geschichte des Nationalsozialismus, Bd. 28), Göttingen 2012, S. 69–89
- Baader, Gerhard/Schultz, Ulrich (Hrsg.): Medizin im Nationalsozialismus. Tabuisierte Vergangenheit – Ungebrochene Tradition, 3. Aufl., Frankfurt/Main 1987

- Baader, Gerhard/Hofer, Veronika/Mayer, Thomas (Hrsg.): Eugenik in Österreich. Biopolitische Strukturen von 1900–1945, Wien 2007
- Baberowski, Jörg: Der Sinn der Geschichte. Geschichtstheorien von Hegel bis Foucault, München 2005
- Baberowski, Jörg/Doering-Manteuffel, Anselm: Ordnung durch Terror. Gewaltexzesse und Vernichtung im nationalsozialistischen und im stalinistischen Imperium, 2. Aufl., Bonn 2007
- Baberowski, Jörg: Räume der Gewalt, Frankfurt/Main 2015
- Baberowski, Jörg: Brauchen Historiker Theorien? Erfahrungen beim Verfassen von Texten. In: Baberowski, Jörg (Hrsg.): Arbeit an der Geschichte. Wie viel Theorie braucht die Geschichtswissenschaft (= Eigene und fremde Welten, Bd. 18), Frankfurt/Main 2009, S. 117–127
- Badenschier, Franziska: „Eugenik gab es vor Hitler und es gibt sie bis heute“. Gespräch mit Axel W. Bauer. In: Zeit Online, 06.02.2010, abgerufen unter <https://www.zeit.de/wissen/geschichte/2010-02/geschichte-eugenik-interview> (16. Juli 2019)
- Bajohr, Frank/Johe, Werner/Lohalm, Uwe (Hrsg.): Zivilisation und Barbarei. Die widersprüchlichen Potentiale der Moderne. Detlev Peukert zum Gedenken (= Hamburger Beiträge zur Sozial- und Zeitgeschichte, hg. von der Forschungsstelle für Zeitgeschichte in Hamburg, Bd. 27), Hamburg 1991
- Bajohr, Frank/Wildt, Michael (Hrsg.): Volksgemeinschaft. Neue Forschungen zur Gesellschaft des Nationalsozialismus, Frankfurt/Main 2009
- Bastian, Alexander/Christiane Stagge: Forschungsbericht zur Geschichte des heutigen Bundeslandes Sachsen-Anhalt im Nationalsozialismus. In: Kaltenborn, Steffi/Schmiechen-Ackermann, Detlef (Hrsg.): Stadtgeschichte in der NS-Zeit. Fallstudien aus Sachsen-Anhalt und vergleichende Perspektiven (= Geschichte. Forschung und Wissenschaft, Bd. 13), Münster 2005, S. 150–179
- Bastian, Alexander: „Die Geisteskranken sind infolge kriegswirtschaftlicher Maßnahmen von hier verlegt worden.“ Zur Geschichte der Landesheilanstalt Haldensleben 1933 bis 1945. In: Ute Hoffmann (Hrsg.), Psychiatrie des Todes. NS-Zwangssterilisation und „Euthanasie“ im Freistaat Anhalt und in der Provinz Sachsen, Teil 2, Magdeburg 2006, S. 15–26

- Bastian, Alexander: Erzwungene Familienplanung. Zwangssterilisation in der Landesheilanstalt Haldensleben 1934–1945. In: Labouvie, Eva/Myrrhe, Ramona (Hrsg.): Familienbande – Familienschande. Geschlechterverhältnisse in Familie und Verwandtschaft, Köln/Weimar/Wien 2007, S. 255–278
- Bastian, Alexander: Zwischen Heilanstalt und Lazarett. Zur Geschichte der Landesheilanstalt Haldensleben von 1926 bis 1945 (= Schriftenreihe der Stiftung Gedenkstätten Sachsen-Anhalt, Bd. 3), Halle/Saale 2009
- Bastian, Alexander: „Zwischen ärztlicher Allmacht und Ohnmacht der Patienten - Zwangssterilisation in der Landesheilanstalt Haldensleben während des Nationalsozialismus“. In: Parthenopolis. Jahrbuch für Kultur und Stadtgeschichte Magdeburgs, Jg. 2 (2011/12), S. 333–356
- Bastian, Alexander: Repression, Haft und Geschlecht. Die Untersuchungshaftanstalt des Ministeriums für Staatssicherheit Magdeburg-Neustadt 1958–1989 (= Studien zur Geschichte und Kultur Mitteldeutschlands, Bd. 1), Halle/Saale 2012
- Bastian, Alexander/Dross, Fritz/Frobenius, Wolfgang/Thum, Andreas/Thomas, Ulrike: „Ausführer und Vollstrecker des Gesetzeswillens“ – die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie im Nationalsozialismus (= Geburtshilfe und Frauenheilkunde, Bd. 76), Stuttgart/New York 2016.
- Bastian, Marcel: „Soll Unsinn werden, was uns tiefster Sinn war?“ – Zur Gründung des Stahlhelmbundes in Magdeburg 1918/19. In: Ballerstedt, Maren/Köster, Gabriele/Hattenhorst, Maik (Hrsg.): Magdeburg im Ersten Weltkrieg 1914 bis 1918. Eine Großstadt an der Heimatfront (= Magdeburger Schriften, Bd. 6), Halle/Saale 2014, S. 329–347
- Bauer, Axel W.: Was ist der Mensch? Antwortversuche der medizinischen Anthropologie. In: Fachprosaforschung – Grenzüberschreitungen, Jg. 8/9 (2012/2013), S. 437–453
- Bauer, Rudolph: Tornow, Karl. In: Hugo Maier (Hrsg.): Who is who der Sozialen Arbeit, Freiburg 1998, S. 590-591
- Baumann, Zygmunt: Moderne und Ambivalenz. Das Ende der Eindeutigkeit, Hamburg 1992
- Bavaj, Riccardo: Die Ambivalenz der Moderne im Nationalsozialismus: Eine Bilanz der Forschung, München 2003

- Beck, Christoph: Sozialdarwinismus, Rassenhygiene, Zwangssterilisation und Vernichtung „lebensunwerten“ Lebens. Eine Bibliographie zum Umgang mit behinderten Menschen im „Dritten Reich“ und heute, Bonn 1995
- Bedrich Loewenstein: Der Fortschrittsglaube. Europäisches Geschichtsdenken zwischen Utopie und Ideologie, Darmstadt 2015
- Benzenhöfer, Udo: Zur Genese des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, Münster 2006
- Benzenhöfer, Udo/Ackermann, Hanns: Die Zahl der Verfahren und der Sterilisationen nach dem Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, Münster/Berlin 2015
- Berghahn, Volker: Der Stahlhelm. Bund der Frontsoldaten 1918–1935, Düsseldorf 1966
- Berlekamp, Brigitte/Röhr, Werner (Hrsg.): Terror, Herrschaft und Alltag im Nationalsozialismus. Probleme einer Sozialgeschichte des deutschen Faschismus, Münster 1995
- Bertani, Mauro: Zur Genealogie der Biomacht. In: Stingelin, Martin (Hrsg.): Biopolitik und Rassismus, Frankfurt/Main 2003, S. 228–259
- Birk, Hella: Das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“. Eine Untersuchung zum Erbgesundheitswesen im bayerischen Schwaben in der Zeit des Nationalsozialismus (= Veröffentlichungen der Schwäbischen Forschungsgemeinschaft bei der Kommission für Bayerische Landesgeschichte, Bd. 33), Augsburg 2005
- Blasius, Dirk: Der verwaltete Wahnsinn. Eine Sozialgeschichte des Irrenhauses, Frankfurt/Main 1980
- Blasius, Dirk: „Michel Foucaults ‚denkende‘ Betrachtung der Geschichte“. In: Kriminalsoziologische Bibliographie, Jg. 10 (1983), S. 69–83
- Blasius, Dirk: Das Ende der Humanität. Psychiatrie und Krankenmord in der NS-Zeit. In: Pehle, Walter H. (Hrsg.): Der historische Ort des Nationalsozialismus. Annäherungen, Frankfurt/Main 1990, S. 47–70
- Blasius, Dirk: „Einfache Seelenstörung“. Geschichte der deutschen Psychiatrie 1800–1945, Frankfurt/Main 1994

- Bleker, Johanna/Jachertz, Norbert (Hrsg.): *Medizin im Dritten Reich*, Köln 1989
- Block, Nils: *Die Parteigerichtsbarkeit der NSDAP (Europäische Hochschulschriften, Bd. 3377)*, Frankfurt/Main 2002
- Boberach, Heinz (Hrsg.): *Inventar archivalischer Quellen des NS-Staates: Teil 2: Regionale Behörden und wissenschaftliche Hochschulen für die fünf ostdeutschen Länder, die ehemaligen preußischen Ost-provinzen u. eingegliederte Gebiete in Polen, Österreich u. d. Tschechischen Republik. Mit Nachträgen zu Teil 1*, Berlin 1995
- Boblitz, Frank: *Abriß der Territorialgeschichte des preußischen Thüringens*. In: *Thüringer Landtag (Hrsg.): Das preußische Thüringen. Abhandlungen zur Geschichte seiner Volksvertretungen*, Rudolstadt 2001, S. 9–45
- Bock, Gisela: *Zwangssterilisation im Nationalsozialismus. Studien zur Rassenpolitik und Frauenpolitik (=Schriften des Zentralinstituts für sozialwissenschaftliche Forschung der Freien Universität Berlin, Bd. 48)*, Opladen 1986
- Bock, Gisela: *Zwangssterilisation im Nationalsozialismus. Studien zur Rassenpolitik und Geschlechterpolitik (=Nachdruck der Erstausgabe von 1986)*, Münster 2010
- Bock, Gisela: *Rassenpolitik, Medizin und Massenmord im Nationalsozialismus*. In: *Archiv für Sozialgeschichte*, Jg. 30 (1990), S. 423–453
- Bock, Gisela: *Gleichheit und Differenz in der nationalsozialistischen Rassenpolitik*. In: *Geschichte und Gesellschaft*, Jg. 19 (1993), S. 277–310
- Bock, Gisela: *Sterilization and „Medical“ Massacre in National Socialist Germany. Ethics, Politics, and the Law*. In: Berg, Manfred/Cocks, Geoffrey (Hrsg.): *Medicine and Modernity. Public Health and Medical Care in Nineteenth and Twentieth-century Germany*, Cambridge 2002, S. 149–172
- Bock, Gisela: *Zwangssterilisation im Nationalsozialismus*. In: Quack, Sibylle (Hrsg.): *Dimensionen der Verfolgung, Opfer und Opfergruppen im Nationalsozialismus (= Schriftenreihe der Stiftung Denkmal für die ermordeten Juden Europas, Bd. 2)*, München 2003, S. 279–301
- Bock, Gisela: *Nazi Sterilisation and Reproductive Policies*. In: Kuntz, Dieter (Hrsg.): *Deadly Medicine. Creating the Master Race*, Washington/D.C. 2004, S. 61–87

- Bohleber, Werner/Drews, Jörg (Hrsg.): „Gift, das du unbewusst trinkst ...“. Der Nationalsozialismus und die deutsche Sprache (= Forschungsmonographien der Breuninger-Stiftung, Bd. 1), Bielefeld 1991
- Bohse, Daniel: Die Entnazifizierung von Verwaltung und Justiz in Sachsen-Anhalt 1945/46 (= Wissenschaftliche Reihe der Stiftung Gedenkstätten Sachsen-Anhalt, Bd. 4), Halle/Saale 2017
- Bourdieu, Pierre: Die männliche Herrschaft. In: Dölling, Irene/Krais, Beate (Hrsg.): Ein alltägliches Spiel. Geschlechterkonstruktionen in der sozialen Praxis, Frankfurt/Main 1997, S. 153–217
- Braidotti, Rosi: Posthumanismus. Leben jenseits des Menschen, Frankfurt/Main 2014
- Braß, Christoph: Zwangssterilisation und „Euthanasie“ im Saarland 1933–1945, Paderborn 2004
- Brieler, Ulrich: Die Unerbittlichkeit der Historizität (= Beiträge zur Geschichtskultur, Bd. 14), Köln 1998
- Brill, Werner: Pädagogik der Abgrenzung. Die Implementierung der Rassenhygiene im Nationalsozialismus durch die Sonderpädagogik, Bad Heilbrunn 2011
- Brodkorb, Mathias (Hrsg.): Singuläres Auschwitz? Ernst Nolte, Jürgen Habermas und 25 Jahre „Historikerstreit“ (= Endstation Rechts, Bd. 3), Schwerin 2011
- Broszat, Martin: Was heißt Historisierung des Nationalsozialismus. In: Historische Zeitschrift, Jg. 247 (1988), H. 1, S. 1–14
- Broszat, Martin: Der Staat Hitlers. Grundlegung und Entwicklung seiner inneren Verfassung, 15. Aufl., München 2000
- Bruns, Claudia/Walters, Tilmann (Hrsg.): Von Lust und Schmerz. Eine Historische Anthropologie der Sexualität, Köln 2008
- Bruns, Florian: Den Volkskörper im Blick. Medizin und Moral im Nationalsozialismus. In: Bialas, Wolfgang/Fritze, Lothar (Hrsg.): Ideologie und Moral im Nationalsozialismus (Schriften des Hannah-Arendt-Instituts für Totalitarismusforschung, Bd. 50), Göttingen 2014, S. 211–234
- Bryant, Thomas: Der deutsche „Volkskörper“ im Spannungsfeld zwischen „Volksge-sundheit“ und „Volkskrankheit“. Bevölkerungswissenschaftliche Pathologisie-

- rungsparadigmen und biopolitische Medikalisierungsstrategien zur demographischen Alterung im 20. Jahrhundert. In: *Virus. Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin*, Jg. 9 (2010), S. 11–24
- Chesterton, Gilbert Keith: *Eugenik und andere Übel*, hg. und mit einer Einleitung von Thomas Lemke, Berlin 2014
- Grieser, Thomas: *Jüdische Ärzte in Thüringen während des Nationalsozialismus 1933 – 1945*, Jena 2003
- Christians, Annemone: *Amtsgewalt und Volksgesundheit. Das öffentliche Gesundheitswesen im nationalsozialistischen München (= München im Nationalsozialismus, Bd. 1)*, Göttingen 2013
- Christopeit, Gerald: Konitzer, Paul Ignatz. In: Heinrich, Guido/Schandera, Gunter (Hrsg.): *Magdeburger Biographisches Lexikon. 19. und 20. Jahrhundert. Biographisches Lexikon für die Landeshauptstadt Magdeburg und die Landkreise Bördekreis, Jerichower Land, Ohrekreis und Schönebeck*, Magdeburg 2002, S. 375–376
- Chroust, Peter: Friedrich Mennecke. Innenansichten eines medizinischen Täters im Dritten Reich. In: Aly, Götz/Chroust, Peter/Heilmann, Hans-Dieter u. a.: *Biederermann und Schreibtischtäter. Materialien zur deutschen Täter-Biographie*, 2. Aufl., Berlin 1989, S. 67–122
- Cocks, Geoffrey Campbell: *The State of Health. Illness in Nazi Germany*, Oxford 2012
- Conze, Werner/Somme, Antje: Rasse. In: Brunner, Otto/Conze, Werner/Koselleck, Reinhart (Hrsg.): *Geschichtliche Grundbegriffe*, Bd. 5, Stuttgart 1984, S. 136–178.
- Czarnowski, Gabriele: *Das kontrollierte Paar. Ehe- und Sexualpolitik im Nationalsozialismus (= Ergebnisse der Frauenforschung, Bd. 24)*, Weinheim 1991
- Czarnowski, Gabriele: Frauen als Mütter der „Rasse“. Abtreibungsverfolgung und Zwangseingriff im Nationalsozialismus. In: Staupe, Gisela (Hrsg.): *Unter anderen Umständen. Zur Geschichte der Abtreibung*, Berlin 1993, S. 58–72
- Czech, Herwig: *Erfassung, Selektion und „Ausmerze“. Das Wiener Gesundheitsamt und die Umsetzung der nationalsozialistischen „Erbgesundheitspolitik“ 1938 bis 1945 (= Forschungen und Beiträge zur Wiener Stadtgeschichte, Bd. 41)*, Wien 2003

- Czech, Herwig: Die Inventur des Volkskörpers. Die „erbbiologische Bestandsaufnahme“ im Dispositiv der NS-Rassenhygiene in Wien. In: Baader, Gerhard/Hofer, Veronika/Mayer, Thomas (Hrsg.): Eugenik in Österreich. Biopolitische Strukturen von 1900–1945, Wien 2007, S. 284–311
- Daum, Monika/Deppe, Hans-Ulrich: Zwangssterilisation in Frankfurt am Main 1933–1945, Frankfurt/Main 1991
- Deniffel, Monika: Kerrl, Hanns. In: Weiß, Hermann (Hrsg.): Biographisches Lexikon zum Dritten Reich, Frankfurt/Main 2002, S. 261–262
- Deleuze, Gilles: Foucault, 7. Aufl., Frankfurt/Main 2013
- Dienel, Christiane: Das 20. Jahrhundert (I). Frauenbewegung, Klassenjustiz und das Recht auf Selbstbestimmung der Frau. In: Jütte, Robert (Hrsg.): Geschichte der Abtreibung. Von der Antike bis zur Gegenwart, München 1993, S. 140–168
- Diner, Dan: Perspektivenwahl und Geschichtserfahrung. Bedarf es einer besonderen Historik des Nationalsozialismus. In: Pehle, Walter H. (Hrsg.): Der historische Ort des Nationalsozialismus, Frankfurt/Main 1990, S. 94–113
- Dinges, Martin: The reception of Michel Foucault’s ideas on social discipline, mental asylums, hospitals and the medical profession in German Historiography. In: Jones, Colin/Porter, Roy (Hrsg.): Reading Foucault. Power, Medicine and the Body, New York 1994, S. 181–212
- Doeleke, Werner: Alfred Ploetz (1860–1940). Sozialdarwinist und Gesellschaftsbiologe, Frankfurt/Main 1975
- Doering-Manteufel, Anselm: Die deutsche Frage und das europäische Staatensystem 1819–1871 (= Enzyklopädie deutscher Geschichte, Bd. 15), 2. Aufl., München 2001
- Dörner, Bernward: „Heimtücke“: Das Gesetz als Waffe. Kontrolle, Abschreckung und Verfolgung in Deutschland 1933–1945, Paderborn 1998
- Dörner, Klaus: Nationalsozialismus und Lebensvernichtung. In: Vierteljahrshefte für Zeitgeschichte, Jg. 15 (1967), S.121–152
- Dörner, Klaus: Die These von der „Endlösung der sozialen Frage“. In: Sozialpsychiatrische Informationen, Jg. 21 (1991), S. 11–14

- Dörner, Klaus: Die „Endlösung“ der sozialen Frage. In: Mundt, Christoph (Hrsg.): Psychiatrische Forschung und NS-„Euthanasie“, Heidelberg 2001, S. 193–201
- Dörner, Klaus: Tödliches Mitleid. Zur sozialen Frage der Unerträglichkeit des Lebens, gänzlich überarb. und erw. Neuauflage, Neumünster 2002
- Doetz, Susanne: Alltag und Praxis der Zwangssterilisation. Die Berliner Universitätsfrauenklinik unter Walter Stoeckel 1942–1944 (= Schriftenreihe zur Medizin-Geschichte, Bd. 19), Berlin 2011
- Donhauser, Johannes: Das Gesundheitsamt im Nationalsozialismus. Der Wahn vom „gesunden Volkskörper“ und seine tödlichen Folgen. Eine Dokumentation (= Das Gesundheitswesen: Sozialmedizin, Gesundheits-System-Forschung, medizinischer Dienst, public health, öffentlicher Gesundheitsdienst, Versorgungsforschung, Sonderh. 1), Stuttgart 2007
- Drescher-Müller, Gisela: Einstellungen und Verhaltensdispositionen der Anstaltspsychiater zur Zwangssterilisation bei schizophrenen Frauen während des Nationalsozialismus. Eine Untersuchung der Krankenakten psychiatrischer Patientinnen der Heil- und Pflegeanstalt Klingenstein und der Kreis-, Kranken- und Pflegeanstalt Frankenthal von 1934 bis 1939, Landau 2008
- Dreyfus, Hubert L./Rabinow, Paul: Michel Foucault. Jenseits von Strukturalismus und Hermeneutik, 2. Aufl., Frankfurt/Main 1994
- Ebbinghaus, Angelika/Kaupen-Haas, Heidrun/Roth, Karl Heinz (Hrsg.): Heilen und Vernichten im Mustergau Hamburg. Bevölkerungs- und Gesundheitspolitik im Dritten Reich, Hamburg 1984
- Eberle, Henrik: Briefe an Hitler. Ein Volk schreibt seinem Führer. Unbekannte Dokumente aus Moskauer Archiven – zum ersten Mal veröffentlicht, Bergisch-Gladbach 2009
- Eckart, Wolfgang Uwe: Medizin in der NS-Diktatur. Ideologie, Praxis Folgen, Köln 2012
- Elling-Ruhwinkel, Elisabeth: Sichern und Strafen. Das Arbeitshaus Benninghausen (1871–1945) (= Forschungen zur Regionalgeschichte, Bd. 51), Paderborn 2005
- Ehlers, Paul Nikolai: Die Praxis der Sterilisierungsprozesse in den Jahren 1934 bis 1945 im Regierungsbezirk Düsseldorf unter besonderer Berücksichtigung der

- Erbgesundheitsgerichte Duisburg und Wuppertal (Rechtswissenschaftliche Forschung, Bd. 430), München 1994
- Einhaus, Carola: Zwangssterilisation in Bonn (1933–1945). Die medizinischen Sachverständigen vor dem Erbgesundheitsgericht (= Rechtsgeschichtliche Schriften, Bd. 20), Köln 2006
- Endres, Sonja: Zwangssterilisation in Köln 1934–1945 (= Schriften des NS-Dokumentationszentrums der Stadt Köln, Bd. 16), Köln 2010
- Erbacher, Angela/Höroidt, Ulrike: Erbgesundheitsgerichtsbarkeit. In: Justiz im Dritten Reich. Justizverwaltung, Rechtsprechung und Strafvollzug auf dem Gebiet des heutigen Landes Rheinland-Pfalz (= Schriftenreihe des Ministeriums für Justiz, Bd. 3), Teil 1, Frankfurt/Main 1995, S. 1142–1394
- Eribon, Didier: Michel Foucault. Eine Biographie, Frankfurt/Main 1999
- Eschebach, Insa/Ley, Astrid (Hrsg.): Geschlecht und „Rasse“ in der NS-Medizin (= Forschungsbeiträge und Materialien der Stiftung Brandenburgische Gedenkstätten, Bd. 5), Berlin 2012
- Esposito, Roberto: Immunitas. Schutz und Negation des Lebens, Berlin 2004
- Esposito, Roberto: Bios. Biopolitics and Philosophy, Minneapolis 2008
- Essner, Cornelia: Die „Nürnberger Gesetze“ oder Die Verwaltung des Rassenwahns 1933–1945, Paderborn 2002
- Etymologisches Wörterbuch des Deutschen, erarb. unter Leitung von Wolfgang Pfeifer, 8. Aufl., München 2005
- Etzemüller, Thomas: Der ewigwährende Untergang. Der apokalyptische Bevölkerungsdiskurs im 20. Jahrhundert, Bielefeld 2007
- Etzemüller, Thomas (Hrsg.): Die Ordnung der Moderne. Social Engineering im 20. Jahrhundert (Histoire, Bd. 9), Bielefeld 2009
- Etzemüller, Thomas: Zu traditionell, zu emanzipiert: Frauen als Quelle der permanenten demographischen Katastrophe. In: Villa, Paula- Irene/Thiessen, Barbara (Hrsg.): Mütter – Väter. Diskurse, Medien (Forum Frauen- und Geschlechterforschung, Bd. 24), Praxen, Münster 2009, S. 63–73
- Fallada, Hans: Jeder stirbt für sich allein, 3. Aufl., Berlin 2012

