

Staatliche Gewaltsysteme als Macht- und Handlungsräume und ihre Geschlechtsspezifität am Beispiel der nationalsozialistischen Erb- und Rassenpolitik

Alexander Bastian

Gewalt äußert und etabliert sich stets auch geschlechtsspezifisch, aber niemals gleichförmig, sondern stets dynamisch und kontextual gebunden. Staatliche Gewaltsysteme, wie die nationalsozialistische Diktatur, eröffnen für Herrschende wie Beherrschte spezifische Macht- und Handlungsräume, welche als zeitlich, herrschaftlich-ideologisch, soziokulturell oder auch organisatorisch-institutionell geprägte Verhältnisse und Bedingungen, ja gewebeartige Strukturen verstanden werden können, in denen horizontale wie vertikale Machtdynamiken entstehen.¹ Und eben in diesen Verhältnissen entfalten sich von Frauen und Männern ausgeübte geschlechtsspezifische Gewaltprozeduren, in denen wiederum beide Geschlechter sowie Vorstellungen von Männlichkeit und Weiblichkeit sowohl als Verkörperlichungen als auch zugleich als diskursive Zuschreibungsobjekte fungieren.

Die nationalsozialistische Gesundheitspolitik und hierbei insbesondere exkludierende erb- und rassenpolitische Maßnahmen können als derartiger geschlechtsspezifischer Macht- und Handlungsräum fokussiert werden. Auf der diskursiv-ideologischen Grundlage rassenhygienischer Grundsätze verfolgten diese gesetzlichen Maßnahmen das Ziel, kranke und ›erbkranke‹ Frauen und Männern zu registrieren, medizinisch-diagnostisch zu überprüfen und mithilfe von Eheverboten und chirurgischen Sterilisationen von der Fortpflanzung auszuschließen, um die zukünftige Leistungsfähigkeit der nationalsozialistischen ›Volksgemeinschaft‹ zu gewährleisten.² Die gesetzliche

1 Vgl. Jörg Barberowski: Räume der Gewalt, Frankfurt a. M.: Fischer 2015; Michel Foucault: Die Heterotopien. Der utopische Körper. Zwei Radiovorträge, Frankfurt a. M.: Suhrkamp 2005; Michel de Certeau: Kunst des Handelns, Berlin: Merve 1988.

2 Vgl. grundlegend: Robert Jütte/Wolfgang Uwe Eckart/Hans-Walter Schmuhl u. a.: Medizin und Nationalsozialismus. Bilanz und Perspektiven der Forschung, 2. Aufl., Göttingen: Wallstein 2011; Wolfgang Uwe Eckart: Medizin in der NS-Diktatur. Ideologie, Praxis, Folgen, Köln/Weimar/Wien: Böhlau 2012.

Zugrundelegung von unterschiedlichen Krankheitsbildern sowie die angewandten diagnostischen Praktiken der medizinisch-rassenhygienischen Bemessung von vermeintlichen männlichen und weiblichen Normabweichungen rekurrieren dabei auf den zentralen Stellenwert von Geschlecht als körperlichem wie zuschreibungspflichtigem Gegenstand in der nationalsozialistischen Erb- und Rassenpolitik.³ Innerhalb dieses Herstellungs- und Selektionsverfahrens wurden männliche und weibliche Körper in einem ersten Schritt als ›erbkrank‹ konstituiert, um ihn in einem zweiten Schritt einer chirurgischen Unfruchtbarmachung zu unterwerfen, welche die Fortpflanzungsfähigkeit unwiderruflich zerstörte.

Der folgende Beitrag⁴ analysiert insbesondere die geschlechtsspezifische Praxis der exkludierenden nationalsozialistischen Erb- und Rassenpolitik, indem auf der einen Seite die medizinisch-rassenhygienischen Konstruktionsbedingungen sowie Zuschreibungsprozeduren von männlicher und weiblicher ›Minderwertigkeit‹ erörtert werden. Auf der anderen Seite werden die Praktiken des rassenhygienischen Ausschlusses von als ›minderwertig‹ und ›erbkrank‹ geltenden Körpern unter geschlechtsspezifischen Besonderheiten diskutiert. Mit diesen analytischen Schwerpunkten werden sowohl geschlechtsspezifische Aspekte von gewaltsamer Täterschaft sowie Reaktionen, Wahrnehmungen und Handlungsweisen von männlichen und weiblichen Opfern dargestellt. Mithilfe dieses Ansatzes werden staatliche Gewaltsysteme als Macht- und Handlungsräume am Beispiel der nationalsozialistischen Erb- und Rassenpolitik differenziert perspektiviert, da geschlechtsspezifische Macht- und Gewaltentfaltungen keineswegs hierarchisch erfolgten (oder einseitig von Männern gegen Frauen), sondern von unterschiedlichen Berufsgruppen als Übersetzungsleistungen normativer gesetzlich-medizinischer Vorgaben praktiziert wurden. Damit verbunden können wechselseitige geschlechtsspezifische Machtprozeduren nachgezeichnet werden, die auf männliche und weibliche Körper sowohl als Zuschreibungsobjekte als auch als biologische Verkörperungen einwirkten.

-
- 3 Die geschlechtsspezifische Dimension von Gewalt im Dritten Reich hat Gisela Bock eindrucksvoll in ihrem Standardwerk »Zwangssterilisation im Nationalsozialismus. Studien zur Rassenpolitik und Frauenpolitik« aus dem Jahr 1986 (ND 2010) beschrieben. Hiermit verbunden hat sie nicht nur den Grundstein für die analytische Auseinandersetzung mit Geschlecht und Rasse/Rassismus im Nationalsozialismus gelegt, sondern maßgeblich die historische Geschlechterforschung geprägt; weiterführend etwa Elke Frietsch/Christina Herkommer (Hg.): Nationalsozialismus und Geschlecht. Zur Politisierung und Ästhetisierung von Körper, »Rasse« und Sexualität im »Dritten Reich« und nach 1945, Bielefeld: transcript 2009; Insa Eschebach/Astrid Ley (Hg.): Geschlecht und »Rasse« in der NS-Medizin, Berlin: Metropol 2012.
- 4 Die Ausführungen beruhen auf einem Forschungs- und Habilitationsprojekt zum Thema »Körperpolitik, Bio-Macht und der Wert menschlichen Lebens. Nationalsozialistische Zwangssterilisation auf dem Gebiet der preußischen Provinz Sachsen (1933–1945)«, welches 2021 abgeschlossen wurde. Die Veröffentlichung der Forschungsergebnisse erfolgt voraussichtlich 2023. Vgl. Alexander Bastian: »Körperpolitik, Bio-Macht und der Wert menschlichen Lebens. Nationalsozialistische Zwangssterilisation auf dem Gebiet der preußischen Provinz Sachsen. Ein Projektbericht«, in: Sachsen und Anhalt. Jahrbuch der Historischen Kommission für Sachsen-Anhalt 27 (2015), S. 269–284.

Zur Funktion und Bedeutung der nationalsozialistischen Erb- und Rassenpolitik

Die nationalsozialistische Erb- und Rassenpolitik besaß einen zentralen Stellenwert in der beabsichtigten rassischen Ertüchtigung und ›Aufartung der deutschen Volksgemeinschaft‹.⁵ Die bevölkerungspolitische Bedeutung der Rassenhygiene im Dritten Reich begründete sich einerseits durch die weltanschaulichen Grundlagen des Nationalsozialismus mit seinen rassenbiologischen Implikationen und dem damit einhergehenden Gestaltungswillen, »den Volkskörper zu reinigen und die krankhaften Erbanlagen allmählich auszumerzen. Es (das ›Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses‹, A.B.) ist der Anfang der Vorsorge für das kommende Geschlecht, um unseren Kindern und Kindeskindern eine bessere und gesündere Zukunft zu gestalten.«⁶ Andererseits galten in den 1920er-Jahren eugenische beziehungsweise rassenhygienische Maßnahmen als adäquate medizinische Mittel der zielgerichteten Bevölkerungsregulierung, was beispielsweise die wissenschaftliche Etablierung der Rassenhygiene sowie die Einführung von Sterilisationsgesetzen in Nordamerika wie auch in den europäischen Staaten dokumentieren.⁷ In der Weimarer Republik hatte es zwar unterschiedliche Initiativen gegeben, die etwa in den 1920er-Jahren zu einer freiwilligen Eheberatung auch unter eugenischen Gesichtspunkten führten. Gleichwohl konnten sich vergleichbare Maßnahmen nicht durchsetzen, sondern mündeten 1932 in einen Gesetzesentwurf, welcher eine Unfruchtbarmachung mit freiwilliger Zustimmung vorsah.⁸ Vor diesem Hintergrund wurde bereits sechs Monate nach der nationalsozialistischen Machternahme am 14. Juli 1933 das »Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses« erlassen, das die Unfruchtbarmachung von Männern und Frauen vorsah, welche etwa an ›angeborenem Schwachsinn‹, Schizophrenie, Epilepsie oder ›schwerem Alkoholismus‹

5 Grundsätzlich kann zwischen positiven und negativen eugenischen/rassenhygienischen Maßnahmen unterschieden werden. Unter positiven Maßnahmen können Förderprogramme zur Fortpflanzung von Frauen und Männern verstanden werden, die als gesund und leistungsfähig gelten. Hierzu gehören finanzielle Vergütungen bis hin zu Auszeichnungen. Negative Maßnahmen ziehen demgegenüber darauf ab, die Fortpflanzung von Frauen und Männern zu verhindern, die als krank, ›erbkrank‹ oder ›minderwertig‹ gelten.

