

„... DAS UNHEILBAR ERKRANKTE
AUS DEM VOLKSWACHSTUM AUSSCHALTEN“:
POLITISCHE GYNÄKOLOGIE AN DEN BERLINER
UNIVERSITÄTSFRAUENKLINIKEN IM NATIONALSOZIALISMUS!

Gabriele Czarnowski

„Wenn ein Mensch körperlich so zerrüttet oder geistig *so völlig* verblödet ist, daß er zu jeder sinnvollen Tätigkeit unfähig ist und infolgedessen aus der menschlichen Gemeinschaft ausgeschaltet werden muß, um als Parasit seines Volkes so lange gefüttert zu werden, bis der Tod sein lebensunwertes Dasein endet, dann ist es berechtigt, solche unglückliche Geschöpfe an der Fortpflanzung zu hindern. [...] Gerade die schwer und unheilbaren Erbkranken, die *nicht* interniert zu werden brauchen, bedrohen die Volksgesundheit aufs äußerste, weil ihre Fertilität und ihr Fortpflanzungstrieb besonders groß sein können. Ihre Unschädlichmachung gelingt *nur* durch ihre Dauersterilisierung, die jetzt durch das *Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses* in Deutschland legalisiert ist – ein Gesetz, das hart erscheint, wie das Naturgesetz der Auslese und des Ausmerzens auch, das aber in seinem Kern und in seiner Wirkung human ist, weil es grauenvollem Elend vorbeugt.“²

Am 22. Mai 1937 reiste Walter Stoeckel (1871-1961), Direktor der I. Berliner Universitätsfrauenklinik (UFK), „als Beauftragter des Kultusministeriums und Führer einer Delegation Berliner Universitätsprofessoren nach Wien, um an der Hundertjahrfeier der Gesellschaft der Ärzte teilzunehmen.“³ Er hielt vor den Kollegen im christlich-sozialen Ständestaat ein Jahr vor dem „Anschluss“ Österreichs an das Deutsche Reich einen bemerkenswerten Vortrag,

¹ Der Beitrag entstand im Rahmen des vom Fonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung (Wien) finanzierten Projekts „Gynäkologie im Nationalsozialismus. Die Universitätsfrauenklinik Graz 1938-1945“ am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Medizinische Universität Graz (Leitung Éva Rásky). Ich danke Susanne Doetz, Elizabeth Harvey, Annette Hinz-Wessels, Udo Schagen und Sabine Schleiermacher für Informationen, Hinweise und Unterstützung.

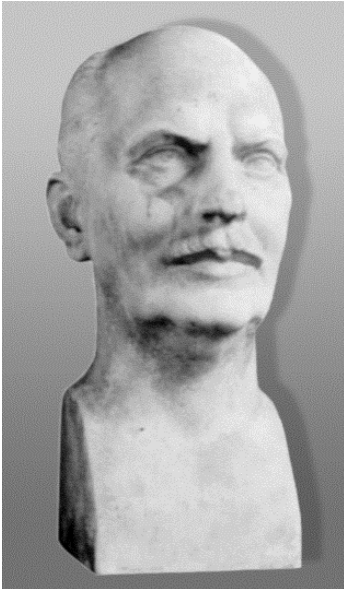
² Stoeckel, Walter, Über die sozial-prophylaktische Arbeit des Frauenkliniklers, Wiener klinische Wochenschrift 50 (1937): 1147-1150, 1150. Hervorhebungen und stilistische Eigenheiten im Original.

³ Stoeckel, Walter, Erinnerungen eines Frauenarztes, hg. von Hans Borgelt, München 1966, 398. Zur Quellenkritik dieser autobiographischen Darstellung vgl. Schagen, Udo, Das Selbstbild Berliner Hochschulmediziner in der SBZ und ihre Verantwortung für die Universität im Nationalsozialismus, in: Oehler-Klein, S.; Roelcke, V. (Hg.), u. Mitarb. v. K. Grundmann u. S. Schleiermacher, Vergangenheitspolitik in der universitären Medizin nach 1945. Institutionelle und individuelle Strategien im Umgang mit dem Nationalsozialismus, Stuttgart 2007, 121-144, 136 f, sowie Ders., Walter Stoeckel (1871-1961) als (un)politischer Lehrer - Kaiser der deutschen Gynäkologen? In: David, Matthias; Ebert, Andreas D. (Hg.), Geschichte der Berliner Universitäts-Frauenkliniken. Strukturen, Personen und Ereignisse in und außerhalb der Charité. Berlin; New York 2010, 200-218.

in dem er sich als Botschafter der eugenischen Politik des nationalsozialistischen Deutschlands zu erkennen gab. Er tat dies nicht mit einem politischen Bekenntnis – das Wort nationalsozialistisch kam gar nicht vor –, sondern in seinen Ausführungen zur „sozial-prophylaktischen Arbeit des Frauenkliniklers“ in der Klinikambulanz.

Seite 134

„Der Inhalt unseres poliklinischen Beratungsprogramms“, so Stoeckel, lasse sich „in drei Thesen zusammenfassen. 1. Das heilbar Erkrankte so früh wie möglich erkennen, um es so sicher wie möglich zu heilen. 2. Dem Gesunden helfen, es vor Erkrankung bewahren und vor Vernichtung schützen. 3. Das hoffnungslos Degenerierte aus dem Volkswachstum ausschalten“.⁴



Walter Stoeckel 1941
Büste von F. Klimsch

Als Beispiele für das erste Handlungsfeld stellte er die Krebsvor- und -fürsorge, für das zweite die Syphilis-Beratung im Rahmen der Schwangerensprechstunde, den Kampf des Kliniklers gegen Geburtenrückgang und Abtreibung sowie die Sterilitätsberatung vor, im dritten die Eheberatungsstelle der UFK. Im Gegensatz zu seinen sachlichen Ausführungen zum ersten Bereich und den kämpferischen zum zweiten fielen seine Worte zum dritten in ihrer übertreibenden Rhetorik aus dem Rahmen, wie das diesem Beitrag vorangestellte Zitat zeigt. Hatte Stoeckel zuvor die „Verhütung und Vernichtung der normalen Schwangerschaft“ als „sicherste Symptome der Volksdekadenz und des Volksuntergangs“ gegeißelt und in der frauenklinischen „Gefolgschafts“-Erziehung für „schonungslose Härte gegen alles, was das Volkswachstum [zerstöre]“ plädiert, betraf These 3 „das Verhüten in radikalster Form: das unheilbar Erkrankte aus dem Volkswachstum ausschalten“.⁵

Stoeckel verwendete in seinem Vortrag den Begriff „ausschalten“ im Doppelsinn von „internieren“ und sterilisieren, wobei die Wortwahl an die „Euthanasie“-Debatte erinnert, die Töten und nicht Wegsperrern oder Verhindern von Gebären und Zeugen meinte.

Abgesehen von seinem eigenwilligen Sprachgebrauch und Wortschöpfungen wie „Gesundheitspaarung“ bewegte sich Stoeckel mit seinem Vortrag im eugenischen Diskurs seiner Zeit. Dieser war weder auf das nationalsozialistische

⁴ Stoeckel, Arbeit, 1147 f. Zu Stoeckel vgl. auch S. 8 f.

⁵ Ebd., 1150.

Deutschland beschränkt, noch ein bloßer Vorläufer des Nationalsozialismus, sondern in Europa und Übersee in unterschiedlichen politischen Lagern, wissenschaftlichen Kontexten und verschiedenen Ausprägungen seit Ende des Ersten Weltkrieges verbreitet.⁶ Als Beispiel für diese Entwicklung mag die erstmalige Aufnahme eines Beitrages über

Seite 135

„Sterilität und Sterilisierung“ im Veitschen Handbuch für Gynäkologie 1927 stehen; die neun Bände der dritten Auflage gab Stoeckel zwischen 1926 und 1938 heraus. Verfasser des großen Überblickartikels war Fritz Engelmann (1873-1947), sein früherer Assistentenkollege bei Heinrich Fritsch (1844-1915) in Bonn. Er plädierte für eine gesetzliche Regelung der eugenischen Indikation und sah als

„Aufgabe des Arztes, [...] die medizinischen Grundlagen für die Berechtigung der Sterilisierung im Interesse der Allgemeinheit zu liefern“.⁷

Gegen den Zwang zur Sterilisation nahm er nicht eindeutig Stellung. Als leitender Arzt der Städtischen Frauenklinik in Dortmund vertrat er jedoch in Fragen der Antikonzeption eine näher an der Not der Patientinnen orientierte Linie als Stoeckel, und nahm damit eine ähnliche Position wie die in der Sexualreform engagierten Ärztinnen und Ärzte ein. Stoeckel hingegen – als Vater von sieben Kindern eine Ausnahme unter den Medizinern – betrachtete die freiwillige „Geburtenverhinderung“ schlicht als „Zivilisationspsychose“.⁸ Für ihn unterschieden sich Abtreibung und die Benutzung von Antikonzeptiva nur graduell.⁹

Mit der nationalsozialistischen Diktatur, die mit dem individuellen Recht auf körperliche Unversehrtheit brach, wurde die Rassenhygiene zur Staatsraison erhoben. Die Ehe- und Sexualberatungsstellen der Sexualreformbewegung

⁶ Vgl. u. a. Kühl, Stefan, Die Internationale der Rassisten. Aufstieg und Niedergang der internationalen Bewegung für Eugenik und Rassenhygiene im 20. Jahrhundert, Frankfurt/M. 1997. Grossmann, Atina, Reforming Sex: The German Movement for Birth Control and Abortion Reform 1920 to 1950, New York, Oxford 1995. Schleiermacher, Sabine, Sozialethik im Spannungsfeld von Sozial- und Rassenhygiene. Der Mediziner Hans Harmsen im Centralausschuß für die Innere Mission, Husum 1998. Schwartz, Michael, Sozialistische Eugenik. Eugenische Sozialtechnologien in Diskurs und Politik der deutschen Sozialdemokratie 1890-1933, Münster 1992. Turda, Marius; Weindling, Paul J. (Hg.), Blood and homeland: Eugenics and racial nationalism in Central and Southeast Europe (1900-1940), Budapest, New York 2007. Wecker, R.; Braunschweig, S.; Imboden, G.; Küchenhoff, B.; Ritter, H.-J. (Hg.), Wie nationalsozialistisch ist die Eugenik? What is National Socialist about Eugenics? Internationale Debatten zur Geschichte der Eugenik im 20. Jahrhundert. International Debates on the History of Eugenics in the 20th Century, Wien u.a. 2009. Baader, G.; Hofer, V.; Mayer, Th. (Hg.), Eugenik in Österreich. Biopolitische Methoden und Strukturen 1900-1945, Wien 2008.