- Falter, Jürgen W.: Die „Märzgefallenen“ von 1933. Neue Forschungsergebnisse zum sozialen Wandel innerhalb der NSDAP-Mitgliedschaft während der Machtergreifungsphase. In: *Geschichte und Gesellschaft*, Jg. 24 (1998), S. 595–616
- Fangerau, Heiner: Etablierung eines rassenhygienischen Standardwerkes 1921–1941. Der Baur-Fischer-Lenz im Spiegel zeitgenössischer Rezensionenliteratur (= Marburger Schriften zur Medizingeschichte, Bd. 43), Frankfurt/Main 2001
- Farge, Arlette: *Das brüchige Leben. Verführung und Aufruhr in Paris des 18. Jahrhunderts*, Berlin 1989
- Faulstich, Heinz: *Hungersterben in der Psychiatrie 1914–1949. Mit einer Topographie der NS-Psychiatrie*, Freiburg im Br. 1998
- Feldmann, Annette/Bothien, Horst-Pierre: Zwangssterilisationen in Bonn. Zur Arbeit des Erbgesundheitsgerichtes Bonn (1934–1944). In: Kuhn, Annette (Hrsg.): *Frauenleben im NS- Alltag. Bonner Studien zur Frauengeschichte*, Pfaffenweiler 1994, S. 246–254
- Ferdinand, Ursula: Der „faustische Schulterschluss“ in der Sozialhygiene Alfred Grotjahns (1869–1931): Soziale Hygiene und ihre Beziehungen zur Eugenik und Demographie. In: Wecker, Regina/Braunschweig, Sabine, Imboden, Gabriele u. a. (Hrsg.): *Wie nationalsozialistisch ist die Eugenik? Internationale Debatten zur Geschichte der Eugenik im 20. Jahrhundert*, Wien 2009, S. 173–186
- Fisch, Michael: *Michel Foucault: Bibliographie der deutschsprachigen Veröffentlichungen in chronologischer Reihenfolge – geordnet nach den französischen Erstpublikationen – von 1954 bis 1988*, Bielefeld 2008
- Foitzik, Jan: *Sowjetische Militäradministration in Deutschland (SMAD) 1945–1949. Struktur und Funktion (= Quellen und Darstellungen zur Zeitgeschichte, Bd. 44)*, Berlin 2009
- Folkers, Andreas/Lemke, Thomas: Einleitung. In: Folkers, Andreas/Lemke, Thomas (Hrsg.): *Biopolitik – Ein Reader*, Frankfurt/Main 2014, S. 7–64
- Forsbach, Ralf: *Die Medizinische Fakultät der Universität Bonn im „Dritten Reich“*, München 2006
- Foucault, Michel: *Der Fall Rivière. Materialien zum Verhältnis von Psychiatrie und Strafjustiz*, Frankfurt/Main 1975

- Foucault, Michel: Mikrophysik der Macht. Über Strafjustiz, Psychiatrie und Medizin (= Internationale marxistische Diskussion, Bd. 61), Berlin 1976
- Foucault, Michel: Dispositive der Macht. Über Sexualität, Wissen und Wahrheit, Berlin 1978
- Foucault, Michel: Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses, 3. Aufl., Frankfurt/Main 1979
- Foucault, Michel: Vom Licht des Krieges zur Geburt der Geschichte, Berlin 1986
- Foucault, Michel: Nietzsche, die Genealogie, die Historie. In: Seitter, Walter (Hrsg.): Von der Subversion des Wissens. Mit einer Bibliographie der Schriften Foucaults, Frankfurt/Main 1987, S. 69–90
- Foucault, Michel: Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft, 8. Aufl., Frankfurt/Main 1989
- Foucault, Michel: Die Ordnung des Diskurses, 12. Aufl., Frankfurt/Main 1991
- Foucault, Michel: Leben machen und Sterben lassen. Die Geburt des Rassismus. In: Reinfeldt, Sebastian/Schwarz, Richard: Bio-Macht. Biopolitische Konzepte der Neuen Rechten (= DISS-Texte, Nr.25), 2. Aufl., Duisburg 1993.
- Foucault, Michel: Über Hermaphroditismus. Der Fall Barbin, Frankfurt/Main 1998
- Foucault, Michel: In Verteidigung der Gesellschaft. Vorlesungen am Collège de France 1975–76, Frankfurt/Main 1999
- Foucault, Michel: Das Leben der infamen Menschen, Berlin 2001
- Foucault, Michel: Schriften in vier Bänden. Dits et Écrits, 4 Bde. (1954–1988), hg. von Daniel Defert und Francois Ewald, Frankfurt/Main 2001–2005
- Foucault, Michel: Die Anormalen. Vorlesungen am Collège de France 1974–75, Frankfurt/Main 2003
- Foucault, Michel: Die politische Funktion des Intellektuellen. In: Michel Foucault. Schriften in vier Bänden. Dits et Écrits, Bd. III: 1976–1979, hg. von Daniel Defert und Francois Ewald, Frankfurt/Main 2003, S. 145–151
- Foucault, Michel: Geschichte der Gouvernementalität II. Die Geburt der Biopolitik. Vorlesungen am Collège de France, Frankfurt/Main 2006

- Foucault, Michel: Die Geburt der Biopolitik. In: Defert, Daniel/Ewald, Francois (Hrsg.): Michel Foucault. Analytik der Macht, 5. Aufl., Frankfurt/Main 2013, S. 180–187
- Foucault, Michel: Die Hauptwerke, 3. Aufl., Frankfurt/Main 2013
- Foucault, Michel: Sexualität und Wahrheit, Bd. 1: Der Wille zum Wissen. In: Foucault, Michel: Die Hauptwerke, 3. Aufl., Frankfurt/Main 2013, S. 1021–1151
- Foucault: Die Maschen der Macht. In: Defert, Daniel/Ewald, Francois (Hrsg.): Michel Foucault. Analytik der Macht, 5. Aufl., Frankfurt/Main 2013, S. 220–239
- Foucault, Michel: Das Subjekt und die Macht. In: Dreyfus, Hubert L./Rabinow, Paul: Michel Foucault. Jenseits von Strukturalismus und Hermeneutik, 2. Aufl., Frankfurt/Main 1994, S. 243–261
- Frei, Norbert: 1945 und Wir. Das Dritte Reich im Bewußtsein der Deutschen, München 2005
- Frei, Norbert (Hrsg.): Martin Broszat, der „Staat Hitlers“ und die Historisierung des Nationalsozialismus (Vorträge und Kolloquien, Bd. 1), Göttingen 2007
- Freimüller, Tobias: Mediziner: Operation Volkskörper. In: Frei, Norbert (Hrsg.): Hitlers Eliten nach 1945, München 2003, S. 13–68
- Frietsch, Elke/Herkommer, Christina (Hrsg.): Nationalsozialismus und Geschlecht. Zur Politisierung und Ästhetisierung von Körper, „Rasse“ und Sexualität im „Dritten Reich“ und nach 1945 (= GenderCodes. Transkriptionen zwischen Wissen und Geschlecht, Bd. 6), Bielefeld 2009
- Fröhlich-Broszat, Elke: Heß, Rudolf. In: Weiß, Hermann (Hrsg.): Biographisches Lexikon zum Dritten Reich, Frankfurt/Main 2002, S. 200–202
- Fuchs, Petra/Rotzoll, Maïke/Hohendorf, Gerrit u. a.: Die Opfer der „Aktion T4“. Versuch einer kollektiven Biographie auf der Grundlage von Krankengeschichten. In: Tögel, Christfried/Lischka, Volkmar (Hrsg.): „Euthanasie“ und Psychiatrie (= Uchtspringer Schriften zur Psychiatrie, Neurologie, Schlafmedizin, Psychologie und Psychoanalyse, Bd. 3), Uchtspringe 2005, S. 37–68
- Fuchs, Petra/Rotzoll, Maïke/Müller, Ulrich u. a. (Hrsg.): „Das Vergessen der Vernichtung ist Teil der Vernichtung selbst.“ Lebensgeschichten von Opfern der nationalsozialistischen „Euthanasie“, Göttingen 2007

- Gall, Lothar: Bürgertum, liberale Bewegung und Nation. Ausgewählte Aufsätze, München 2000
- Ganssmüller, Christian: Die Erbgesundheitspolitik des Dritten Reiches. Planung, Durchführung und Durchsetzung, Köln 1987
- Gehring, Petra: Was ist Biomacht? Vom zweifelhaften Mehrwert des Lebens, Frankfurt/Main 2006
- Geiger, Walter: Nordhausen im Bombenvisier. Zum Luftkriegsschicksal einer mitteldeutschen Stadt 1940–1945. Dokumentation und Augenzeugenberichte, Nordhausen 2000
- Geisenhanslüke, Achim/Löhnig, Martin (Hrsg.): Infamie. Ehre und Ehrverlust in literarischen und juristischen Diskursen (= Rechtskultur, Bd. 6), Regenstauf 2012
- Geisenhanslüke, Achim: Die Sprache der Infamie. Literatur und Ehrlosigkeit, Paderborn 2014
- Gerhard, Ute: Nomadische Bewegungen und die Symbolik der Krise. Flucht und Wanderung in der Weimarer Republik, Opladen 1998
- Gerhard, Ute: Frauenbewegung und Feminismus. Eine Geschichte seit 1789, München 2009
- Gerwarth, Robert: Heydrich, Reinhard. Biographie, München 2011
- Geulen, Christian: Wahlverwandte. Rassendiskurs und Nationalismus im späten 19. Jahrhundert, Hamburg 2004
- Geyer, Martin H.: Soziale Sicherheit und wirtschaftlicher Fortschritt. Überlegungen zum Verhältnis von Arbeitsideologie und Sozialpolitik im „Dritten Reich“. In: Geschichte und Gesellschaft, Jg. 15 (1989), S. 382–406
- Gillham, Nicholas Wright: A life of Sir Francis Galton. From African exploration to the birth of Eugenics, Oxford 2001
- Ginzburg, Carlo: Mikro-Historie. Zwei oder drei Dinge, die ich von ihr weiß. In: Historische Anthropologie, Jg. 1 (1993), H. 1, S. 169–192
- Glensk, Evelyn/Rothmaler, Christiane (Hrsg.): Kehrseiten der Wohlfahrt. Die Hamburger Fürsorge auf ihrem Weg von der Weimarer Republik in den Nationalsozialismus, Hamburg 1992
- Goertz, Hans-Jürgen (Hrsg.): Geschichte. Ein Grundkurs, Reinbek bei Hamburg 1998

- Waite, Robert G.: Eine Sonderstellung unter den Straftaten. Die Verfolgung der Abtreibung im Dritten Reich. In: Gottwald, Alfred/Kampe, Norbert/Klein, Peter (Hrsg.): NS-Gewaltherrschaft. Beiträge zur historischen Forschung juristischen Aufarbeitung (= Publikationen der Gedenk- und Bildungsstätte Haus der Wannsee-Konferenz, Bd. 11), Berlin 2005, S. 104–117
- Graefe, Stefanie: Autonomie am Lebensende? Biopolitik, Ökonomisierung und die Debatte um Sterbehilfe, Frankfurt/Main 2007
- Graumann, Sigrid/Schneider, Ingrid (Hrsg.): Verkörperte Technik – Entkörperte Frau. Biopolitik und Geschlecht (= Politik der Geschlechterverhältnisse, Bd. 22), Frankfurt/Main 2003
- Gravenhorst, Lerke/Tatschmurat, Carmen (Hrsg.): Töchter-Fragen. NS-Frauen-Geschichte (= Forum Frauenforschung, Bd. 5), 2. Aufl., Freiburg/Breisgau 1995
- Gravenhorst, Lerke: NS-Verbrechen und asymmetrische Geschlechterdifferenz. Eine kritische Auseinandersetzung mit historischen Analysen zur NS-Täterschaft In: Frietsch, Elke/Herkommer, Christina (Hrsg.): Nationalsozialismus und Geschlecht. Zur Politisierung und Ästhetisierung von Körper, „Rasse“ und Sexualität im „Dritten Reich“ und nach 1945 (= GenderCodes. Transkriptionen zwischen Wissen und Geschlecht, Bd. 6), Bielefeld 2009, S. 86–108
- Grimm, Jana: Zwangssterilisation von Mädchen und Frauen während des Nationalsozialismus. Eine Analyse der Krankenakten der Universitäts-Frauenklinik Halle von 1934 bis 1945, Halle/Saale 2003
- Gringmuth-Dallmer, Hanns (Hrsg.): Gesamtübersicht über die Bestände des Landeshauptarchivs Magdeburg, 5 Bde., Magdeburg 1954–1972
- Grossmann, Atina: Reforming sex. The German Movement for birth control and abortion reform 1920–1950, New York 1995
- Grossmann, Atina: Sexualität, Körper und das große Unbehagen. Kontinuitäten und Brüche in der deutschen Geschichte des 20. Jahrhunderts. In: Hagemann, Karen/Quataert, Jean H. (Hrsg.): Geschichte und Geschlechter. Revisionen der neueren deutschen Geschichte (= Geschichte und Geschlechter, Bd. 57), Frankfurt/Main 2006, S. 290–316

- Gruchmann, Lothar: Justiz im Dritten Reich 1933–1940. Anpassung und Unterwerfung in der Ära Gürtner (= Quellen und Darstellungen zur Zeitgeschichte, Bd. 28), 3., verb. Aufl., München 2001
- Gruchmann, Lothar: Gürtner, Franz. In: Weiß, Hermann (Hrsg.): Biographisches Lexikon zum Dritten Reich, Frankfurt/Main 2002, S. 170–171
- Gruchmann, Lothar: Thierack, Otto Georg. In: Weiß, Hermann (Hrsg.): Biographisches Lexikon zum Dritten Reich, Frankfurt/Main 2002, S. 458–459
- Grüttner, Michael: Das Dritte Reich 1933–1939 (= Handbuch der deutschen Geschichte, Teil 19), Stuttgart 2014
- Guthke, Jürgen: Ist Intelligenz messbar? Einführung in Probleme der psychologischen Intelligenzforschung und Intelligenzdiagnostik, 2. Aufl., Berlin 1980
- Habermas, Jürgen: Der philosophische Diskurs der Moderne. Zwölf Vorlesungen, Frankfurt/Main 1985
- Hachtmann, Rüdiger/Reichardt, Sven (Hrsg.): Detlev Peukert und die NS-Forschung, Göttingen 2015
- Hacke, Jens/Pohlig, Matthias (Hrsg.): Theorie in der Geschichtswissenschaft. Einblicke in die Praxis des historischen Forschens (= Eigene und fremde Welten. Repräsentationen sozialer Ordnungen im Wandel, Bd. 7), Frankfurt/Main 2008
- Hagemann, Karen (Hrsg.): Eine Frauensache. Alltagsleben und Geburtenpolitik 1919–1933. Eine Ausstellungsdocumentation, Pfaffenweiler 1991
- Haehner-Rombach, Sylvelyn: Geschichte der Prävention (= Medizin, Gesellschaft und Geschichte, Bd. 54), Stuttgart 2015
- Hänsel, Dagmar: Sonderschule im Nationalsozialismus. Die Magdeburger Hilfsschule als Modell, Bad Heilbrunn 2019
- Hahn, Daphne: Biopolitik und Modernisierung. Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch in Deutschland nach 1945, Frankfurt/Main 2000
- Halbmayr, Brigitte: Sexualisierte Gewalt gegen Frauen während der NS-Verfolgung. In: Frietsch, Elke/Herkommer, Christina (Hrsg.): Nationalsozialismus und Geschlecht. Zur Politisierung und Ästhetisierung von Körper, „Rasse“ und Sexualität im „Dritten Reich“ und nach 1945 (= GenderCodes. Transkriptionen zwischen Wissen und Geschlecht, Bd. 6), Bielefeld 2009, S. 141–155

- Haller, Michael/Niggeschmidt, Martin (Hrsg.): Der Mythos vom Niedergang der Intelligenz. Von Galton zu Sarrazin. Die Denkmuster und Denkfehler der Eugenik, Wiesbaden 2012
- Hardt, Michael/Negri, Antonio: Empire. Die neue Weltordnung, Frankfurt/Main 2002
- Harten, Hans-Christian/Neirich, Uwe/Schwerendt, Matthias: Rassenhygiene als Erziehungsideologie des Dritten Reichs. Bio-bibliographisches Handbuch (= Edition Bildung und Wissenschaft, Bd. 10), Berlin 2006
- Hartmann, Christian/Vordermayer, Thomas/Plöckinger, Othmar u. a. (Hrsg.): Hitler, Mein Kampf. Eine kritische Edition, Bd. 1, München 2016
- Hartmann, Michael: Der Mythos von den Leistungseliten. Spitzenkarrieren und soziale Herkunft in Wirtschaft, Politik, Justiz und Wissenschaft, Frankfurt/Main 2002
- Hattenhorst, Maik: Magdeburg 1933. Eine rote Stadt wird braun (= Magdeburger Schriften, Bd. 3), Halle/Saale 2010
- Hauch, Gabriele (Hrsg.): Frauen im Reichsgau Oberdonau. Geschlechterspezifische Bruchlinien im Nationalsozialismus (= Oberösterreich in der Zeit des Nationalsozialismus, Bd. 5), Linz 2006
- Heidel, Caris-Petra: Schauplatz Sachsen. Vom Propagandazentrum für Rassenhygiene zur Hochburg der Kranken-Euthanasie“. In: Henke, Klaus Dietmar (Hrsg.): Tödliche Medizin im Nationalsozialismus. Von der Rassenhygiene zum Massenmord (= Schriften des Deutschen Hygiene-Museums Dresden, Bd. 7), Köln 2008, S. 119–148
- Heinsohn, Kirsten, Vogel, Barbara/Weckel, Ulrike (Hrsg.): Zwischen Karriere und Verfolgung. Handlungsspielräume von Frauen im nationalsozialistischen Deutschland, Frankfurt/Main 1997
- Heitzer, Horst W.: Zwangssterilisation in Passau. Die Erbgesundheitspolitik des Nationalsozialismus in Ostbayern 1933–1939, Köln 2005
- Hengerer, Mark: Eine Umschau in der geisteswissenschaftlichen Forschung zum Körper. In: Zeitschrift für Historische Forschung, Jg. 37 (2010), H. 1, S. 219–247
- Henke, Klaus Dietmar (Hrsg.): Tödliche Medizin im Nationalsozialismus. Von der Rassenhygiene zum Massenmord (= Schriften des Deutschen Hygiene-Museums Dresden, Bd. 7), Köln 2008

- Henke, Klaus Dietmar: Wissenschaftliche Entmenschlichung und politische Massentötung. In: Henke, Klaus Dietmar (Hrsg.): Tödliche Medizin im Nationalsozialismus. Von der Rassenhygiene zum Massenmord (= Schriften des Deutschen Hygiene-Museums Dresden, Bd. 7), Köln 2008, S. 9–30
- Hennig, Jessika: Zwangssterilisation in Offenbach am Main 1934–1944, Frankfurt/Main 2000
- Herbst, Ludolf: Das nationalsozialistische Deutschland 1933–1945. Die Entfesselung der Gewalt. Rassismus und Krieg, Frankfurt/Main 1996
- Herkommer, Christian: Frauen im Nationalsozialismus. Opfer oder Täterinnen? Eine Kontroverse der Frauenforschung im Spiegel feministischer Theoriebildung und der allgemeinen historischen Aufarbeitung der NS-Vergangenheit (= Forum deutsche Geschichte, Bd. 9), München 2005
- Herkommer, Christina: Der Diskurs zur Rolle von Frauen im Nationalsozialismus im Spiegel feministischer Theoriebildung. In: Künzel, Christine (Hrsg.): Täterinnen und/oder Opfer? Frauen in Gewaltstrukturen (= Gender-Diskussionen, Bd. 4), Hamburg 2007, S. 25–45
- Herlemann, Beatrix: „Wir sind geblieben, was wir immer waren, Sozialdemokraten“. Das Widerstandsverhalten der SPD im Parteibezirk Magdeburg-Anhalt gegen den Nationalsozialismus 1930–1945 (= Studien zur Landesgeschichte, Bd. 6), Halle/Saale 2001
- Herzog, Dagmar: Die Politisierung der Lust. Sexualität in der deutschen Geschichte des zwanzigsten Jahrhunderts, München 2005
- Hildebrand, Klaus: Das Dritte Reich (= Oldenbourg Grundriss der Geschichte, Bd. 17), 7. Aufl., München 2009
- Hilder, Dagmar Juliette: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus. Die Umsetzung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ in der Landesheilanstalt Marburg, Marburg 1996
- Hinz-Wessels, Annette: NS-Erbgesundheitsgerichte und Zwangssterilisation in der Provinz Brandenburg (Schriftenreihe zur Medizin-Geschichte des Landes Brandenburg, Bd. 7), Berlin 2004

- Hirschinger, Frank: „Zur Ausmerzung freigegeben“. Halle und die Landesheilanstalt Altscherbitz 1933–1945 (= Schriften des Hannah-Arendt-Instituts für Totalitarismusforschung, Bd. 16), Köln 2003
- Hirschinger, Frank: Rassenhygiene als ideologische Prämisse der Vernichtung „lebensunwerten Lebens“, dargestellt am Beispiel des Stadtgesundheitsamtes Halle/Saale zwischen 1918 und 1945. In: Hüntelmann, Axel C./Vossen, Johannes/Czech, Herwig (Hrsg.): Gesundheit und Staat. Studien zur Geschichte der Gesundheitsämter in Deutschland 1870–1950 (= Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften, Bd. 104), Husum 2006, S. 169–181
- Hirschinger, Frank: Die Beteiligung von Ärzten des Stadtgesundheitsamtes Halle an NS-Medizinverbrechen. In: Stukenbrock, Karin/Helm, Jürgen (Hrsg.): Stadt und Gesundheit. Soziale Fürsorge in Halle vom 18. bis zum 20. Jahrhundert (= Forschungen zur hallischen Stadtgeschichte, Bd. 9), Halle/Saale 2006, S. 115–132
- Hödl, Klaus: Die Konturen der Grazer „Rassenhygiene“. In: Friedel, Wolfgang/Sauer, Werner (Hrsg.): NS-Wissenschaft als Vernichtungsinstrument. Rassenhygiene, Zwangssterilisation, Menschenversuche und NS-Euthanasie in der Steiermark, Wien 2004, S. 139–176
- Hoffmann, Dierk/Schwartz, Michael (Hrsg.): Sozialstaatlichkeit in der DDR. Sozialpolitische Entwicklungen im Spannungsfeld von Diktatur und Gesellschaft 1945/49–1989, München 2005
- Hoffmann, Ute: Todesursache „Angina“. Zwangssterilisation und „Euthanasie“ in der Landes- Heil- und Pflegeanstalt Bernburg (= Gedenkstätten und Gedenkstättenarbeit im Land Sachsen-Anhalt, Bd. 1), Dessau 1996
- Hoffmann, Ute (Hrsg.): Psychiatrie des Todes. NS-Zwangssterilisation und „Euthanasie“ im Freistaat Anhalt und in der Provinz Sachsen, Teil 1, Magdeburg 2001
- Hoffmann, Ute (Hrsg.), Psychiatrie des Todes. NS-Zwangssterilisation und „Euthanasie“ im Freistaat Anhalt und in der Provinz Sachsen, Teil 2, Magdeburg 2006
- Hoffmann, Ute: Zwangssterilisation und NS-Justiz. Genese und Umsetzung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933. In: Justiz im Nationalsozialismus. Über Verbrechen im Namen des Deutschen Volkes,

- bearb. von Viebig/Michael/Bohse, Daniel, hg. von der Stiftung Gedenkstätten Sachsen-Anhalt, vom Ministerium der Justiz des Landes Sachsen-Anhalt, von der Landeszentrale für politische Bildung Sachsen-Anhalt und der Friedrich-Ebert-Stiftung – Landesbüro Sachsen-Anhalt, 2., überarb. und erg. Aufl., Magdeburg 2015, S. 66–72
- Holtkamp, Martin: Werner Villinger (1887–1961). Die Kontinuität des Minderwertigkeitsgedankens in der Jugend- und Sozialpsychiatrie (=Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und die Naturwissenschaften, H. 97), Husum 2002
- Honegger, Claudia: Die Ordnung der Geschlechter. Die Wissenschaften vom Menschen und das Weib 1750–1850, Frankfurt/Main 1991.
- Honneth, Axel: Kritik der Macht. Reflexionsstufen einer kritischen Gesellschaftstheorie, Frankfurt/Main 2000
- Honneth, Axel/Saar, Martin (Hrsg.): Michel Foucault. Zwischenbilanz einer Rezeption. Frankfurter-Foucault-Konferenz 2001, 2. Aufl., Frankfurt/Main 2003
- Hubatsch, Walter (Hrsg.): Grundriss zur deutschen Verwaltungsgeschichte 1815–1945, Bd. 6: Provinz Sachsen, bearb. von Thomas Klein, Marburg/Lahn 1975
- Hüntelmann, Axel C./Vossen, Johannes/Czech, Herwig (Hrsg.): Gesundheit und Staat. Studien zur Geschichte der Gesundheitsämter in Deutschland 1870–1950 (= Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften, Bd. 104), Husum 2006
- Hüntelmann, Axel C.: Eine biopolitische Geschichte der Gesundheitsämter. In: Hüntelmann, Axel C./Vossen, Johannes/Czech, Herwig (Hrsg.): Gesundheit und Staat. Studien zur Geschichte der Gesundheitsämter in Deutschland 1870–1950 (= Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften, Bd. 104), Husum 2006, S. 275–294
- Hüntelmann, Axel C.: Hygiene im Namen des Staates. Das Reichsgesundheitsamt 1876–1933, Göttingen 2008
- Inferno Nordhausen. Schicksalsjahr 1945. Chronik, Dokumente, Erlebnisberichte (= Schriftenreihe heimatgeschichtlicher Forschungen des Stadtarchivs Nordhausen, Harz, Bd. 6), hg. vom Archiv der Stadt Nordhausen, 1995
- Jankofsky, Jürgen/Weinert, Jörn (Hrsg.): Siegfried Berger. Schriftsteller, Politiker, Heimatschützer. Protokoll der Konferenz aus Anlass des 60. Todestages am