6 Arthur Gütt/Ernst Rüdin/Falk Ruttke: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14.7.1933 mit Auszug aus dem Gesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Maßregeln der Sicherung und Besserung vom 24. Nov. 1933, München: J. F. Lehmanns 1934, Vorwort.

7 Vgl. etwa Stefan Kühl: Die Internationale der Rassisten. Aufstieg und Niedergang der internationalen Bewegung für Eugenik und Rassenhygiene im 20. Jahrhundert, Frankfurt a. M./New York: Campus 1997; Hans-Walter Schmuhl: Grenzüberschreitungen. Das Kaiser-Wilhelm-Institut für Anthropologie, menschliche Erblehre und Eugenik 1927–1945, Göttingen: Wallstein 2005.

8 Vgl. Cornelie Usborne: Frauenkörper – Volkskörper. Geburtenkontrolle und Bevölkerungspolitik in der Weimarer Republik, Münster: Westfälisches Dampfboot 1994; Udo Benzenhöfer: Zur Genese des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, Münster: Klemm + Oelschläger 2006.

erkrankt seien.⁹ Die besondere herrschaftliche Qualität der nationalsozialistischen Sterilisation auch gegenüber vergleichbaren gesetzlichen Regelungen im Ausland bestand darin, dass die Durchführung der Unfruchtbarmachung auch gegen den Willen mithilfe polizeilichen Zwangs und gewaltsam durchgesetzt werden konnte.¹⁰ Im ideologisch-rassenbiologischen und herrschaftlichen Verständnis der Nationalsozialisten bedeutete das Sterilisationsgesetz

»eine Bresche in das Geröll und die Kleinmütigkeit einer überholten Weltanschauung und einer übertriebenen selbstmörderischen Nächstenliebe der vergangenen Jahrhunderte (...). 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 der Familie endgültig gesichert hat.«¹¹

Der zwangsweisen Unfruchtbarmachung als rassenhygienischem Ziel mit seinem ihm innenwohnenden rassenbiologischen und herrschaftlichen Diktat folgte das sogenannte Ehegesundheitsgesetz vom 18. Oktober 1935, das etwa die Verehelichung von Frauen und Männern verbot, die an einer ›Erbkrankheit‹ im Sinne des nationalsozialistischen Sterilisationsgesetzes litten.¹² Flankiert beziehungsweise unterstützt wurden beide bislang kaum erforschten Maßnahmen durch die erbbiologische Bestandsaufnahme, die seit 1935/36 betrieben wurde und zum Ziel hatte, die gesamte deutsche Bevölkerung medizinisch-rassenhygienisch zu kartografieren, um den Erfolg von exkludierenden wie inkludierenden bevölkerungspolitischen Maßnahmen zu gewährleisten.¹³ Für die zielgerichtete staatliche Durchsetzung der genannten erb- und rassenpolitischen Maßnahmen wurde mit dem »Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens« vom 3. Juni 1934 das weitgehend kommunal strukturierte Gesundheitswesen reformiert und ein staatliches Gesundheitswesen in Form von Gesundheitsämtern unter Leitung von (männlichen) Amtsärzten zentralistisch aufgebaut.¹⁴ Mit dieser Reform, die auf Dis-

⁹ Das »Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses« definierte insgesamt neun Erbkrankheiten: ›angeborenen Schwachsinn, Schizophrenie, >zirkuläres (manisch-depressives) Irresein, erbliche Fallsucht (Epilepsie), erblichen Veitstanz (Huntingtonsche Chorea), erbliche Blindheit und erbliche Taubheit, schwere körperliche Missbildungen sowie >schweren Alkoholismus. Vgl. Arthur Gütt/Ernst Rüdin/Falk Ruttke: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, S. 56.

¹⁰ Vgl. ebd., S. 56.

¹¹ Ebd., Vorwort.

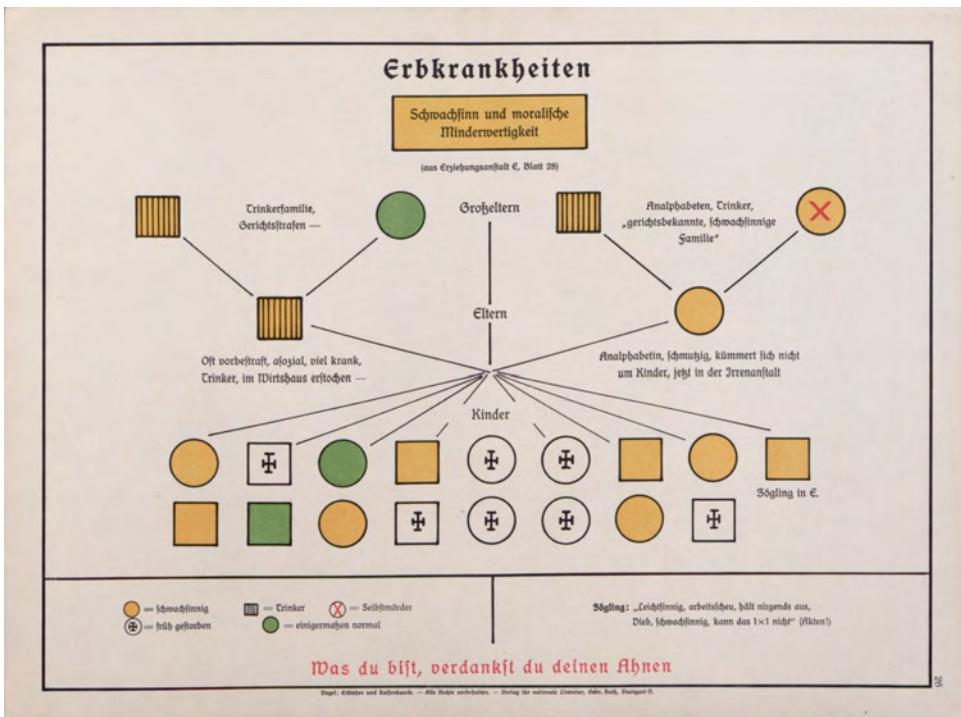
¹² Vgl. Gabriele Czarnowski: Das kontrollierte Paar. Ehe- und Sexualpolitik im Nationalsozialismus, Weinheim: Deutscher Studien Verlag 1991.

¹³ Vgl. Karl-Heinz Roth: »Erbbiologische Bestandsaufnahme – ein Aspekt ›ausmerzender‹ Erfassung vor der Entfesselung des Zweiten Weltkrieges«, in: Ders. (Hg.), Erfassung zur Vernichtung. Von der Sozialhygiene zum »Gesetz über Sterbehilfe«, Berlin: Verlagsgesellschaft Gesundheit 1984, S. 57–100; Herwig Czech: »Die Inventur des Volkskörpers. Die erbbiologische Bestandsaufnahme im Dispositiv der NS-Rassenhygiene in Wien«, in: Gerhard Baader/Veronika Hofer/Thomas Mayer (Hg.), Eugenik in Österreich. Biopolitische Strukturen von 1900–1945, Wien: Czernin 2007, S. 284–311.