⁷ Engelmann, Fritz, Sterilität und Sterilisierung, in: Stoeckel, Walter (Hg.), Johann Veit. Handbuch der Gynäkologie, 3. Bd, Sterilität und Sterilisation. Bedeutung der Konstitution für die Frauenheilkunde, bearb. von Fritz Engelmann und August Mayer, 3. völlig neu bearb. Aufl., München 1927, 1-278, 216 f., 214.

⁸ Stoeckel, Walter, Lehrbuch der Gynäkologie, 10. Aufl., Leipzig 1943, 676.

⁹ Stoeckel, Arbeit, 1149.

wurden geschlossen oder in „Beratungsstellen für Erb- und Rassenpflege“ umgewandelt, viele der dort tätigen Ärztinnen und Ärzte politisch und/oder rassistisch verfolgt.¹⁰ Binnen weniger Monate erging ein Gesetz, das die Zwangssterilisation vorsah; es folgten rassistische und eugenische Eheverbote und der Schwangerschaftsabbruch aus eugenischen Gründen. Auf der anderen Seite sollte ein Bündel von polizeilichen, administrativen und „positiven“ eugenischen Maßnahmen den „Geburtenrückgang der Tüchtigen“ bekämpfen. Neben selektiv vergebenen finanziellen Anreizen stand hier die Kontrolle und Restriktion ärztlicher Schwangerschaftsabbrüche sowie die Erhellung und Zerstörung illegaler Abtreibungs-Subkulturen im Vordergrund.¹¹ Während diese neue nationalsozialistische Politik der „Geburtenförderung“ durchaus mit der konservativ-autoritären Haltung der meisten deutschen Universitätsgynäkologen übereinstimmte, bedeutete die Einführung der auch gegen den Willen der Person durchzuführenden Sterilisation einen klaren Bruch im bisherigen Arzt-Patientinnen-Verhältnis. Und dies selbst dann, wenn für die Operateure an den mit diesem Eingriff verbundenen Zielen kein Zweifel bestand. Im Folgenden stehen deshalb die gynäkologischen Praktiken negativer Eugenik und die Fachdebatte um die „gesetzliche Sterilisierung“ im Mittelpunkt.

Seite 136

ZWANGSSTERILISATIONEN UND FORCIERTE SCHWANGERSCHAFTSABBRÜCHE IN BERLIN

Bis 1951 existierten in Berlin die I. Universitätsfrauenklinik (UfK) in der Artilleriestraße (Tucholskystraße) und die Frauenklinik der Charité in der Schumannstraße, auch als II. UfK bezeichnet.¹² Walter Stoeckel leitete die I. UfK von 1926 bis 1951; Direktor der Charité-Frauenklinik war zwischen 1928 und 1945 Georg August Wagner (1873-1947). Zur Zeit der nationalsozialistischen „Machtergreifung“ waren beide um die 60 Jahre alt. Wie viele deutsche Universitätsprofessoren hatten sie den politischen Umschwung öffentlich begrüßt, obgleich beide versuchten, ihre jüdischen Mitarbeiter zu halten.¹³ Doch

¹⁰ Grossmann, Sex, 136 ff.

¹¹ Czarnowski, Gabriele, Women's crimes, state crimes: abortion in Nazi Germany, in: Arnot, Margaret L.; Osborne, Cornelia (Hg.), Gender and Crime in Modern Europe, London 1999, 238-256.

¹² Zur Geschichte der Universitäts-Frauenklinik vgl. David, Heinz, „Es soll das Haus die Charité heißen ...“ Kontinuitäten, Brüche und Abbrüche sowie Neuanfänge in der 300jährigen Geschichte der medizinischen Fakultät (Charité) der Berliner Universität, Bd. 1, Hamburg 2004, 7f, 11, 136 f. 1951 wurde die Frauenklinik der Charité aufgelöst und mit der I. Universitätsfrauenklinik zusammengelegt; vgl. David, Charité, Bd. 2, 597.

¹³ Ulrich, Uwe; Ebert, Andreas; Pritze, Wolfgang, Vom Kaiserreich zur Teilung Deutschlands: Walter Stoeckel, in: Ebert, Andreas; Weitzel, Hans Karl (Hg.), Die Berliner Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie 1844-1994, Berlin, New York 1993, 161-178. Ulrich, Uwe; Ebert, Andreas, G.A.Wagner, In schwerer Zeit, in: Ebert, Weitzel, Gesellschaft, 193-205.

waren sie als Gynäkologen in besonderer Weise in die nationalsozialistische Bevölkerungs- und Rassenpolitik involviert, deren Politik im Kern auf die Herstellung einer Gesellschaft leistungsfähiger, (erb)gesunder und (rasen)gleicher Männer und Frauen zielte. Während der Kranken- und Judenmord der unmittelbaren „Reinigung“ des „Volkskörpers“ innerhalb einer „neuen europäischen Ordnung“ galten, übernahm die Gynäkologie mit der Durchführung der Zwangssterilisation an Frauen (wie die Chirurgie an Männern) und der eugenischen und „rassischen“ Abtreibungen den Part der präventiven „Einwirkung“ auf die „kommende Generation“ der Bevölkerung. Alle Universitätsfrauenkliniken, Landesfrauenkliniken, viele große und kleinere städtische Krankenhäuser sowie Privatkrankeanstalten führten die Zwangssterilisationen und ab 1935 auch die damit verbundenen eugenischen Schwangerschaftsabbrüche nach dem am 1. Januar 1934 in Kraft getretenen „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ (GzVeN) durch.¹⁴ Die ersten Sterilisationsbeschlüsse der Erbgesundheitsgerichte

Seite 137

fielen im März;¹⁵ wenige Wochen später begannen die Zwangseingriffe in den Kliniken.¹⁶

In Berlin waren die beiden Universitätsfrauenkliniken, die Brandenburgische Landesfrauenklinik in Berlin-Neukölln unter der Leitung des Stoeckel-

Schneck, Peter, Die Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin im Spiegel ihrer Verhandlungsberichte 1933 bis 1945, in: Ebert, Weitzel, Gesellschaft, 179-192. Vgl. auch Hinz, Georg; Ebert, Andreas; Goetze, Birgit, Der Exodus: Robert Meyer, Selmar Aschheim und Bernhard Zondek. Drei Namen für Tausende, in: Ebert, Weitzel, Gesellschaft, 206-242.

¹⁴ Das GzVeN war am 14. Juli 1933 vom Reichskabinett verabschiedet worden. „Erbkrank im Sinne dieses Gesetzes“ und damit sterilisationspflichtig war, „wer an einer der folgenden Krankheiten leidet“: „angeborener Schwachsinn, Schizophrenie, zirkuläres (manisch-depressives) Irresein, erbliche Fallsucht (Epilepsie), erblicher Veitstanz (Huntington Chorea), erbliche Blindheit, erbliche Taubheit, schwere erbliche körperliche Missbildung, schwerer Alkoholismus“. Vgl. GzVeN vom 14. Juli 1933 nebst Ausführungsverordnungen. Bearbeitet und erläutert von Gütt, Arthur; Rüdin, Ernst; Ruttke, Falk, 2. Neubearb. Aufl., München, Berlin 1936, 107 ff. Was die Sterilisationsindikationen (außer Alkoholismus) betraf, beruhte das GzVeN auf Beratungen und einem Entwurf des Preußischen Landesgesundheitsrates von 1932. Der entscheidende Unterschied zwischen dem Entwurf aus der Endphase der Weimarer Republik und dem nationalsozialistischen Gesetz war, dass jener die freiwillige Sterilisation vorsah und dieses den Zwang. Neu geschaffene „Erbgesundheitsgerichte“, besetzt mit je zwei Ärzten und einem Richter, führten die Verfahren durch und fassten die Beschlüsse über die Sterilisation, auch in Abwesenheit der Betroffenen. Zweite und letzte Instanz waren die bei den Oberlandesgerichten angegliederten „Erbgesundheitsobergerichte“.

¹⁵ Zu den Begutachtungen vgl. auch den Beitrag Roelcke in diesem Band.

¹⁶ Vgl. Bock, Gisela, Zwangssterilisation im Nationalsozialismus. Studien zur Rassenpolitik und Frauenpolitik, Opladen 1986; Hinz-Wessels, Annette, NS-Erbgesundheitsgerichte und Zwangssterilisation in der Provinz Brandenburg, Berlin 2004; Baader, Gerhard, Die Zwangssterilisation in Berlin und ihre organisatorischen Grundlagen, in: Trojan, Alf; Döhner, Annelie (Hg.), Gesellschaft – Gesundheit – Medizin. Erkundungen, Analysen und Ergebnisse, Frankfurt/M. 2002, 167-173.