22. März 2006 im Ständehaus Merseburg (= Beiträge zur Regional- und Landeskultur Sachsen-Anhalts, Bd. 48), Merseburg 2006.
- Jensen, Brigitte: Karl Astel. Ein „Kämpfer für Volksgesundheit“. In: Danckwortt, Barbara/Querg, Thorsten/Schöningh, Claudia (Hrsg.): Historische Rassismusforschung. Ideologen, Täter, Opfer (= Edition Philosophie und Sozialwissenschaften, Bd. 30), Hamburg 1995, S. 152–178
- John, Jürgen (Hrsg.): Quellen zur Geschichte Thüringens, Bd. 3: 1918–1945, Erfurt 1996
- John, Jürgen/Möller, Horst/Schaarschmidt, Thomas (Hrsg.): Die NS-Gaue. Regionale Mittelinstanzen im zentralisierten „Führerstaat“? München 2007
- John, Jürgen: Die Gaue im NS-System und der Gau Thüringen (= Thüringen gestern und heute, Bd. 33), Erfurt 2008
- Jordan, Rudolf: Erlebt und erlitten. Weg eines Gauleiters von München bis Moskau, Leoni am Starnberger See 1971
- Jütte, Robert: Lust ohne Last. Geschichte der Empfängnisverhütung von der Antike bis zur Gegenwart, München 2003
- Jütte, Robert/Eckart, Wolfgang U./Schmuhl, Hans-Walter u. a.: Medizin und Nationalsozialismus. Bilanz und Perspektiven der Forschung, 2. Aufl., Göttingen 2011
- Justiz im Nationalsozialismus. Über Verbrechen im Namen des Deutschen Volkes, bearb. von Viebig/Michael/Bohse, Daniel, hg. von der Stiftung Gedenkstätten Sachsen-Anhalt, vom Ministerium der Justiz des Landes Sachsen-Anhalt, von der Landeszentrale für politische Bildung Sachsen-Anhalt und der Friedrich-Ebert-Stiftung – Landesbüro Sachsen-Anhalt, 2., überarb. und erg. Aufl., Magdeburg 2015
- Kato, Masae: Women's rights? social movements, abortion and eugenics in modern Japan, Leiden 2015
- Kaminsky, Uwe: Zwangssterilisation und „Euthanasie“ im Rheinland. Evangelische Erziehungsanstalten sowie Heil- und Pflegeanstalten 1933–1945 (=Schriftenreihe des Vereins für Rheinische Kirchengeschichte, Bd. 116), Köln 1995
- Kammler, Clemens/Parr, Rolf (Hrsg.): Foucault in den Kulturwissenschaften. Eine Bestandsaufnahme, Heidelberg 2007

- Kamper, Dietmar/Wulf, Christian (Hrsg.): Die Wiederkehr des Körpers, Frankfurt/Main 1982
- Karnop, Stefan/Rode, Lars-Henrik/Tullner, Mathias: Der Regierungsbezirk Magdeburg und seine Geschichte. Von der „Königlichen Regierung in Niedersachsen zu Magdeburg“ zum Regierungspräsidium Magdeburg (1816–1998), Dessau 1998
- Kater, Michael H: Ärzte als Hitlers Helfer, München 2000
- Kaul, Friedrich Karl: Nazimordaktion T4. Ein Bericht über die erste industriemäßig durchgeführte Mordaktion des Naziregimes, Berlin (Ost) 1973
- Kaupen-Haas, Heidrun/Rothmaler, Christiane (Hrsg.): Naturwissenschaften und Eugenik. Sozialhygiene und Public Health (= Sozialhygiene und Public Health, Bd. 1), Frankfurt/Main 1994
- Kershaw, Ian: Der NS-Staat. Geschichtsinterpretationen und Kontroversen im Überblick, Reinbeck bei Hamburg 1989
- Kershaw, Ian: Hitler, 2 Bde., München 2002
- Kershaw, Ian: „Volksgemeinschaft“. Potenzial und Grenzen eines neuen Forschungskonzepts. In: Vierteljahrshefte für Zeitgeschichte, Jg. 59 (2011), H. 1, S. 1–17
- Kevles, Daniel J.: In the Name of Eugenics. Genetic and the Uses of Human Heredity, 2. Aufl., New York 1997
- Kilimann, Astrid: Rassenhygiene. Vorstellungen, Worte, Orte, Vollzug. Eine regionale Studie, Münster 1990
- Klee, Ernst: „Euthanasie“ im NS-Staat. Die „Vernichtung lebensunwerten Lebens“, Frankfurt/Main 1983
- Klee, Ernst (Hrsg.): Dokumente zur „Euthanasie“, Frankfurt/Main 1985
- Klee, Ernst: Was sie taten – was sie wurden. Ärzte, Juristen und andere Beteiligte am Kranken- oder Judenmord, Frankfurt/Main 1986
- Klee, Ernst: Deutsche Medizin im Dritten Reich. Karrieren vor und nach 1945, Frankfurt/Main 2001
- Klee, Ernst: Das Personenlexikon zum Dritten Reich. Wer war was vor und nach 1945, 2. Aufl., Hamburg 2016

- Klein, Thomas: Zur Verwaltungsgeschichte der Provinz Sachsen. Preußische Landräte im Kaiserreich und in der Weimarer Republik. In: Hauser, Oswald (Hrsg.): Vorträge und Studien zur preußisch-deutschen Geschichte (= Neue Forschungen zur brandenburg-preußischen Geschichte, Bd. 2), Köln 1983, S. 251–324
- Klenke, Dietmar: Das Eichsfeld unter den deutschen Diktaturen. Widerspenstiger Katholizismus in Heiligenstadt, Duderstadt 2003
- Klimó, Árpád/Rolf, Malte (Hrsg.): Rausch und Diktatur. Inszenierung, Mobilisierung und Kontrolle in totalitären Systemen, Frankfurt/Main 2006
- Koch, Thomas: Zwangssterilisation im Dritten Reich. Das Beispiel der Universitätsklinik Göttingen, Frankfurt/Main 1994
- Köbsell, Swantje: Eingriffe. Zwangssterilisation geistig behinderter Frauen (= Materialien Arbeitsgemeinschaft Sozialpolitischer Arbeitskreise, Bd. 79), München 1987
- Koenen, Gerd: Utopie der Säuberung. Was war der Kommunismus? Frankfurt/Main 2000
- Kompisch, Kathrin: Täterinnen. Frauen im Nationalsozialismus, Köln 2008
- Koonz, Claudia: Mütter im Vaterland. Frauen im Dritten Reich, Freiburg/Breisgau 1991
- Krämer, Günter: Epilepsie. Die Krankheit erkennen, verstehen und gut damit leben. 4. Aufl., Stuttgart 2013
- Kramer, Sabine: „Ein ehrenhafter Verzicht auf Nachkommenschaft“. Theoretische Grundlagen und Praxis der Zwangssterilisation im Dritten Reich am Beispiel der Rechtsprechung des Erbgesundheitsobergerichts Celle (= Hannoversches Forum der Rechtswissenschaften, Bd. 10), Baden-Baden 1999
- Krasmann, Susanne/Volkmer, Michael (Hrsg.): Michel Foucaults „Geschichte der Gouvernementalität“ in den Sozialwissenschaften. Internationale Beiträge, Bielefeld 2007
- Kröner, Hans-Peter: Von der Rassenhygiene zur Humangenetik. Das Kaiser-Wilhelm-Institut für Anthropologie, menschliche Erblehre und Eugenik nach dem Kriege (Medizin in Geschichte und Kultur, Bd. 20), Stuttgart 1998

- Kühl, Stefan: Die Internationale der Rassisten. Aufstieg und Niedergang der internationalen Bewegung für Eugenik und Rassenhygiene im 20. Jahrhundert, Frankfurt/Main 1997
- Künzel, Christine/Temme, Gaby (Hrsg.): Täterinnen und/oder Opfer? Frauen in Gewaltstrukturen (= Gender Diskussionen, Bd. 4), Bonn 2007
- Kundrus, Birthe: Kriegerfrauen. Familienpolitik und Geschlechterverhältnisse im Ersten und Zweiten Weltkrieg (= Hamburger Beiträge zur Sozial- und Zeitgeschichte), Hamburg 1995
- Labisch, Alfons/Tennstedt, Florian: Der Weg zum „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ vom 3. Juli 1934. Entwicklungslinien und -momente des staatlichen und kommunalen Gesundheitswesens in Deutschland (= Schriftenreihe der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf, Bd. 13.1/2), 2 Teile, Düsseldorf 1985
- Labisch, Alfons/Spree, Reinhard (Hrsg.): Medizinische Deutungsmacht im sozialen Wandel des 19. und frühen 20. Jahrhunderts, Bonn 1989
- Labisch, Alfons/Tennstedt, Florian: Gesundheitsamt oder Amt für Volksgesundheit? Zur Entwicklung des öffentlichen Gesundheitsdienstes seit 1933. In: Frei, Norbert (Hrsg.): Medizin und Gesundheitspolitik in der NS-Zeit, München 1991, S. 35–66
- Labisch, Alfons: Homo hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit, Frankfurt/Main 1992
- Labouvie, Eva: Beistand in Kindsnöten. Hebammen und die Gemeinschaft der Frauen auf dem Land (1550–1910), Frankfurt 1999
- Labouvie, Eva: Andere Umstände. Eine Kulturgeschichte der Geburt, Köln 1998, 2. Aufl. 2000
- Labouvie, Eva: Frauenkulturen im heutigen Europa: Schwangerschaft und Geburt zwischen Körperritual, Erlebnisraum und der Medikalisierung von Mentalitäten. In: Rüdiger Fikentscher (Hrsg.): Europäische Gruppenkulturen. Familie, Freizeit, Rituale, Halle 2006, S. 41–57.
- Labouvie, Eva: Lebensfluss – Schwangerschaft, Geburt und Blut (16.–19. Jahrhundert). In: Braun, Christina von/Wulf, Christoph (Hrsg.): Mythen des Blutes, Frankfurt 2007, S. 204–226

- Labouvie, Eva: Schwangerschaft – Elternschaft – Familie. Zur Familiarisierung des Ungeborenen und Geborenen (1500–1800). In: Wulf, Christoph/Hänsch, Anja/Brumlik, Micha (Hrsg.): Das Imaginäre der Geburt. Praktiken, Narrationen und Bilder, München 2008, S. 149–170
- Landwehr, Achim: Geschichte des Sagbaren: Einführung in die historische Diskursanalyse (= Historische Einführungen, Bd. 8), Tübingen 2001
- Lange, Kristin: Eugenik. Geschichte und Gegenwart, Hamburg 2014
- Lankheit, Klaus A.: Frick, Wilhelm. In: Weiß, Hermann (Hrsg.): Biographisches Lexikon zum Dritten Reich, Frankfurt/Main 2002, S. 133–134
- Laufenberg, Mike: Sexualität und Biomacht. Vom Sicherheitsdispositiv zur Politik der Sorge, Bielefeld 2014
- Lehnert, Esther: Die Beteiligung von Fürsorgerinnen an der Bildung und Umsetzung der Kategorie „minderwertig“ im Nationalsozialismus. Öffentliche Fürsorgerinnen in Berlin und Hamburg im Spannungsfeld von Auslese und „Ausmerze“, Frankfurt/Main 2003
- Lemke, Thomas: Gouvernamentalität und Biopolitik, 2. Aufl., Wiesbaden 2008
- Lemke, Thomas: Biopolitik zur Einführung, 2. Aufl., Hamburg 2013
- Lemke, Thomas: Rechtssubjekt oder Biomasse? Reflexionen zum Verhältnis von Rassismus und Exklusion: In: Stingelin, Martin (Hrsg.): Biopolitik und Rassismus, Frankfurt/Main 2003, S. 160–183
- Lemke, Thomas: Nachwort. Geschichte und Erfahrung. Michel Foucault und die Spuren der Macht. In: Defert, Daniel/Ewald, Francois (Hrsg.): Michel Foucault. Analytik der Macht, 5. Aufl., Frankfurt/Main 2013, S. 317–348.
- Leuthold, Gerhard: Veröffentlichungen des medizinischen Schrifttums in den Jahren 1933–1945 zum Thema „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933“, Nürnberg 1975
- Ley, Astrid: Im Teufelskreis der Eugenik. Die Erfahrungen der Nürnbergerin Grete S. mit der NS-Erbpflege. In: BIOS, Jg. 8 (1995), H. 1, S. 92–107.
- Ley, Astrid: „Die Verminderung der Hausbesuche erklärt sich durch die anderweitige Inanspruchnahme der Fürsorgeärzte ...“. Zu den Auswirkungen des Sterilisationsgesetzes auf die offene Fürsorge für Geisteskranke. In: Stöckel,

- Sigrid/Walter, Ulla (Hrsg.): Prävention im 20. Jahrhundert. Historische Grundlagen und aktuelle Entwicklungen in Deutschland, München 2002, S. 122–135.
- Ley, Astrid: Zwangssterilisation und Ärzteschaft. Hintergründe und Ziele ärztlichen Handelns 1934–1945 (= Kultur der Medizin. Geschichte-Theorie- Ethik, Bd. 11), Frankfurt/Main 2003.
- Lilienthal, Georg: Arier oder Jude? Die Geschichte des erb- und rassenkundlichen Abstammungsgutachtens. In: Propping, Peter/Schott, Heinz (Hrsg.): Wissenschaft auf Irrwegen. Biologismus. Rassenhygiene. Eugenik (= Studium Universale, Bd. 17), Bonn 1992, S. 66–84
- Lifton, Robert Jay: Ärzte im Dritten Reich, Stuttgart 1988
- Link, Gunther: Eugenische Zwangssterilisationen und Schwangerschaftsabbrüche im Nationalsozialismus. Dargestellt am Beispiel der Universitätsklinik Freiburg, Frankfurt/Main 1999
- Lisner, Wiebke: „Hüterinnen der Nation“. Hebammen im Nationalsozialismus (= Geschichte und Geschlechter, Bd. 50), Frankfurt/Main 2006
- Longerich, Peter: Hitlers Stellvertreter. Führung der Partei und Kontrolle des Staatsapparates durch den Stab Heß und die Partei-Kanzlei Bormann, München 1992
- Löscher, Monika: „... der gesunden Vernunft nicht zuwider ...?“ Katholische Eugenik in Österreich vor 1938, Innsbruck 2009
- Löscher, Monika: Zur katholischen Eugenik in Österreich. In: In: Wecker, Regina/Braunschweig, Sabine, Imboden, Gabriele u. a. (Hrsg.): Wie nationalsozialistisch ist die Eugenik? Internationale Debatten zur Geschichte der Eugenik im 20. Jahrhundert, Wien 2009, S. 233–245
- Lorenz, Maren: Leibhaftige Vergangenheit. Einführung in die Körpergeschichte (= Historische Einführungen, Bd. 4), Tübingen 2000
- Ludwig, Karin: Das Gesundheitswesen der Stadt Magdeburg in der Weimarer Republik von 1918–1933, Magdeburg 1964
- Lück, Heiner: Von Barop nach Buchenwald. Der Naumburger OLG-Präsident Dr. Paul Sattelmacher (1879–1947). In: Höland, Armin/Lück, Heiner (Hrsg.): Juristenkarrrieren in der preußischen Provinz Sachsen (1919–1945). Lebenswege und Wirkungen (= Studien zur Landesgeschichte, Bd. 12), Halle/Saale 2004, S. 91–115

- Lüdtke, Alf: Einleitung. Herrschaft als soziale Praxis. In: Lüdtke, Alf (Hrsg.): Herrschaft als soziale Praxis. Historische und sozial-anthropologische Studien (= Veröffentlichungen des Max-Planck-Instituts für Geschichte, Bd. 91), Göttingen 1991, S. 9–66
- Lüdtke, Alf: Die Praxis von Herrschaft. Zur Analyse von Hinnehmen und Mitmachen im deutschen Faschismus. In: Berlekamp, Brigitte/Röhr, Werner (Hrsg.): Terror, Herrschaft und Alltag im Nationalsozialismus. Probleme einer Sozialgeschichte des deutschen Faschismus, Münster 1995, S. 226–245
- Lüdtke, Alf: Alltagsgeschichte, Mikro-Historie, historische Anthropologie. In: Goertz, Hans-Jürgen (Hrsg.): Geschichte. Ein Grundkurs, Reinbek bei Hamburg 1998, S. 557–578
- Maas, Utz: „Als der Geist der Gemeinschaft eine Sprache fand“. Sprache im Nationalsozialismus. Versuch einer historischen Argumentationsanalyse, Opladen 1984
- Mackensen, Rainer (Hrsg.): Bevölkerungslehre und Bevölkerungspolitik vor 1933, Opladen 2002
- Mackensen, Rainer (Hrsg.): Bevölkerungslehre und Bevölkerungspolitik im „Dritten Reich“, Opladen 2004
- Mackensen, Rainer/Reulecke, Jürgen (Hrsg.): Das Konstrukt „Bevölkerung“ vor, im und nach dem „Dritten Reich“, Wiesbaden 2005
- Magiros, Angelika: Foucaults Beitrag zur Rassismustheorie (= Argument, Bd. 233), Hamburg 1995
- Makowski, Christine Charlott: Eugenik, Sterilisationspolitik, ‚Euthanasie‘ und Bevölkerungspolitik in der nationalsozialistischen Parteipresse (= Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften, Bd. 77), Husum 1996
- Manz, Ulrike: Bürgerliche Frauenbewegung und Eugenik in der Weimarer Republik (= Frankfurter Feministische Texte, Sozialwissenschaften, Bd. 7), Frankfurt/Main 2007
- Marnau, Björn: Steril und rasserein. Zwangssterilisation als Teil der nationalsozialistischen Rassenpolitik 1934–1945. Der Kreis Steinburg als Beispiel, Frankfurt/Main 2003

- Maria-Hix, Ilse: Fürsorgerinnen im Dienst der Erbbiologie. In: Kuhn, Annette (Hrsg.): Frauenleben im NS-Alltag. Bonner Studien zur Frauengeschichte (= Bonner Studien zur Frauengeschichte, Bd. 2), Pfaffenweiler 1994, S. 255–260
- Maria-Hix, Ilse: Zwangssterilisierungen: Eine spezielle Form der NS-Frauenpolitik. In: Kuhn, Annette (Hrsg.): Frauenleben im NS-Alltag. Bonner Studien zur Frauengeschichte (= Bonner Studien zur Frauengeschichte, Bd. 2), Pfaffenweiler 1994, S. 232–245
- Marek, Dieter: Dr. Otto Weber, Regierungspräsident in Erfurt 1935 bis 1945. Biografische Skizze. In: Das preußische Thüringen. Abhandlungen zur Geschichte seiner Volksvertretungen, hrsg. vom Thüringer Landtag, Rudolstadt 2001, S. 181–200
- Martschukat, Jürgen (Hrsg.): Geschichte schreiben mit Foucault, Frankfurt/Main 2002
- Martschukat, Jürgen: Geschichte schreiben mit Foucault – eine Einführung. In: Martschukat, Jürgen (Hrsg.): Geschichte schreiben mit Foucault, Frankfurt/Main 2002, S. 7–28
- Marx, Jörg: „Der Wille zum Kind“ und der Streit um die physiologische Unfruchtbarkeit der Frau: Die Geburt der modernen Reproduktionsmedizin im Kriegsjahr 1942. In: Stingelin, Martin (Hrsg.): Biopolitik und Rassismus, Frankfurt/Main 2003, S. 112–159
- Medizin im Nationalsozialismus. Kolloquien des Instituts für Zeitgeschichte, München 1988
- Melzer, Ralf: Konflikt und Anpassung. Freimaurerei in der Weimarer Republik und im Dritten Reich (= Vergleichende Gesellschaftsgeschichte und politische Ideengeschichte, Bd. 13), Wien 1999
- Merkel, Christian: „Tod den Idioten“ – Eugenik und Euthanasie in juristischer Rezeption vom Kaiserreich zur Hitlerzeit (= Das Strafrecht vor neuen Herausforderungen, Bd. 8), 2., durchg. und korr. Aufl., Berlin 2007
- Meyer, Steffen: Zuflucht, Kurhaus, Strafanstalt. Die Trinkerheilstätte Stift Isenwald und ihre Patienten 1901–1942 (= Schriftenreihe Schriften zur Geschichtsforschung des 20. Jahrhunderts, Bd. 12), Hamburg 2017

- Mitscherlich, Alexander/Mielke, Fred (Hrsg.): *Medizin ohne Menschlichkeit. Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses* (=Erstveröffentlichung unter dem Titel: *Wissenschaft ohne Menschlichkeit*, Heidelberg 1949), Frankfurt/Main 1985
- Möhring, Andreas: *Richter im Nationalsozialismus. Personalentwicklung und Personalpolitik am OLG Naumburg 1933–1945* (= Hallesche Schriften zum Recht, Bd. 30), Halle/Saale 2012
- Möller, Jürgen: *Das Kriegsende in Mitteldeutschland 1945. Chronik der amerikanischen Besetzung von Thüringen und Teilen Sachsens und Sachsen-Anhalts vom 30. März–8. Mai 1945*, Bad Langensalza 2014
- Möller, Jürgen: *Kriegsende an Saale und Unstrut April 1945*, Bad Langensalza 2013
- Möller, Jürgen: *Der Kampf um den Harz, April 1945. 2., neubearb., Aufl.*, Bad Langensalza 2013
- Mommsen, Hans: *Der Nationalsozialismus. Kumulative Radikalisierung und Selbstzerstörung des Regimes*. In: *Meyers Enzyklopädisches Lexikon*, Bd. 16, München 1976, S. 785–790
- Mommsen, Hans: *Alternative zu Hitler. Studien zur Geschichte des deutschen Widerstandes*, München 2000
- Moser, Gabriele: *„Im Interesse der Volksgesundheit ...“: Sozialhygiene und öffentliches Gesundheitswesen in der Weimarer Republik und der frühen SBZ/DDR. Ein Beitrag zur Sozialgeschichte des deutschen Gesundheitswesens im 20. Jahrhundert*, Frankfurt/Main 2002
- Müller, Ingo: *Furchtbare Juristen. Die unbewältigte Vergangenheit unserer Justiz*, München 1987
- Müller, Joachim: *Sterilisation und Gesetzgebung bis 1933* (= *Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften*, Bd. 49), Husum 1985
- Mumford, Lewis: *Mythos der Maschine. Kultur, Technik und Macht. Die umfassende Darstellung der Entdeckung und Entwicklung der Technik*, 6. Aufl., Frankfurt/Main 1986
- Murphy, Michelle: *Seizing the Means of Reproduction. Entanglements of Feminism, Health, and Technoscience (Experimental futures)*, Durham 2012

