

Aus dem Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Die Zwangssterilisationen in der Hessischen Hebammenlehranstalt Mainz im Dritten
Reich

Die klinische Umsetzung und die Verantwortung des leitenden Personals

Inauguraldissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der
Medizin
der Universitätsmedizin
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Vorgelegt von

Elisabeth Marie Sonntag geb. Siemer
aus Wiesbaden

Mainz, 2020

Tag der Promotion:

25. November 2020

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	IV
1. Einleitung zur Doktorarbeit.....	1
2. Grundlagen und Methodik.....	3
2.1. Historische Grundlagen	3
2.1.1. Rassenhygiene.....	3
2.1.2. Das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses	6
2.1.3. Zusammenfassung.....	8
2.2. Methodik.....	9
2.2.1. Statistische Auswertung der Krankenblätter.....	9
2.2.2. Quellen der Biographien.....	12
3. Ablauf einer Sterilisation in der Hessischen Hebammenlehranstalt Mainz	14
3.1. Allgemeines zum stationären Ablauf	15
3.1.1. Ablauf einer stationär durchgeführten Operation.....	15
3.1.2. Die Aufenthaltsdauer einer Zwangspatientin	16
3.2. Die präoperative Phase	17
3.2.1. Die gesetzliche Grundlage der präoperativen Untersuchung	18
3.2.2. Die präoperative Untersuchung.....	19
3.2.3. Die Ablehnungen.....	24
3.2.4. Fazit der präoperativen Phase	31
3.3. Die Operation	31
3.3.1. Die Operationsmethoden	31
3.3.2. Der Operateur	34
3.3.3. Die Operationsassistenten	38
3.3.4. Die Narkose.....	39
3.3.4.1. Das Narkosepersonal.....	39
3.3.4.2. Die Narkoseform und das Narkotikum	41
3.3.4.3. Fazit Narkose.....	43
3.4. Die postoperative Phase	43
3.4.1. Komplikationen.....	43
3.4.2. Die Entlassung und die Liegedauer.....	48
3.4.3. Die Nachsorge.....	50
3.4.4. Fazit der postoperativen Phase.....	51
3.5. Zusammenfassung	52

4. Der Alltag in der Hebammenlehranstalt Mainz und der Einfluss der Zwangssterilisationen	53
4.1. Die Zwangssterilisationen als Zusatzbelastung für die Hebammenlehranstalt Mainz	53
4.2. Kompensation der Mehrbelastung durch Reduktion der Behandlungskomplexität	56
4.3. Kompensation durch Zuwachs an medizinischem Personal	59
4.4. Kompensation der Zusatzbelastung in der Behandlung	62
4.4.1. Konservative Behandlung	62
4.4.1.1. Konservative Behandlung - Aufenthaltsdauer	63
4.4.1.2. Konservative Behandlung - Stationsärztliche Betreuung	63
4.4.1.3. Konservative Behandlung - Güte der Behandlung	63
4.4.1.4. Konservative Behandlung - Fazit	65
4.4.2. Operative Behandlung	66
4.4.2.1. Operative Behandlung - Aufenthaltsdauer	66
4.4.2.2. Operative Behandlung – Medizinisches Personal	67
4.4.2.3. Operative Behandlung – Untersuchungen	71
4.5. Zusammenfassung	80
5. Das leitende Personal der Hebammenlehranstalt Mainz	82
5.1. Die Direktoren der Hessischen Hebammenlehranstalt Mainz 1930-1945	83
5.1.1. Obermedizinalrat Dr. Ernst Puppel – Direktor 1927-1937	83
5.1.2. Prof. Emil Wehefritz – Direktor 1938-1945	91
5.1.3. Die Direktoren der Hebammenlehranstalt Mainz im Vergleich	103
5.2. Die Oberärzte der Hessischen Hebammenlehranstalt Mainz 1930-1945	105
5.2.1. Hans Nahmmacher – Oberarzt von 1927-1930	105
5.2.2. Bernhard Tausch – Oberarzt von 1932-1933	106
5.2.3. Wilhelm Lindenstruth – Oberarzt von 1933-1935	107
5.2.4. Lothar Josef Ferdinand Ley – Oberarzt von 1935-1938	111
5.2.5. Heinz Johann Heinrich August Tüscher – Oberarzt von 1938-1939	113
5.2.6. Die Oberärzte der Hebammenlehranstalt Mainz im Vergleich	114
5.3. Zusammenfassung	115
6. Abschlussbetrachtung	117
6.1. Zusammenfassung	117
6.2. Ausblick	119
Anhang	i
Literaturverzeichnis	xxxiii
Abbildungsverzeichnis	xxxviii