Schülers Benno Ottow (1884-1975) und schon 1934 zehn weitere Krankenhäuser zur „Unfruchtbarmachung“ von Frauen „durch chirurgischen Eingriff“ nach dem GzVeN zugelassen.¹⁷

Krankenanstalten

bestimmt zur Durchführung der gerichtlich zur Verhütung erbkranken Nachwuchses angeordneten Unfruchtbarmachungen

Anstalten, die nur für den Eingriff beim Manne bzw. bei der Frau in Frage kommen, sind durch **M** bzw. **F** kenntlich gemacht

i. Freistaat Preußen	Regierungsbezirk Potsdam	Stadtgemeinde Berlin	[SE]Kh Westend, ~Charl. 9 Spandauer Chaussee 1 M
Regierungsbezirk Königsberg Bartenstein (Ostpr.): [O]JohanniterKh Gerdauen: [O]JohanniterKh Heiligenbeil: [O]JohanniterKh M Königsberg (Pr.): [U] [SE]Klin, Lange Reihe 2 [U] [SE]Klin, Drummstr. 22/24 [SE]Klin, Hinterroßgarten 52/53 Kh d. Barnherzigkeit, Diak-Anst, Hinterroßgarten 31/34 Labiau: [O]Kh M Mohrungen: [O]Kh Pr. Eylau: [O]Kh M Pr. Holland: [O]JohanniterKh Rastenburg (Ostpr.): [O]Kh Taplau: ProvHPF / [O]Kh Wehlau: ProvHPF, ~Allenberg / [SE]Kh	Angermünde: [O]Kh M Beeskow: VereinsKh Bernau b. Berlin: [O]Kh Brandenb. (Havel): Brandenb. L.Anst f. [SE] u. [F] ~Görden M / [SE]Kh Eberswalde: Brandenb. L.Anst M / Auguste-Viktoria-Heim, Kh u. Mutterhaus v. [F] Jüterbog: JohanniterKh M Königswusterhausen: Achenbach[O]Kh Kyritz (Prignitz): [O]Kh Luckenwalde: [SE]Kh M Nauen: [O]Kh Neuruppin: Brandenb. L.Anst M / [O]Kh M / [Pr]Anst v. Dr Wille M Nowawes: [O]Kh / KrüppelH d. Oberlinhauses M Oranienburg: [O]Kh Perleberg: [SE]Kh M Potsdam: Brandenb. L.Anst f. [SE] u. [F] Alte Zauche 68 M [SE]Kh, Neue Königstr. 129	[U] [SE]Klin. ~N 24, Artilleriestr. 18 [U] [SE]Klin d. Charité, ~NW 7, Schumannstr. 20/21 [U] [SE]Klin d. Charité, ~NW 7, Schumannstr. 20/21 Brandenb. [SE]Klin, ~Neuk., Martendorfer Weg 23/33 F Stulzenrauch[O]Kh, ~Lichterf., Unter den Elchen 45/46 [SE]Rudolf-Virchow-Kh, ~N 65, Augustenburger Platz 1 [SE]UrbanKh, ~S 59, Am Urban 12/18 [SE]Kh Moabit, ~NW 21, Turmstr. 21 M [SE]Horst-Wessel-Kh, ~NO 18, Landsberger Allee 159 M [SE]Oskar-Ziethen-Kh, ~Lichtenb., Hubertusstr. 4/13 Küstnir: [SE]Kh Landsberg (Warthe): Brandenb. L.Anst f. [SE] M / [SE]Kh Schwiebus: [SE]Kh Bolle-Stiftung	[SE]Kh Wilmersdorf, ~W 50, Achenbachstr. 16 M [SE]Kh, ~Spandau, Lyrnstr. 12 [SE]Kh, ~Pankow, Galenusstr. 60 M [SE]Kh Neukölln, ~Buckow, Rudower Str. 56 [SE]Kh, ~Köpenick, Achenbachstr. 1 M [SE]Kh, ~Weißensee, Schönstr. 87/90 M [SE]Kh, ~Reinickend., Teichstr. 65 M [SE]Kh f. [SE] u. [SE], ~Charl. 5, Piusstr. 4/14 F Kh Lankwitz d. Verb. d. KK Groß-Berlins, ~Lankw., Viktoriastr. 51/59 [SE]Klin u. [SE]Anst Cecilienhaus, ~Charl. 1, Berliner Str. 137 F Elisabeth-Diakonissen- u. -Kh, ~W 35, Lützowstr. 24/25

Auszug aus: Reichs-Medizinal-Kalender für Deutschland, Teil II, 56. Jg., Leipzig 1935, 61

¹⁷ Zu dieser Gruppe gehörten im Oktober 1936 folgende Krankenhäuser: Rudolf-Virchow-Krankenhaus, Robert-Koch-Krankenhaus, Krankenhaus am Urban, Krankenhaus Spandau, Auguste-Viktoria-Krankenhaus (Schöneberg), Oskar-Ziethen-Krankenhaus (Lichtenberg), Stulzenrauch-Kreiskrankenhaus Lichterfelde, Elisabeth-Diakonissen- und Krankenhaus Lützowstraße, Städtische Frauen Charlottenburg, Cecilienhaus (Charlottenburg). Vgl. Krankenanstalten zur Durchführung des chirurgischen Eingriffs des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. Runderlass RMdI v. 16.10.1934, in: Gütt, Gesetz, 368-372, 369, 372.

„Ermächtigt“ für die Durchführung der Röntgen- und Radiumkastration anstelle der operativen Sterilisation, die 1936 zusätzlich eingeführt wurde,¹⁸ waren in der I. UFK Walter Stoeckel und sein Oberarzt Günter K. F. Schultze (1896-1945), in der Charité-Frauenklinik Georg A. Wagner und ein Arzt der Charité-Strahlenabteilung sowie vier Ärzte aus vier weiteren Berliner Krankenhäusern.¹⁹

In der Landesfrauenklinik am Mariendorfer Weg war der Zwangseingriff an allen Sterilisandinnen aus den brandenburgischen psychiatrischen Anstalten konzentriert, abgesehen von den dort untergebrachten Berlinerinnen, die ab Juli 1934 in zwei städtische Berliner Krankenhäuser zur Sterilisation eingewiesen wurden. Bis Januar 1936 waren am Mariendorfer Weg bereits 800, bis Herbst 1938 über 1.600 Zwangssterilisationen ausgeführt worden; darunter auch einige an nicht in psychiatrischen Anstalten internierten Berlinerinnen und Brandenburgerinnen.²⁰ Ottow, der nicht nur die Zwangseingriffe ausführte, sondern auch als „Erbgesundheitsrichter“ am Berliner Erbgesundheitsgericht über sie entschied, galt unter allen Sterilisationsoperatoren als derjenige, „der wohl über die größte klinische Erfahrung mit der eugenischen Sterilisierung der Frau verfügt[e].“²¹ Demgegenüber waren an der Stoeckel-Klinik zwischen dem 8.10.1934 und 26.6.1936 „nur“ 50 Frauen aufgrund des GzVeN sterilisiert worden, darunter eine durch Röntgenkastration.²² Andere

¹⁸ Wegen der wachsenden Todeszahlen sterilisierter Frauen im Anschluss an die Operation konnte anstelle des Leibschnitts die „Unfruchtbarmachung durch Röntgen- oder Radiumstrahlen“ treten, wenn der operative Eingriff als zu gefährlich angesehen wurde. Statt die Sterilisation auszusetzen, verfielen die Operateure auf diese Alternative, die zu extremen körperlichen und psychischen Beschädigungen führte, denn diese Verfahren bewirkten nicht die Sterilisation, sondern die Kastration der betroffenen Frau. Die „gesetzliche Sterilisierung“ als Röntgen- oder Radiumkastration war ab dem 38. Lebensjahr zulässig, mit „Einwilligung“ der Sterilisandin auch bereits im jüngeren Alter. Die hormonellen „Ausfallserscheinungen“ wurden bei den als „erbkrank“ klassifizierten Frauen bewusst in Kauf genommen. Vgl. Bock, Zwangssterilisation, 95 f.

¹⁹ Dies waren das Robert-Koch-Krankenhaus, das Rudolf-Virchow-Krankenhaus, das Cecilienhaus und das Horst-Wessel-Krankenhaus (hier nur Röntgenkastration). Verzeichnis der Institute und Ärzte, die zur Durchführung von Unfruchtbarmachung durch Strahlenbehandlung auf Grund des Art. 3 der 5. AVO d. GzVeN v. 25.2.1936 (RGBl I, 122) ermächtigt sind, in: Gütt, Gesetz, 373.

²⁰ Hinz-Wessels, Annette, NS-Erbgesundheitsgerichte, 156. Zwangssterilisationen von Berlinerinnen aus brandenburgischen Psychiatrien wurden im Rudolf-Virchow-Krankenhaus und im Städtischen Krankenhaus Neukölln durchgeführt, ebd.

²¹ Schultze, Günter K. F., Die Anwendung des Röntgenbildes vor und nach der eugenischen Sterilisierung der Frau. Im Auszug vorgetragen auf dem Röntgenkongress Berlin 1935, Röntgenpraxis 9 (1935): 596-600, 596.

²² Wolff, B[otho], Über Sterilisierungen aus eugenischer Indikation, Inaug. Diss. Berlin 1937, Zentralblatt für Gynäkologie 62 (1938): 282 f., Rezensent: Gandow.