- Nachtsheim, Hans: Für und Wider die Sterilisierung aus eugenischer Indikation, Stuttgart 1952
- Neliba, Günter: Wilhelm Frick. Der Legalist des Unrechtsstaates, Paderborn 1992
- Niethammer, Lutz/Weisbrod, Bernd (Hrsg.): Hans. Mommsen. Der Nationalsozialismus und die deutsche Gesellschaft. Ausgewählte Aufsätze, Reineck bei Hamburg 1991
- Nitschke, Asmus: Die „Erbpolizei“ im Nationalsozialismus. Zur Alltagsgeschichte der Gesundheitsämter im Dritten Reich, Opladen 1999
- Nordhausen im Nationalsozialismus. Ein historischer Wegweiser, hrsg. im Auftrag der Stiftung Gedenkstätten Buchenwald und Mittelbau-Dora Nordhausen 2010
- Nowak, Kurt: „Euthanasie“ und „Sterilisierung“ im „Dritten Reich“. Die Konfrontation der evangelischen und katholischen Kirche mit dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ und der „Euthanasie“-Aktion (= Arbeiten zur Geschichte des Kirchenkampfes. Ergänzungsreihe, Bd. 12), 3. Aufl., Göttingen 1984
- Nowak, Kurt: Sterilisation und „Euthanasie“ im Dritten Reich. Tatsachen und Deutungen. In: Geschichte in Wissenschaft und Unterricht, Jg. 39 (1988), S. 327–341
- Nowak, Kurt: Widerstand, Zustimmung, Hinnahme. Das Verhalten der Bevölkerung zur „Euthanasie“. In: Frei, Norbert (Hrsg.): Medizin und Gesundheitspolitik in der NS-Zeit, München 1991, S. 235–251
- Nowak, Kurt: Sterilisation und Krankenmord 1934–1945. Von der Verhütung zur Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ im NS-Staat. In: Propping, Peter/Schott, Heinz (Hrsg.): Wissenschaft auf Irrwegen. Biologismus. Rassenhygiene. Eugenik (= Studium Universale, Bd. 17), Bonn 1992, S. 85–99
- Nußner, Horst: Konservative Wehrverbände in Bayern, Preußen und Österreich 1918–1933. Mit einer Biographie des Forstrates Georg Escherich 1870–1941 (= Moderne Geschichte, Bd. 1), 2. Aufl., München 1973
- Obermann-Jeschke, Dorothee: Eugenik im Wandel. Kontinuitäten, Brüche, Transformationen. Eine diskursgeschichtliche Analyse (= Edition des Duisburger Instituts für Sprach- und Sozialforschung), Münster 2008
- Ohms, Constance: Gewaltdiskurs und Geschlecht. In: Gahleitner, Silke Brigitta/Lenz, Hans-Joachim (Hrsg.): Gewalt und Geschlechterverhältnisse. Interdisziplinäre

- und geschlechtersensible Analysen und Perspektiven, Weinheim 2007, S. 227–236
- Osterhammel, Jürgen: Die Verwandlung der Welt. Eine Geschichte des 19. Jahrhunderts, München 2009
- Paulus, Julia: Kommunale Wohlfahrtspolitik in Leipzig 1930 bis 1945. Autoritäres Krisenmanagement zwischen Selbstbehauptung und Vereinnahmung (= Geschichte und Politik in Sachsen, Bd. 8), Köln 1998
- Peter, Jürgen: Der Einbruch der Rassenhygiene in die Medizin. Auswirkungen rassenhygienischen Denkens auf Denkkollektive und medizinische Fachgebiete von 1918 bis 1934, Frankfurt/Main 2004
- Petsch, Peter/Puhle, Matthias (Hrsg.): Magdeburg. Die Geschichte der Stadt 805–2005, Dössel (Saalkreis) 2005
- Peukert, Detlev: Volksgenossen und Gemeinschaftsfremde. Anpassung, Ausmerze und Aufbegehren unter dem Nationalsozialismus, Köln 1982
- Peukert, Detlev J.: Rezension zu Bock, Gisela: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus. Studien zur Rassenpolitik und Frauenpolitik (= Schriften des Zentralinstituts für sozialwissenschaftliche Forschung der Freien Universität Berlin, Bd. 48) Opladen 1986. In: Archiv für Sozialgeschichte, Jg. 28 (1988), S. 790–795
- Peukert, Detlev J. K.: Max Webers Diagnose der Moderne, Göttingen 1989
- Peukert, Detlev J. K.: Rassismus und „Endlösungs“-Utopie. Thesen zur Entwicklung und Struktur der nationalsozialistischen Vernichtungspolitik. In: Kleßmann, Christoph (Hrsg.): Nicht nur Hitlers Krieg. Der Zweite Weltkrieg und die Deutschen, Düsseldorf 1989, S. 71–81
- Peukert, Detlev J. K.: Die Unordnung der Dinge. Michel Foucault und die deutsche Geschichtswissenschaft. In: Ewald, Francois/Waldenfels, Bernhard (Hrsg.): Spiele der Wahrheit. Michel Foucaults Denken, Frankfurt/Main 1991, S. 320–330
- Pieper, Marianne/Atzert, Thomas/Karakayali, Serhat u. a.: Biopolitik in der Debatte. Konturen einer Analytik der Gegenwart mit und nach der biopolitischen Wende. In: Pieper, Marianne/Atzert, Thomas/Karakayali, Serhat u. a. (Hrsg.): Biopolitik in der Debatte, Wiesbaden 2011, S. 7–27

- Pitchai, Melchior: *The state and contraceptive sterilization. With a special reference to India*, Rom 1989
- Platen-Hallermund, Alice: *Die Tötung Geisteskranker in Deutschland* (= Nachdruck der Erstausgabe von 1948), 4. Aufl., Bonn 2001
- Planert, Ute: *Antifeminismus im Kaiserreich. Diskurs, soziale Formation und politische Mentalität* (= Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft, Bd. 124), Göttingen 1998
- Planert, Ute (Hrsg.): *Nation, Politik und Geschlecht. Frauenbewegungen und Nationalismus in der Moderne* (= Geschichte und Geschlechter, Bd. 31), Frankfurt/Main 2000
- Planert, Ute: *Der dreifache Körper des Volkes. Sexualität, Biopolitik und die Wissenschaften vom Leben*. In: *Geschichte und Gesellschaft*, Jg. 26 (2000), H. 4, S. 539–576
- Poutrus, Kirsten: *Von den Massenvergewaltigungen zum Mutterschutzgesetz. Abtreibungspolitik und Abtreibungspraxis in Ostdeutschland, 1945–1950*. In: Bessel, Richard/Jessen, Ralph (Hrsg.): *Die Grenzen der Diktatur. Staat und Gesellschaft in der DDR*, Göttingen 1996, S. 170–198
- Pschyrembel. *Klinisches Wörterbuch*, 259., neu bearb. Aufl., Berlin 2002
- Puhle, Matthias (Hrsg.): *Magdeburg lebt! Kriegsende und Neubeginn 1945–1949* (Magdeburger Museumsschriften, Bd. 13), Magdeburg 2011
- Rademacher, Michael: *Handbuch der NSDAP-Gaue 1928–1945. Die Amtsträger der NSDAP und ihrer Organisationen auf Gau- und Kreisebene in Deutschland und Österreich sowie in den Reichsgauen Danzig-Westpreußen, Sudetenland und Wartheland*, Vechta 2000
- Raphael, Lutz: *Verwissenschaftlichung des Sozialen als methodische und konzeptionelle Herausforderung für eine Sozialgeschichte des 20. Jahrhunderts*. In: *Geschichte und Gesellschaft*, Jg. 22 (1996), S. 165–193
- Rheinberger, Hans-Jörg/Müller-Wille, Steffan: *Vererbung. Geschichte und Kultur eines biologischen Konzepts*, Frankfurt/Main 2009
- Richter, Birgit: *Der Wiener Kongress 1815 und die Folgen für Sachsen. Fachkolloquium des Sächsischen Staatsarchivs vom 22. April 2015* (= Veröffentlichungen des Sächsischen Staatsarchivs, Bd. 18), Halle/Saale 2015

- Richter, Ingrid: Katholizismus und Eugenik in der Weimarer Republik und im Dritten Reich. Zwischen Sittlichkeitsreform und Rassenhygiene (= Veröffentlichungen der Kommission für Zeitgeschichte. Reihe B, Forschungen, Bd. 88), Paderborn 2001
- Riha, Ortrun (Hrsg.): Die Freigabe der „Vernichtung lebensunwerten Lebens“. Beiträge des Symposiums über Karl Binding und Alfred Hoche am 2. Dezember 2004 in Leipzig (= Schriftenreihe des Instituts für Ethik in der Medizin Leipzig e. V., Bd. 7), Aachen 2005
- Rimmele, Eva: Conti, Leonardo. In: Weiß, Hermann (Hrsg.): Biographisches Lexikon zum Dritten Reich, Frankfurt/Main 2002, S. 76–77
- Rimmele, Eva: Fischer, Eugen. In: Weiß, Hermann (Hrsg.): Biographisches Lexikon zum Dritten Reich, Frankfurt/Main 2002, S. 122–123
- Risse, Guenter B./Warner, John H.: Reconstructing Clinical Activities. Patient Records in Medical History. In: Social History of Medicine, Jg. 5 (1992), H. 2, S. 183–205
- Rissom, Renate: Fritz Lenz und die Rassenhygiene (= Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften, Bd. 47), Husum 1983
- Rödel, Malaika: Geschlecht im Zeitalter der Reproduktionstechnologien. Natur, Technologie und Körper im Diskurs der Präimplantationsdiagnostik, Bielefeld 2015
- Röhr, Werner: Einleitung. Sozialgeschichtliche Faschismusforschung auf dem Hintergrund der Kontroverse zwischen Alltags- und Sozialgeschichte. In: Berlekamp, Brigitte/Röhr, Werner (Hrsg.): Terror, Herrschaft und Alltag im Nationalsozialismus. Probleme einer Sozialgeschichte des deutschen Faschismus, Münster 1995, S. 7–29
- Roelcke, Volker: Krankheit und Kulturkritik. Psychiatrische Gesellschaftsdeutungen im bürgerlichen Zeitalter 1790–1914, Frankfurt/Main 1999
- Roelcke, Volker: Die Etablierung der psychiatrischen Genetik in Deutschland, Großbritannien und den USA, ca. 1910–1960. Zur untrennbaren Geschichte von Eugenik und Humangenetik. In: Vorträge und Abhandlungen zur Wissenschaftsgeschichte 2002/2003 & 2003/2004, S. 173–190

- Roelcke, Volker: Politische Zwänge und individuelle Handlungsspielräume. Karl Bonhoeffer und Maximilian de Crinis im Kontext der Psychiatrie im Nationalsozialismus. In: Schleiermacher, Sabine/Schagen, Udo (Hrsg.): Die Charité im Dritten Reich. Zur Dienstbarkeit medizinischer Wissenschaft im Nationalsozialismus, Paderborn 2008, S. 67–84
- Roelcke, Volker: Rivalisierende „Verwissenschaftlichung des Sozialen“. Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie im 20. Jahrhundert. In: Reulecke, Jürgen/Roelcke, Volker (Hrsg.): Wissenschaften im 20. Jahrhundert. Universitäten in der modernen Wissenschaftsgesellschaft, Stuttgart 2008, S. 131–148
- Roelcke, Volker/Schmuhl, Hans-Walter (Hrsg.): „Heroische Therapien.“ Die deutsche Psychiatrie im internationalen Vergleich 1918–1945, Göttingen 2013
- Rose, Wolfgang/Fuchs, Petra/Beddies, Thomas: Diagnose „Psychopathie“. Die urbane Moderne und das schwierige Kind. Berlin 1918–1933 (= Kulturen des Wahnsinns, Bd. 3), Köln 2016
- Rost, Karl Ludwig: Sterilisation und Euthanasie im Film des „Dritten Reiches“. Nationalsozialistische Propaganda in ihrer Beziehung zu rassenhygienischen Maßnahmen des NS-Staates (= Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften, Bd. 55), Husum 1987
- Roth, Karl Heinz: „Erbbiologische Bestandsaufnahme“ – ein Aspekt „ausmerzender“ Erfassung vor der Entfesselung des Zweiten Weltkrieges. In: Roth, Karl-Heinz (Hrsg.): Erfassung zur Vernichtung. Von der Sozialhygiene zum „Gesetz über Sterbehilfe“, Berlin 1984, S. 57–100
- Roth, Thomas: „Gestrauchelte Frauen“ und „unverbesserliche Weibspersonen“. Zum Stellenwert der Kategorie Geschlecht in der nationalsozialistischen Strafrechtspflege. In: Frietsch, Elke/Herkommer, Christina (Hrsg.): Nationalsozialismus und Geschlecht. Zur Politisierung und Ästhetisierung von Körper, „Rasse“ und Sexualität im „Dritten Reich“ und nach 1945 (= GenderCodes. Transkriptionen zwischen Wissen und Geschlecht, Bd. 6), Bielefeld 2009, S. 109–140
- Rothmaler, Christiane: 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 (= Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften, Bd. 60), Husum 1991
- Ruck, Michael: Bibliographie zum Nationalsozialismus, Bd. 2., vollständig überarb. und wesentlich erw. Aufl., Darmstadt 2000
- Ruckert, Frederic: Zwangssterilisationen im Dritten Reich. Das Schicksal der Opfer am Beispiel der Frauenklinik des Städtischen Krankenhauses und der Hebammenlehranstalt Mainz (= Beiträge zur Geschichte der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz. NF, Bd. 10), Stuttgart 2012
- Rudnick, Martin: Behinderte im Nationalsozialismus. Von der Ausgrenzung und Zwangssterilisation zur „Euthanasie“, Weinheim 1985
- Ruoff, Michael: Foucault-Lexikon. Entwicklung, Kernbegriffe, Zusammenhänge, 2., durchg. Aufl., Paderborn 2009
- Rupieper, Hermann-J./Sperk, Alexander (Hrsg.): Die Lageberichte der Geheimen Staatspolizei zur Provinz Sachsen 1933–1936, Bd. 1: Regierungsbezirk Magdeburg, Halle/Saale 2003
- Rupieper, Hermann-J./Sperk, Alexander (Hrsg.): Die Lageberichte der Geheimen Staatspolizei zur Provinz Sachsen 1933–1936, Bd. 2: Regierungsbezirk Merseburg, Halle/Saale 2004
- Rupieper, Hermann-J./Sperk, Alexander (Hrsg.): Die Lageberichte der Geheimen Staatspolizei zur Provinz Sachsen 1933–1936, Bd. 3: Regierungsbezirk Erfurt, Halle/Saale 2006
- Sachse, Carola: Wissenschaft und Geschlecht in der NS-Medizin. Überlegungen zur Verbindung wissenschafts- und geschlechterhistorischer Untersuchungsansätze. In: Eschebach, Insa/Ley, Astrid (Hrsg.): Geschlecht und „Rasse“ in der NS-Medizin (= Forschungsbeiträge und Materialien der Stiftung Brandenburgische Gedenkstätten, Bd. 5), Berlin 2012, S. 17–28.
- Sänger, Eva/Rödel, Malaika: Einleitung. Biopolitik und Geschlecht. Zur Reg(ul)ierung des Lebendigen. In: Sänger, Eva/Rödel, Malaika (Hrsg.): Biopolitik und Geschlecht. Zur Regulierung des Lebendigen (= Forum Frauen- und Geschlechterforschung Band 35), Münster 2012, S. 7–25
- Sarasin, Philipp: Geschichtswissenschaft und Diskursanalyse, Frankfurt/Main 2003

- Sarasin, Philipp: Zweierlei Rassismen? Die Selektion des Fremden als Problem in Michel Foucaults Verbindung von Biopolitik und Rassismus. In: Stingelin, Martin (Hrsg.): Biopolitik und Rassismus, Frankfurt/Main 2003, S. 55–79
- Sarasin, Philipp: Bakteriologie und Moderne. Studien zur Biopolitik des Unsichtbaren 1870–1920, Frankfurt/Main 2006
- Sarasin, Philipp/Thomä, Dieter: Biopolitik. In: Gosepath, Stefan/Hinsch, Wilfried/Rössler, Beate (Hrsg.): Handbuch der Politischen Philosophie und Sozialphilosophie, Bd. 1, Berlin 2008, S. 147–151
- Sarasin, Philipp: Darwin und Foucault. Genealogie und Geschichte im Zeitalter der Biologie, Berlin 2019
- Sarasin, Philipp: Michel Foucault zur Einführung, 4. Aufl., Hamburg 2010
- Saretzki, Thomas: Reichsgesundheitsrat und Preußischer Landesgesundheitsrat in der Weimarer Republik, Berlin 2000
- Satzinger, Helga: Differenz und Vererbung. Geschlechterordnungen in der Genetik und Hormonforschung 1890–1950, Köln 2009
- Schädler, Sarah: „Justizkrise“ und „Justizreform“ im Nationalsozialismus. Das Reichsjustizministerium unter Reichsjustizminister Thierack 1942–1945 (= Beiträge zur Rechtsgeschichte des 20. Jahrhunderts, Bd. 61), Tübingen 2009
- Schaller, Sabine: Kampf dem Alkohol. Weibliches Selbstverständnis und Engagement in der deutschen alkoholgegnerischen Bewegung 1883–1933, Freiburg i. Br. 2009
- Schaller, Sabine: Blaukreuzmänner, Guttemplergeschwister und abstinente Frauen in Magdeburg vom ausgehenden 19. Jahrhundert bis 1933 (= Magdeburger Reihe, Schriften der Fachhochschule Magdeburg, Bd. 26), Halle/Saale 2014
- Schilter, Thomas: Psychatrieverbrechen im Dritten Reich. Die Karriere Horst Schumanns. In: Internationale Zeitschrift für Geschichte und Ethik der Naturwissenschaften, Technik und Medizin, Jg. 6 (1998), H. 1, S. 42–55
- Schmersahl, Katrin: Medizin und Geschlecht. Zur Konstruktion der Kategorie Geschlecht im medizinischen Diskurs des 19. Jahrhunderts (= Sozialwissenschaftliche Studien, Schriftenreihe der Institute Politische Wissenschaft, Sozial- und Wirtschaftsgeschichte, Soziologie, Bd. 36), Opladen 1998

- Schmidt, Gerhard: Selektion in der Heilanstalt 1939–1945, Frankfurt/Main 1983
- Schmidt, Ulf: Hitlers Arzt Karl Brandt. Medizin und Macht im Dritten Reich, Berlin 2009
- Schmiedebach, Peter (Hrsg.): Entgrenzungen des Wahnsinns: Psychopathie und Psychopathologisierungen um 1900, Berlin 2016
- Schmitz-Berning, Cornelia: Vokabular des Nationalsozialismus, Berlin 1998
- Schmitz-Köster, Dorothee/Vankann, Tristan: Lebenslang Lebensborn. Die Wunschkinder der SS und was aus ihnen wurde, München 2012
- Schmuhl, Hans-Walter: Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie. Von der Verhütung zur Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ 1890–1945 (= Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft, Bd. 75), Göttingen 1987
- Schmuhl, Hans-Walter: Die Selbstverständlichkeit des Tötens. Psychiater im Nationalsozialismus. In: Geschichte und Gesellschaft, Jg. 16 (1990), H. 4, S. 411–439
- Schmuhl, Hans-Walter: Reformpsychiatrie und Massenmord. In: Prinz, Michael/Zitelmann, Rainer (Hrsg.): Nationalsozialismus und Modernisierung, Darmstadt 1991, S. 239–266
- Schmuhl, Hans-Walter: Sterilisation, „Euthanasie“, „Endlösung“. Erbgesundheitspolitik unter den Bedingungen charismatischer Herrschaft. In: Frei, Norbert (Hrsg.): Medizin und Gesundheitspolitik in der NS-Zeit, München 1991, S. 295–308
- Schmuhl, Hans-Walter: Kontinuität oder Diskontinuität? Zum epochalen Charakter der Psychiatrie im Nationalsozialismus. In: Kersting, Franz-Werner/Teppe, Karl/Walter, Bernd (Hrsg.): Nach Hadamar. Zum Verhältnis von Psychiatrie und Gesellschaft im 20. Jahrhundert (= Forschungen zur Regionalgeschichte, Bd. 7), Paderborn 1993, S. 112–136
- Schmuhl, Hans-Walter: Grenzüberschreitungen. Das Kaiser-Wilhelm-Institut für Anthropologie, menschliche Erblehre und Eugenik 1927–1945 (= Geschichte der Kaiser-Wilhelm-Gesellschaft im Nationalsozialismus, Bd. 9), Göttingen 2005
- Schmuhl, Hans-Walter: Halle in der Weimarer Republik und im Nationalsozialismus (Studien zur Landesgeschichte, Bd. 7), Halle 2007

- Schmuhl, Hans-Walter: Die biopolitische Entwicklungsdiktatur des Nationalsozialismus und der „Reichsgesundheitsführer“ Leonardo Conti. In: Henke, Klaus Dietmar (Hrsg.): Tödliche Medizin im Nationalsozialismus. Von der Rassenhygiene zum Massenmord (= Schriften des Deutschen Hygiene-Museums Dresden, Bd. 7), Köln 2008, S. 101–118
- Schmuhl, Hans-Walter: Zwangssterilisation. In: Jütte, Robert (Hrsg.): Medizin und Nationalsozialismus. Bilanz und Perspektiven der Forschung, 2. Aufl., Göttingen 2011, S. 201–213
- Schmuhl, Hans-Walter: Die Begleitforschung zum NS-Sterilisationsprogramm. Das Beispiel des Kaiser-Wilhelm-Instituts für Anthropologie, menschliche Erblehre und Eugenik. In: Wecker, Regina/Braunschweig, Sabine, Imboden, Gabriele u. a. (Hrsg.): Wie nationalsozialistisch ist die Eugenik? Internationale Debatten zur Geschichte der Eugenik im 20. Jahrhundert, Wien 2009, S. 107–118
- Schmuhl, Hans-Walter: Das „Dritte Reich“ als biopolitische Entwicklungsdiktatur. Zur inneren Logik der nationalsozialistischen Genozidpolitik. In: Jüdisches Museum Berlin (Hrsg.): Tödliche Medizin. Rassenwahn im Nationalsozialismus, Göttingen 2009, S. 8–21
- Schmuhl, Hans-Walter: Eugenik und Rassenanthropologie. In Jütte, Robert (Hrsg.): Medizin und Nationalsozialismus. Bilanz und Perspektiven der Forschung, 2. Aufl., Göttingen 2011, S. 24–38
- Schmuhl, Hans-Walter: Konfessionell gebundene Krankenversorgung. In: Jütte, Robert (Hrsg.): Medizin und Nationalsozialismus. Bilanz und Perspektiven der Forschung, 2. Aufl., Göttingen 2011, S. 63–74
- Schmiechen-Ackermann, Detlef (Hrsg.): „Volksgemeinschaft“: Mythos, wirkungsmächtige soziale Verheißung oder soziale Realität im „Dritten Reich“? (= Nationalsozialistische Volksgemeinschaft, Studien zu Konstruktion gesellschaftlicher Wirkungsmacht und Erinnerung, Bd. 1) Paderborn 2012
- Schneck, Peter: Paul Konitzer (1894–1947). Hygieniker, Amtsarzt, Sozialmediziner, Gesundheitspolitiker. In: Zeitschrift für Geschichte der Wissenschaften, Technik und Medizin, Jg. 12 (2004), H. 4, S. 213–232

- Schneider, Christoph: Die Verstaatlichung des Leibes. Das „Gesetz zur Verhütung erbranken Nachwuchses“ und die Kirche. Eine Dokumentenanalyse (= MenschenArbeit. Freiburger Studien, Bd. 11) Konstanz 2000
- Schneider, Johannes: Michel Foucault, Darmstadt 2004
- Schomburg, Petra: Frauen im Nationalsozialismus. Ein Überblick über die historische Frauenforschung und die feministische Diskussion um Verantwortung und Beteiligung von Frauen am Nationalsozialismus. In: Niethammer, Ortrun (Hrsg.): Frauen und Nationalsozialismus. Historische und kulturgeschichtliche Positionen, Osnabrück 1996, S. 42–57
- Schott, Heinz: Zur Biologisierung des Menschen. In: vom Bruch, Rüdiger/Kaderas, Brigitte (Hrsg.): Wissenschaften und Wissenschaftspolitik. Bestandsaufnahmen zu Formationen, Brüchen und Kontinuitäten im Deutschland des 20. Jahrhunderts, Stuttgart 2002, S. 99–108
- Schreckenbach, Hans-Joachim: Archivrecht in den fünf neuen Ländern. Eine historische und vergleichende Betrachtung, in: Beck, Friedrich/Neitmann, Klaus (Hrsg.): Brandenburgische Landesgeschichte und Archivwissenschaft. Festschrift für Lieselott Enders zum 70. Geburtstag (= Veröffentlichungen des Brandenburgischen Landeshauptarchivs, Bd. 34), Weimar 1997, S. 303–326
- Schubert-Lehnhardt, Viola/Korch, Sylvia (Hrsg.): Frauen als Täterinnen und Mittäterinnen im Nationalsozialismus (= Beiträge zum 5. Tag der Frauen- und Geschlechterforschung der Martin-Luther-Universität Magdeburg, Halle/Saale 2006
- Schubert-Lehnhardt, Viola: Zur Beteiligung von Frauen an nationalsozialistischen Verbrechen im Gesundheitswesen. Fallstudien aus der Region des heutigen Bundeslandes Sachsen-Anhalt In: Frietsch, Elke/Herkommer, Christina (Hrsg.): Nationalsozialismus und Geschlecht. Zur Politisierung und Ästhetisierung von Körper, „Rasse“ und Sexualität im „Dritten Reich“ und nach 1945 (= GenderCodes. Transkriptionen zwischen Wissen und Geschlecht, Bd. 6), Bielefeld 2009, S. 298–311
- Schütz, Horst: Gesundheitsfürsorge zwischen humanitärem Anspruch und eugenischer Verpflichtung. Entwicklung und Kontinuität sozialhygienischer Anschauun-