¹⁴ Vgl. Alfons Labisch/Florian Tennstedt: 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: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf 1985.

kussionen in der Weimarer Republik zurückging, sollte die herrschaftliche Grundlage eines Gesundheitsapparates geschaffen werden, welcher die angestrebten rassenhygienischen Ziele systematisch umsetzen sollte. Die angestrebten Veränderungen des Gesundheitswesens konnten zwar initialisiert und in der zweiten Hälfte der 1930er-Jahre organisatorisch abgeschlossen werden, gleichwohl waren die neu geschaffenen Gesundheitsämter weder personell noch organisatorisch-materiell dazu imstande, eine umfassende nationalsozialistische Erb- und Rassenpolitik durchzusetzen.¹⁵

Abb. 28: Zeitgenössische Darstellung der Vererbung von Erbkrankheiten, hier ›Schwachsinn‹ und ›moralische Minderwertigkeit‹ (1938)



In der Konsequenz entfalteten das ›Ehegesundheitsgesetz‹ sowie die erbbiologische Bestandsaufnahme bis zum Ende der 1930er-Jahre eine regional sehr unterschiedliche und zum Teil auch begrenzte Wirkung.¹⁶ Demgegenüber war die Durchführung des nationalsozialistischen Sterilisationsgesetzes vor allem bis zur Mitte der 1930er-Jahre durch erhebliche Mängel in der Beurteilung der gesetzlich definierten ›Erbkrankheiten‹ sowie in der chirurgischen Unfruchtbarmachung gekennzeichnet, welche zu massiven

15 Vgl. Johannes Vossen: Gesundheitsämter im Nationalsozialismus. Rassenhygiene und offene Gesundheitsfürsorge in Westfalen 1900–1950, Essen: Klartext 2001.

16 Vgl. Herwig Czech: Die Inventur; Gabriele Czarnowski: Das kontrollierte Paar.

politischen Diskussionen sowie zu Unruhe in der Bevölkerung führten.¹⁷ Dennoch und trotz praktischer Mängel kam das »Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses« bis in die zweite Hälfte der 1930er-Jahre konsequent zur Anwendung. Mit Kriegsausbruch 1939 wurde die Durchführung von erb- und rassenpflegerischen Maßnahmen stark eingeschränkt.¹⁸ Die Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation gegen die deutsche Bevölkerung wurde auf die ›dringendsten Fälle‹ begrenzt, jedoch bis zum Kriegsende 1945 weiterbetrieben.¹⁹

Konstruktionsbedingungen von männlicher und weiblicher ›Minderwertigkeit‹ im Sterilisationsverfahren

Die Zuschreibungsprozeduren von männlicher und weiblicher ›Minderwertigkeit‹ innerhalb der nationalsozialistischen Erb- und Rassenpolitik unterlagen unterschiedlichen Einflussfaktoren, die sich wechselseitig bedingten.²⁰ Hierzu gehören insbesondere der Verfahrensablauf, die Gruppe der beteiligten Personen sowie die gesetzlich definierten ›Erbkrankheiten‹. Der formale Verfahrensablauf sah eine amtsärztliche Antragsstellung vor, welche die diagnostische Begründung einer ›Erbkrankheit‹ im Sinne des Sterilisationsgesetzes umfasste. Über diesen Antrag entschieden anschließend neuartige Erbgesundheitsgerichte, die im Zuge der Sterilisationspolitik gegründet wurden und aus einem Amtsrichter, einem beamteten und einem nicht beamteten Arzt bestanden. Insofern das Gericht eine ›Erbkrankheit‹ in einem Beschluss feststellte, mussten die Betroffenen innerhalb einer zeitlichen Frist von zunächst vier, später von zwei Wochen die Unfruchtbarmachung in speziell dafür zugelassenen Einrichtungen vornehmen lassen. Die betroffenen Frauen und Männer hatten dabei kaum Möglichkeiten der Verteidigung. Ihnen blieb formal lediglich die Option, gegen den Beschluss des Erbgesundheitsgerichts einen Widerspruch einzulegen. Über das Verfahren entschieden

17 Vgl. Gisela Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 336–347.

18 Innerhalb der historischen Forschung besteht Dissens darüber, ob die 1939 beginnende Tötung von psychiatrischen Patient*innen im Zuge der sogenannten Aktion T4 eine Fortführung bzw. Konsequenz des rassenhygienischen Programms im Dritten Reich sei. Aus Sicht des Autors bedeutete der Krankenmord ideologisch wie technologisch eine Loslösung vom bisherigen rassenhygienischen Programm. Vgl. Michael Schwartz: »Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie? Kritische Anfragen an eine These von Hans-Walter Schmuhl«, in: Westfälische Forschungen 46 (1996), S. 604–622; Hans-Walter Schmuhl: Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie. Von der Verhütung zur Vernichtung »lebensunwerten Lebens« 1890–1945, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 1987.

19 An dieser Stelle muss darauf hingewiesen werden, dass die zwangsweise Unfruchtbarmachung insbesondere in der zweiten Kriegshälfte auch gegen weibliche Zwangsarbeiterinnen eingesetzt wurde. Der Umfang ist unbekannt. Vgl. Gisela Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 434–445.

20 Vgl. Carola Sachse: »Wissenschaft und Geschlecht in der NS-Medizin. Überlegungen zur Verbindung wissenschafts- und geschlechterhistorischer Untersuchungsansätze«, in: Insa Eschebach/ Astrid Ley (Hg.), Geschlecht und »Rasse« in der NS-Medizin, S. 17–28.

anschließend regional zuständige Erbgesundheitsgerichte. Die Erfolgsaussichten waren gering und die gerichtliche Entscheidung bindend.²¹

Bereits die Verfahrensgrundlagen inklusive der diagnostischen Verfahren zur Bestimmung der körperlichen und geistigen Fähigkeiten verdeutlichen eine immanente Präjudizierung der betroffenen Frauen und Männer, indem das Verfahren und die Diagnostik nicht zwischen gesund und krank unterschied, sondern zwischen krank und »erbkrank«.²² Diese Präjudizierung wurde ergänzt beziehungsweise verschärft durch den nationalsozialistischen Anspruch einer umfassenden Durchführung, die jedoch durch erhebliche personelle wie materielle Defizite im Gesundheitswesen konterkariert wurde. Für die personelle Umsetzung muss unter geschlechtsspezifischer Perspektive insgesamt betont werden, dass die mittleren Führungspositionen im Gesundheits- und Erbgesundheitswesen nahezu ausnahmslos mit Männern besetzt waren. Demnach wurde geschlechtsspezifische Gewalt gegen Frauen und Männer in der nationalsozialistischen Erb- und Rassenpolitik insbesondere von Männern ausgeübt. Dies bedeutet gleichermaßen aber nicht, dass Frauen ausschließlich Opfer von Gewalt wurden, denn in seltenen Ausnahmefällen agierten Frauen in verantwortlichen Positionen der mittleren Funktionsebene, etwa als stellvertretende Amtsärztkin. Darüber hinaus beteiligten sich Frauen in anderen Tätigkeitsfeldern, etwa in der Verwaltung oder als Fürsorgerinnen, Hebammen oder Gesundheitspflegerinnen. Und in diesen Funktionen hatten sie maßgeblichen Anteil an der nationalsozialistischen Erb- und Rassenpolitik, indem sie durch ihre Kenntnisse der persönlichen Lebenssituationen wesentliche Informationen zur Begutachtung im Vorfeld der Sterilisation beitrugen.²³

Neben den formalen, materiellen und personellen Rahmenbedingungen kam insbesondere dem medizinischen und rassenhygienischen Verständnis von »Erbkrankheiten« und ihren soziobiologischen Erscheinungsformen ein wesentlicher Einfluss auf die geschlechtsspezifische Konstruktion von »Minderwertigkeit« zu.²⁴ Die offensichtliche wie immanente geschlechtsspezifische Grundlage und Ausrichtung können exemplarisch an

21 Vgl. zur Erbjustiz im Dritten Reich grundlegend: Angela Erbacher/Ulrike Höoldt: »Erbgesundheitsgerichtsbarkeit«, in: Ministerium der Justiz, Rheinland-Pfalz (Hg.), *Justiz im Dritten Reich. Justizverwaltung, Rechtsprechung und Strafvollzug auf dem Gebiet des heutigen Landes Rheinland-Pfalz, Teil 1*, Bern/Berlin/Frankfurt a. M. u. a.: Peter Lang 1995, S. 1142–1394; Anette Hinz-Wessels: *NS-Erbgesundheitsgerichte und Zwangssterilisation in der Provinz Brandenburg*, Berlin: Bebra 2004.

22 Vgl. Arthur Gütt/Ernst Rüdin/Falk Ruttke: *Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses*, S. 67–80; weiterführend Astrid Ley: *Zwangsterilisation und Ärzteschaft. Hintergründe und Ziele ärztlichen Handelns 1934–1945*, Frankfurt a. M./New York: Campus 2003.