UFK wiesen weitaus größere Zahlen auf; so z. B. Halle allein 406 im Jahr 1935.²³ Für die Charité-Frauenklinik sind mir keine Zahlen bekannt.²⁴

Seite 139

Die Gesamtzahl der in Berlin nach dem GzVeN sterilisierten Mädchen und Frauen und ihre Verteilung auf die vom Reichsministerium des Innern bestimmten Krankenhäuser sind noch nicht erforscht. Einen Anhaltspunkt bieten die überlieferten Register des Berliner Erbgesundheitsgerichts am Amtsgericht Berlin-Charlottenburg, die teilweise von Gisela Bock ausgewertet worden sind. Sie „geben Auskunft über Name, Adresse, Beruf der Betroffenen, Antragsteller, Gerichtsbeschuß pro und contra Sterilisation, Beschwerde, Sterilisationsvollzug“.²⁵ Ob unter der letzten Rubrik auch das Krankenhaus und der Operateur notiert sind, geht aus der Untersuchung Bocks nicht hervor. Wieviele „gesetzliche“ Eingriffe insgesamt in den beiden UFK durchgeführt wurden, liesse sich womöglich aus diesen Registern eruieren. Für die vier Kammern des Berliner Erbgesundheitsgerichts verzeichnen sie zwischen 1934 und 1943 insgesamt 21.778 amtsärztliche Anträge auf ein Sterilisationsverfahren, davon rund 11.000 für Frauen und Mädchen.²⁶ Hinzu kamen die von brandenburgischen Erbgesundheitsgerichten verurteilten und in der von Ottow geleiteten Klinik am Mariendorfer Weg Sterilisierten und schließlich eine unbekannte Anzahl von Sterilisationen und Schwangerschaftsabbrüchen aus „rassischen“ und „erbpflegerischen“ Gründen auf der Basis eines Geheimlasses vom September 1940, der das Verfahren in „gesetzlich nicht geregelten Fällen“ vorschrieb. Diese Eingriffe wurden auf dem Weg über das Reichsinnenministerium vom „Reichsausschuß zur wissenschaftlichen Erfassung erb- und anlagebedingter schwerer Leiden“ (R.A.) entschieden.²⁷ Für die

²³ Grimm, Jana, Zwangssterilisation von Mädchen und Frauen während des Nationalsozialismus. Eine Analyse der Krankenakten der Universitäts-Frauenklinik Halle von 1934 bis 1945, Med. Diss. Halle-Wittenberg 2004, 20, 70. Die zeitgenössischen und inzwischen recht zahlreichen neuen Untersuchungen über einzelne UFK hier aufzuführen, ist nicht möglich.

²⁴ Für die I. UFK Berlin der Jahre 1942 bis 1944 sei auf die Untersuchung von Susanne Doetz verwiesen, die auf Krankengeschichten basiert. Doetz, Susanne, Zwangssterilisationen an der I. Berliner Universitätsfrauenklinik. Am Beispiel der zwischen 1942 und 1944 zwangssterilisierten Frauen. Diss. med., Institut für Geschichte der Medizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin (in Vorbereitung).

²⁵ Bock, Zwangssterilisation, 179.

²⁶ Ebd., 179 (Zahl der Anträge); „Tabelle 1: Sterilisandinnen im Sterilisationsgericht Berlin [...] (1. – 4. Kammer: ca. 11.000 Frauen)“, 424. Unklar ist, ob auch die abgelehnten Anträge und ausgesetzte Operationen in diese Zahl eingegangen sind oder nicht.

²⁷ Der R.A. entschied auch über die Ermordung von Kindern im Rahmen der „Kindereuthanasie“. Zur Entstehung des R.A. vgl. Roth, Karl Heinz; Aly, Götz, Das „Gesetz über Sterbehilfe bei unheilbar Kranken“. Protokolle der Diskussion über die Legalisierung der nationalsozialistischen Anstaltsmorde in den Jahren 1938-1941, in: Roth, Karl Heinz (Hg.), Erfassung zur Vernichtung, Berlin 1984, 101-179, 104 f. S. auch den Beitrag Beddies in diesem Band.

I. UFK sind einige wenige Fälle bekannt,²⁸ über die Charité-Frauenklinik wissen wir nichts. Doch sind drei weitere Fälle aus der geburtshilflich-gynäkologischen Abteilung des Berliner Polizeikrankenhauses überliefert, die von dem früheren Charité-Oberarzt Gustav Döderlein (1893-1980) geleitet wurde. In dieser Abteilung wurden offenbar nicht nur Familienangehörige von Polizeibeamten behandelt, wie er nach Kriegsende gegenüber einer Untersuchungskommission der Roten Armee ausführte,²⁹ sondern auch rassistisch indizierte Zwangssterilisationen vorgenommen, wie aus den Erinnerungen eines der Opfer, einer polizeilich dort eingelieferten Augsburgerin, hervorgeht.³⁰

Seite 140

Auch an den Massenabtreibungen bei Zwangsarbeiterinnen aus Osteuropa in den letzten beiden Kriegsjahren waren Universitätskliniken und andere Krankenhäuser beteiligt; die meisten dieser Schwangerschaftsabbrüche fanden in „Ostarbeiterbaracken“, Wohn- und Durchgangslagern statt. Inwieweit hier die beiden Berliner UFK involviert waren, ist noch nicht untersucht.³¹

Gynäkologen wirkten an der nationalsozialistischen Bevölkerungs- und Rassenpolitik nicht nur durch Zwangssterilisation und staatlich forcierte Abtreibung mit. Auch die Überprüfung von Frauen auf Fertilität bzw. Infertilität im Zusammenhang mit der Vergabe oder der Ablehnung eines Ehestandsdarlehens sowie Eheverbote nach dem Ehegesundheitsgesetz gehören in diesen Kontext.³² Als Methoden eingreifender Diagnostik sind hier die Pertubation (Tubendurchblasung) und die Salpingographie zu nennen. Letztere

²⁸ Vgl. Doetz, Sterilisation. Stoeckel stellt in seinen Erinnerungen nur einen Fall vor, in dem er wegen zu weit vorgeschrittener Schwangerschaft den „erlaubten“ Eingriff – de facto die Tötung einer einzuleitenden Frühgeburt im siebten Monat – ablehnte. Stoeckel, Erinnerungen, 87 ff.

²⁹ Vgl. David, Matthias, Albert und Gustav Döderlein – ein kritischer Blick auf zwei besondere Lebensläufe deutscher Ordinarien, Zentralblatt für Gynäkologie 128 (2006): 56-59, 58.

³⁰ Vgl. Römer, Gernot, Sterilisiert, weil der Vater ein Afrikaner war, in: ders., Die grauen Busse in Schwaben. Wie das Dritte Reich mit Geisteskranken und Schwangeren umging. Berichte, Dokumente, Zahlen und Bilder, Augsburg 1986, 12-18.

³¹ Vgl. u.a. Frobenius, Wolfgang, Abtreibungen bei „Ostarbeiterinnen“ in Erlangen. Hochschulmediziner als Helfer des NS-Regimes, in: Frewer, Andreas; Siedbürger, Günther (Hg.), Medizin und Zwangsarbeit im Nationalsozialismus. Einsatz und Behandlung von „Ausländern“ im Gesundheitswesen, Frankfurt/M. 2004, 283-307; Czarnowski, Gabriele, „Vom reichen Material ... einer wissenschaftlichen Arbeitsstätte“. Zum Problem missbräuchlicher medizinischer Praktiken an der Grazer UFK in der Zeit des Nationalsozialismus. In: Freidl, Wolfgang; Sauer, Werner (Hg.), NS-Wissenschaft als Vernichtungsinstrument, Wien 2004, 225-273, 239 ff., mit weiteren Literaturhinweisen.

³² Das „Gesetz zum Schutze der Erbgesundheit des deutschen Volkes“, kurz Ehegesundheitsgesetz (EGG), wurde im September 1935 erlassen. Nach § 1 (1) EGG durfte eine Ehe nicht geschlossen werden, wenn a) „einer der Verlobten“ an einer ansteckenden Krankheit litt (in erster Linie Tuberkulose und Geschlechtskrankheiten), b) entmündigt war oder unter vorläufiger Vormundschaft stand, c) an einer „geistigen Störung [litt], welche die Eheschließung für die Volksgemeinschaft unerwünscht erscheinen läßt“ und wenn d) er oder sie „an einer Erbkrankheit im Sinne des GzVeN leidet“. § 1 (2) EGG erlaubte unter bestimmten Umständen die „eugenische Mischehe“ bei Unfruchtbarkeit des/der nicht-„erbkranken“ Verlobten – die Kehrseite des rassenhygienischen „Mischehen“-Verbots, damit dem Staat kein „Verlust

wurde auch bei bestimmten Sterilisandinnen angewandt, um die Zwangssterilisation möglicherweise auszusetzen. Ergab das Kontrastmittel-Röntgenverfahren einen Verschluss beider Eileiter, so war der chirurgische Eingriff „unnötig“, weil die Frau bereits unfruchtbar war. Allerdings sollte sie sich in gewissen Zeitabständen zur „Sicherheitskontrolle“ einfinden.³³ Auch zur „Erfolgskontrolle“ der Zwangssterilisation wurde die Salpingographie benutzt, wenngleich ihre Aussagekraft hier umstritten war.³⁴

Handelte es sich bei Zwangssterilisation, eugenischen und „rassischen“ Schwangerschaftsabbrüchen und Fertilitätskontrollen um die Durchführung von „Staatsaufgaben“, so legten Gynäkologen in der boomenden Fertilitätsbehandlung bis hin zur künstlichen Befruchtung von sich aus eugenische Maßstäbe an. Für den langjährigen Oberarzt Stoeckels, Günter K. F. Schultze, war dieses selbstverständlich:

Seite 141

„Als Gegenindikation [für die künstliche Befruchtung, G. C.] gilt, wie für jede Sterilitätsbehandlung überhaupt, die Feststellung einer Krankheit oder Anlage, die eine Fortpflanzung eines der beiden Ehepartner nicht wünschenswert erscheinen lassen.“³⁵

Ob auch bei plastischen Operationen wie der Herstellung einer fehlenden Vagina eugenische Gesichtspunkte eine Rolle spielten, ist noch nicht untersucht. Durch eine solche Operation wurde die Patientin bei bleibender Unfruchtbarkeit „ehefähig“ (d. h. koitusfähig) gemacht. Wagner äußerte sich nach einem Referat von Stoeckels Oberarzt Helmut Kraatz (1902-1983) über künstliche Scheidenbildung in der Sitzung der Berliner Gynäkologischen Gesellschaft im Dezember 1937 so:

„In jenen Fällen [...], in welchen wir sehen, daß der Mann ein prachtvoller und wertvoller Mensch ist, bei dem das Abreißen der Kette der Entwicklung einen Schaden für das Volksganze bedeuten würde, sollten wir alles daransetzen, den Mann und die Frau im Interesse des Volksganzen zu einem Verzicht [der Heirat,

wertvollen Erbguts“ entstehe. Vgl. Czarnowski, Gabriele, *Das kontrollierte Paar. Ehe- und Sexualpolitik im Nationalsozialismus*, Weinheim 1991.