- gen zwischen 1920 und 1950 am Beispiel von Prof. Dr. Carl Coerper (= Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften, Bd. 98), Husum 2004
- Schulze, Dietmar: Die Landesanstalt Neuruppin in der NS-Zeit (= Schriftenreihe zur Medizin-Geschichte des Landes Brandenburg, Bd. 8), Berlin 2004
- Schuller, Marianne: Aufstieg und Fall von „Krankheitsbildern“ in der Psychiatrie. Hysterie und Melancholie. Zum Sichtbarkeits- und Wissensparadigma der Moderne. In: Kaupen-Haas, Heidrun/Rothmaler, Christiane (Hrsg.): Naturwissenschaften und Eugenik. Sozialhygiene und Public Health (= Sozialhygiene und Public Health, Bd. 1), Frankfurt/Main 1994, S. 41–56
- Schultze, Harald: Kirchenprovinz Sachsen (Art. Sachsen III). In: Theologische Realenzyklopädie, Jg. 29 (1998), S. 580–589
- Schwandt, Peter: Hans F. K. Günther. Porträt, Entwicklung und Wirken des rassistisch-nordischen Denkens, Saarbrücken 2008
- Schwartz, Michael: Sozialistische Eugenik. Eugenische Sozialtechnologien in Debatten und Politik der deutschen Sozialdemokratie 1890–1933 (= Reihe Politik- und Gesellschaftsgeschichte, Archiv der sozialen Demokratie der Friedrich-Ebert-Stiftung, Bd. 42), Bonn 1995
- Schwartz, Michael: Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie? Kritische Anfragen an eine These von Hans-Walter Schmuhl. In: Westfälische Forschungen, Jg. 46 (1996) S. 604–622
- Schwartz, Michael: Eugenik und „Euthanasie“. Die internationale Debatte und Praxis bis 1933/45. In: Henke, Klaus Dietmar (Hrsg.): Tödliche Medizin im Nationalsozialismus. Von der Rassenhygiene zum Massenmord (= Schriften des Deutschen Hygiene-Museums Dresden, Bd. 7), Köln 2008, S. 65–84
- Schwarz, Hanns: Ein Gutachten über die ärztliche Tätigkeit im sog. Erbgesundheitsverfahren (Medizinisch-juristische Grenzfragen unter bes. Berücks. d. Psychiatrie u. Neurologie, H. 1), Halle/Saale 1950
- Schwerdtner, Hans-Bodo/Meixner, Michael: Zur Entwicklung der Rassenhygiene in Deutschland und das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. Grundlagen, Diskussionen, Auswirkungen und Vergleich an Hand ausgewählter Krankheitsbilder, Leipzig 1985 (unveröffentlicht)

- Schwineköper, Berent (Hrsg.): Handbuch der historischen Stätten, Bd. 11: Provinz Sachsen-Anhalt, 2., überarb. und erg. Aufl., Stuttgart 1987
- Schwonke, Martin: Vom Staatsroman zur Science Fiction. Eine Untersuchung über Geschichte und Funktion der naturwissenschaftlich-technischen Utopie (= Göttinger Abhandlungen zur Soziologie und ihrer Grenzgebiete, Bd. 2), Stuttgart 1957
- Sennebogen, Waltraud: Die Gleichschaltung der Wörter. Sprache im Nationalsozialismus. In: Süß, Dietmar/Süß, Winfried (Hrsg.): Das „Dritte Reich“. Eine Einführung, München 2008, S. 165–184
- Siemen, Hans-Ludwig: „Menschen blieben auf der Strecke ...“. Psychiatrie zwischen Reform und Nationalsozialismus, Gütersloh 1987
- Siemen, Hans-Ludwig: Reformen und Radikalisierung. Veränderungen der Psychiatrie in der Weltwirtschaftskrise. In: Frei, Norbert (Hrsg.): Medizin und Gesundheitspolitik in der NS-Zeit, München 1991, S. 191–200
- Siemen, Hans-Ludwig: Die Reformpsychiatrie der Weimarer Republik. Subjektive Ansprüche und die Macht des Faktischen. In: Kersting, Franz-Werner/Teppe, Karl/Walter, Bernd (Hrsg.): Nach Hadamar. Zum Verhältnis von Psychiatrie und Gesellschaft im 20. Jahrhundert (= Forschungen zur Regionalgeschichte, Bd. 7), Paderborn 1993, S. 98–108
- Simon, Jürgen: Kriminalbiologie und Zwangssterilisation. Eugenischer Rassismus 1920–1945 (= Internationale Hochschulschriften, Bd. 372), Münster 2001
- Sperk, Alexander: Anhalt im Nationalsozialismus (1932–1945). In: 800 Jahre Anhalt. Geschichte, Kultur, Perspektiven, hg. vom anhaltischen Heimatbund e. V., Wettin-Löbejün 2012, S. 403–423
- Spring, Claudia Andrea: Verdrängte Überlebende. NS-Zwangssterilisation und die leigistische, medizinische und gesellschaftlichen Ausgrenzung von zwangssterilisierten Menschen in der Zweiten Republik, Wien 1999 (unveröffentlicht)
- Spring, Claudia Andrea: Zwischen Krieg und Euthanasie. Zwangssterilisation in Wien 1940–1945, Wien 2009
- Steinbach, Peter/Tuchel, Johannes (Hrsg.): Widerstand gegen die nationalsozialistische Diktatur 1933–1945, Berlin 2004

- Steller, Thomas: Volksbildungsinstitut und Museumskonzern. Das Deutsche Hygiene-Museum 1912–1930, Bielefeld 2014
- Stephenson, Jill: Women in Nazi society, London 1975
- Steppe, Hilde: Krankenpflege ab 1933. In: Steppe, Hilde (Hrsg.): Krankenpflege im Nationalsozialismus, 10., aktual. und erw. Aufl., Frankfurt/Main 2013, S. 67–92
- Stingelin, Martin: Einleitung: Biopolitik und Rassismus. Was leben soll und was sterben muß. In: Stingelin, Martin (Hrsg.): Biopolitik und Rassismus, Frankfurt/Main 2003, S. 7–26
- Stöckel, Sigrid/Walter, Ulla (Hrsg.): Prävention im 20. Jahrhundert. Historische Grundlagen und aktuelle Entwicklungen in Deutschland, München 2002
- Stöckle, Thomas: Die Reaktionen der Angehörigen und der Bevölkerung auf die „Aktion T4“. In: Rotzoll, Maike (Hrsg.): Die nationalsozialistische „Euthanasie“-Aktion „T4“. Geschichte und ethische Konsequenzen für die Gegenwart, Paderborn 2010, S. 118–124
- Stoff, Heiko: Der Orgasmus der Wohlgeborenen. Die sexuelle Revolution, Eugenik, das gute Leben und das biologische Versuchslabor. In: Martschukat, Jürgen (Hrsg.): Geschichte schreiben mit Foucault, Frankfurt/Main 2002, S. 170–194
- Streckenbach, Klaus: Das Verbrechen der Zwangssterilisation. Unter besonderer Berücksichtigung von Fallbeispielen aus dem Raum Neuss und Dormhagen, Neuss 1992
- Stürzbecher, Manfred: Der Vollzug des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933 in den Jahren 1935 und 1936. In: Öffentliches Gesundheitswesen, Jg. 36 (1974), S. 350–359
- Süß, Winfried: Der „Volkskörper“ im Krieg. Gesundheitspolitik. Gesundheitsverhältnisse und Krankenmord im nationalsozialistischen Deutschland 1939–1945 (= Studien zur Zeitgeschichte, Bd. 65), München 2003
- Sunnus, Michael: Der NS-Rechtswahrerbund 1928–1945. Zur Geschichte der nationalsozialistischen Juristenorganisation, Frankfurt/Main 1990
- Synder, Kriemhild: Die Landesheilanstalt Uchtspringe und ihre Verstrickungen in nationalsozialistische Verbrechen. In: Hoffmann, Ute (Hrsg.): Psychiatrie des

- Todes. NS-Zwangssterilisation und „Euthanasie“ im Freistaat Anhalt und in der Provinz Sachsen, Teil 1, Magdeburg 2001, S. 73–95
- Szasz, Thomas S.: Psychiatrie. Die verschleierte Macht. Essays über die psychiatrische Entmenschung des Menschen, Frankfurt/Main 1978
- Szasz, Thomas S.: Psychiatrie. Das Modell des syphilitischen Geistes. In: Szasz, Thomas S.: Schizophrenie. Das heilige Symbol der Psychiatrie, Frankfurt/Main 1982, S. 10–48
- Szasz, Thomas S.: Schizophrenie: Psychiatrisches Syndrom oder wissenschaftlicher Skandal. In: Szasz, Thomas S.: Schizophrenie. Das heilige Symbol der Psychiatrie, Frankfurt/Main 1982, S. 83–128.
- Teppe, Karl: Die preußischen Oberpräsidenten 1933–1945. In: Schwabe, Klaus (Hrsg.): Die preußischen Oberpräsidenten 1815–1945, Boppard am Rhein 1985, S. 219–248
- Theweleit, Klaus: Männerphantasien, 2 Bde., Basel 1986
- Thießen, Malte: Gesundheit erhalten, Gesellschaft gestalten. Konzepte und Praktiken der Vorsorge im 20. Jahrhundert. Eine Einführung. In: Zeithistorische Forschungen/Studies in Contemporary History, Jg. 10 (2013), H. 3, S. 354–365
- Thießen, Malte: Vorsorge als Ordnung des Sozialen. Impfen in der Bundesrepublik und der DDR. In: Zeithistorische Forschungen/Studies in Contemporary History, Jg. 10 (2013), H. 3, S. 409–432
- Thießen, Malte: Vom immunisierten Volkskörper zum „präventiven Selbst“. Impfen als Biopolitik und soziale Praxis vom Kaiserreich zur Bundesrepublik. In: VfZ, Jg. 61 (2013), H. 1, S. 35–64
- Thom, Achim/Spaar, Horst (Hrsg.): Medizin im Faschismus. Symposium über das Schicksal der Medizin in der Zeit des Faschismus in Deutschland 1933–1945, Berlin (Ost) 1983
- Thom, Achim/Caregorodcev, Genadij Ivanovic (Hrsg.): Medizin unterm Hakenkreuz, Berlin (Ost) 1989
- Thomas, Heidrun: Sozialmedizinische Erhebungen zur Familienplanung und Sterilisation in Indien, Hamburg 1973

- Töpolt, Birgit: Vorgeschichte und Praxis der Zwangssterilisierung im Dresdner Raum 1933–1945, Dresden 2000
- Tümmers, Henning: Anerkennungskämpfe. Die Nachgeschichte der nationalsozialistischen Zwangssterilisation in der Bundesrepublik (= Beiträge zur Geschichte des 20. Jahrhunderts, Bd. 11), Göttingen 2011
- Tullner, Mathias (Hrsg.): Die preußische Provinz Sachsen. Positionen und Beiträge zu ihrer Geschichte, Magdeburg 1993
- Tullner, Mathias: 180 Jahre Regierungsbezirk Magdeburg. Der Regierungsbezirk Magdeburg im Spiegel der Zeit 1816–1996, Magdeburg 1996
- Tullner, Mathias (Hrsg.): Erhard Hübener. Mitteldeutschland und Sachsen-Anhalt. Schriften, Reden, Dokumente des Landeshauptmanns und Ministerpräsidenten, Halle/Saale 2001
- Tullner, Mathias: Jagow, Hans Georg Eduard Ewald von. In: Heinrich, Guido/Schanderer, Gunter (Hrsg.): Magdeburger Biographisches Lexikon. 19. und 20. Jahrhundert. Biographisches Lexikon für die Landeshauptstadt Magdeburg und die Landkreise Bördekreis, Jerichower Land, Ohrekreis und Schönebeck, Magdeburg 2002, S. 330
- Tullner, Mathias: Kleine Geschichte Sachsen-Anhalts. Von der Weimarer Republik bis zum Bundesland, Halle/Saale 2012
- Tullner, Mathias: Der Provinzialverband der preußischen Provinz Sachsen und die Sozial- und Gesundheitspolitik im preußischen Thüringen von 1816–1918. In: Thüringer Landtag (Hrsg.): Die Behandlung der Sozial- und Gesundheitspolitik in den Thüringischen Landtagen seit der 1. Hälfte des 19. Jahrhunderts, Weimar 2012, S. 329–337
- Ulbricht, Justus H. (Hrsg.): Anhalts Weg ins „Zeitalter der Extreme“ 1871–1945, Halle/Saale 2014
- Ulbricht, Otto: Mikrogeschichte. Menschen und Konflikte in der Frühen Neuzeit, Frankfurt/Main 2009
- Ullrich, Volker: Spuren im Alltag. „Barfußhistoriker“ – woher sie kommen und was sie wollen. In: ZEIT, Nr. 45 (02.11.1984)

- Usborne, Cornelia: Frauenkörper. Volkskörper. Geburtenkontrolle und Bevölkerungspolitik in der Weimarer Republik (= Theorie und Geschichte der bürgerlichen Gesellschaft, Bd. 7), Münster 1994
- Usborne, Cornelia: Abtreibung in der Weimarer Republik. Weibliche Forderungen und Erfahrungen. In: Niethammer, Lutz/Satjukow, Silke (Hrsg.): „Wenn die Chemie stimmt.“ Geschlechterbeziehungen und Geburtenplanung im Zeitalter der Pille, Göttingen 2016, S. 96–118
- Venediger, Walter/Höhne, Erich: Geschichte des Oberlandesgerichts Naumburg (Saale). In: 150 Jahre Oberlandesgericht Naumburg. Recht in der Sowjetzone, hg. vom Mitteldeutschen Kulturrat e. V. Bonn, Bonn 1966, S. 7–26
- Verheyen, Nina: Die Erfindung der Leistung, Berlin 2018
- Veyne, Paul: Foucault. Die Revolutionierung der Geschichte, Frankfurt/Main 1992
- Villa, Paula-Irene (Hrsg.): Schön. Normal. Manipulationen am Körper als Technologien des Selbst, Bielefeld 2008
- Villa, Paula-Irene/Thiessen, Barbara (Hrsg.): Mütter – Väter. Diskurse, Medien, Praxen, Münster 2009 (= Forum Frauen- und Geschlechterforschung, Schriftenreihe der Sektion Frauen- und Geschlechterforschung in der Deutschen Gesellschaft für Soziologie, Bd. 24), S. 63–73
- Vom Königlichen Polizeipräsidium zur Bezirksbehörde der Deutschen Volkspolizei. Die Magdeburger Polizei im Gebäude Halberstädter Straße 2 zwischen 1913 und 1989, hg. vom Ministerium des Innern des Landes Sachsen-Anhalt, Halle/Saale 2010
- Von Cranach, Michael/Siemen, Hans-Ludwig (Hrsg.): Psychiatrie im Nationalsozialismus. Die Bayerischen Heil- und Pflegeanstalten zwischen 1933 und 1945, 2. Aufl., München 2012
- Von Soden, Kristine: Die Sexualberatungsstellen der Weimarer Republik 1919–1933 (= Reihe Deutsche Vergangenheit, Bd. 18), Berlin 1988
- Vossen, Johannes: Gesundheitsämter im Nationalsozialismus. Rassenhygiene und offene Gesundheitsfürsorge in Westfalen 1900–1950 (= Düsseldorfer Schriften zur Neueren Landesgeschichte und zur Geschichte Nordrhein-Westfalens, Bd. 56), Essen 2001

- Vossen, Johannes: Einleitung. In: Hüntelmann, Axel C./Vossen, Johannes/Czech, Herwig (Hrsg.): Gesundheit und Staat. Studien zur Geschichte der Gesundheitsämter in Deutschland 1870–1950 (= Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften, Bd. 104), Husum 2006, S. 13–24
- Voß, Heinz-Jürgen: Making Sex Revisited. Dekonstruktion des Geschlechts aus biologisch-medizinischer Perspektive, Bielefeld 2010
- Walgenbach, Katharina/Dietze, Gabriele/Hornscheidt, Lann u. a. (Hrsg.): Gender als interdependente Kategorie. Neue Perspektiven auf Intersektionalität, Diversität und Heterogenität, Opladen 2007
- Walter, Bernd: Psychiatrie und Gesellschaft in der Moderne. Geisteskrankenfürsorge in der Provinz Westfalen zwischen Kaiserreich und NS-Regime (= Forschungen zur Regionalgeschichte), Paderborn 1996
- Walter, Bernd: Kranken- und Erbgesundheitsgerichtsakten in der NS-Psychiatrieforschung. Bestände, Auswahlverfahren, Auswertungsmöglichkeiten. In: Archivpflege in Westfalen und Lippe Münster, Jg. 48 (1998), S. 14–22
- Wanitschke, Matthias (Hrsg.): Quellen zur Geschichte Thüringens. Archivierter Mord: Der SED-Staat und die NS-„Euthanasie“-Verbrechen in Stadroda, Erfurt 2005
- Weber, Matthias M.: Ernst Rüdin. Eine kritische Biographie, Berlin 1993
- Wecker, Regina/Braunschweig, Sabine, Imboden, Gabriele u. a. (Hrsg.): Wie nationalsozialistisch ist die Eugenik? Internationale Debatten zur Geschichte der Eugenik im 20. Jahrhundert, Wien 2009
- Wehler, Hans-Ulrich: Die Herausforderung der Kulturgeschichte. München 1998
- Wehler, Hans-Ulrich: Intentionalisten, Strukturalisten und das Theoriedefizit der Zeitgeschichte. In: Frei, Norbert (Hrsg.): Martin Broszat, der „Staat Hitlers“ und die Historisierung des Nationalsozialismus (Vorträge und Kolloquien, Bd. 1), Göttingen 2007, S. 71–75
- Wehling, Peter/Viehöver, Willy/Keller, Reiner: Wo endet die Natur, wo beginnt die Gesellschaft. Doping, Genfood, Klimawandel und Lebensbeginn. Die Entstehung kosmopolitischer Hybride. In: Soziale Welt, Jg. 56 (2005), S. 137–158
- Wehling, Peter: Selbstbestimmung oder sozialer Optimierungsdruck? Perspektiven einer kritischen Soziologie der Biopolitik. In: Leviathan, Jg. 36 (2008), H. 2, S. 249–273

- Viehöver Willy/Wehling, Peter (Hrsg.): Entgrenzung der Medizin. Von der Heilkunst zur Verbesserung des Menschen?, Bielefeld 2011
- Weindling, Paul: „Mustergau“ Thüringen. Rassenhygiene zwischen Ideologie und Machpolitik. In: Frei, Norbert (Hrsg.): Medizin und Gesundheitspolitik in der NS-Zeit, München 1991, S. 81–97
- Weindling, Paul: „Mustergau“ Thüringen. Rassenhygiene zwischen Ideologie und Machpolitik. In: Hoßfeld, Uwe (Hrsg.): Kämpferische Wissenschaft. Studien zur Universität Jena im Nationalsozialismus, Köln 2003, S. 1013–1026
- Weingart, Peter/Kroll, Jürgen/Bayertz, Kurt: Rasse, Blut und Gene. Geschichte der Eugenik und Rassenhygiene in Deutschland, Frankfurt/Main 1992
- Weiß, Hermann (Hrsg.): Biographisches Lexikon zum Dritten Reich, Frankfurt/Main 2002
- Weiß, Hermann: Lenz, Fritz. In: Weiß, Hermann (Hrsg.): Biographisches Lexikon zum Dritten Reich, Frankfurt/Main 2002, S. 296–297
- Westermann, Stefanie: Verschwiegenes Leid. Der Umgang mit den NS-Zwangssterilisationen in der Bundesrepublik Deutschland (= Menschen und Kulturen, Beihefte zum Saeculum, Jahrbuch für Universalgeschichte, Bd. 7), Köln 2010
- Westermann, Stefanie: „Ich hoffe [...], ich konnte Ihnen einen kleinen Einblick in unser Leben geben [...].“ Zur Verwendung von Ego-Dokumenten in der Medizingeschichte am Beispiel der Zwangssterilisierten des Nationalsozialismus. In: Osten, Philipp (Hrsg.): Patientendokumente. Krankheit in Selbstzeugnissen (= Medizin, Gesellschaft und Geschichte, Bd. 35), Stuttgart 2010, S. 221–236
- Wetzel, Juliane: Die NSDAP zwischen Öffnung und Mitgliedersperre. In: Benz, Wolfgang (Hrsg.): Wie wurde man Parteigenosse? Die NSDAP und ihre Mitglieder, Frankfurt/Main 2009, S. 74–90
- Wildt, Michael: Generation des Unbedingten. Das Führungskorps des Reichssicherheitshauptamtes, Hamburg 2002
- Wildt, Michael: Geschichte des Nationalsozialismus. Grundkurs neue Geschichte, Göttingen 2008
- Winker, Gabriele/Degele, Nina: Intersektionalität. Zur Analyse sozialer Ungleichheiten (Sozialtheorie), Bielefeld 2009

- Wirsching, Andreas (Hrsg.): Das Jahr 1933. Die nationalsozialistische Machteroberung und die deutsche Gesellschaft (= Dachauer Symposien zur Zeitgeschichte, Bd. 9), Göttingen 2009
- Woelk, Wolfgang/Vögele, Jörg: Einleitung. In: Woelk, Wolfgang/Vögele, Jörg (Hrsg.): Geschichte der Gesundheitspolitik in Deutschland. Von der Weimarer Republik bis in die Frühgeschichte der doppelten Staatsgründung (= Schriften zur Wirtschafts- und Sozialgeschichte, Bd. 73), Berlin 2002, S. 11–50
- Wolf, Jana: Auswahlbibliographie zu Eugenik, Rassenhygiene, Zwangssterilisation, NS-„Euthanasie“ und deren Strafverfolgung nach 1945. In: Henke, Klaus Dietmar (Hrsg.): Tödliche Medizin im Nationalsozialismus. Von der Rassenhygiene zum Massenmord (= Schriften des Deutschen Hygiene-Museums Dresden, Bd. 7), Köln 2008, S. 291–338
- Wolf, Maria A.: Eugenische Vernunft. Eingriffe in die reproduktive Kultur durch die Medizin 1900–2000, Wien 2008
- Wolff, Horst-Peter: Zur Magdeburger Medizinalchronik und ihren Akteuren. Von den Anfängen bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts, 3., überb. und erw. Aufl., Fürstenberg/Havel 2012
- Wolff, Horst-Peter: Jeske, Erich Julius. In: Heinrich, Guido/Schandera, Gunter (Hrsg.): Magdeburger Biographisches Lexikon. 19. und 20. Jahrhundert. Biographisches Lexikon für die Landeshauptstadt Magdeburg und die Landkreise Bördekreis, Jerichower Land, Ohrekreis und Schönebeck, Magdeburg 2002, S. 331–332
- Wolff, Horst-Peter: Bauereisen, Johann Adam. In: Heinrich, Guido/Schandera, Gunter (Hrsg.): Magdeburger Biographisches Lexikon. 19. und 20. Jahrhundert. Biographisches Lexikon für die Landeshauptstadt Magdeburg und die Landkreise Bördekreis, Jerichower Land, Ohrekreis und Schönebeck, Magdeburg 2002, S. 35
- Wolter, Stefan: „Der Fluchstaat mach Gewalttat“ – Krankenanstalten im Sog des Bösen. Zwangssterilisationen im preußischen Regierungsbezirk Magdeburg in den Jahren 1934–1936. In: *Historia hospitalium*. Zeitschrift der Deutschen Gesellschaft für Krankenhausgeschichte, Jg. 25 (2005–2006), S. 37–61

Zaft, Matthias: Der erzählte Zögling. Narrative in den Akten der deutschen Fürsorgeerziehung, Bielefeld 2011

Zankl, Heinrich: Von der Vererbungslehre zur Rassenhygiene. In: Henke, Klaus Dietmar (Hrsg.): Tödliche Medizin im Nationalsozialismus. Von der Rassenhygiene zum Massenmord (= Schriften des Deutschen Hygiene-Museums Dresden, Bd. 7), Köln 2008, S. 47–64

Anhang (Tabellen)

Anhang I: Sterilisationsanzeigen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933

Tabelle 1: Umfang von Sterilisationsanzeigen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933, Regierungsbezirk Magdeburg (1934–1936, 1940)

	1934	1935 ¹	1936	1940	Gesamt
Übernommene Sterilisationsanzeigen (Vorjahr)			3377	2879	
Neuerstattete Sterilisationsanzeigen	6636	3739	3385	1020	14 780
Gesamtumfang von Sterilisationsanzeigen im Berichtsjahr	6636	(3739) ²	6762	3899	
Abschließend bearbeitete Sterilisationsanzeigen	3860	2080	3691	1134	10 765
Offene Sterilisationsanzeigen	2776	(1659) ³	3071 ⁴	2765	

Vgl. LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937; LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 3, 6, 8.