23 Vgl. etwa Wiebke Lisner: »Hüterinnen der Nation«, *Hebammen im Nationalsozialismus*, Frankfurt a. M./New York: Campus 2006; Viola Schubert-Lehnhardt: »Zur Beteiligung von Frauen an nationalsozialistischen Verbrechen im Gesundheitswesen. Fallstudien aus der Region des heutigen Bundeslandes Sachsen-Anhalt«, in: Elke Frietsch/Christina Herkommer (Hg.), *Nationalsozialismus und Geschlecht*, S. 298–311.

24 Weiterführend Helga Satzinger: *Differenz und Vererbung. Geschlechterordnungen in der Genetik und Hormonforschung 1890–1950*, Köln/Weimar/Wien: Böhlau 2009; Katrin Schmersahl: *Medizin und Geschlecht. Zur Konstruktion der Kategorie Geschlecht im medizinischen Diskurs des 19. Jahrhunderts*, Opladen: Leske + Budrich 1998.

den Ausführungen zum ›angeborenen Schwachsinn‹ im inoffiziellen Gesetzeskommentar nachgezeichnet werden:

›Entsprechend der seelischen Allgemeinstörung (dürfe) nicht bloß auf die intellektuellen Fehlleistungen (geachtet werden), sondern auch auf die Gefühls- und Willenssphäre sowie die Entwicklung der ethischen Begriffe und Regungen, da dies alles in der Regel mitgestört ist. Bekannt ist allgemein, wie häufig gerade angebore schwachsinnige Mädchen der verschiedensten Grade unehelich geschwängert werden. Doch auch männliche Schwachsinnige kommen oft genug zur Fortpflanzung.‹²⁵

Abb. 29: Sterilisationsantrag, 13.11.1936

3 XII 240/36

Glaubhafter
18. NOV. 1936
Zum Unterschlagt Berlin
2. Art
bei - zu unterschlagen
Bernburg, den 13. November 1936.

1

Betr. Antrag auf Unfruchtbarmachung des Studienreferendars
Richard S [REDACTED] aus [REDACTED]

Auf Grund der §§ 1 bis 3 des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933 (Reichsgesetzblatt I Seite 529) beantrage ich - mittels Unfruchtbarmachung - die Unfruchtbarmachung des s. Richard S [REDACTED] zur Zeit wohnhaft in Bernburg, Landes- Heil- u. Pflegeanstalt zuletzt wohnhaft in [REDACTED], [REDACTED]

Zeuge - Der - Direk - Genannte leidet an cirkulären Irresein

Zur Glaubhaftmachung der vorstehenden Angaben besiche ich mich - auf - dass - mein - anliegendes ärztliches - ärztliche Gutachten - auf - das - Zeugnis - der - medizinischen Personenz des Oberarztes Dr. Pfeiffer und auf mein eigenes sachverständiges Urteil.

Prof. Dr. [Signature]
Direktor
d. Landes- Heil- u. Pflegeanstalt
B e r n b u r g *

Yb. 280/36
In die
Geschäftsstelle des Erbgesundheitsgerichts
in D e s s a u /Anh.

Mauri
Norfolk vorm. § 4 v. Gr. 98
am 17. Nov. 1936
in Rother. 17. 11. 36.
W. V. fotogr. Gav.
W. V. Knecht 1936

25 Arthur Gütt/Ernst Rüdin/Falk Ruttke: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, S. 91.

Diese der Erb- und Rassenpolitik innenwohnenden geschlechtsspezifischen Konstruktionsbedingungen von männlicher und weiblicher ›Minderwertigkeit‹ eröffneten der praktischen Umsetzung eine breite wie variable soziobiologische Anwendung. Denn sowohl die Erfassung als auch die Beurteilung von als ›erbkrank‹ geltenden Frauen und Männern beruhte auf der alltäglichen Übersetzungsleistung einer vermeintlichen Abweichung von der Norm der ›Volksgemeinschaft‹, an der Ärzte, aber auch Fürsorgerinnen, Sachbearbeiter*innen oder Lehrer*innen aktiv beteiligt waren. Und eben in dieser partizipativen Bewertungspraxis entfalteten die Herstellung und Konstruktion von ›Erbkrankheiten‹ sowie die Durchführung von erb- und rassenpflegerischen Maßnahmen eine eigene herrschaftliche wie geschlechtsspezifische Dynamik, Konsequenz wie Widersprüchlichkeit.

Zur geschlechtsspezifischen Konstruktion von ›Erbkrankheiten‹

Der Umfang von zwangssterilisierten Frauen und Männern im Dritten Reich kann abschließend nicht geklärt werden. Geschichtswissenschaftliche Schätzungen gehen von 300 000 bis 360 000 Opfern aus.²⁶ Insgesamt kann die Durchführung des Sterilisationsgesetzes in drei Phasen unterschieden werden. In der ersten Phase von 1934 bis etwa 1936, der sogenannten Hochphase, fand eine intensive Sterilisationspolitik mit nahezu 170 000 Unfruchtbarmachungen statt.²⁷ Von 1936 bis 1939 als zweiter Phase nahmen die Sterilisationszahlen auch infolge der sogenannten Krise der nationalsozialistischen Zwangssterilisation sukzessive ab. Mit Kriegsbeginn spielte die nationalsozialistische Sterilisationspolitik nur mehr eine randständige Rolle.

Die Ergebnisse zur Verteilung der zugrunde liegenden ›Erbkrankheiten‹ unterscheiden sich teilweise hinsichtlich der Untersuchungsregion.²⁸ Als dominierende ›Erbkrankheit‹ fungierte durchgehend der ›angeborene Schwachsinn‹ mit über 60 Prozent, gefolgt von Schizophrenie mit circa 14 Prozent sowie Epilepsie mit 11 Prozent. Größere jährliche Veränderungen oder geschlechtsspezifische Konjunkturen von ›Erbkrankheiten‹ sowie geschlechtsspezifische Unterschiede sind auf regionale oder institutionsspezifische Praktiken zurückzuführen.²⁹ Geschlechtsspezifische Tendenzen lassen das ›ma-

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

27 Vgl. ebd., S. 9–10.

28 Im reichsweiten Vergleich erscheint etwa die regionale Sterilisationspraxis in Thüringen als außergewöhnlich, da dort mit dem »Landesamt für Rassewesen« eine zentrale rassenhygienische Schaltstelle geschaffen wurde, die dazu beitrug, dass eine intensivere Sterilisationspraxis erfolgen konnte. Vgl. Paul Weindling: »Mustergau« Thüringen. Rassenhygiene zwischen Ideologie und Machtpolitik, in: Norbert Frei (Hg.), Medizin und Gesundheitspolitik in der NS-Zeit, München: Oldenbourg 1991, S. 81–97.

29 Diese Schwankungen, etwa ein höherer männlicher oder weiblicher Anteil, Verschiebungen in der Altersstruktur oder diagnostischen Feststellung von ›Erbkrankheiten‹ finden sich etwa in psychiatrischen Einrichtungen und beruhen auf der betreuten Klientel sowie dem medizinisch-psychiatrischen Vorgehen. Vgl. etwa Michael von Cranach/Hans-Ludwig Siemen (Hg.): Psychiatrie im Nationalsozialismus. Die Bayerischen Heil- und Pflegeanstalten zwischen 1933 und 1945, 2. Aufl., München: Oldenbourg 2012.

nisch-depressive Irresein mit einer stärkeren weiblichen Klientel sowie den ›schweren Alkoholismus‹ mit einer nahezu vollständig männlichen Klientel erkennen. Die Altersstruktur bestätigt die rassenhygienischen Interessen des Sterilisationsgesetzes, indem teilweise bis zu 80 Prozent der männlichen und weiblichen Opfer im Alter von 14 bis 35 Jahren waren. Laut den Berechnungen von Gisela Bock wurde 1 % der Bevölkerung im Alter von 16 bis 50 Jahren sterilisiert.³⁰ Ein Großteil der betroffenen Frauen und Männer muss einem sozial schwächeren Milieu zugeordnet werden, und es ist davon auszugehen, dass teilweise bis zu 50 Prozent der Betroffenen keiner geregelten Arbeit nachgingen. Rund 30 Prozent wurden mithin als Arbeiter*innen verzeichnet, sieben bis acht Prozent galten als Hilfsarbeiter*innen.