³³ Vgl. Czarnowski, Gabriele, „Die restlose Beherrschung dieser Materie“. Beziehungen zwischen Zwangssterilisation und gynäkologischer Sterilitätsforschung im Nationalsozialismus, *Zeitschrift für Sexualforschung* 14 (2001): 226-246, 242.

³⁴ Vgl. Schultze, Anwendung; ders., *Gynäkologische Röntgendiagnostik. Hysterosalpingographie, Physiologie und Pathologie der gynäkologischen Kontrastdarstellung*, Stuttgart 1939, 194 ff.; hier auch: *Schädigungen und Gefahren bei der Hysterosalpingographie*, 75-97.

³⁵ Schultze, Günter K. F., *Künstliche Befruchtung. Ihre Stellung im Gesamtrahmen der Sterilitätsbehandlung*, *Zentralblatt für Gynäkologie* 65 (1941), 988-1012, 1004. In diese Veröffentlichung flossen auch Erfahrungen aus der I. UFK Berlin ein, die Schultze 1938 wegen seiner Berufung nach Greifswald verließ. Er befasste sich mit diesem Thema seit 1931. Schultze war beratender Arzt der SS-Einrichtung „Lebensborn“ und einer der von Himmler beauftragten fünf Ärzte für die Fertilitätsbehandlung von SS-Ehen. 1945 nahm er sich das Leben. Vgl. Lilienthal, Georg, *Der „Lebensborn e.V.“. Ein Instrument nationalsozialistischer Rassenpolitik*, Stuttgart/New York 1985, 55, 143.

G. C.] zu bewegen. Dies mag manchmal grausam erscheinen. Ohne Härte geht es aber nun einmal nicht immer ab.³⁶

Wie Stoeckel in seinem Wiener Vortrag glaubte auch Wagner an die Notwendigkeit ärztlich durchzusetzender „Härte“ gegenüber individuellen Lebensentwürfen von Patientinnen.

STERILISATION, ZWANGSSTERILISATION UND DIE BERLINER GYNÄKOLOGIE

Gynäkologen sterilisierten Frauen seit den 1880/90er-Jahren.³⁷ Das Literaturverzeichnis im nationalsozialistischen Kommentar zum GzVeN enthielt einschlägige Titel aus Handbüchern, Lehrbüchern und Zeitschriften seit 1897.³⁸ Unter den sechs aufgeführten „Operationslehren“ stammten drei aus Berlin: 1. die „Gynäkologischen Operationen“ vom Vorgänger Wagners an der Charité, Karl Franz (1870-1926), aus dem Jahr 1925, 2. von Wagner selbst „Die Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen“ aus der mehrbändigen Kerschnerschen „Allgemeinen und speziellen Operationslehre“ von 1933, und 3. aus der Stoeckelschen Schule die „Gynäkologischen Operationen“ von Felix von Mikulicz-Radecki (1862-1966), die ebenfalls vor Beginn der nationalsozialistischen Diktatur für die Drucklegung fertiggestellt gewesen sein dürften.³⁹ Außerdem war eine umfangreiche Liste von

Seite 142

„Einzelarbeiten“ angegeben. Die hier genannten wissenschaftlichen Beiträge der Jahre vor 1934 bezogen sich auf Sterilisationen im Rahmen des privaten Arzt-Patientinnen-Verhältnisses. Diese Eingriffe waren in der Regel medizinisch indiziert, teilweise gemischt gynäkologisch-eugenisch-sozial, und von Beginn an auch eugenisch bzw. rassenhygienisch oder „sozialpolitisch“ begründet.⁴⁰ Aus der Literatur ergibt sich somit ein breites Spektrum medizinisch begründeter Handlungsmöglichkeiten. Diese reichten von Eingriffen, die zusammen mit einer gynäkologischen Operation zur Behebung von Beschwerden, wie etwa Gebärmuttervorfall oder Gebärmutterensenkung, auf Wunsch der Frau vorgenommen wurden, wenn sie bereits mehrere Kinder geboren hatte und ihre Gebärphase mit einer „Sanierung“ des Unterleibs abschließen wollte,

³⁶ Zit. nach Schneck, Gesellschaft, 186 f.

³⁷ Fraenkel nennt allein 53 Autoren, die Methoden der Operation am Eileiter zum Zweck der Sterilisation erdacht, praktiziert und publiziert hatten. Fraenkel, Ludwig, Sterilisierung und Konzeptionsverhütung, Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie Frankfurt/M. 1931, Archiv für Gynäkologie 144 (1931): 86-132, 86 ff.

³⁸ Eymer, Heinrich, Die Unfruchtbarmachung der Frau, in: Gütt, Gesetz, 327-346, 344 ff.

³⁹ Franz, Karl, Gynäkologische Operationen, Berlin 1925. Wagner, G. A., Die Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen, in: Kerschner, Martin, Allgemeine und spezielle chirurgische Operationslehre, V. Bd., 1. T., Berlin 1933, 361. Mikulicz-Radecki, Felix v., Gynäkologische Operationen, Leipzig 1933.

⁴⁰ Bergmann, Anna, Die verhütete Sexualität. Die medizinische Bemächtigung des Lebens. Berlin 1998, 206 ff.

über die medizinische Indikation zur Abwendung einer schweren Gefahr für das Leben und die Gesundheit der Mutter bei einer Schwangerschaft und Geburt bis hin zu eugenisch motivierten Eingriffen an „Minderwertigen“. Letztere nahmen gerade in den 1920er-Jahren und besonders während der Weltwirtschaftskrise zu,⁴¹ obwohl hierfür keine juristische Grundlage existierte, durch die dieser Eingriff nicht als Körperverletzung interpretiert werden konnte. Hierzu zählten auch eugenische Sterilisationen, die in „wohlmeinender“ Absicht ohne das Wissen von Patientinnen durchgeführt wurden, nicht selten in Zusammenhang mit einem gewünschten Schwangerschaftsabbruch.⁴² Die ebenfalls zunehmende freiwillige Sterilisation galt Ärzten und Ärztinnen der Sexualreformbewegung als eine der besten und einfachsten Methoden der Empfängnisverhütung, von Rassenhygienikern hingegen wurde sie wegen ihrer gesellschaftlich „dysgenischen“ Wirkung als „Gefälligkeitssterilisation“ bekämpft und folglich während des Nationalsozialismus strikt verboten.

Das nationalsozialistische Sterilisationsgesetz und seine praktische Durchführung setzten eine breite berufsöffentliche Debatte auf Versammlungen sowie in der medizinischen und gynäkologischen Fachliteratur in Gang. Über Diskussionsbeiträge hinaus engagierten sich die beiden Berliner Ordinarien hier in unterschiedlicher Weise. Wagner äußerte sich zur „gesetzlichen Sterilisation“ explizit als Operateur und genetisch versierter Gynäkologe. In beide Richtungen unterstützte er als Referent in Fortbildungsveranstaltungen die Popularisierung und Durchführung des GzVeN in den damit befassten Berufsgruppen.⁴³ Im Juni 1934 sprach er vor der

Seite 143

Berliner Medizinischen Gesellschaft, die eine „Vortragsreihe über Vererbung von Vertretern verschiedener Fachgebiete“ veranstaltete, über „Erbfaktoren in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe“.⁴⁴ Auch stand Wagner als Operateur einer unbekanntenen Anzahl von Zwangssterilisationen vor der Kamera: Gustav Döderlein führte auf dem Gynäkologenkongress 1935 „Aus-

⁴¹ Bock, Zwangssterilisation, 48.

⁴² Osborne, Cornelia, Ärztinnen und Geschlechteridentität in der Weimarer Republik, in: Lindner, Ulrike; Niehuss, Merith (Hg.), Ärztinnen – Patientinnen. Frauen im deutschen und britischen Gesundheitswesen des 20. Jahrhunderts, Köln, Weimar, Wien 2002, 73-94, 87 f.

⁴³ Vgl. Wagner, Georg August, Die Technik der Unfruchtbarmachung, in: Bonhoeffer, Karl (Hg.), Die psychiatrischen Aufgaben bei der Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses; mit einem Anhang: Die Technik der Unfruchtbarmachung. Klinische Vorträge im erbbiologischen Kurs, Berlin März 1934, Berlin 1934. Ders., Frauenkrankheiten und Störungen der physiologischen Funktionen der Frau unter dem Gesichtspunkt der Vererblichkeit, in: Klein, Wilhelm (Hg.), Wer ist erbggesund und wer ist erbkrank? Praktische Ratschläge für die Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ und zur Verleihung der Ehrenpatenschaft, Jena 1935.