Abkürzungsverzeichnis

AA	-	Assistenzarzt/-ärztin
Abb.	-	Abbildung
BArch	-	Bundesarchiv
Bat.	-	Bataillon
DRK	-	Deutsches Rotes Kreuz
GzVeN	-	<i>Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses</i>
KrG	-	Krankengeschichte
HbNr	-	Hauptbuchnummer
HLA	-	Hebammenlehranstalt Mainz
NRW	-	Nordrhein-Westphalen
NSFK	-	Nationalsozialistisches Fliegerkorps
NSt	-	Nicht-Zwangssterilisation, d.h. gynäkologische Patienten
OA	-	Oberarzt
OMR	-	Obermedizinalrat
O/S.	-	Oberschlesien
Pat	-	Patient/-in
Pg.	-	Parteigenosse
p.p.	-	primam pacem, d.h. primär verheilt
RÄK	-	Reichsärztekammer
Sr	-	Schwester
St	-	Zwangssterilisation
ZS	-	Zwangssterilisation

1. Einleitung zur Doktorarbeit

Das *Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933* markiert den Beginn der medizinischen Verbrechen im Dritten Reich.¹ Diese Arbeit sieht sich als kleinen Teil in der historischen Aufarbeitung dieses dunklen Kapitels deutscher Medizingeschichte.

Alexander Mitscherlich und Fred Mielke legten im Jahr 1947 mit ihrer Dokumentation der Nürnberger Ärzteprozesse „Wissenschaft ohne Menschlichkeit“, später umbenannt in „Medizin ohne Menschlichkeit - Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses“, den Grundstein für jede weitere historische Aufarbeitung der nationalsozialistischen Verbrechen in der Medizin.² Der ihnen hierbei entgegenschlagende Widerstand³ sowie die allgemeine Stimmung der Verdrängung in den folgenden Jahrzehnten⁴ unterband jedoch zunächst jede weitere Vertiefung des Themas. Als in den 1960er Jahren die geordnete Aufarbeitung des Dritten Reiches und seiner Verbrechen begann,⁵ blieb die Medizin weitestgehend außerhalb des Forschungsblickfeldes.⁶ Erst mit Beginn der 1980er Jahre begann eine öffentliche Diskussion der nationalsozialistischen Medizinverbrechen.⁷ Im Jahr 1986, gute 40 Jahre nach dem Ende der NS-Herrschaft, stieß Gisela Bock mit ihrem Werk „Zwangssterilisation im Nationalsozialismus: Studien zur Rassenpolitik und Frauenpolitik“ die historische Aufarbeitung der Medizinverbrechen im Sinne der rassenhygienischen Gesundheitspolitik des Nationalsozialismus zwischen 1933 und 1945 an.⁸ In Bezug auf das *Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses* folgten dieser etliche Arbeiten, welche unter Auswertungen von Originaldokumenten eine stadt- oder regionalbezogene Darstellung anstrebten.⁹

¹ Vgl. Lifton, Robert J. (1993): *Ärzte im Dritten Reich*. Stuttgart (Klett-Cotta), S. 28.

² Mitscherlich, Alexander u. Mielke, Fred (2009): *Medizin ohne Menschlichkeit - Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses*. 17. Auflage; Frankfurt (Fischer).

³ Vgl. Freimüller, Tobias (2003): *Mediziner: Operation Volkskörper*. In: Frei, Norbert (Hrsg.): *Hitlers Eliten nach 1945*. München (dtv), S. 25 ff.

⁴ Vgl. Reichel, Peter, Schmid, Harald und Steinbach, Peter. 2009. Die „zweite Geschichte“ der Hitler-Diktatur Zur Einführung. In: Reichel, Peter, Schmid, Harald und Steinbach, Peter (Hrsg.): *Der Nationalsozialismus - die zweite Geschichte*. München (C.H. Beck), S. 18f.

⁵ Vgl. Reichel, Peter (2007): *Vergangenheitsbewältigung in Deutschland. Die Auseinandersetzung mit der NS-Diktatur in Politik und Justiz; 2. aktualisierte und überarbeitete Auflage*. München (C.H. Beck), S. 158 ff.