Unter Berücksichtigung der statistischen Ausprägungen erscheint die Durchführung des nationalsozialistischen Sterilisationsgesetzes zunächst als geschlechtspezifisch. Hierfür spricht scheinbar auch das quantitative Geschlechterverhältnis, das nahezu ausgeglichen war.³¹ Dementgegen verweist die Analyse der diagnostisch-erbgerichtlichen Konstruktion von ›Erbkrankheiten‹ nicht nur auf die außerordentliche soziobiologische Ausrichtung der Wertbemessung von Frauen und Männern für die nationalsozialistische ›Volksgemeinschaft‹, sondern ebenso auf die hochgradig geschlechtsspezifischen Beurteilungskriterien, die sowohl beide Geschlechter geschlechtsübergreifend als auch Frauen und Männer jeweils im Besonderen betrafen.

Für die einzelnen, gesetzlich definierten ›Erbkrankheiten‹ mit ihren jeweiligen medizinisch-diagnostischen Spezifika zeichnen sich insgesamt vier zentrale Beurteilungs- und Konstruktionskategorien ab, die die Herstellung erblicher ›Minderwertigkeit‹ prägten. Diese Kategorien waren (1) die Familie beziehungsweise familiäre Belastungen, (2) die geringe intellektuelle und berufliche Leistungsfähigkeit, (3) Abweichungen der Sexualität und des Geschlechtslebens sowie (4) Devianzen der Lebenswelt. Die hiermit verbundenen Beurteilungsmuster, auf die auch Gisela Bock in vergleichbarer Form hingewies, sind idealtypisch zu verstehen und bilden sich in der praktischen Begutachtung stets in einer Kombination ab, was eine mannigfaltige Variabilität der Wertbemessung männlichen und weiblichen Lebens zur Folge hatte.³² Zudem muss betont werden, dass die verantwortlichen (vorwiegend männlichen) Antragssteller sowie die an der Informationsbeschaffung beteiligten Personen- und Berufsgruppen unterschiedliche Gewichtungen und Auslegungen vornahmen, was wiederum mit der medizinischen Qualifikation, beruflichen Erfahrungen oder auch habituellen Vorstellungen korrelierte.

Die Beurteilung der Familie, vor allem der Gesundheit beziehungsweise Krankheit von Familienangehörigen sowie von sozialen und ökonomischen Familienverhältnissen, nahm hinsichtlich der rassischen und genealogischen Überhöhung des Blutes für die ›Volksgemeinschaft‹ sowie in Anbetracht der zeitgenössischen Erkenntnisse zur Vererbung eine zentrale Stellung ein. Statt der Berücksichtigung von Umweltfaktoren galt die unmittelbare Weitergabe von physischen, psychischen, aber auch von sozialen Eigenschaften in der Praxis als erb- und rassenpflegerisches Dogma. So wurde etwa gegenüber einem jungen Mann konstatiert: »Rein äußerlich gesehen macht Proband, wie seine zwei

³⁰ Vgl. Gisela Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 236.

³¹ Vgl. ebd., S. 229–245.

³² Vgl. ebd., S. 385–428.

Geschwister, den Eindruck eines Schwachsinnigen.«³³ Ebenso wurde einer jungen Frau eine erblich ›belastete‹ Familie attestiert, sodass eine ›Erbkrankheit‹ (scheinbar) hinreichend begründet sei:

»Nach dem Ergebnis der vorgeschichtlichen Ermittlungen entstammt (die Betroffene, A. B.) 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 beschrieben.«³⁴

Dergestalt finden sich in Beurteilungsverfahren vielfältige wie auch absonderliche gutachterliche Auslegungen, indem voneinander völlig unabhängige Feststellungen, wie beispielsweise die Ansteckung mit Geschlechtskrankheiten oder Arbeitslosigkeit, als Beweise einer erblichen ›Minderwertigkeit‹ dienten. Von diesen Formen der familiären Wertbemessung waren Frauen und Männer gleichermaßen betroffen, obgleich auch Schwerpunkte bezüglich des individuellen Vorwurfs gesetzt wurden, um die fortgesetzte erbliche ›Belastung‹, etwa im Sinne einer ›Trunksucht‹ oder ›unwirtschaftlichen Verhaltens‹, zu untermauern.

Im Interesse der Erstarkung der nationalsozialistischen ›Volksgemeinschaft‹ wurden Frauen und Männer ebenfalls als ›erbkrank‹ beurteilt, denen geringe intellektuelle Fähigkeiten zugestanden wurden, die über eine geringe Bildung verfügten, einfache oder mechanische berufliche Tätigkeiten ausübten oder sich nicht selbst versorgen konnten. Hierzu wurden der schulische Erfolg, die Arbeitsleistung oder der Bezug von Fürsorgeleistungen überprüft. So wurde etwa die intellektuelle Leistung eines jungen Mannes dahingehend bewertet, dass der »Gedankenablauf sehr langsam (sei), fast möchte man sagen, der Untersuchte habe überhaupt keine Gedanken«.³⁵ Die berufliche Arbeitsleistung einer jungen Frau wurde derart abgewertet, dass ihre Fähigkeiten mit denen von Tieren verglichen wurden: »Ihre Arbeitseingewöhnung ist (...) zu vergleichen mit der Dressur eines Tieres, wo auch nur die fortgesetzte Wiederholung ganz gleichartiger Bewegungen und Handlungen schließlich dazu führen, dass diese Verrichtungen nachgeahmt werden.«³⁶ Die gutachterlichen Bezugspunkte waren einerseits die berufliche und intellektuelle Leistungsfähigkeit der männlichen und weiblichen Betroffenen für die ›Volksgemeinschaft‹ sowie andererseits die notwendigen ökonomischen Aufwendungen der ›Volksgemeinschaft‹ für jeden einzelnen Menschen. Sowohl die Rigorosität in der Hochphase der nationalsozialistischen Zwangsterilisation als auch die Variabilität der intellektuellen und beruflichen Leistungsbemessung führten häufig zu kritischen Auseinandersetzungen und provozierten auch Widerstände seitens der Betroffenen und ihrer Angehörigen. Auch die Beurteilung der individuellen Leistungsfähigkeit betraf beide Geschlechter gleichermaßen, orientierte sich dabei aber nicht

³³ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 203.

³⁴ Ebd., Nr. 118.

³⁵ Ebd., Nr. 89.

³⁶ Ebd., Nr. 27.

an geschlechtsunspezifischen Maßstäben, sondern rekurrierte auf zeitgenössische geschlechtsspezifische Tätigkeitsfelder und Zuschreibungsmuster.

Eine herausragende Bedeutung besaß die Beurteilung des Sexualverhaltens und des Geschlechtslebens. Hierbei kann zwischen funktionalen, sozialen und auch ökonomischen Ausprägungen unterschieden werden. Im funktionalen Sinne erfolgte die Überprüfung der körperlichen Voraussetzungen der Fortpflanzungsfähigkeit von Frauen und Männern. Unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten wurde überprüft, ob die betroffenen Personen in der Lage seien, ihre Kinder eigenständig zu erziehen. Darüber hinaus fand eine soziale Beurteilung statt, indem vermeintliche Abweichungen des Geschlechtslebens und Sexualverhaltens, wie etwa frühzeitiger oder häufiger Geschlechtsverkehr sowie uneheliche Kinder, als Ausdruck »minderwertiger« Erbanlagen gewertet wurden. Diese mit der nationalsozialistischen Zwangssterilisation initialisierte Sexualkontrolle betraf insbesondere Frauen. So konstatierte der zuständige Amtsarzt über ein minderjähriges Mädchen, sie habe »bereits das Auftreten und Gehabe der typischen Puella Publica« und prognostizierte damit ein von den volksgemeinschaftlichen Normen abweichendes Sexualverhalten.³⁷ In einem vergleichbaren Fall heißt es über eine junge Frau: »Die Probandin treibt sich nächtelang außerhalb des Hauses rum. (...) Meiner Überzeugung nach handelt es sich um einen ausgesprochenen Prostituierentyp, der schwachsinnig (und) sexuell haltlos« ist.³⁸ Gegenüber Männern erfolgten derartige Abwertungen des Sexualverhaltens oder des Geschlechtslebens deutlich seltener. In diesen Fällen wurde auf Vergewaltigungen oder Kindesmissbrauch hingewiesen, was jedoch lediglich eine unterstützende diagnostische Funktion einnahm. Insofern erscheint die Beurteilung der Sexualität als eine die Geschlechter unterscheidende Typologie, sodass vermeintliche Normabweichungen bei Frauen zu einer zielgerichteten Abwertung führten.