⁴⁴ Wagner, Georg A., Erbfaktoren in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Deutsche Medizinische Wochenschrift 60 (1934): 1425-1429.

schnitte aus Lehrfilmen“ über „die an der Berliner Charité-Frauenklinik angewandten Verfahren zur operativen Unfruchtbarmachung“ vor, aufgenommen „mit einer Spezialoptik des Kinematographischen Instituts der Charité“. Acht verschiedene Sterilisationsmethoden wurden gezeigt. Die Filme waren so konzipiert, dass sie „sich auch zur Verwendung in Operationskursen mit allgemeinen Fragestellungen“ eignen sollten.⁴⁵ Die Tatsache, dass es sich hier um einen staatlich verordneten Zwangseingriff handelte, der die Interessen der Betroffenen ignorierte, fand keine Berücksichtigung. Lehrfilme wurden auch in der von Stoeckel geleiteten Klinik gedreht und in einem Filmarchiv gesammelt. Ob Filme über Zwangssterilisationen darunter waren, ist unbekannt.⁴⁶

Während Wagner hinsichtlich der Zwangssterilisation publizistisch als Operateur und erbpathologisch interessierter Gynäkologe in Erscheinung trat, unterstützte Stoeckel das GzVeN in seinen Ämtern, Lehrbüchern und besonders als Herausgeber von Fachzeitschriften. Für die 23. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie im Oktober 1933, auf der Stoeckel als 1931 gewählter Vorsitzender mit gewaltiger völkischer Rhetorik die politische und rassische „Gleichschaltung“ der Gesellschaft mit den neuen Machthabern vollzog,⁴⁷ hatte er das Thema „Eingriffe aus eugenischer Indikation“ auf die Tagesordnung gesetzt und als Referenten Eugen Fischer (1874-1967), Direktor des Kaiser-Wilhelm-Instituts für Anthropologie, menschliche Erb- lehre und Eugenik in Berlin-Dahlem, den Strafrechtler Eduard Kohlrausch (1874-1948) aus Berlin, den Direktor der psychiatrischen Universitätsklinik München, Oswald Bumke (1877-1950), sowie Ludwig Seitz (1872-1961), Direktor der UFK Frankfurt am Main, eingeladen. Mit Eugen Fischer, der zu dieser Zeit auch Rektor der Berliner Universität war, hatte Stoeckel nicht nur den Leiter der wichtigsten zeitgenössischen Forschungsstätte für Eugenik und Erbforschung, sondern auch einen Gegner der „Rassenmischung“ und dezidierten Befürworter der

Seite 144

⁴⁵ Döderlein, Gustav, Filmvorführung. Die Verfahren zur operativen Unfruchtbarmachung der Frau, Archiv für Gynäkologie 161 (1936). Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie, München 1935, 461 f.

⁴⁶ Stoeckel, Erinnerungen, 314 ff.

⁴⁷ Die beiden jüdischen Vorstandsmitglieder Ludwig Fraenkel – schon vor seiner offiziellen Entlassung als Direktor der UFK Breslau von Studenten vertrieben – und Siegfried Hammerschlag – 1933 als Chef der Brandenburgischen Landesfrauenklinik und Hebammenlehranstalt in Berlin-Neukölln abgesetzt – waren bereits zurückgetreten und gar nicht mehr erschienen. Vgl. Simmer, Hans H., Gynäkologische Endokrinologie in den Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie von 1886 bis 1935. Beiträge deutschsprachiger Frauenärzte, in: Beck, Geschichte, 183-219, 205 ff. Winau, Rolf, Die Rolle der Gynäkologie und Geburtshilfe und der dort tätigen Ärztinnen und Ärzte zwischen 1933 und 1945, in: Kentenich, Heribert; Rauffuss, Martina; Peter Diederichs (Hg), Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe, Berlin 1994, 13-20.

Zwangssterilisation ausgewählt.⁴⁸ In der Diskussion ließ er auch den einzigen dezidierten Gegner, den katholischen Frauenarzt und Sozialhygieniker Albert Niedermeyer (1888-1957), kurz zu Wort kommen.⁴⁹

Als Stoeckels wichtigste Funktion hinsichtlich der Zwangssterilisation ist seine Tätigkeit als langjähriger Herausgeber zweier Fachblätter anzusehen, der „Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie“ sowie des wöchentlich erscheinenden „Zentralblatts für Gynäkologie“. Jedes Manuskript ging über seinen Schreibtisch.⁵⁰ Vor allem im „Zentralblatt für Gynäkologie“ förderte er die fachinterne Debatte über die „gesetzliche Sterilisierung“. Bis 1941 wurden hier zu diesem Thema 51 Beiträge publiziert (die meisten 1935, 1936 und 1939),⁵¹ außerdem Sitzungsberichte regionaler gynäkologischer Gesellschaften, Kongressberichte über die Chirurgenversammlung 1935 und die Tagung der Deutschen Röntgengesellschaft 1939, auf denen die „gesetzliche Unfruchtbarmachung“ Thema gewesen war, schließlich Rezensionen über einschlägige Beiträge aus der Fachpresse, auch der internationalen. Erwähnenswert ist, dass Stoeckel nicht nur Operateure aus den Universitätskliniken, Landesfrauenkliniken und großen städtischen Krankenhäusern zu Wort kommen ließ (wenngleich sie in der Mehrheit waren), sondern auch Operateure aus privaten Einrichtungen und Kreiskrankenhäusern. Oder umgekehrt: Am ärztlichen Erfahrungsaustausch über die Zwangssterilisation beteiligten sich Operateure aller Gruppen, vom Ordinarius bis zum von der Zunft oft geschmähten „Chirurgogynäkologen“ am kleinen Krankenhaus ohne gynäkologische Abteilung.⁵² Besonders exponierten sich Stoeckels langjähriger Oberarzt Felix von Mikulicz-Radecki, seit 1934 Klinikchef und Ordinarius in Königsberg/Preußen (ab 1953 an der neuen UFK der Freien Universität in West-Berlin)⁵³ und Benno Ottow, der als Nachfolger Hammerschlags die Brandenburgische Landesfrauenklinik „kompromisslos“ „in die Gesamtheit des nationalsozialistischen Staatsgefüges“ einzugliedern gedachte.⁵⁴

⁴⁸ Zum Kaiser Wilhelm-Institut für Anthropologie und Fischer vgl. zuletzt: Schmuhl, Walter, Grenzüberschreitungen. Das Kaiser-Wilhelm-Institut für Anthropologie, menschliche Erblehre und Eugenik 1927 – 1945, Göttingen 2005.

⁴⁹ Archiv für Gynäkologie 156 (1934): 142-149. Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie zu Berlin 1933; Niedermeyer, Albert, Wahn, Wissenschaft und Wahrheit. Lebenserinnerungen eines Arztes, Innsbruck, Wien, München 1956, 277 ff.

⁵⁰ „Originalmitteilungen, Sitzungsberichte und Referate sowie Monographien, Sonderdrucke und Büchersendungen für das Zentralblatt wolle man an Prof. Dr. W. Stoeckel in Berlin, Universitätsfrauenklinik (Artilleriestr. 18) einsenden“, lautete etwa die Aufforderung in den Heften des Zentralblatts für Gynäkologie.

⁵¹ Zimmermann, Susanne; Zimmermann, Thomas, „Wer erbkrank ist, kann durch chirurgischen Eingriff unfruchtbar gemacht werden ...“. Zwangssterilisationen in Deutschland während der Zeit des Nationalsozialismus, Zentralblatt für Gynäkologie 119 (1997): 143-148, 145.

⁵² Krabbel, M., Zur Technik der eugenischen Sterilisation, Zentralblatt für Gynäkologie 63 (1939): 157 f.

⁵³ Zu Mikulicz-Radecki vgl. Czarnowski, Beherrschung, 234 ff.

⁵⁴ Zur Person Ottows und zum Zitatnachweis vgl. Hinz-Wessels, Annette, NS-Erbgesundheitsgerichte, 154-159, 155.

„SPERMIENSICHERHEIT“ VERSUS „LEBENSICHERHEIT“

Die neue Aufgabe, vor die sich die Sterilisationsoperateure 1934 gestellt sahen, betraf weniger die Techniken des operativen Eingriffs, sondern den Zwang, mit dem er von Staats wegen durchzuführen war. Wie war der Widerstand sich wehrender Patientinnen zu brechen? Wie war mit Verzweifelten nach der Operation umzugehen, die alle ärztlichen Verhaltensregeln zur körperlichen Genesung in den Wind schlugen, etwa mit großer Bauchwunde aus dem Bett sprangen oder aus dem Fenster, sich als „Entfesselungskünstler“ zeigten, stundenlang schrieen⁵⁵ oder aber kaum noch zu atmen wagten, still im Bett lagen oder die Verbände abrissen und an den Wunden manipulierten? All dies waren in Frauenkliniken bis zu den „gesetzlichen Sterilisationen“ weitgehend unbekannte Phänomene, die nicht zuletzt ihren Ruf in Gefahr brachten. Die Strategien der großen Mehrzahl der Gynäkologen zur Vermeidung von Krankheit und Tod setzten nicht an der Ablehnung des Zwangs als „Kontraindikation“ für den Eingriff an, sondern bewegten sich in „voller Übereinstimmung“ mit den „idealen Zielen“ des Gesetzes auf einer Ebene, welche die „Schonung“ der Patientin mit der Durchsetzung des Staatsauftrags zu verbinden suchte, unter Anwendung von Täuschung, Überrumpelung und Ausspielen der sozialen Hierarchie. Der operierende Arzt, dem selbst kein gesetzlicher Zwang zur Sterilisation auferlegt war, sah sich in der Regel nicht als „Vollstrecker“ eines Urteils. Der Operateur handelte eigenverantwortlich und selbstständig, wie immer wieder betont wurde. Zwar stand ihm nicht die Nachprüfung der Diagnose des Erbgesundheitsgerichts zu, wohl aber die ärztliche Entscheidung über die Durchführung der Operation. Und die konnte und musste er ablehnen, wenn es aus seiner Sicht notwendig war.⁵⁶ Nur: Zu solchen Ablehnungen kam es kaum.

Nach Mikulicz-Radecki sollten daher die in die Klinik aufgenommenen Patientinnen nicht sofort operiert, sondern zunächst einige Tage vor dem Eingriff „beobachtet“ werden.⁵⁷ In dieser Zeit sollten die gynäkologischen Untersuchungen auf Fruchtbarkeit (ob eine Sterilisation überhaupt notwendig war oder nicht) und die Prüfung auf Operationsfähigkeit (ob vorhandene Krankheiten oder Entzündungen den operativen Eingriff aktuell oder überhaupt

⁵⁵ Grimm, Zwangssterilisation, 19, aus einem Schreiben des Klinikchefs, mit dem er mehr Personal anforderte, Zitatnachweis ebd.