Tabelle 2: Anzeigeverhalten nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933, Regierungsbezirk Magdeburg (1934–1936, 1940)

	1934	1935 ⁵	1936	1940	Gesamt
Neuerstattete Sterilisationsanzeigen	6636	3739	3385	1020	14 780
Beamtete Ärzte (%)	1222 (18,42 %)	749 (20,03 %)	1269 (37,49 %)	417 (40,88 %)	3657 (24,74 %)
Nicht-beamtete Ärzte (%)	1976 (29,78 %)	328 (8,77 %)	480 (14,18 %)	167 (16,37 %)	2951 (20 %)
Medizinisch-psychiatrische Einrichtungen (%)	1421 (21,41 %)	922 (24,66 %)	1009 (29,81 %)	231 (22,65 %)	3583 (24,24 %)
Sonstige anzeigepflichtige Personen (%)	2017 (30,4 %)	1740 (46,54 %)	624 (18,43 %)	205 (20,1 %)	4586 (31,03 %)

Vgl. LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937; LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 3, 6, 8.

- ¹ Aufgrund von Überlieferungsschwierigkeiten sowie fehlenden Daten sind die vorliegenden Ergebnisse für das Berichtsjahr 1935 als vorläufig anzusehen.
- ² Die angegebene Anzahl des „Gesamtumfangs von Sterilisationsanzeigen im Berichtsjahr“ 1935 stellt eine untere Grenze dar, da keine Angaben zum Umfang von „übernommenen Anzeigen“ vorliegen.
- ³ Die angegebene Anzahl von „offenen Sterilisationsanzeigen“ im Berichtsjahr 1935 stellt eine untere Grenze dar, da keine Angaben zum Umfang von „übernommenen Anzeigen“ vorliegen.
- ⁴ Es besteht in der Überlieferung ein Berechnungsfehler, der hier korrigiert wurde.
- ⁵ Aufgrund von Überlieferungsschwierigkeiten sowie fehlenden Daten sind die vorliegenden Ergebnisse für das Berichtsjahr 1935 als vorläufig anzusehen.

Tabelle 3: Unbegründete Sterilisationsanzeigen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933, Regierungsbezirk Magdeburg (1934–1936, 1940)

	1934	1935 ¹	1936	1940	Gesamt
Abschließend bearbeitete Sterilisationsanzeigen	3860	2080	3691	1134	10 765
Unbegründete Sterilisationsanzeigen Insgesamt (%)	1926 (49,9 %)	873 (47,97 %)	1943 (52,64 %)	857 (75,57 %)	5599 (52,01 %)
Davon unbegründete Diagnose (%)	323 (19,77 %)	198 (22,68 %)	704 (36,23 %)	319 (37,22 %)	1544 (27,58 %)
Davon zu hohes Alter (%)	288 (14,95 %)	125 (14,32 %)	322 (16,57 %)	61 (7,12 %)	796 (14,22 %)
Davon fortpflanzungsunfähig (%)	88 (4,57 %)	148 (16,95 %)	94 (4,84 %)	5 (0,58 %)	335 (5,98 %)
Davon unter 10 Jahren (%)	516 (26,8 %)	101 (11,57 %)	449 (23,11 %)	241 (28,12 %)	1307 (23,34 %)
Davon sonstige Gründe (%)	711 (36,92 %)	301 (34,48 %)	374 (19,25 %)	231 (26,96 %)	1617 (28,88 %)

Vgl. LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937; LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 3, 6, 8.

Tabelle 4: Umfang von Sterilisationsanzeigen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933, Regierungsbezirk Merseburg (1935–1939, 1941)

	1935 ²	1936	1937	1937	1939	1941	Gesamt
Übernommene Sterilisationsanzeigen (Vorjahr)		2228	2562	2713	2479	2431	
Neuerstattete Sterilisationsanzeigen	2404	2744	2137	1532	1495	847	11 159
Gesamtumfang von Sterilisationsanzeigen im Berichtsjahr	(2404)	4972	4699	4245	3974	3278	
Abschließend bearbeitete Sterilisationsanzeigen	1175	2377	2078	1760	1448	753	9213
Offene Sterilisationsanzeigen	(1229)	2595	2621	2485	2492	2525	

Vgl. LASA, C 48 Ii, Nr. 922/I–II: Einrichtung von Eheberatungsstellen. Ehegesundheitsgesetz. Blutschutzgesetz (1926–1947).

¹ Aufgrund von Überlieferungsschwierigkeiten sowie fehlenden Daten sind die vorliegenden Ergebnisse für das Berichtsjahr 1935 als vorläufig anzusehen.

² Aufgrund von Überlieferungsschwierigkeiten sowie fehlenden Daten sind die vorliegenden Ergebnisse für das Berichtsjahr 1935 als vorläufig anzusehen.

Tabelle 5: Anzeigeverhalten nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933, Regierungsbezirk Merseburg (1935–1939, 1941)

	1935 ¹	1936	1937	1937	1939	1941	Gesamt
Neuerstattete Sterilisationsanzeigen	2404	2744	2137	1532	1495	847	11 159
Beamtete Ärzte (%)	591 (24,58 %)	1017 (37,06 %)	747 (34,96 %)	635 (41,45 %)	597 (39,93 %)	453 (53,48 %)	4040 (36,2 %)
Nicht-beamtete Ärzte (%)	497 (20,67 %)	425 (15,49 %)	398 (18,62 %)	254 (16,58 %)	281 (18,8 %)	144 (17 %)	1999 (17,91 %)
Medizinisch-psychiatrische Einrichtungen (%)	391 (16,26 %)	675 (24,6 %)	462 (21,62 %)	376 (24,54 %)	318 (21,27 %)	118 (13,93 %)	2340 (20,97 %)
Sonstige anzeigepflichtige Personen (%)	925 (38,48 %)	627 (22,85 %)	530 (24,8 %)	267 (17,43 %)	321 (21,47 %)	132 (15,58 %)	2802 (25,11 %)

Vgl. LASA, C 48 Ii, Nr. 922/I–II: Einrichtung von Eheberatungsstellen. Ehegesundheitsgesetz. Blutschutzgesetz (1926–1947).

Tabelle 6: Unbegründete Sterilisationsanzeigen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933, Regierungsbezirk Merseburg (1935–1939, 1941)

	1935 ²	1936	1937	1937	1939	1941	Gesamt
Abschließend bearbeitete Sterilisationsanzeigen	1175	2377	2078	1760	1448	753	9213
Unbegründete Sterilisationsanzeigen insgesamt (%)	378 (32,17 %)	881 (37,06 %)	1114 (53,61 %)	1087 (61,76 %)	1038 (71,69 %)	596 (79,15 %)	5094 (55,29 %)
Davon unbegründete Diagnose (%)	136 (35,98 %)	512 (58,12 %)	544 (48,8 %)	667 (61,36 %)	501 (48,27 %)	250 (41,95 %)	2610 (51,24 %)
Davon zu hohes Alter (%)	35 (9,26 %)	83 (9,42 %)	91 (8,17 %)	49 (4,51 %)	82 (7,9 %)	46 (7,72 %)	386 (7,58 %)
Davon fort-pflanzungsunfähig (%)	7 (1,85 %)	18 (2,04 %)	21 (1,89 %)	10 (0,92 %)	26 (2,51 %)	1 (0,17 %)	83 (1,48 %)
Davon unter 10 Jahren (%)	87 (23,02 %)	64 (7,27 %)	132 (11,85 %)	115 (10,58 %)	167 (16,09 %)	109 (18,29 %)	674 (13,23 %)
Davon sonstige Gründe (%)	113 (29,89 %)	204 (23,16 %)	326 (29,26 %)	246 (22,63 %)	262 (25,24 %)	190 (31,88 %)	1341 (26,33 %)

Vgl. LASA, C 48 Ii, Nr. 922/I–II: Einrichtung von Eheberatungsstellen. Ehegesundheitsgesetz. Blutschutzgesetz (1926–1947).

¹ Aufgrund von Überlieferungsschwierigkeiten sowie fehlenden Daten sind die vorliegenden Ergebnisse für das Berichtsjahr 1935 als vorläufig anzusehen.

² Aufgrund von Überlieferungsschwierigkeiten sowie fehlenden Daten sind die vorliegenden Ergebnisse für das Berichtsjahr 1935 als vorläufig anzusehen.

Tabelle 7: Umfang von Sterilisationsanzeigen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933, Regierungsbezirk Erfurt (1935, 1937–1941)

	1935 ¹	1937	1938	1939	1940	1941	Gesamt
Übernommene Sterilisationsanzeigen (Vorjahr)		1039	1135 ²	1135	1083	1210	
Neuerstattete Sterilisationsanzeigen	1250	1222	1347	895	471	415	5600
Gesamtumfang von Sterilisationsanzeigen im Berichtsjahr	(1250)	2261	2482	2030	1554	1625	
Abschließend bearbeitete Sterilisationsanzeigen	574	1129	1370	947	394	440	4854
Offene Sterilisationsanzeigen	(676)	1132	1112	1083	1160	1185	

Vgl. ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19547: Jahresberichte und Monatsberichte über die Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, des Ehegesundheitsgesetzes und § 6 der 1. V.O. zum Blutschutzgesetz (1937–1944).

Tabelle 8: Anzeigeverhalten nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933, Regierungsbezirk Erfurt (1935, 1937–1941)

	1935 ³	1937	1938	1939	1940	1941	Gesamt
Neuerstattete Sterilisationsanzeigen	1250	1222	1347	895	471	415	5600
Beamtete Ärzte (%)	578 (46,24 %)	579 (47,38 %)	737 (54,71 %)	332 (37,1 %)	149 (31,64 %)	158 (38,07 %)	2533 (45,23 %)
Nicht-beamtete Ärzte (%)	200 (16 %)	269 (22,01 %)	134 (9,95 %)	175 (19,55 %)	122 (25,9 %)	89 (21,45 %)	989 (17,66 %)
Medizinisch-psychiatrische Einrichtungen (%)	341 (27,28 %)	309 (25,29 %)	401 (29,77 %)	286 (31,96 %)	187 (39,7 %)	121 (29,17 %)	1645 (29,38 %)
Sonstige anzeigepflichtige Personen (%)	131 (10,48 %)	65 (5,32 %)	75 (5,57 %)	102 (11, 4 %)	13 (2,76 %)	40 (9,64 %)	426 (7,61 %)

Vgl. ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19547: Jahresberichte und Monatsberichte über die Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, des Ehegesundheitsgesetzes und § 6 der 1. V.O. zum Blutschutzgesetz (1937–1944).

¹ Aufgrund von Überlieferungsschwierigkeiten sowie fehlenden Daten sind die vorliegenden Ergebnisse als vorläufig anzusehen.

² Es besteht in der Überlieferung ein Berechnungsfehler (1132), der korrigiert wurde.

³ Aufgrund von Überlieferungsschwierigkeiten sowie fehlenden Daten sind die vorliegenden Ergebnisse als vorläufig anzusehen.

Tabelle 9: Unbegründete Sterilisationsanzeigen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933, Regierungsbezirk Erfurt (1935, 1937–1941)

	1935 ¹	1937	1938	1939	1940	1941	Gesamt
Abschließend bearbeitete Sterilisationsanzeigen	574	1129	1370	947	394	440	4854
Unbegründete Sterilisationsanzeigen insgesamt (%)	130 (22,65 %)	577 (51,11 %)	834 (60,88 %)	672 (70,96 %)	249 (63,2 %)	277 (62,95 %)	2739 (56,43 %)
Davon unbegründete Diagnose (%)	34 (26,15 %)	202 (35,01 %)	323 (38,73 %)	228 (33,93 %)	47 (18,88 %)	145 (52,35 %)	979 (35,74 %)
Davon zu hohes Alter (%)	26 (20 %)	85 (14,73 %)	94 (11,27 %)	69 (10,27 %)	39 (15,66 %)	32 (11,55 %)	345 (12,6 %)
Davon fort-pflanzungsunfähig (%)	9 (6,9 %)	14 (2,43 %)	34 (4,08 %)	28 (4,17 %)	12 (4,82 %)	10 (3,61 %)	107 (3,91 %)
Davon unter 10 Jahren (%)	10 (7,69 %)	48 (8,32 %)	85 (10,19 %)	77 (11,46 %)	61 (24,5 %)	10 (3,61 %)	291 (10,62 %)
Davon sonstige Gründe (%)	51 (39,23 %)	228 (39,52 %)	298 (35,73 %)	270 (40,18 %)	90 (36,15 %)	80 (28,89 %)	1017 (37,13 %)

Vgl. ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19547: Jahresberichte und Monatsberichte über die Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, des Ehegesundheitsgesetzes und § 6 der 1. V.O. zum Blutschutzgesetz (1937–1944).

Tabelle 10: Umfang von Sterilisationsanzeigen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933, preußische Provinz Sachsen

	Reg.bez. Magdeburg	Reg.bez. Merseburg	Reg.bez. Erfurt	Gesamt
Neuerstattete Sterilisationsanzeigen	14 780	11 159	5600	31 539
Abschließend bearbeitete Sterilisationsanzeigen	10 765	9213	4854	24 832

Vgl. LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937; LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 3, 6, 8; LASA, C 48 Ii, Nr. 922/I–II: Einrichtung von Eheberatungsstellen. Ehegesundheitsgesetz. Blutschutzgesetz (1926–1947); ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19547: Jahresberichte und Monatsberichte über die Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, des Ehegesundheitsgesetzes und § 6 der 1. V.O. zum Blutschutzgesetz (1937–1944).

¹ Aufgrund von Überlieferungsschwierigkeiten sowie fehlenden Daten sind die vorliegenden Ergebnisse als vorläufig anzusehen.

Tabelle 11: Anzeigeverhalten nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933, preußische Provinz Sachsen

	Reg.bez. Magdeburg	Reg.bez. Merseburg	Reg.bez. Erfurt	Gesamt
Neuerstattete Sterilisationsanzeigen	14 780	11 159	5600	31 539
Beamtete Ärzte	3657	4040	2533	10 230 (32,44 %)
Nicht-beamtete Ärzte	2951	1999	989	5939 (18,83 %)
Medizinisch-psychiatrische Einrichtungen	3583	2340	1645	7568 (24%)
Sonstige anzeigepflichtige Personen	4586	2802	426	7814 (24,78 %)

Vgl. LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937; LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 3, 6, 8; LASA, C 48 Ii, Nr. 922/I–II: Einrichtung von Eheberatungsstellen. Ehegesundheitsgesetz. Blutschutzgesetz (1926–1947); ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19547: Jahresberichte und Monatsberichte über die Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, des Ehegesundheitsgesetzes und § 6 der 1. V.O. zum Blutschutzgesetz (1937–1944).

Tabelle 12: Unbegründete Sterilisationsanzeigen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933, preußische Provinz Sachsen

	Reg.bez. Magdeburg	Reg.bez. Merseburg	Reg.bez. Erfurt	Gesamt
Abschließend bearbeitete Sterilisationsanzeigen	10 765	9213	4854	24 832
Unbegründete Sterilisationsanzeigen insgesamt	5599	5094	2739	13 432 (54,09 %)
Davon unbegründete Diagnose	1544	2610	979	5133 (38,22 %)
Davon zu hohes Alter	796	386	345	1527 (11,37 %)
Davon fortpflanzungsunfähig	335	83	107	525 (3,91 %)
Davon unter 10 Jahren	1307	674	291	2272 (16,91 %)
Davon sonstige Gründe	1617	1341	1017	3975 (29,6 %)

Vgl. LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937; LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 3, 6, 8; LASA, C 48 Ii, Nr. 922/I–II: Einrichtung von Eheberatungsstellen. Ehegesundheitsgesetz. Blutschutzgesetz (1926–1947); ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19547: Jahresberichte und Monatsberichte über die Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, des Ehegesundheitsgesetzes und § 6 der 1. V.O. zum Blutschutzgesetz (1937–1944).

Anhang II: Sterilisationsanträge nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933

Tabelle 13: Umfang von Sterilisationsanträgen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933, Regierungsbezirk Magdeburg (1934–1936, 1940)

	1934	1935	1936	1940	Gesamt
Sterilisationsanträge insgesamt	1939	1924	1794	247	5904
Kreisärzte/Amtsärzte (%)	1259 (64,93 %)	1271 (66,06 %)	1226 (68,34 %)	226 (91,5 %)	3982 (67,45 %)
Anstaltsleiter (%)	480 (24,76 %)	446 (23,18 %)	406 (22,63 %)	15 (6,07 %)	1347 (22,82 %)
Betroffene (%)	125 (8,97 %)	156 (8,11 %)	72 (4,01 %)	4 (1,62 %)	357 (6,05 %)
Gesetzliche Vertreter (%)	75 (3,87 %)	51 (2,65 %)	90 (5,02 %)	2 (0,81 %)	218 (3,7 %)

Vgl. LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937; LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 3, 6, 8.

Tabelle 14: Erbkrankheiten in Sterilisationsanträgen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933, Regierungsbezirk Magdeburg (1934–1936, 1940)

	1934	1935	1936	1940	Gesamt
Sterilisationsanträge insgesamt	1939	(1804) ¹	1794	247	(5784) ²
Angeborener Schwachsinn (%)	(–)	1269 (70,34 %)	1353 (75,42 %)	165 (66,8 %)	(–)
Schizophrenie (%)	(–)	181 (10,03 %)	165 (9,19 %)	18 (7,29 %)	(–)
Zirkuläres (manisch-depressives) Irresein (%)	(–)	15 (0,83 %)	12 (0,67 %)		(–)
Erbliche Fallsucht (%)	(–)	227 (15,58 %)	167 (9,31 %)	36 (14,58 %)	(–)
Erblicher Veitstanz (Huntingtonsche Chorea) (%)	(–)	2 (0,11 %)	2 (0,11 %)	1 (0,41 %)	(–)
Erbliche Blindheit (%)	(–)	8 (0,44 %)	5 (0,28 %)	10 (4,1 %)	(–)
Erbliche Taubheit (%)	(–)	64 (3,55 %)	23 (1,28 %)	3 (1,22 %)	(–)
Schwere erbliche körperliche Missbildungen (%)	(–)	13 (0,72 %)	42 (2,34 %)	9 (3,64 %)	(–)
Schwerer Alkoholismus (%)	(–)	25 (1,39 %)	25 (1,39 %)	5 (2,02 %)	(–)

Vgl. LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937; LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 3, 6, 8.

¹ Bezüglich der überlieferten Anzahl von Sterilisationsanträgen (1924) besteht eine Diskrepanz von 120 zum Umfang von Erbkrankheiten im Sinne des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“. Deshalb wird an dieser Stelle die Anzahl von überlieferten Erbkrankheiten in Höhe von 1804 herangezogen.

² Aufgrund der Datenlage zum Berichtsjahr 1935 verändert sich auch der Gesamtumfang von nachgewiesenen Erbkrankheiten auf 5784 als Grundlage eines Sterilisationsantrags.

Tabelle 15: Erbkrankheiten in Sterilisationsanträgen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933, Regierungsbezirk Magdeburg (1936, 1940), Frauen vs. Männer

	Gesamt	Frauen	Männer
Sterilisationsanträge insgesamt	2041	1004 (49,19 %)	1037 (50,81 %)
Angeborener Schwachsinn (%)	1518	775 (51,05 %)	743 (49,95 %)
Schizophrenie (%)	183	89 (48,63 %)	94 (51,37 %)
Zirkuläres (manisch-depressives) Irresein (%)	12	9 (75 %)	3 (25 %)
Erbliche Fallsucht (%)	203	83 (40,89 %)	120 (59,11 %)
Erblicher Veitstanz (Huntingtonsche Chorea) (%)	3	1 (33,33 %)	2 (66,67 %)
Erbliche Blindheit (%)	15	2 (13,33 %)	13 (86,67 %)
Erbliche Taubheit (%)	26	12 (46,15 %)	14 (53,85 %)
Schwere erbliche körperliche Missbildungen (%)	51	33 (64,71 %)	18 (35,29 %)
Schwerer Alkoholismus (%)	30	(–)	30 (100 %)

Vgl. LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937; LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 3, 6, 8.

Tabelle 16: Umfang von Sterilisationsanträgen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933, Regierungsbezirk Merseburg (1935–1939, 1941)

	1935	1936	1937	1937	1939	1941	Gesamt
Sterilisationsanträge insgesamt	1542	1495	1011	713	450	157	5368
Kreisärzte/ Amtsärzte (%)	1179 (76,46 %)	1193 (79,8 %)	828 (81,9 %)	554 (77,7 %)	382 (84,9 %)	140 (89,17 %)	4276 (79,66 %)
Anstaltsleiter (%)	217 (14,07 %)	184 (12,31 %)	128 (12,66 %)	141 (19,78 %)	64 (14,22 %)	16 (10,19 %)	750 (17,54 %)
Betroffene (%)	88 (5,71 %)	78 (5,22 %)	34 (3,36 %)	12 (1,68 %)	1 (0,22 %)	1 (0,64 %)	214 (5,01 %)
Gesetzliche Vertreter (%)	58 (3,76 %)	40 (2,68 %)	21 (2,08 %)	6 (1,33 %)	2 (1,27 %)	(–)	127 (2,97 %)

Vgl. LASA, C 48 Ii, Nr. 922/I–II: Einrichtung von Eheberatungsstellen. Ehegesundheitsgesetz. Blutschutzgesetz (1926–1947).

Tabelle 17: Erbkrankheiten in Sterilisationsanträgen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933, Regierungsbezirk Merseburg (1935–1939, 1941)

	1935	1936	1937	1937	1939	1941	Gesamt
Sterilisationsanträge insgesamt	(1620) ¹	1495	1011	713	450	157	(5446) ²
Angeborener Schwachsinn (%)	1158 (71,48 %)	1025 (68,56 %)	650 (64,3 %)	428 (60,03 %)	276 (61,33 %)	105 (66,9 %)	3642 (65,57 %)
Schizophrenie (%)	151 (9,32 %)	161 (10,77 %)	108 (10,68 %)	135 (18,93 %)	64 (14,22 %)	17 (10,8 %)	636 (11,78 %)
Zirkuläres (manisch-depressives) Irresein (%)	21 (1,29 %)	16 (1,07 %)	28 (2,77 %)	9 (1,26 %)	10 (2,22 %)	3 (1,91 %)	87 (1,6 %)
Erbliche Fallsucht (%)	221 (13,64 %)	189 (12,64 %)	138 (13,65 %)	95 (13,32 %)	60 (13,33 %)	23 (14,65 %)	726 (13,33 %)
Erblicher Veitstanz (Huntington-sche Chorea) (%)	5 (0,31 %)	3 (0,2 %)	4 (0,4 %)	2 (0,28 %)	(–)	(–)	14 (0,26 %)
Erbliche Blindheit (%)	14 (0,86 %)	22 (1,47 %)	14 (1,39 %)	7 (0,98 %)	6 (1,33 %)	1 (0,64 %)	64 (1,78 %)
Erbliche Taubheit (%)	22 (1,36 %)	38 (2,54 %)	29 (2,87 %)	15 (2,1 %)	11 (2,44 %)	4 (2,55 %)	119 (2,19 %)
Schwere erbliche körperliche Missbildungen (%)	21 (1,3 %)	34 (2,27 %)	28 (2,77 %)	16 (2,24 %)	17 (3,78 %)	4 (2,55 %)	120 (2,2 %)
Schwerer Alkoholismus (%)	7 (0,43 %)	7 (0,47 %)	12 (1,19 %)	6 (0,84 %)	6 (1,33 %)	(–)	38 (0,7 %)

Vgl. LASA, C 48 Ii, Nr. 922/I–II: Einrichtung von Eheberatungsstellen. Ehegesundheitsgesetz. Blutschutzgesetz (1926–1947).