Die diagnostische Verknüpfung von sexuellen Beurteilungskriterien als weibliche Sexualdiagnostik gewann in der Synthese eine spezifische Qualität. 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. Dieser innere Rekurs auf überkommene männlich-hegemoniale Geschlechterdiskurse, die bereits in der Weimarer Republik hinterfragt wurden, erfuhr im Dritten Reich eine Renaissance. Zugleich sind jedoch auch Auflösungsprozeduren erkennbar, indem die »sexuelle Haltlosigkeit« nunmehr als jugendliche »Gepflogenheit« anzusehen sei.³⁹

Eine ebenso erhebliche geschlechtsspezifische Dimension ist bei der Beurteilung der persönlichen Lebenswelt und der damit verbundenen diagnostischen Kenntlichmachung sozialer Normabweichungen zu beobachten. Die entsprechenden Begründungen

³⁷ Ebd., Nr. 118.

³⁸ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 199.

³⁹ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 53.

weisen eine hohe Variabilität von Beurteilungskriterien auf, die Kriminalität, Haushaltsführung bis hin zu als abweichend geltenden (sozialen) Verhaltensweisen umfassen konnten. Der Beurteilung von Lebensgewohnheiten und Handlungsweisen waren in besonderer Weise geschlechtsspezifische Konturen inhärent, indem etwa Frauen anhand der Bewältigung häuslicher Aufgaben bemessen wurden. So heißt es in einem Bericht einer Fürsorgerin zu einer jungen Mutter:

»(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.«⁴⁰

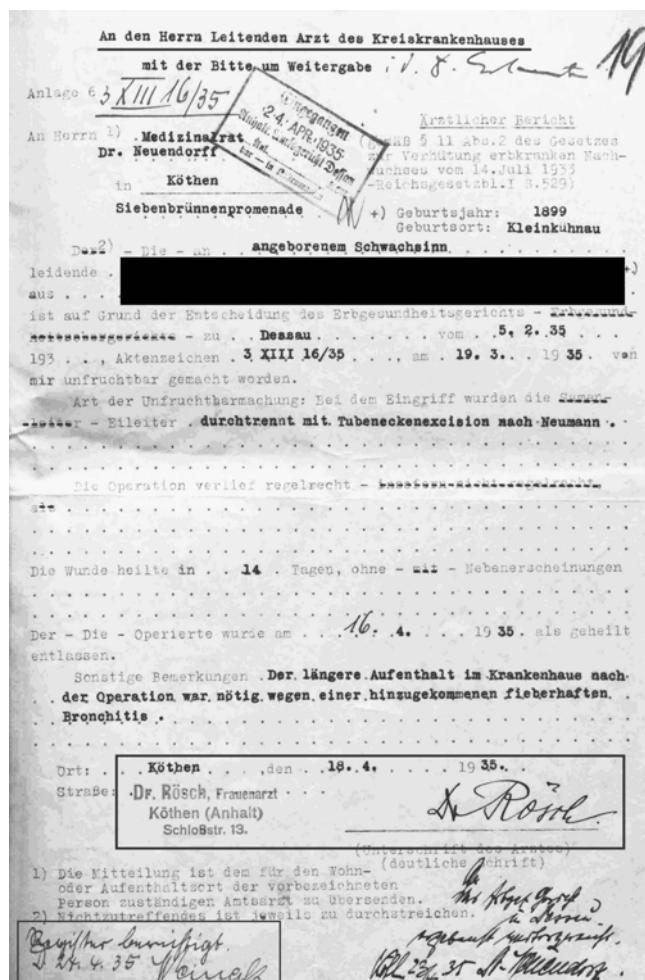
Demgegenüber wurde der Lebenswert von Männern in Ergänzung der beruflichen Leistungsfähigkeit etwa anhand der Fähigkeit zur familiären Versorgung bewertet: »Mit einer Nachreife kann jetzt, er ist 20 Jahre alt, nicht mehr gerechnet werden. Er wird niemals ein brauchbares, selbstständig arbeitendes Glied der menschlichen Gesellschaft werden. Er wird niemals im Stande sein, eine Familie zu ernähren oder Kinder zu erziehen.«⁴¹ Die Beurteilung der Lebenswelt fungierte insbesondere als Ergänzung und Bestätigung der übrigen zentralen Beurteilungsschwerpunkte und hatte die Überprüfung eines volksgemeinschaftlichen Nutzens, hier bemessen an überkommenen sozialen sowie männlichen und weiblichen Norm- und Wertvorstellungen, zum Ziel.

Anhand der alltäglichen diagnostischen Praxis in der nationalsozialistischen Zwangsterilisation, die in ihrem Bewertungskanon, aber nicht in ihrer Vehemenz und den Konsequenzen auch auf das Ehegesundheitsgesetz zutrifft, kann die nationalsozialistische Erb- und Rassenpolitik als eine hochgradig geschlechtsspezifisch aufgeladene wie angewandte Ausgrenzungsmaßnahme charakterisiert werden. Im ersten Schritt des Verfahrens erfolgt dabei die machtvolle medizinisch-erbgerichtliche Zuschreibung einer Normabweichung und damit verbunden einer ›Erbkrankheit‹ von Frauen und Männern, die hinsichtlich der ›Volksgemeinschaft‹ als Bemessungsgrundlage sowohl verallgemeinerbare als auch geschlechtsspezifische Beurteilungskategorien umfasst. Dieses alltägliche wie individuelle Zuschreibungsverfahren stellt die Basis für den zweiten Schritt dar, in dem die betroffenen Frauen und Männer nunmehr Gegenstand der chirurgischen Unfruchtbarmachung als Gewaltpraktik und des gewaltsaamen Ein- und Übergriffs wurden.

⁴⁰ KrA Salzwedel, Bestand Gardelegen, Gesundheitswesen (GW), einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z), Nr. 78–14.

⁴¹ LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Stendal, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 50.

Abb. 30: Ärztlicher Bericht einer Sterilisationsoperation, 18.4.1935



Zur Durchführung der nationalsozialistischen Zwangssterilisation bei Frauen und Männern

Gegenüber der im Erbgesundheitsverfahren vollzogenen rassenhygienischen Beurteilung des männlichen und weiblichen Lebenswertes, die in einem erbgerichtlichen Beschluss mündete und die Grundlage für die Sterilisation darstellte, orientierte sich die chirurgische Unfruchtbarmachung am biologischen Körper und der Fortpflanzungsfähigkeit von Männern und Frauen. Hierbei muss betont werden, dass die chirurgische Sterilisation bei Frauen einen im Gegensatz zu Männern schwerwiegenden operativen Eingriff darstellte, welcher an die operativen Ärzte ebenso wie an die medizinische Vor-

und Nachbereitung hohe Anforderungen stellte.⁴² Trotz unterschiedlicher Initiativen wurden im Sterilisationsverfahren jedoch keine konkreten Operationsmethoden vorgegeben, sondern die Entscheidung oblag den jeweils zugelassenen Einrichtungen und Ärzten.⁴³

Für die Durchführung des chirurgischen Eingriffs ist insgesamt auf erhebliche Schwierigkeiten hinzuweisen, da zunächst nur eine unzureichende Anzahl von Kliniken und Ärzten die notwendige Berechtigung erhalten hatte. Damit ist weiterhin ein unsystematischer administrativer Aufbau von Einrichtungen zu konstatieren, welcher sich insbesondere am Umfang von Sterilisationsbeschlüssen in der Anfangsphase orientierte. Diese strukturellen Defizite erfuhren vor allem in der ersten Phase der nationalsozialistischen Zwangssterilisation eine erhebliche Bedeutung, da die geringe Anzahl von zugelassenen Einrichtungen und Operateuren mit einer Vielzahl von Operationen konfrontiert wurde. In der Konsequenz entstanden nicht nur längere Wartezeiten, sondern es war bis in die Mitte der 1930er-Jahre hinein auch eine größere Anzahl von Komplikationen und Todesfällen zu verzeichnen. Hiervon waren insbesondere Frauen betroffen. Nach aktuellem Forschungsstand verstarben etwa 5000 Personen infolge der nationalsozialistischen Zwangssterilisation, davon 90 Prozent Frauen.⁴⁴