⁵⁶ Ottow, Benno, Klinische Erfahrungen und Richtlinien bei der gesetzlichen Unfruchtbarmachung erbkranker Frauen, Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie München 1935, Archiv für Gynäkologie 161 (1936): 415-452, 416.

⁵⁷ Vgl hierzu und zum Folgenden Mikulicz-Radecki, Felix von, Die Sterilisierung bei der Frau, in: Bauer, Karl Heinrich; Mikulicz-Radecki, Felix v., Die Praxis der Sterilisierungsoperationen, Leipzig 1936, 61-149. Vgl. vor allem auch das Kapitel „Besondere Betreuung der erbkranken Patienten in einer Frauenklinik“, ebd.

nicht zuließen) stattfinden. Die Wartezeit sollte zugleich aber auch der „Beruhigung“ der Frauen und Mädchen durch Gewöhnung an das Klinikmilieu, an Schwestern und Ärzten dienen. Auch wollten die Operateure über das Ziel des GzVeN „aufklären“, der Sterilisandin und ihren Angehörigen nahebringen, warum sie dieses „Opfer“ zu bringen hätten (aus „Verantwortung gegenüber eigener Nachkommenschaft und gegenüber der Zukunft des

Seite 146

Volkes“⁵⁸) oder gar ihr „Einverständnis“ zu gewinnen versuchen.⁵⁹ Dabei vertrauten die Operateure ihrer „ärztlichen Autorität“: Die „Kunst der Menschenbehandlung“ sollte „einen körperlichen Zwang [...] überflüssig machen“.⁶⁰ Ottow konzedierte bei bestimmten „Erbkranken“ durchaus eine „individuell tragische Situation“.⁶¹

Wenn all dieses nichts fruchtete, ein „seelischer Kontakt“ nicht herzustellen war und die Sterilisandin sich von vornherein oder nach wie vor „unzugänglich“ zeigte, wurde anfangs noch manche „renitente“ Patientin wegen Inoperabilität wieder entlassen und/oder in der Psychiatrie sterilisiert. Doch griff man bald zu List, Betrug und Gewalt, um „das Gesetz“ gegen den Willen der Betroffenen durchzuführen. Die Hauptrolle spielten hier verschiedene Wege und Mittel der Betäubung, die in einzelnen Stadien des Untersuchungs- und Operationsprozesses sowie in der nachoperativen Phase eingesetzt wurden, teilweise in Kombination mit der äußerlich nicht erkennbaren Sterilisation durch die Vagina. So konnte schon die geforderte „gründliche gynäkologische Untersuchung vor der Operation [...] bei Bedarf in Evipanrausch oder unter Morphinwirkung“ erfolgen.⁶² Geling das nicht, wurde die Frau nicht angefasst und die gynäkologische Untersuchung fand während der Vollnarkose direkt vor der Operation statt. Das Sich-Wehren der Sterilisandin gegen die hierzu erforderliche Inhalationsnarkose – etwa zwei Drittel der Todesfälle im ersten Jahr standen im Zusammenhang mit Narkoseproblemen – wurde dadurch umgangen, dass

„[...] ihr eine Rektal-Basisnarkose vorausgeschickt wird. Erhält die Pat.[ientin] in ihrem Bett einen Narkoseeinlauf, über dessen Bedeutung sie gar nicht unterrichtet ist, so schläft sie in Unkenntnis über den Operationstermin und in Unkenntnis über den Narkosebeginn ruhig ein und sträubt sich nicht mehr gegen die später beginnende Inhalationsnarkose“,

⁵⁸ Ottow, Benno, Zur Klinik der gesetzlichen Unfruchtbarmachung der Frau, Deutsche medizinische Wochenschrift 61 (1935): 585-590, 589.

⁵⁹ Ottow, Klinik, 589.

⁶⁰ Mayer, August, Grundsätzliches zur Klinik der eugenischen Sterilisierung, Zentralblatt für Gynäkologie 58 (1934): 1986-1992, 1988.

⁶¹ Ottow, Klinik, 589.

⁶² Mikulicz-Radecki, Felix v., Sammelstatistik über eugenische Sterilisierungen bei der Frau und daraus sich ergebende Richtlinien, Zentralblatt für Gynäkologie 59 (1935), 1749-1759, 1751.

berichtete von Mikulicz-Radecki auf dem Chirurgenkongress 1935 im Zusammenhang mit der Diskussion über die Todesursachen der bis dahin an der Zwangssterilisation verstorbenen Frauen.⁶³ Sein Assistent stellte dieses noch genauer dar:

„Die Patientinnen wissen gar nicht, wann sie operiert werden. Sie bekommen morgens im Bett von der Schwester einen ‚Einlauf‘ und wachen am Abend auf, ohne irgendeine Erinnerung an den Arzt oder die Narkose zu haben. Man kann immer wieder hören, wie solche Frauen am Abend sagen: ‚Aber operieren laß ich mich nicht!‘ Für solche Fälle möchten wir das Rectidon nicht missen.“⁶⁴

Ähnliches trug Ottow auf der Sitzung der Berliner Medizinischen Gesellschaft im Frühjahr 1935 vor. Er hatte bei einzelnen Sterilisandinnen, die jeden Untersuchungsversuch

Seite 147

„mit hartnäckigem Widerstand, der bis zum Toben ausartet“ beantwortet hatten, angeblich „schnell und schonend“ eine Zwangsnarkose eingeleitet und stellte das Resultat dieses ungleichen Kampfes der Fachöffentlichkeit wie folgt vor:

„Bereits am nächsten Tag saß die Kranke völlig wohl und über uns triumphierend im Bett. Sie fühlte sich den Ärzten gegenüber als Siegerin, da sie annahm, nach wie vor nicht berührt und untersucht zu sein. Sie verließ die Klinik vaginal sterilisiert, jedoch in dem vollen Bewußtsein, unsere Untersuchungsabsichten restlos zurückgewiesen zu haben. Des erfolgten Eingriffs ist sie sich gar nicht bewußt geworden.“⁶⁵

Während Wagner oder der Tübinger Klinikchef August Mayer (1878-1968) sich wirklich besorgt über die Wirkung etwa eines „Narkoseüberfalls“ äußerten (was aber nicht bedeutet, dass sie die Zwangssterilisation ablehnten), fand Ottow die Anwendung von Zwang nur „unsympathisch“.⁶⁶

Wie widerstrebende Sterilisandinnen an der I. UFK Berlin behandelt wurden, lässt sich womöglich in einer zeitgenössischen Dissertation nachlesen, die im „Zentralblatt für Gynäkologie“ besprochen wurde.⁶⁷ Von den 50 Frauen, die bis Ende Juni 1936 in der Stoeckel-Klinik sterilisiert worden waren, waren nur

„24 (48%) [...] mit der Unfruchtbarmachung einverstanden, doch hatten nur 3 Frauen selbst den Antrag gestellt“,

wie der Rezensent schreibt. Was geschah mit den 26 anderen? Ist es Zufall, dass „in 26 Fällen postoperative Komplikationen (Wundkomplikationen, Bronchitis, Cystitis [Blasenentzündung, G. C.] usw.“ auftraten? Bei nur einer Sterilisandin lehnte der Operateur den Eingriff wegen Schwangerschaft und

⁶³ Ebd. 1753.

⁶⁴ Schultze, Kurt, Über Rectidon-Basisnarkosen in der Gynäkologie, besonders bei eugenischen Sterilisationen, Zentralblatt für Gynäkologie 59 (1935), 1535-1538, 1534 f.

⁶⁵ Ottow, Klinik, 587.

⁶⁶ Ebd., 587.

⁶⁷ Wolff, Sterilisierungen, Zentralblatt für Gynäkologie 62 (1938): 282 f.

„frischer Adnexentzündung“ ab. Eine Frau starb. Sie war nach der Operation „wegen großer Unruhe in die psychiatrische Klinik verlegt [worden]“.⁶⁸

Die Zwangssterilisation war immer eine eingreifende Operation. Deutlich wie sonst keiner skizzierte der Leiter der geburtshilflich-gynäkologischen Abteilung eines Kreiskrankenhauses die Gefahren für die Patientinnen des bei den meisten Operateuren wegen seiner „Übersichtlichkeit“ beliebten und deshalb häufig angewandten Bauchschnitts. Durch „Zurückstopfen der Därme“ mit Bauchtüchern und Schwämmen entstünden Reibung und Druck und der Darm trockne aus. Technisch komplizierte und deshalb länger dauernde Eingriffe an den Eileitern, wie sie von Kollegen zur Erhöhung der „Sicherheit“ gegen „Versager“ (= Eintritt einer Schwangerschaft!) ausprobiert und in vielen Variationen vorgeschlagen worden waren, führten zur Auskühlung und zur Schädigung „durch Invasion von Keimen“ in die offene Bauchhöhle. Eingreifendere Verfahren konnten überdies beträchtliche Blutungen und schmerzhaftes Gewebsverwachsungen bis hin zum möglicherweise tödlichen Darmverschluss nach sich ziehen.⁶⁹ Er setzte deshalb auf den „Zugang durch den Leistenkanal“, wodurch die Bauchhöhle nicht geöffnet werden musste.

Seite 148

In der „lebhaften Aussprache“⁷⁰ um „Spermiensicherheit“⁷¹ versus „Lebenssicherheit“⁷² auf Kongressen und in der Fachpresse gehörte dieser Operateur aus der untersten Gruppe in der Hierarchie der Krankenhäuser mit einzelnen Ordinarien – darunter auch Stoeckel – zu denjenigen, die bei grundsätzlicher Zustimmung zum GzVeN die Operationsschäden für die Frauen und Mädchen möglichst gering halten wollten. Andere traten hingegen in einen experimentellen Wettstreit um die „sicherste“ Sterilisationsmethode, bis hin zur Forderung nach der gesetzlichen Einführung verbindlicher Operationsrichtlinien für ein Standardverfahren, das eine mögliche operative Wiederherstellung der Eileiter völlig ausschloss.