¹ Bezüglich der überlieferten Anzahl von Sterilisationsanträgen (1542) besteht eine Diskrepanz von 78 zum Umfang von Erbkrankheiten im Sinne des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“. Deshalb wird an dieser Stelle die Anzahl von überlieferten Erbkrankheiten in Höhe von 1620 herangezogen.

² Aufgrund der Datenlage zum Berichtsjahr 1935 verändert sich auch der Gesamtumfang von nachgewiesenen Erbkrankheiten auf 1620 als Grundlage eines Sterilisationsantrags.

Tabelle 18: Erbkrankheiten in Sterilisationsanträgen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933, Regierungsbezirk Merseburg (1936–1939, 1941), Frauen vs. Männer

	Gesamt	Frauen	Männer
Sterilisationsanträge insgesamt	3826	1844 (48,2 %)	1982 (51,8 %)
Angeborener Schwachsinn (%)	2484	1263 (50,85 %)	1221 (49,15 %)
Schizophrenie (%)	485	222 (45,77 %)	263 (54,23 %)
Zirkuläres (manisch-depressives) Irresein (%)	66	41 (62,12 %)	25 (37,88 %)
Erbliche Fallsucht (%)	505	205 (40,59 %)	300 (59,41 %)
Erblicher Veitstanz (Huntingtonsche Chorea) (%)	9	1 (11,11 %)	8 (88,89 %)
Erbliche Blindheit (%)	50	19 (38 %)	31 (62 %)
Erbliche Taubheit (%)	97	37 (38,14 %)	60 (61,86 %)
Schwere erbliche körperliche Missbildungen (%)	99	55 (55,55 %)	44 (44,45 %)
Schwerer Alkoholismus (%)	31	1 (3,23 %)	30 (96,77 %)

Vgl. LASA, C 48 Ii, Nr. 922/I–II: Einrichtung von Eheberatungsstellen. Ehegesundheitsgesetz. Blutschutzgesetz (1926–1947).

Tabelle 19: Umfang von Sterilisationsanträgen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933, Regierungsbezirk Erfurt (1935, 1937–1941)

	1935	1937	1938	1939	1940	1941	Gesamt
Sterilisationsanträge insgesamt	790	552	536	341	145	163	2527
Kreisärzte/ Amtsärzte (%)	536 (67,85 %)	428 (77,54 %)	439 (81,9 %)	272 (79,77 %)	119 (82,1 %)	139 (85,28 %)	1933 (76,5 %)
Anstaltsleiter (%)	164 (20,76 %)	96 (17,39 %)	84 (15,67 %)	67 (19,65 %)	24 (16,55 %)	13 (9,35 %)	448 (17,73 %)
Betroffene (%)	52 (6,58 %)	16 (2,9 %)	10 (1,87 %)	1 (0,3 %)	(–)	4 (2,45 %)	83 (3,28 %)
Gesetzliche Vertreter (%)	38 (4,81 %)	12 (2,17 %)	3 (0,56 %)	1 (0,3 %)	2 (1,38 %)	7 (4,3 %)	63 (2,5 %)

Vgl. ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19547: Jahresberichte und Monatsberichte über die Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, des Ehegesundheitsgesetzes und § 6 der 1. V.O. zum Blutschutzgesetz (1937–1944).

Tabelle 20: Erbkrankheiten in Sterilisationsanträgen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933, Regierungsbezirk Erfurt (1935, 1937–1941)

	1935	1937	1938	1939	1940	1941	Gesamt
Sterilisationsanträge insgesamt	790	552	536	(309) ¹	145	163	(2495) ²
Angeborener Schwachsinn (%)	557 (70,51 %)	349 (63,22 %)	316 (58,96 %)	186 (60,19 %)	90 (62,07 %)	103 (63,19 %)	1601 (64,17 %)
Schizophrenie (%)	98 (12,41 %)	86 (15,58 %)	71 (13,25 %)	60 (19,42 %)	26 (17,9 %)	18 (11,04 %)	359 (14,39 %)
Zirkuläres (manisch-depressives) Irresein (%)	16 (2,03 %)	7 (1,27 %)	13 (2,43 %)	3 (0,97 %)	1 (0,69 %)	2 (1,23 %)	42 (1,68 %)
Erbliche Fallsucht (%)	78 (9,87 %)	74 (13,41 %)	84 (15,67 %)	58 (18,77 %)	20 (13,79 %)	19 (11,66 %)	333 (13,35 %)
Erblicher Veitstanz (Huntington-sche Chorea) (%)	(–)	(–)	4 (0,75 %)	2 (0,65 %)	(–)	(–)	6 (0,24 %)
Erbliche Blindheit (%)	6 (0,76 %)	8 (1,45 %)	9 (1,68 %)	(–)	2 (1,38 %)	7 (4,29 %)	32 (1,28 %)
Erbliche Taubheit (%)	15 (1,9 %)	12 (2,17 %)	15 (2,8 %)	(–)	1 (0,69 %)	4 (2,45 %)	47 (1,88 %)
Schwere erbliche körperliche Missbildungen (%)	7 (0,9 %)	13 (2,36 %)	13 (2,43 %)	(–)	5 (3,45 %)	9 (5,52 %)	47 (1,88 %)
Schwerer Alkoholismus (%)	13 (1,65 %)	3 (0,54 %)	11 (2,05 %)	(–)		1 (0,61 %)	28 (1,12 %)

Vgl. ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19547: Jahresberichte und Monatsberichte über die Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, des Ehegesundheitsgesetzes und § 6 der 1. V.O. zum Blutschutzgesetz (1937–1944).

¹ Bezüglich der überlieferten Anzahl von Sterilisationsanträgen (341) besteht eine Diskrepanz von 32 zum Umfang von Erbkrankheiten im Sinne des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“. Deshalb wird an dieser Stelle die Anzahl von überlieferten Erbkrankheiten in Höhe von 309 herangezogen.

² Aufgrund der Datenlage zum Berichtsjahr 1939 verändert sich auch der Gesamtumfang von nachgewiesenen Erbkrankheiten auf 2495 als Grundlage eines Sterilisationsantrags.

Tabelle 21: Erbkrankheiten in Sterilisationsanträgen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933, Regierungsbezirk Erfurt (1937–1941), Frauen vs. Männer

	Gesamt	Frauen	Männer
Sterilisationsanträge insgesamt	1705	787 (46,16 %)	918 (53,84 %)
Angeborener Schwachsinn (%)	1044 (61,23 %)	514 (49,23 %)	530 (50,77 %)
Schizophrenie (%)	261 (15,31 %)	108 (41,38 %)	153 (58,62 %)
Zirkuläres (manisch-depressives) Irresein (%)	26 (1,53 %)	13 (50 %)	13 (50 %)
Erbliche Fallsucht (%)	255 (14,96 %)	101 (39,61 %)	154 (60,39 %)
Erblicher Veitstanz (Huntingtonsche Chorea) (%)	6 (0,35 %)	4 (66,66 %)	2 (33,34 %)
Erbliche Blindheit (%)	26 (1,53 %)	7 (26,92 %)	19 (73,08 %)
Erbliche Taubheit (%)	32 (1,88 %)	22 (68,75 %)	10 (31,25 %)
Schwere erbliche körperliche Missbildungen (%)	40 (2,35 %)	17 (42,5 %)	23 (57,5 %)
Schwerer Alkoholismus (%)	15 (0,88 %)	1 (6,66 %)	14 (93,34 %)

Vgl. ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19547: Jahresberichte und Monatsberichte über die Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, des Ehegesundheitsgesetzes und § 6 der 1. V.O. zum Blutschutzgesetz (1937–1944).

Tabelle 22: Umfang von Sterilisationsanträgen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933, preußische Provinz Sachsen

	Reg.bez. Magdeburg	Reg.bez. Merseburg	Reg.bez. Erfurt	Gesamt
Sterilisationsanträge insgesamt	5904	5368	2527	13 799
Kreisärzte/Amtsärzte	3982	4276	1933	10 191 (73,85 %)
Anstaltsleiter	1347	750	448	2545 (18,44 %)
Betroffene	357	214	83	654 (4,74 %)
Gesetzliche Vertreter	218	127	63	408 (2,96 %)

Vgl. LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937; LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 3, 6, 8; LASA, C 48 Ii, Nr. 922/I–II: Einrichtung von Eheberatungsstellen. Ehegesundheitsgesetz. Blutschutzgesetz (1926–1947); ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19547: Jahresberichte und Monatsberichte über die Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, des Ehegesundheitsgesetzes und § 6 der 1. V.O. zum Blutschutzgesetz (1937–1944).

Tabelle 23: Umfang von Sterilisationsanzeigen und Sterilisationsanträgen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933, preußische Provinz Sachsen

	Reg.bez. Magdeburg	Reg.bez. Merseburg	Reg.bez. Erfurt	Gesamt
Neuerstattete Sterilisationsanzeigen	14780	11159	5600	31539
Abschließend bearbeitete Sterilisationsanzeigen (%)	10765 (72,84 %)	9213 (82,56 %)	4854 (86,68 %)	24832 (78,73 %)
Sterilisationsanträge insgesamt (%)	5904 (54,84 %)	5368 (58,27 %)	2527 (52,06 %)	13799 (55,57 %)

Vgl. LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937; LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 3, 6, 8; LASA, C 48 Ii, Nr. 922/I–II: Einrichtung von Eheberatungsstellen. Ehegesundheitsgesetz. Blutschutzgesetz (1926–1947); ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19547: Jahresberichte und Monatsberichte über die Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, des Ehegesundheitsgesetzes und § 6 der 1. V.O. zum Blutschutzgesetz (1937–1944).

Tabelle 24: Erbkrankheiten in Sterilisationsanträgen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933, preußische Provinz Sachsen, Frauen vs. Männer

	Gesamt	Frauen	Männer
Sterilisationsanträge insgesamt	7572	3635 (48,01 %)	3937 (51,99 %)
Angeborener Schwachsinn (%)	5046 (66,64 %)	2552 (50,58)	2494 (49,42)
Schizophrenie (%)	929 (12,27 %)	419 (45,1%)	510 (54,9 %)
Zirkuläres (manisch-depressives) Irresein (%)	104 (1,37 %)	63 (60,58 %)	41 (39,42 %)
Erbliche Fallsucht (%)	963 (12,72 %)	389 (40,4 %)	574 (59,6 %)
Erblicher Veitstanz (Huntingtonsche Chorea) (%)	18 (0,24 %)	6 (33,33 %)	12 (66,67 %)
Erbliche Blindheit (%)	91 (1,2 %)	28 (30,77 %)	63 (69,23 %)
Erbliche Taubheit (%)	155 (2,05 %)	71 (45,81 %)	84 (54,19 %)
Schwere erbliche körperliche Missbildungen (%)	190 (0,25 %)	105 (55,26 %)	85 (44,74 %)
Schwerer Alkoholismus (%)	76 (1 %)	2 (2,63 %)	74 (97,37 %)

Vgl. LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937; LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 3, 6, 8; LASA, C 48 Ii, Nr. 922/I–II: Einrichtung von Eheberatungsstellen. Ehegesundheitsgesetz. Blutschutzgesetz (1926–1947); ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19547: Jahresberichte und Monatsberichte über die Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, des Ehegesundheitsgesetzes und § 6 der 1. V.O. zum Blutschutzgesetz (1937–1944).

Anhang III: Unfruchtbarmachungen nach dem „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933

Tabelle 25: Durchführung von Unfruchtbarmachungen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933, Regierungsbezirk Magdeburg (1934–1936, 1940)

	1935	1936	1940	Gesamt
Gesamt	1687	1510	143	3340
M (%)	865 (51,27 %)	788 (52,19 %)	55 (38,46 %)	1708 (51,14 %)
F (%)	822 (46,73 %)	722 (47,81 %)	88 (61,54 %)	1632 (48,86 %)
Angeborener Schwachsinn (%)	(–)	1143 (75,7 %)	100 (69,93 %)	
Schizophrenie (%)	(–)	129 (8,54)	22 (15,39 %)	
Zirkuläres (manisch-depressives) Irresein (%)	(–)	6 (0,4 %)	(–)	
Erbliche Fallsucht (%)	(–)	157 (10,4 %)	6 (4,2 %)	
Erblicher Veitstanz (Huntingtonsche Chorea) (%)	(–)	3 (0,2 %)	(–)	
Erbliche Blindheit (%)	(–)	7 (0,46 %)	5 (3,5 %)	
Erbliche Taubheit (%)	(–)	24 (1,59 %)		
Schwere erbliche körperliche Missbildungen (%)	(–)	20 (1,32 %)	3 (2,1 %)	
Schwerer Alkoholismus (%)	(–)	21 (1,39 %)	7 (4,9 %)	

Vgl. LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937; LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 3, 6, 8.

Tabelle 26: Durchführung von Unfruchtbarmachungen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933, Regierungsbezirk Magdeburg (1935–1936, 1940), Männer

	1935	1936	1940	Gesamt
Gesamt	1687	1510	143	3340
M (%)	865 (51,27)	788 (52,19 %)	55 (38,46 %)	1708 (51,14 %)
Angeborener Schwachsinn (%)	(–)	589 (74,75 %)	37 (67,27 %)	
Schizophrenie (%)	(–)	66 (8,38 %)	4 (7,27 %)	
Zirkuläres (manisch-depressives) Irresein (%)	(–)	3 (0,38 %)	(–)	
Erbliche Fallsucht (%)	(–)	82 (10,41 %)	3 (5,46 %)	
Erblicher Veitstanz (Huntingtonsche Chorea) (%)	(–)	2 (0,25 %)	(–)	
Erbliche Blindheit (%)	(–)	3 (0,38 %)	4 (7,27 %)	
Erbliche Taubheit (%)	(–)	15 (1,9 %)	(–)	
Schwere erbliche körperliche Missbildungen (%)	(–)	8 (1,02 %)	(–)	
Schwerer Alkoholismus (%)	(–)	20 (2,54 %)	7 (12,73 %)	

Vgl. LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937; LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 3, 6, 8.

Tabelle 27: Durchführung von Unfruchtbarmachungen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933, Regierungsbezirk Magdeburg (1935–1936, 1940), Frauen

	1935	1936	1940	Gesamt
Gesamt	1687	1510	143	3340
F (%)	822 (46,73)	722 (47,81 %)	88 (61,54 %)	1632 (48,86 %)
Angeborener Schwachsinn (%)	(–)	554 (76,73 %)	63 (71,59 %)	
Schizophrenie (%)	(–)	63 (8,73 %)	18 (20,45 %)	
Zirkuläres (manisch-depressives) Irresein (%)	(–)	3 (0,42 %)	(–)	
Erbliche Fallsucht (%)	(–)	75 (10,39 %)	3 (3,41 %)	
Erblicher Veitstanz (Huntingtonsche Chorea) (%)	(–)	1 (0,14 %)	(–)	
Erbliche Blindheit (%)	(–)	4 (0,55 %)	1 (1,14 %)	
Erbliche Taubheit (%)	(–)	9 (1,25 %)	(–)	
Schwere erbliche körperliche Missbildungen (%)	(–)	12 (1,66 %)	3 (3,41 %)	
Schwerer Alkoholismus (%)	(–)	1 (0,14 %)	(–)	

Vgl. LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937; LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 3, 6, 8.

Tabelle 28: Durchführung von Unfruchtbarmachungen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933, Regierungsbezirk Merseburg (1936–1943)

	1936	1937	1938	1939	1941	1942	1943	Gesamt
Gesamt	1291	948	602 ¹	365 ²	133 ³	27	20	3386
M (%)	662 (51,28 %)	463 (48,84 %)	323 (53,65 %)	184 (50,41 %)	74 ⁴ (55,64 %)	11 (40,74 %)	14 (70 %)	1731 (51,12 %)
F (%)	629 (48,72 %)	485 (51,16 %)	279 (46,35 %)	181 (49,59 %)	59 (44,36 %)	16 (59,26 %)	6 (30 %)	1655 (48,88 %)
Angeborener Schwachsinn (%)	908 (70,33 %)	651 (68,67 %)	368 (61,13 %)	230 (63,01 %)	104 (78,2 %)	(–)	(–)	
Schizophrenie (%)	145 (11,23 %)	98 (10,34 %)	130 (21,6 %)	57 (15,62 %)	9 (6,77 %)	(–)	(–)	
Zirkuläres (manisch-depressives) Irresein (%)	19 (1,47 %)	16 (1,69 %)	9 (1,5 %)	9 (2,47 %)	(–)	(–)	(–)	
Erbliche Fallsucht (%)	159 (12,32 %)	123 (12,97 %)	52 (8,64 %)	42 (11,51 %)	14 (10,53 %)	(–)	(–)	
Erblicher Veitstanz (Huntingtonsche Chorea) (%)	1 (0,08 %)	1 (0,11 %)	3 (0,5 %)	1 (0,27 %)	(–)	(–)	(–)	
Erbliche Blindheit (%)	12 (0,93 %)	18 (1,9 %)	3 (0,5 %)	4 (1,1 %)	(–)	(–)	(–)	
Erbliche Taubheit (%)	28 (2,17 %)	17 (1,79 %)	16 (2,66 %)	8 (2,19 %)	3 (2,26 %)	(–)	(–)	
Schwere erbliche körperliche Missbildungen (%)	12 (0,93 %)	20 (2,11 %)	16 (2,66 %)	8 (2,19 %)	1 (0,75 %)	(–)	(–)	
Schwerer Alkoholismus (%)	7 (0,54 %)	4 (0,42 %)	5 (0,83 %)	6 (1,64 %)	2 (1,5 %)	(–)	(–)	

Vgl. LASA, C 48 Ii, Nr. 922/I–II: Einrichtung von Eheberatungsstellen. Ehegesundheitsgesetz. Blutschutzgesetz (1926–1947).

- ¹ Die im Zuge der jährlichen Berichterstattung angegebene Gesamtzahl (602) stimmt nicht mit den Angaben der monatlichen Aufstellung überein. Dort wurden 513 Personen, 257 Männer und 256 Frauen, verzeichnet.
- ² In der jährlichen Berichterstattung wurden 344 Personen angegeben, 173 Männer und 171 Frauen. Hierbei handelt es sich jedoch um einen Fehler, da bei der Addition der Diagnoseverteilung sowohl bei Frauen als auch Männern insgesamt 365 Personen, 184 Männer und 181 Frauen, zwangssterilisiert wurden.
- ³ Die im Zuge der jährlichen Berichterstattung angegebene Gesamtzahl (133) stimmt nicht mit den vierteljährlichen Berichten überein. Dort wurden 145 Personen, 77 Männer und 68 Frauen, verzeichnet.
- ⁴ In der jährlichen Berichterstattung wurden 71 Männer angegeben, hierbei handelt es sich jedoch um einen Fehler, da bei Addition der Diagnoseverteilung 74 Männer zwangssterilisiert wurden.

Tabelle 29: Durchführung von Unfruchtbarmachungen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933, Regierungsbezirk Merseburg (1936–1943), Männer

	1936	1937	1938	1939	1941	1942	1943	Gesamt
Gesamt	1291	948	602 ¹	365 ²	133 ³	27	20	3386
M (%)	662 (51,28 %)	463 (48,84 %)	323 (53,65 %)	184 (50,41 %)	74 ⁴ (55,64 %)	11 (40,74 %)	14 (70 %)	1731 (51,12 %)
Angeborener Schwachsinn (%)	456 (68,88 %)	317 (68,47 %)	179 (55,42 %)	105 (57,07 %)	54 (72,97 %)	(–)	(–)	
Schizophrenie (%)	76 (11,48 %)	42 (9,07 %)	82 (25,39 %)	35 (19,02 %)	6 (8,12 %)	(–)	(–)	
Zirkuläres (manisch-depressives) Irresein (%)	5 (0,76 %)	5 (1,08 %)	4 (1,24 %)	4 (2,17 %)	(–)	(–)	(–)	
Erbliche Fallsucht (%)	84 (12,69 %)	68 (14,49 %)	32 (9,91 %)	21 (11,41 %)	11 (14,87 %)	(–)	(–)	
Erblicher Veitstanz (Huntingtonsche Chorea) (%)	1 (0,15 %)	1 (0,22 %)	2 (0,62 %)	1 (0,54 %)	(–)	(–)	(–)	
Erbliche Blindheit (%)	6 (0,91 %)	12 (2,59 %)	1 (0,31 %)	3 (1,63 %)	(–)	(–)	(–)	
Erbliche Taubheit (%)	20 (3,02 %)	6 (1,29 %)	9 (2,78 %)	6 (3,26 %)	(–)	(–)	(–)	
Schwere erbliche körperliche Missbildungen (%)	7 (1,06 %)	8 (1,73 %)	10 (3,1 %)	3 (1,63 %)	1 (1,35 %)	(–)	(–)	
Schwerer Alkoholismus (%)	7 (1,06 %)	4 (0,86 %)	4 (1,24 %)	6 (3,26 %)	2 (2,7 %)	(–)	(–)	

Vgl. LASA, C 48 Ii, Nr. 922/I–II: Einrichtung von Eheberatungsstellen. Ehegesundheitsgesetz. Blutschutzgesetz (1926–1947).

- ¹ Die im Zuge der jährlichen Berichterstattung angegebene Gesamtzahl (602) stimmt nicht mit den Angaben der monatlichen Aufstellung überein. Dort wurden 513 Personen, 257 Männer und 256 Frauen, verzeichnet.
- ² In der jährlichen Berichterstattung wurden 344 Personen angegeben, 173 Männer und 171 Frauen. Hierbei handelt es sich jedoch um einen Fehler, da bei der Addition der Diagnoseverteilung sowohl bei Frauen als Männern insgesamt 365 Personen, 184 Männer und 181 Frauen, zwangssterilisiert wurden.
- ³ Die im Zuge der jährlichen Berichterstattung angegebene Gesamtzahl (133) stimmt nicht mit den vierteljährlichen Berichten überein. Dort wurden 145 Personen, 77 Männer und 68 Frauen, verzeichnet.
- ⁴ In der jährlichen Berichterstattung wurden 71 Männer angegeben, hierbei handelt es sich jedoch um einen Fehler, da bei Addition der Diagnoseverteilung 74 Männer zwangssterilisiert wurden.

Tabelle 30: Durchführung von Unfruchtbarmachungen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933, Regierungsbezirk Merseburg (1936–1943), Frauen

	1936	1937	1938	1939	1941	1942	1943	Gesamt
Gesamt	1291	948	602 ¹	365 ²	133 ³	27	20	3386
F (%)	629 (48,72 %)	485 (51,16 %)	279 (46,35 %)	181 (49,59 %)	59 (44,36 %)	16 (59,26 %)	6 (30 %)	1655 (48,88 %)
Angeborener Schwachsinn (%)	452 (71,86 %)	334 (68,87 %)	189 (67,74 %)	125 (69,06 %)	(–)	(–)	(–)	
Schizophrenie (%)	69 (10,97 %)	56 (11,55 %)	48 (17,2 %)	22 (12,16 %)	(–)	(–)	(–)	
Zirkuläres (manisch-depressives) Irresein (%)	14 (2,23 %)	11 (2,27 %)	5 (1,79 %)	5 (2,76 %)	(–)	(–)	(–)	
Erbliche Fallsucht (%)	75 (11,92 %)	55 (11,34 %)	20 (7,17 %)	21 (11,6 %)	(–)	(–)	(–)	
Erblicher Veitstanz (Huntingtonsche Chorea) (%)	(–)	(–)	1 (0,36 %)	(–)	(–)	(–)	(–)	
Erbliche Blindheit (%)	6 (0,95 %)	6 (1,24 %)	2 (0,72 %)	1 (0,55 %)	(–)	(–)	(–)	
Erbliche Taubheit (%)	8 (1,27 %)	11 (2,27 %)	7 (2,51 %)	2 (1,1 %)	(–)	(–)	(–)	
Schwere erbliche körperliche Missbildungen (%)	5 (0,8 %)	12 (4,47 %)	6 (2,15 %)	5 (2,76 %)	(–)	(–)	(–)	
Schwerer Alkoholismus (%)	(–)	(–)	1 (0,36 %)	(–)	(–)	(–)	(–)	

Vgl. LASA, C 48 Ii, Nr. 922/I–II: Einrichtung von Eheberatungsstellen. Ehegesundheitsgesetz. Blutschutzgesetz (1926–1947).