Anhand der Überlieferung sind die Ursachen von Todesfällen oftmals kaum zu entscheiden. Hinsichtlich des Umfangs, aber auch der Todesursachen erscheinen diese Fälle jedoch nicht als Auftakt einer gezielten Tötung, sondern vielmehr als eine Konsequenz von unzureichenden organisatorischen, personellen und qualifikatorischen Ressourcen in Verbindung mit einer männlichen und weiblichen Klientel, denen qua richterlichem Beschluss ein geringerer Wert für die nationalsozialistische ›Volksgemeinschaft‹ beigegeben wurde. Die Abwertung des individuellen Lebenswertes sowie auch der Versuch, Kritik an der nationalsozialistischen Zwangssterilisation zu kanalisieren, spiegeln sich in der Aufarbeitung von Todesfällen wider, deren Gründe und Ursachen nahezu ausschließlich in der Verantwortung der verstorbenen Frauen und Männer gesehen wurden, indem sie anatomische Abnormitäten aufgewiesen oder sich nicht der medizinischen Nachsorge gefügt hätten. Eine Verantwortung der Operateure wurde weitgehend ausgeschlossen, und es wurden lediglich mittelbare Zusammenhänge hergestellt. Die geringe Wertbemessung sowie die Abwertung von verstorbenen

42 Vgl. Arthur Gütt/Ernst Rüdin/Falk Ruttke: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, S. 219–227. Die Unfruchtbarmachung erfolgte bei Männern mithilfe der Durchschneidung der Samenleiter, bei Frauen wurde die Sterilisation durch die Unterbindung der Eileiter oder Quetschung (oder Knotung) der Tuben erreicht. »Daß die Sterilisationsoperation bei der Frau schwieriger ist als beim Manne, hat seinen Grund bes. in der topographischen Anatomie der weiblichen Genitalien. Die Organe, an denen die Eingriffe gemacht werden mussten, liegen hier nicht wie beim Manne außerhalb, sondern innerhalb der Bauchhöhle, sind also nicht ohne weiteres zugänglich, sondern erfordern die Eröffnung der Peritonealhöhle auf irgendeinem Wege.« – ebd., S. 224.

43 Vgl. 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.

44 Vgl. Gisela Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 375, 377. Hierbei blieben Suizide unberücksichtigt, sodass die Anzahl von Todesfällen infolge der nationalsozialistischen Zwangssterilisation circa 6000 Frauen und Männer umfassen dürfte.

Frauen und Männern finden sich exemplarisch in Diskussionen über Entschädigungszahlungen. So rekurrieren die Diskussionen von Amtsärzten und vorgesetzten Behörden auf den entstandenen ›materiellen Schaden‹, der jedoch hinsichtlich der festgestellten ›Erbkrankheit‹ der betroffenen Personen sowie der auch ›belasteten Familienangehörigen‹ nicht gegeben, sondern lediglich in Anbetracht der Beruhigung der öffentlichen Aufregung zu entschädigen sei.⁴⁵

Abb. 31: Information an das Erbgesundheitsgericht Dessau über eine vorgenommene Sterilisation, 13.8.1936



Eine Besonderheit im Sterilisationsverfahren gegen Frauen bestand im Falle des eugenisch-rassenhygienisch indizierten Schwangerschaftsabbruchs, welcher im Juni 1935 gesetzlich ermöglicht wurde.⁴⁶ Das bis dahin bestehende Verbot beziehungsweise die Rechtsunsicherheit aufgrund unterschiedlicher amtsärztlicher und erbgerichtlicher Vorgehensweisen und Entscheidungen bedeuteten ein schwerwiegendes praktisches Hemmnis der nationalsozialistischen Sterilisationspolitik. 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 staatlichen Sterilisationsinteressen zu konterkarieren und die Durchführung der Unfruchtbarmachung zumindest zu verzögern. Sowohl die Verzögerungen des Sterilisationsverfahrens als auch insbesondere die Geburt von Kindern von als ›erbkrank‹ geltenden Frauen und Männern entsprachen nicht den rassenhygienischen Selektionsinteressen der nationalsozialistischen Machthaber.

45 Vgl. LASA, C 28 I g, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 12, fol. 261–273.

46 Vgl. Gisela Bock: Zwangsterilisation im Nationalsozialismus, S. 378–384.

Die Ermöglichung des eugenisch-rassenhygienisch indizierten Schwangerschaftsabbruchs im Rahmen des Sterilisationsverfahrens war jedoch an die Zustimmung der betroffenen schwangeren Frauen gebunden. Die völlige Freigabe als quasi letzter Schritt der rassenhygienischen Fortpflanzungsverhütung wurde aufgrund innenpolitischer Interessen nicht umgesetzt. Der Umfang sowie die Bedeutung dieser Schwangerschaftsabbrüche lassen sich kaum ermitteln. Es ist jedoch mindestens von 7000 Abbrüchen im Reichsgebiet auszugehen.⁴⁷ Hinsichtlich der Praktizierung eugenischer Schwangerschaftsabbrüche besteht oftmals der Verdacht, dass die betroffenen Frauen nach ergangenem Sterilisationsbeschluss insbesondere von Amtsärzten unter Druck gesetzt wurden, um dem Abort zuzustimmen.⁴⁸ Daneben sollen Schwangerschaftsabbrüche auch ohne Einwilligung oder Kenntnis der betroffenen Frauen vorgenommen worden sein. Ebenso sollen sogar Entmündigungsverfahren eingeleitet worden sein, sodass schließlich der Vormund einem Schwangerschaftsabbruch zustimmen konnte.⁴⁹ Letztendlich bleibt häufig unklar, ob die betroffenen Frauen oder lediglich der Amtsarzt eine Abbrechung der Schwangerschaft im Zuge des Sterilisationsverfahrens unterstützten. Es ist jedoch davon auszugehen, dass auf schwangere Frauen amtsärztlicher beziehungsweise behördlicher Druck ausgeübt wurde. Demgegenüber muss aber auch darauf hingewiesen werden, dass Frauen die gesetzliche Legalisierung des Schwangerschaftsabbruchs im Rahmen des »Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses« zielgerichtet nutzten, um eine Schwangerschaft unter dem Deckmantel von Eugenik und Rassenhygiene aus persönlichen, familiären, sozialen oder ökonomischen Gründen abzubrechen. So versuchten auch Frauen einen Schwangerschaftsabbruch zu erreichen, die nicht als »erbkrank« galten.⁵⁰

Wahrnehmungen und Verhaltensweisen von betroffenen Frauen und Männern

Größere Widerstände oder Proteste gegen die nationalsozialistische Sterilisationspolitik entstanden nicht, gleichwohl kann, zumindest in den Augen von Gestapo, Polizei und Verwaltung, von lokaler Unruhe gesprochen werden, die sich etwa an Todesfällen entzündete. Zudem konstatiert die Forschung eine stärkere Resistenz, ja alleinigen Widerstand durch die katholische Kirche und in katholisch geprägten Regionen gegen die Zwangssterilisation aufgrund sittlich-religiöser Motive und der Gefährdung der christ-

47 Vgl. Ingrid Richter: Katholizismus und Eugenik in der Weimarer Republik und im Dritten Reich. Zwischen Sittlichkeitsreform und Rassenhygiene, Paderborn/München/Wien u. a.: Ferdinand Schöningh 2001, S. 489. An anderer Stelle spricht Gisela Bock von 30 000 Schwangerschaftsabbrüchen. Vgl. Gisela Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 384.

48 Vgl. Horst W. Heitzer: Zwangssterilisation in Passau. Die Erbgesundheitspolitik des Nationalsozialismus in Ostbayern 1933–1939, Köln/Weimar/Wien: Böhlau 2005, S. 273–280.

49 Vgl. Alexander Bastian: Zwischen Heilanstalt und Lazarett. Zur Geschichte der Landesheilanstalt Haldensleben von 1926 bis 1945, Halle(Saale): Buchfabrik Halle 2009, S. 109–110.

50 Derartige Versuche wurden jedoch zurückgewiesen. Vgl. LASA, C 28 I g, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 11, fol. 548–550.

lichen Ehe.⁵¹ Die Gründe des geringen öffentlichen Widerstands sind vielfältig und liegen auch im offiziellen Charakter des Sterilisationsgesetzes sowie in den diktatorischen Herrschaftsbedingungen mit einer engmaschigen Kontrolle und Beobachtung bis in die zweite Hälfte der 1930er-Jahre.

Entsprechend der Verfahrensgrundsätze sowie der medizinisch-rechtlichen Beweispflichten war es den Betroffenen grundsätzlich kaum möglich, einen Sterilisationsbeschluss beziehungsweise den chirurgischen Eingriff zu verhindern. Gleichwohl nutzten die Betroffenen einerseits bestehende Verfahrensbedingungen und stellten in nicht unerheblichem Maße Widersprüche fest oder kontaktierten quasi als letzte Instanz die Kanzlei des Führers. Andererseits nutzten sie zielgerichtet unterschiedliche Verfahrenslücken, indem sie etwa persönlich gestellte Sterilisationsanträge zurückzogen, sodass das Verfahren seitens der Amtsärzte erneut eröffnet werden musste. Als eine spezifische weibliche Strategie erscheinen dabei auch fortgesetzte Schwangerschaften, die dazu führten, dass der chirurgische Eingriff nicht erzwungen werden konnte.