Stoeckel bediente sich nicht immer einer so drastischen Rhetorik wie in seiner Eröffnungsrede des Gynäkologenkongresses 1933 oder in Wien 1937. Auf der erwähnten Versammlung der Berliner Medizinischen Gesellschaft im Frühjahr 1935 nahm er zu dem Vortrag Ottows knapp und sachlich Stellung.

⁶⁸ Als Todesursache wird „eitrige Paraodontitis“ (Zahnfleischentzündung) angegeben.

⁶⁹ Briem, W., Kritik und Vorschlag zur operativen Unfruchtbarmachung, Zentralblatt für Gynäkologie 63 (1939): 1423-1428, 1423 f.

⁷⁰ So charakterisierte Stoeckels Oberarzt Paul Caffier (1898-1945) die Debatte zum ersten Hauptreferat „Sterilisation“ in seinem Kongressbericht über die 59. Tagung der deutschen Gesellschaft für Chirurgie in Berlin, in der es um „Fragen der operativen Technik“ und „die Frage der Zeugungsfähigkeit aus dem Restsamen“ ging. Die beiden Referenten waren der Chirurg Karl Heinrich Bauer und Felix von Mikulicz-Radecki. Caffier, Paul, Kongressbericht, Zentralblatt für Gynäkologie 59 (1935): 1459-1499, 1472.

⁷¹ „Spermiensicher“ kommt sechsmal vor in Ottow, Erfahrungen, 430, 432, 433, 437, 438, 441.

⁷² Hilgenberg, F. C., Die sinngemäße Sterilisationsmethode zur Unfruchtbarmachung erbkranker Frauen, Zentralblatt für Gynäkologie 59 (1935): 1453 f., 1453.

Was die Sterilisationsoperation betraf, vertrat er im Gegensatz etwa zu Mikulicz-Radecki, Ottow und Wagner die weniger eingreifende Methode nach Madlener, die die Quetschung der Eileiter statt ihrer vollständigen Entfernung vorsah. Außerdem wandte er sich entschieden gegen den von Nichtgynäkologen kommenden Vorschlag der Gebärmutterentfernung als dem „sichersten“ Verfahren, „erbkranken Nachwuchs“ zu verhindern. Zum Einen war ihm wichtig, die Morbiditäts- und Mortalitätsrate gering zu halten; zum Anderen sah er „eine möglichst wenig verstümmelnde Methode ohne Schädigung der Funktion“ als das „Erstrebenswerte“ an.⁷³ Wagner hingegen sprach sich auf derselben Sitzung für die Entfernung des Uterus bei Frauen und Mädchen aus, die wegen der Indikation „Schwachsinn“ zu sterilisieren waren. Er sah darin eine Präventivmaßnahme gegen eine mögliche Ansteckung junger Männer mit Gonorrhoe, um einer eventuellen Sterilität bei deren späteren „erbmäßig höchst wertvollen“ Ehefrauen vorzubeugen.

„Wenn auch sonst die Erhaltung der Menstruation nach der unfruchtbarmachenden Operation aus psychischen Gründen dringend notwendig“ sei, „so sollte bei den Schwachsinnigen diese Rücksicht hinter der Rücksicht auf die Allgemeinheit zurücktreten.“⁷⁴

Das GzVeN allerdings sah chirurgische Eingriffe nur an den Eileitern vor. Trotz teilweise beachtlicher Unterschiede in Einzelfragen stimmten die Berliner Klinikchefs den Inhalten sowie der Zielsetzung des GzVeN zu. So war es für Stoeckel keine Frage, „dem Gesetzgeber helfen [zu] wollen, das Gesetz zu verbessern“, auch

Seite 149

wenn er diesen Satz konditional formulierte.⁷⁵ In seinen publizierten Erinnerungen kommen die eugenischen Zwangssterilisationen nicht vor. Wagner bekannte in einem Diskussionsbeitrag auf der Sitzung der Norddeutschen Gesellschaft für Gynäkologie in Danzig im Juni 1934:

„Wir stellen uns alle hinter das Gesetz, dessen große ideale Ziele wir erkennen“.

Doch plädierte er für unterschiedliche Sprachregelung nach außen und nach innen:

„Unter uns“ dürften „noch bestehende Bedenken gegen die heutige Fassung des Gesetzes nicht [unterdrückt]“ werden.

Und in der ersten der „uns heute noch besorgt machen[den] [...] ungelöste[n] Fragen“ lässt sich eine verhaltene Kritik am Zwang erkennen:

⁷³ Berliner Medizinische Gesellschaft, 13.2.1935. Ein Jahr Sterilisierungsgesetz, Deutsche medizinische Wochenschrift 61 (1935): 735 f., 735.

⁷⁴ Ebd.

⁷⁵ Ebd., „Wenn wir dem Gesetzgeber helfen wollen, das Gesetz zu verbessern, so muß vor allen Dingen ein Ausweg für die Fälle gefunden werden, in denen Krankheiten der Genitalien besondere Sterilisationsmethoden erfordern.“

„Wir kennen noch zu wenig den Einfluß des Bewußtseins, zwangsweise sterilisiert zu sein, auf die Psyche der Kranken.“⁷⁶

SCHLUSS

Die deutschen Gynäkologen waren als Sterilisationsoperateure unmittelbar in die praktische Durchsetzung der nationalsozialistischen Bevölkerungs- und Rassenpolitik verwickelt. Bei Walter Stoeckel, dem Direktor der I. Berliner UFK, fällt die Differenz zwischen öffentlicher martialischer Rhetorik einerseits und seinem Eintreten für weniger eingreifende Operationsmethoden in der Wahl der Sterilisationsverfahren andererseits auf, letzteres im Gegensatz etwa zu seinen Schülern Benno Ottow und Felix von Mikulicz-Radecki, im Gegensatz aber auch zu Georg A. Wagner, seinem Gegenpart an der UFK der Charité. Wagner stand völkischen⁷⁷ und eugenischen Überzeugungen viel näher als Stoeckel, er bedachte sie bei verschiedensten gynäkologischen Eingriffen und legte als Frauenarzt auch eine bemerkenswerte Rücksichtnahme auf männliche Sexualinteressen an den Tag. Gleichwohl: Auch für die Berliner Klinikchefs gilt, was mehr oder weniger von allen im Amt gebliebenen deutschen Universitätsgynäkologen gesagt werden kann: Sie fühlten sich eher dem Staat und einer „völkischen“ Ethik des „Allgemeinwohls“ verpflichtet als der ärztlichen Individualethik gegenüber der Person.

Während die pronatalistischen Maßnahmen auf der bereits vor 1933 vertretenen Linie der Universitätsgynäkologie lagen, bedeutete die Einführung der Zwangssterilisation einen Bruch im traditionellen Arzt-Patientinnen-Verhältnis. Die Profession bewältigte diese Aufgabe gegenüber sich wehrenden Sterilisandinnen durch

Seite 150

Ausspielen der sozialen Hierarchie und Einsatz von List, Betrug und Gewalt, wenn der „ärztlichen Autorität“ der Erfolg versagt blieb.

Erst zwei Generationen nach Ende des „Dritten Reiches“ war es der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie möglich, das den zwangssterilisierten Patientinnen angetane Unrecht öffentlich als solches anzuerkennen.⁷⁸

⁷⁶ Sitzung der Nordostdeutschen Gesellschaft für Gynäkologie in der Staatlichen Frauenklinik zu Danzig, Sitzung vom 30.6. und 1.7.1934, Zentralblatt für Gynäkologie 58 (1934): 2561-2576, 2566.

⁷⁷ Dies stand möglicherweise im Zusammenhang mit seinem „Auslandsdeutschtum“. In zweiter Ehe verheiratet mit einer Tschechin teilte er jedoch nicht den nationalsozialistischen Rassismus, sondern galt wegen seiner „Mischehe“ als suspekt. Vgl. Ebert, Wagner, 195 f., 202.

⁷⁸ Stauber, Manfred, Gynäkologie im Nationalsozialismus - oder „Die späte Entschuldigung“. Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, München 23.-27.8.1994, Archiv für Gynäkologie 257 (1995): 753-771. Tandler-Schneider, Andreas; Stauber, Manfred; Kentenich, Heribert; Dudenhausen, Joachim W., Geburtshilfe und Gynäkologie zur Zeit des Nationalsozialismus, Perinata-Medizin 7 (1995): 103-107.

SUMMARY

National Socialist population and racial policy aimed to create a society of efficient, (hereditarily) healthy and (racially) equal men and women. While the murder of the sick and of the Jews served the purpose of 'cleansing' the 'body of the nation', gynaecology took on with the forced sterilization of women (as surgery did with the forced sterilization of men) the task of intervening in the 'coming generation'.

The paper explores how the two university hospitals for women in Berlin were involved in this policy. Following an overview of forced sterilization and abortion in Berlin, it examines the role played by the two hospital directors Walter Stoeckel and Georg August Wagner within professional circles with regard to the 'Law on the Prevention of Hereditarily Diseased Offspring'. It will end by outlining the debate on sterilization that took place in the journal *Zentralblatt für Gynäkologie* edited by Stoeckel. This was on the one hand a forum where doctors exchanged their experiences of implementing forcible sterilization: where 'persuasion' and 'medical authority' proved insufficient the practitioners resorted to cunning, deception and violence. On the other hand the discussion focussed on what priorities should dictate the methods used in the operation: Protecting the patient's life - or guaranteeing protection against sperm.

The paper concludes that these two Berlin hospital directors, like gynaecologists in university hospitals during the National Socialist era generally, felt more obliged to the state and to a 'völkisch' ethic of the 'common good' than to the traditional ethic of the doctor towards the individual patient.