- ¹ Die im Zuge der jährlichen Berichterstattung angegebene Gesamtzahl (602) stimmt nicht mit den Angaben der monatlichen Aufstellung überein. Dort wurden 513 Personen, 257 Männer und 256 Frauen, verzeichnet.
- ² In der jährlichen Berichterstattung wurden 344 Personen angegeben, 173 Männer und 171 Frauen. Hierbei handelt es sich jedoch um einen Fehler, da bei der Addition der Diagnoseverteilung sowohl bei Frauen als Männern insgesamt 365 Personen, 184 Männer und 181 Frauen, zwangssterilisiert wurden.
- ³ Die im Zuge der jährlichen Berichterstattung angegebene Gesamtzahl (133) stimmt nicht mit den vierteljährlichen Berichten überein. Dort wurden 145 Personen, 77 Männer und 68 Frauen, verzeichnet.

Tabelle 31: Durchführung von Unfruchtbarmachungen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933, Regierungsbezirk Erfurt (1937–1943)

	1937	1938	1939	1940	1941	1942	1943	Gesamt
Gesamt	609	297	262	143	78	74	35	1498
M (%)	325 (53,37 %)	156 (52,53 %)	138 (52,67 %)	84 (58,74 %)	41 (52,56 %)	36 (48,65 %)	23 (65,71 %)	803 (53,61 %)
F (%)	284 (46,63 %)	141 (47,47 %)	124 (47,33 %)	59 (41,26 %)	37 (47,44 %)	38 (51,35 %)	12 (34,29 %)	695 (46,39 %)
Angeborener Schwachsinn (%)	378 (62,07 %)	199 (67 %)	179 (68,32 %)	72 (50,35 %)	50 (64,1 %)	(–)	(–)	
Schizophrenie (%)	120 (19,7 %)	57 (19,2 %)	46 (17,56 %)	56 (39,16 %)	13 (16,67 %)	(–)	(–)	
Zirkuläres (manisch-depressives) Irresein (%)	22 (3,61 %)	2 (0,67 %)	6 (2,29 %)	(–)	1 (1,28 %)	(–)	(–)	
Erbliche Fallsucht (%)	64 (10,51 %)	29 (9,76 %)	21 (8,02 %)	7 (4,9 %)	6 (7,7 %)	(–)	(–)	
Erblicher Veitstanz (Huntingtonsche Chorea) (%)	(–)	(–)	2 (0,76 %)	(–)	(–)	(–)	(–)	
Erbliche Blindheit (%)	4 (0,66 %)	2 (0,67 %)	(–)	(–)	(–)	(–)	(–)	
Erbliche Taubheit (%)	11 (1,81 %)	5 (1,35 %)	4 (1,53 %)	3 (2,1 %)	5 (6,4 %)	(–)	(–)	
Schwere erbliche körperliche Missbildungen (%)	5 (0,8 %)	1 (0,34 %)	2 (0,76 %)	3 (2,1 %)	1 (1,28 %)	(–)	(–)	
Schwerer Alkoholismus (%)	5 (0,8 %)	2 (0,67 %)	2 (0,76 %)	2 (1,4 %)	2 (2,56 %)	(–)	(–)	

Vgl. ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19547: Jahresberichte und Monatsberichte über die Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, des Ehegesundheitsgesetzes und § 6 der 1. V.O. zum Blutschutzgesetz (1937–1944).

Tabelle 32: Durchführung von Unfruchtbarmachungen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933, Regierungsbezirk Erfurt (1937–1943), Männer

	1937	1938	1939	1940	1941	1942	1943	Gesamt
Gesamt	609	297	262	143	78	74	35	1498
M (%)	325 (53,37 %)	156 (52,53 %)	138 (52,67 %)	84 (58,74 %)	41 (52,56 %)	36 (48,65 %)	23 (65,71 %)	803 (53,61 %)
Angeborener Schwachsinn (%)	194 (59,7 %)	100 (64,1 %)	89 (64,5 %)	37 (44,05 %)	28 (68,29 %)	(–)	(–)	
Schizophrenie (%)	74 (22,77 %)	32 (20,51 %)	28 (20,29 %)	36 (42,86 %)	7 (17,07 %)	(–)	(–)	
Zirkuläres (manisch-depressives) Irresein (%)	11 (3,39 %)	(–)	2 (1,45 %)	(–)	(–)	(–)	(–)	
Erbliche Fallsucht (%)	35 (10,77 %)	19 (12,18 %)	12 (8,7 %)	6 (7,14 %)	2 (4,88 %)	(–)	(–)	
Erblicher Veitstanz (Huntingtonsche Chorea) (%)	(–)	(–)	2 (1,45 %)	(–)	(–)	(–)	(–)	
Erbliche Blindheit (%)	2 (0,62 %)	2 (1,28 %)	(–)	(–)	(–)	(–)	(–)	
Erbliche Taubheit (%)	2 (0,62 %)	1 (0,64 %)	2 (1,45 %)	2 (2,4 %)	1 (2,44 %)	(–)	(–)	
Schwere erbliche körperliche Missbildungen (%)	2 (0,62 %)	(–)	2 (1,45 %)	1 (1,2 %)	1 (2,44 %)	(–)	(–)	
Schwerer Alkoholismus (%)	5 (1,54 %)	2 (1,28 %)	1 (0,72)	2 (2,4 %)	2 (4,88 %)	(–)	(–)	

Vgl. ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19547: Jahresberichte und Monatsberichte über die Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, des Ehegesundheitsgesetzes und § 6 der 1. V.O. zum Blutschutzgesetz (1937–1944).

Tabelle 33: Durchführung von Unfruchtbarmachungen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933, Regierungsbezirk Erfurt (1937–1943), Frauen

	1937	1938	1939	1940	1941	1942	1943	Gesamt
Gesamt	609	297	262	143	78	74	35	1498
F (%)	284 (46,63 %)	141 (47,47 %)	124 (47,33 %)	59 (41,26 %)	37 (47,44 %)	38 (51,35 %)	12 (34,29 %)	695 (46,39 %)
Angeborener Schwachsinn (%)	184 (64,79 %)	99 (67,35 %)	90 (72,58 %)	35 (59,32 %)	22 (59,46 %)	(–)	(–)	
Schizophrenie (%)	46 (16,2 %)	25 (17,73 %)	18 (14,52 %)	20 (33,9 %)	6 (16,22 %)	(–)	(–)	
Zirkuläres (manisch-depressives) Irresein (%)	11 (3,87 %)	2 (1,42 %)	4 (3,23 %)		1 (2,7 %)	(–)	(–)	
Erbliche Fallsucht (%)	29 (10,21 %)	10 (7,09 %)	9 (7,26 %)	1 (1,7 %)	4 (7,02 %)	(–)	(–)	
Erblicher Veitstanz (Huntingtonsche Chorea) (%)	(–)	(–)	(–)	(–)	(–)	(–)	(–)	
Erbliche Blindheit (%)	2 (0,7 %)	(–)	(–)	(–)	(–)	(–)	(–)	
Erbliche Taubheit (%)	9 (3,17 %)	4 (2,84 %)	2 (1,61 %)	1 (1,7 %)	4 (7,02 %)	(–)	(–)	
Schwere erbliche körperliche Missbildungen (%)	3 (1,06 %)	1 (0,71 %)	(–)	2 (3,39 %)	(–)	(–)	(–)	
Schwerer Alkoholismus (%)	(–)	(–)	1 (1,61 %)	(–)	(–)	(–)	(–)	

Vgl. ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19547: Jahresberichte und Monatsberichte über die Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, des Ehegesundheitsgesetzes und § 6 der 1. V.O. zum Blutschutzgesetz (1937–1944).

Tabelle 34: Durchführung von Unfruchtbarmachungen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933, preußische Provinz Sachsen

	Regbez. Magdeburg	Regbez. Merseburg	Regbez. Erfurt	Gesamt
Gesamt	3340	3386	1498	8224
M (%)	1708 (51,14 %)	1731 (51,12 %)	803 (53,61 %)	4242 (51,58 %)
F (%)	1632 (48,86 %)	1655 (48,88 %)	695 (46,39 %)	3982 (48,42 %)
Angeborener Schwachsinn (%)	1243	2261	878	4382 (53,28 %)
Schizophrenie (%)	151	439	292	882 (10,73 %)
Zirkuläres (manisch-depressives) Irresein (%)	6	53	31	90 (1,09 %)
Erbliche Fallsucht (%)	163	390	127	680 (8,27 %)
Erblicher Veitstanz (Huntingtonsche Chorea) (%)	3	6	2	11 (0,13 %)
Erbliche Blindheit (%)	12	37	6	55 (0,67 %)
Erbliche Taubheit (%)	24	72	28	124 (1,51 %)
Schwere erbliche körperliche Missbildungen (%)	23	57	12	92 (1,12 %)
Schwerer Alkoholismus (%)	28	24	13	65 (0,79 %)
Unbekannt	1687	47	109	1843 (22,41 %)

Vgl. LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937; LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 3, 6, 8; LASA, C 48 Ii, Nr. 922/I–II: Einrichtung von Eheberatungsstellen. Ehegesundheitsgesetz. Blutschutzgesetz (1926–1947); ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19547: Jahresberichte und Monatsberichte über die Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, des Ehegesundheitsgesetzes und § 6 der 1. V.O. zum Blutschutzgesetz (1937–1944).

Tabelle 35: Verhältnis von Sterilisationsanzeigen, Sterilisationsanträgen und Unfruchtbarmachungen in der preußischen Provinz Sachsen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933

	Reg.bez. Magdeburg	Reg.bez. Merseburg	Reg.bez. Erfurt	Gesamt
Neuerstattete Sterilisationsanzeigen	14 780	11 159	5600	31 539
Abschließend bearbeitete Sterilisationsanzeigen (%)	10 765 (72,84 %)	9213 (82,56 %)	4854 (86,68 %)	24 832 (78,73 %)
Davon erstellte Sterilisationsanträge	5904 (54,84 %)	5368 (58,27 %)	2527 (52,06 %)	13 799 (55,57 %)
Davon durchgeführte Sterilisationen	3340 (56,57 %)	3386 (63,08 %)	1498 (59,28 %)	8224 (59,6 %)

Vgl. LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937; LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 3, 6, 8; LASA, C 48 Ii, Nr. 922/I–II: Einrichtung von Eheberatungsstellen. Ehegesundheitsgesetz. Blutschutzgesetz (1926–1947); ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19547: Jahresberichte und Monatsberichte über die Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, des Ehegesundheitsgesetzes und § 6 der 1. V.O. zum Blutschutzgesetz (1937–1944).

Anhang IV: Zur Tätigkeit von Erbgesundheitsgerichten auf dem Gebiet der preußischen Provinz Sachsen 1934–1945

Tabelle 36: Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ am Erbgesundheitsgericht Halberstadt (1938–1944), Verfahren

Zeitraum	Gesamt	Männer	Frauen
1938	152	88	64
1940	50	27	23
1941	57	33	24
1942	47	31	16
1943	18	9	9
1944	13	5	8
Gesamt	337	193 (57,27 %)	144 (42,73 %)

Vgl. LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Halberstadt, Nr. 1025–1027: Register des EGG Halberstadt (1938–1944).

Tabelle 37: Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ am Erbgesundheitsgericht Halberstadt (1938–1944), Beschlüsse

Beschluss	Gesamt	In %
Gesamt	337	
Unfruchtbarmachung beschlossen	232	68,84
Unfruchtbarmachung abgelehnt	85	25,22
Widerspruch gegen Beschluss	20	5,94

Vgl. LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Halberstadt, Nr. 1025–1027: Register des EGG Halberstadt (1938–1944).

Tabelle 38: Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ am Erbgesundheitsgericht Halberstadt (1938–1944), Beruf

Beruf	Gesamt	In %
Gesamt	337	
Arbeiter	68	20,18
Handwerker	13	3,86
Angestellter	4	1,19
Hilfsarbeiter	24	7,12
Schüler, Student, Lehrling	12	3,56
Im Familienhaushalt lebend	26	7,72
Sonstige Berufe	1	0,3
Ohne Arbeit und Beruf, Wohlfahrtsempfänger	25	7,42
Ohne Angabe	164	48,67

Vgl. LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Halberstadt, Nr. 1025–1027: Register des EGG Halberstadt (1938–1944).

Tabelle 39: Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ am Erbgesundheitsgericht Halberstadt (1938–1944), Alter

Alter	Gesamt	In %
Gesamt	337	
Unter 14 Jahren	4	1,19
14 bis 18 Jahre	133	39,47
19 bis 25 Jahre	85	25,22
26 bis 30 Jahre	41	12,17
31 bis 35 Jahre	40	11,87
36 bis 40 Jahre	23	6,83
41 bis 50 Jahre	7	2,08
Über 50 Jahre	1	0,3
Ohne Angabe	3	0,9

Vgl. LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Halberstadt, Nr. 1025–1027: Register des EGG Halberstadt (1938–1944).

Tabelle 40: Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ am Erbgesundheitsgericht Halberstadt (1938–1944), Erbkrankheiten

Alter	Gesamt	In %
Gesamt	337	
Angeborener Schwachsinn	262	77,75
Schizophrenie	15	4,45
Zirkuläres (manisch-depressives) Irresein	2	0,59
Erbliche Fallsucht	41	12,17
Erblicher Veitstanz (Huntingtonsche Chorea)	1	0,3
Erbliche Blindheit	1	0,3
Erbliche Taubheit	3	0,9
Schwere erbliche körperliche Missbildungen	4	1,19
Schwerer Alkoholismus	1	0,3
Ohne Angabe inkl. Mehrfachnennung	7	2,08

Vgl. LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Halberstadt, Nr. 1025–1027: Register des EGG Halberstadt (1938–1944).

Tabelle 41: Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ am Erbgesundheitsgericht Magdeburg (1934–1945), Verfahren

Zeitraum	Gesamt	Männer	Frauen
1934	788	393	395
1935	776	323	453
1936	903	478	425
1937	635	315	320
1938	434	224	210
1939	263	151	112
1940	111	60	51
1941	142	82	60
1942	89	48	41
1943	86	45	44
1944	65	35	30
1945	2	2	(–)
Gesamt	4297	2156 (50,4 %)	2141 (49,6 %)

Vgl. LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, Nr. 1: Register des EGG Magdeburg (1934–1945).

Tabelle 42: Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ am Erbgesundheitsgericht Magdeburg (1934–1945), Alter

Alter	Gesamt	In %
Gesamt	4297	
Unter 14 Jahren	55	1,3
14 bis 18 Jahre	826	19,2
19 bis 25 Jahre	1155	26,9
26 bis 30 Jahre	723	16,8
31 bis 35 Jahre	633	14,7
36 bis 40 Jahre	458	10,7
41 bis 50 Jahre	334	7,77
Über 50 Jahre	64	1,5
Ohne Angabe	49	1,14

Vgl. LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, Nr. 1: Register des EGG Magdeburg (1934–1945).

Tabelle 43: Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ am Erbgesundheitsgericht Magdeburg (1937–1945), Beruf

Beruf	Gesamt	In %
Gesamt	1830	
Arbeiter	552	30,16
Handwerker	141	7,71
Angestellter	69	3,77
Hilfsarbeiter	151	8,25
Schüler, Student, Lehrling	46	2,51
Im Familienhaushalt lebend	264	14,43
Sonstige Berufe	53	2,9
Ohne Arbeit und Beruf, Wohlfahrtsempfänger	27	1,48
Ohne Angabe	527	29,02

Vgl. LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, Nr. 1: Register des EGG Magdeburg (1934–1945).

Tabelle 44: Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ am Erbgesundheitsgericht Naumburg (1934–1945), Verfahren

Zeitraum	Gesamt	Männer	Frauen
1934	272	125	147
1935	291	148	143
1936	402	185	217
1937	295	151	144
1938	202	113	89
1939	143	67	76
1940	50	24	26
1941	55	32	23
1942	30	10	20
1943	19	9	10
1944	14	8	6
1945	(–)	(–)	(–)
Gesamt (in %)	1773	872 (49,18 %)	901 (50,82 %)

Vgl. LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Naumburg, Nr. 7–12: Register für Erbgesundheitssachen (1934–39); LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Naumburg, Nr. 227–228: Diverse Beschlüsse des EGG Naumburg (1934–1939).

Tabelle 45: Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ am Erbgesundheitsgericht Naumburg (1934–1944), Beruf

Beruf	Gesamt	In %
Gesamt	1773	
Arbeiter	541	30,5
Handwerker	84	4,74
Angestellter	17	0,96
Hilfsarbeiter	121	6,83
Schüler, Student, Lehrling	31	1,75
Im Familienhaushalt lebend	120	6,77
Sonstige Berufe	51	2,88
Ohne Arbeit und Beruf, Wohlfahrtsempfänger	415	23,41
Ohne Angabe	393	22,17

Vgl. LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Naumburg, Nr. 7–12: Register für Erbgesundheitssachen (1934–39); LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Naumburg, Nr. 227–228: Diverse Beschlüsse des EGG Naumburg (1934–1939).

Tabelle 46: Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ am Erbgesundheitsgericht Naumburg (1934–1945), Alter

Alter	Gesamt	In %
Gesamt	1773	
Unter 14 Jahren	17	0,96
14 bis 18 Jahre	329	18,56
19 bis 25 Jahre	505	28,48
26 bis 30 Jahre	329	18,56
31 bis 35 Jahre	249	14,04
36 bis 40 Jahre	148	8,35
41 bis 50 Jahre	106	5,98
Über 50 Jahre	21	1,18
Ohne Angabe	69	3,89

Vgl. LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Naumburg, Nr. 7–12: Register für Erbgesundheitssachen (1934–39); LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Naumburg, Nr. 227–228: Diverse Beschlüsse des EGG Naumburg (1934–1939).

Tabelle 47: Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ am Erbgesundheitsobergericht Naumburg, 1934–1944, Erbkrankheit

Alter	Gesamt	In %
Gesamt	3656	
Angeborener Schwachsinn	2639	72,18
Schizophrenie	283	7,74
Zirkuläres (manisch-depressives) Irresein	55	1,5
Erbliche Fallsucht	349	9,55
Erblicher Veitstanz (Huntingtonsche Chorea)	6	0,16
Erbliche Blindheit	42	1,15
Erbliche Taubheit	75	2,05
Schwere erbliche körperliche Missbildungen	79	2,16
Schwerer Alkoholismus	32	0,88
Sonstige	96	2,63

Vgl. LASA, C 136 Erbgesundheitsobergericht Naumburg, Nr. 27–45, 48–53: Beschlüsse des Erbgesundheitsobergerichts (1934–1945), 28. Bde.

Anhang V: Aussetzung und Zwangsmaßnahmen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933

Tabelle 48: Aussetzung von Sterilisationsverfahren nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933, preußische Provinz Sachsen

	Reg.bez. Magdeburg	Reg.bez. Merseburg	Reg.bez. Erfurt	Gesamt
Sterilisationsanträge insgesamt	5904	5368 ¹	2527	13799
Aussetzung/Unterbleiben gesamt (%)	240 (4,07 %)	291 (5,42 %)	98 (3,88 %)	629 (4,5 %)
Ausgesetzt wegen freiwilliger Aufnahme in eine Anstalt (%)	13 (5,42 %)	11 (3,78 %)	5 (5,1 %)	29 (4,61 %)
Ausgesetzt wegen Lebensgefahr (%)	43 (17,92 %)	55 (18,9 %)	8 (8,16 %)	96 (15,26 %)
Ausgesetzt wegen Schwangerschaft (%)	67 (27,92 %)	67 (23,02 %)	24 (24,49 %)	158 (25,12 %)
Sonstige Gründe (%)	62 (25,83 %)	63 (21,65 %)	14 (14,29 %)	139 (22,1 %)
Ausgesetzt wegen Unfruchtbarkeit (%)	5 (2,08 %)	10 (3,44 %)	4 (4,08 %)	19 (3,02 %)
Unterblieben wegen Todesfalls (%)	4 (1,67 %)	23 (7,9 %)	13 (13,27 %)	40 (6,36 %)
Unterblieben wegen Unaufindbarkeit (%)	9 (3,75 %)	11 (3,78 %)	11 (11,22 %)	31 (4,93 %)
Unterblieben wegen sonstiger Gründe (%)	37 (15,42 %)	51 (17,53 %)	19 (19,39 %)	107 (17,01 %)

Vgl. LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937; LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 3, 6, 8; LASA, C 48 Ii, Nr. 922/I–II: Einrichtung von Eheberatungsstellen. Ehegesundheitsgesetz. Blutschutzgesetz (1926–1947); ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19547: Jahresberichte und Monatsberichte über die Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, des Ehegesundheitsgesetzes und § 6 der 1. V.O. zum Blutschutzgesetz (1937–1944).

¹ Die überlieferte Datenlage zum Berichtsjahr 1935 ist fehlerhaft, sodass unterschiedliche Gesamtzahlen vorliegen. Bezüglich einer einheitlichen Nachweisführung wird an dieser Stelle mit der Gesamtzahl von 5368 Sterilisationsanträgen gerechnet (statt mit 5446 laut Berichterstattung).

Tabelle 49: Aussetzung von Sterilisationsverfahren nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933, preußische Provinz Sachsen, Frauen vs. Männer

	Gesamt	Frauen	Männer
Aussetzung/Unterbleiben gesamt	365	243 (66,58 %)	122 (33,42 %)
Ausgesetzt wegen freiwilliger Aufnahme in eine Anstalt (%)	17 (4,66 %)	6 (35,29 %)	11 (64,71 %)
Ausgesetzt wegen Lebensgefahr (%)	65 (17,81 %)	55 (84,62 %)	10 (15,38 %)
Ausgesetzt wegen Schwangerschaft (%)	86 (23,56 %)	86 (100 %)	(–)
Sonstige Gründe (%)	(–)	(–)	(–)
Ausgesetzt wegen Unfruchtbarkeit (%)	19 (5,21 %)	11 (57,9 %)	8 (42,1 %)
Unterblieben wegen Todesfalls (%)	40 (10,96 %)	16 (38,1 %)	24 (61,9 %)
Unterblieben wegen Unauffindbarkeit (%)	31 (8,49 %)	10 (32,26 %)	21 (67,74 %)
Unterblieben wegen sonstiger Gründe (%)	107 (29,32 %)	59 (55,14 %)	48 (44,86 %)

Vgl. LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937; LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 3, 6, 8; LASA, C 48 Ii, Nr. 922/I–II: Einrichtung von Eheberatungsstellen. Ehegesundheitsgesetz. Blutschutzgesetz (1926–1947); ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19547: Jahresberichte und Monatsberichte über die Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, des Ehegesundheitsgesetzes und § 6 der 1. V.O. zum Blutschutzgesetz (1937–1944).

Tabelle 50: Zwangsmaßnahmen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933, Regierungsbezirk Magdeburg (1934–1936, 1940)

Regierungsbezirk Magdeburg	Zeitraum	Gesamt	M	%	F	%	in % von Sterilisationsanträgen
	1934	57					2,94
	1935	98					5,09
	1936	120					6,69
	1940	3			3	100	1,22
Insgesamt		278					4,71

Vgl. LASA, C 20 I, Ib Nr. 1564: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933–1944), Bd. 1: 1933–1937; LASA, C 28 Ig, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 3, 6, 8.

Tabelle 51: Zwangsmaßnahmen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933, Regierungsbezirk Merseburg (1935–1939, 1941)

Regierungsbezirk	Zeitraum	Gesamt	M	%	F	%	in % von Sterilisationsanträgen
Merseburg	1935	92					5,97
	1936	130					8,7
	1937	139	85	61,15	54	38,85	13,75
	1938	67	33	49,25	34	50,75	9,4
	1939	34	17	50	17	50	7,56
	1941	9	6	66,67	3	33,33	5,73
Insgesamt		471					8,77

Vgl. LASA, C 48 Ii, Nr. 922/I–II: Einrichtung von Eheberatungsstellen. Ehegesundheitsgesetz. Blutschutzgesetz (1926–1947).

Tabelle 52: Angewandte Zwangsmaßnahmen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933, Regierungsbezirk Erfurt (1935, 1937–1941)

Regierungsbezirk Erfurt	Zeitraum	Gesamt	M	%	F	%	in % von Sterilisationsanträgen
	1935	68					8,61
	1937	51	34	66,67	17	33,33	9,24
	1938	26	16	61,54	10	38,46	4,85
	1939	30	18	60	12	40	8,8
	1940	24	8	33,33	16	66,67	16,55
	1941	14	8	57,14	6	42,86	8,59
Insgesamt		213					8,43

Vgl. ThStAG, Regierung Erfurt Nr. 19547: Jahresberichte und Monatsberichte über die Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, des Ehegesundheitsgesetzes und § 6 der I. V.O. zum Blutschutzgesetz (1937–1944).