Die persönliche Wahrnehmung der (drohenden) Unfruchtbarmachung und der damit einhergehenden Gewalt korrelierte vor allem mit individuellen Lebensvorstellungen. So befürchteten die männlichen und weiblichen Betroffenen gesundheitliche Schädigungen aufgrund des operativen Eingriffs oder auch den Tod. Daneben sorgten sie sich neben dem Verlust der Fortpflanzungsfähigkeit auch um die Beeinträchtigung oder gar den Wegfall des sexuellen Körperempfindens. »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.«⁵² Vor allem von Männern wurde die Sterilisation häufig mit einer Entmannung gleichgesetzt, sodass hier auch besondere Aufklärungskampagnen initiiert wurden, jedoch mit wenig Erfolg. Weiterhin wurden finanzielle oder familiäre Konsequenzen befürchtet sowie eine grundsätzliche volksgemeinschaftliche Stigmatisierung.

Im Wesentlichen richtete sich die Ablehnung gegen den Sterilisationsbeschluss als ein Fehlurteil, da die dortigen Angaben falsch seien: »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.«⁵³ Damit verbunden empfanden die betroffenen Frauen und Männer, dass der Sterilisationsbeschluss ihre bisherigen Lebensleistungen völlig infrage stellen würde: »Trotz meiner großen Kinderzahl habe ich mich bis heute mit meiner Frau (...) rechtlich und rechtschaffend durchs Leben geschlagen. Ich bin ein unbescholtener Mann und gehe täglich nach wie vor zum Mauern.«⁵⁴ Verantwortlich seien insbesondere Amtsärzte oder Denunziationen. Insgesamt finden sich in den unterschiedlichen persönlichen Stellungnahmen kaum Hinweise darauf, dass die betroffenen Personen das Sterilisationsurteil bejahten; demgegenüber finden sich aber auch keine Hinweise, dass die Betroffenen das nationalsozialistische Steri-

51 Vgl. etwa Horst W. Heitzer: Zwangssterilisation in Passau, S. 214–224; Ingrid Richter: Katholizismus und Eugenik.

52 LASA, C 28 I g, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 5, fol. 143.

53 LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 148.

54 LASA, C 28 I g, Nr. 377: Bekämpfung der Erbkrankheiten (1933–1941), Bd. 11, fol. 420–421.

lisationsgesetz ablehnten. Stattdessen wurde die Notwendigkeit des »Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses« bejaht, aber im persönlichen Fall als Fehlurteil gekennzeichnet: »Bei jedem wirklich Erbkranken sehe ich diese Maßnahme der Unfruchtbarmachung natürlich voll und ganz als Recht an«, so ein von der Sterilisation betroffener Mann in einem schriftlichen Widerspruch.⁵⁵

Die analytische Perspektivierung der Durchführung des »Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses« als eines geschlechtsspezifischen Macht- und Handlungsräums hat gezeigt, dass die nationalsozialistische Erb- und Rassenpolitik als ein zugleich herrschaftlich-diktatorisches wie auch dynamisches und partizipatives Herstellungs- und Selektionsverfahren von männlicher und weiblicher »Minderwertigkeit« fungierte. Die Teilhabe von Ärzten und Richtern sowie Beteiligten unterschiedlicher Berufs- und Personengruppen beruhte keineswegs ausschließlich auf einer spezifischen nationalsozialistischen oder rassenhygienischen Affinität, sondern sie wurde von unterschiedlich prägenden Faktoren wie etwa Standesgehorsam, der Erfüllung von Dienstpflichten, persönlich-beruflichen Vorstellungen sowie der Überzeugung einer rassenhygienischen und bevölkerungspolitischen Notwendigkeit der nationalsozialistischen Erb- und Rassenpolitik erzeugt.⁵⁶

Insgesamt erscheint die nationalsozialistische Zwangssterilisation als ein herrschaftlich angeleitetes und praktiziertes Ausschlussverfahren, das auf dem diskursiven Fundament von Rassenhygiene sowie nationalsozialistischer Ideologie eine soziobiologische Selektion von als »minderwertig« geltenden Frauen und Männern entfaltete, welche jedoch erst in actu ihre charakteristische und in Anbetracht der politischen Querelen vielleicht auch teilweise unbeabsichtigte Form hervorbrachte. Diese dynamische Ausprägung rekurriert auf die Sterilisationspraxis als einem Macht- und Handlungsräum, in dem fortwährend soziale, ökonomische, kulturelle und geschlechtsspezifische Kriterien von Frauen und Männern rassenhygienisch überprüft und in Relation zur »Volksgemeinschaft« gestellt wurden. Diese praktizierte Überprüfung und Feststellung von »Minderwertigkeit« dienten als Basis für die anschließend auf den männlichen und weiblichen Körper abzielende chirurgische Unfruchtbarmachung. Dergestalt findet innerhalb der Durchführung des »Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses« eine zweifache gewaltvolle Unterwerfung von Männern und Frauen statt, indem die Betroffenen sowohl aus der »Volksgemeinschaft« ausgeschlossen wurden als auch ihre Fortpflanzungsfähigkeit zwangsweise zerstört wurde.

Diesbezüglich kann die nationalsozialistische Zwangssterilisation grundsätzlich als ein Herstellungs- und Selektionsverfahren angesehen werden, das in seinem Anspruch und Selbstverständnis als rassenhygienische Bevölkerungspolitik fungierte, aber in seinem Kern eine mit der Moderne entstandene soziale Frage rassistisch biologisierte, um

55 LASA, C 136 I Erbgesundheitsgericht Magdeburg, einzelne Erbgesundheitsangelegenheiten (Personennamen A–Z) (1934–1945 (1946)), Nr. 148.

56 Vgl. Astrid Ley: Zwangssterilisation und Ärzteschaft; Alfons Labisch/Florian Tennstedt: Der Weg zum Gesetz; Johannes Vossen: Gesundheitsämter.

sie gewaltsam und endgültig zu lösen.⁵⁷ Und eben in jenem Sinne war die nationalsozialistische Zwangssterilisation keineswegs geschlechtsneutral, wie etwa die Anzahl von Unfruchtbarmachungen es nahelegt, sondern sie war grundlegend und in ihrer Umsetzung hochgradig geschlechtsspezifisch.⁵⁸ Frauen und Männer waren von der nationalsozialistischen Zwangssterilisation gleichermaßen betroffen, aber eben in unterschiedlicher Weise. Und in diesem Sinne kann die nationalsozialistische Erb- und Rassenpolitik als eine zuschreibungspflichtige geschlechtsspezifische diagnostische Wertbemessung einerseits sowie als eine auf den Körper von Frauen und Männern abzielende Gewaltpraktik andererseits charakterisiert werden, die sich in Sterilisationspolitiken nach 1945 und ebenso in aktuellen biopolitischen Diskussionen wiederfindet.⁵⁹

-
- 57 Vgl. Ute Frevert: Krankheit als politisches Problem 1770–1880. Soziale Unterschichten in Preußen zwischen medizinischer Polizei und staatlicher Sozialversicherung, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 1984; Detlef J. K. Peukert: Max Webers Diagnose der Moderne, Göttingen: Kleine Vandenhoeck Reihe 1989; Klaus Dörner: Tödliches Mitleid. Zur sozialen Frage der Unerträglichkeit des Lebens, gänzlich überarb. und erw. Neuaufl., Neumünster: Paranus 2002.
- 58 Weiterführend Ute Planert: »Der dreifache Körper des Volkes. Sexualität, Biopolitik und die Wissenschaften vom Leben«, in: Geschichte und Gesellschaft 26 (2000), H. 4, S. 539–576; Dagmar Herzog: Die Politisierung der Lust. Sexualität in der deutschen Geschichte des zwanzigsten Jahrhunderts, München: Siedler 2005.
- 59 Vgl. Dorothee Obermann-Jeschke: Eugenik im Wandel. Kontinuitäten, Brüche, Transformationen. Eine diskurgeschichtliche Analyse, Münster: Unrast 2008; Maria A. Wolf: Eugenische Vernunft. Eingriffe in die reproduktive Kultur durch die Medizin 1900–2000, Köln/Weimar/Wien: Böhlau 2008; Malaika Rödel: Geschlecht im Zeitalter der Reproduktionstechnologien. Natur, Technologie und Körper im Diskurs der Präimplantationsdiagnostik, Bielefeld: transcript 2015.