⁶ Vgl. Freimüller (2003), S. 59f.

⁷ Vgl. Freimüller (2003), S. 59.

⁸ Bock, Gisela (1986): *Zwangssterilisation im Nationalsozialismus: Studien zur Rassenpolitik und Frauenpolitik*. Opladen (Westdeutscher Verlag).

⁹ Beispiele: *Frankfurt* - Daum, Monika und Deppe, Hans-Ulrich (1991): *Zwangssterilisation in Frankfurt am Main 1933-1945*. Frankfurt am Main (Campus). *Göttingen* - Koch, Thomas (2017): *Zwangssterilisation im Dritten Reich; 2. erweiterte Auflage*. Frankfurt am Main (Mabuse). *Rheinland* -

Sicherlich auch dem Zeitgeist des Kampfes um Anerkennung als Opfer des Nationalsozialismus geschuldet, konzentrierten sich die allermeisten Dissertationen auf eine differenzierte Darstellung der von den Zwangssterilisationen betroffenen Frauen sowie der gesetzlichen Grundlage, unter denen sie ins Visier der NS-Politik gerieten.¹⁰ Hierfür wurde auf Akten der ehemaligen Gesundheitsämter und Erbgesundheitsgerichte zurückgegriffen, welche sich in Stadt-, Landes- oder Gerichtsarchiven befanden. Im nächsten Schritt begann zunächst Gunther Link in Freiburg¹¹, auch Akten der die Zwangssterilisationen umsetzenden Kliniken zu untersuchen. Ebendies erfolgte für die Hessische Hebammenlehranstalt in Mainz durch Frederic Ruckert.¹² Die Krankenblätter als neue Quelle nutzend, verblieb der Forschungsschwerpunkt jedoch weitestgehend auf den betroffenen Frauen bzw. nun Patientinnen.

Im Gegensatz zu den Gerichtsakten bieten die Krankenblätter vielfältige weitere Informationen. Die folgende Arbeit möchte diese Informationsquellen erstmals nutzen, um die konkrete Umsetzung der Zwangssterilisationen im Sinne des *Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses* in der Klinik zu betrachten. Hierbei sollen die klinischen Abläufe, die Einbindung in den Klinikalltag und das beteiligte medizinische Personal dargestellt und hinterfragt werden. Die vorliegende Dissertation versteht sich demnach als nächster Schritt, die historische Aufarbeitung der nationalsozialistischen Medizinverbrechen mit Blick auf ihre praktische, ärztlich-klinische Umsetzung fortzuführen.

Pommerin, Reiner (1979): Sterilisation der Rheinlandbastarde – Das Schicksal einer farbigen deutschen Minderheit 1918-1937. Düsseldorf (Droste).

¹⁰ Vgl. Simon, Jürgen (2001): Kriminalbiologie und Zwangssterilisation – Eugenischer Rassismus 1920-1945. Münster (Waxmann), S. 26.

¹¹ Link, Gunther (1999): Eugenische Zwangssterilisationen und Schwangerschaftsabbrüche im Nationalsozialismus. Dargestellt am Beispiel der Universitätsfrauenklinik Freiburg. Frankfurt a.M., Berlin, Bern, New York, Paris, Wien (Peter Lang).

¹² Ruckert, Frédéric (2012): Zwangssterilisationen im Dritten Reich 1933-1945 - Beiträge zur Geschichte der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Neue Folge 10. Mainz (Franz Steiner).

2. Grundlagen und Methodik

Im Folgenden werden sowohl die historischen Grundlagen der Zwangssterilisationen als auch die Quellenlage der dieser Arbeit zugrundeliegenden Dokumente vorgestellt.

2.1. Historische Grundlagen

2.1.1. Rassenhygiene

Am 14. Juli 1933 wurde vom Deutschen Reichstag das *Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses* verabschiedet.¹³ Dieses Gesetz steht in der Tradition eugenisch-rassenhygienischen Gedankengutes, welches sich seit dem ausgehenden 19. Jahrhundert weltweit verbreitet hatte.¹⁴

Mit seiner 1859 im Buch „On the origin of species by means of natural selection“ veröffentlichten Evolutionstheorie revolutionierte Charles Darwin das naturwissenschaftliche Denken. Die für die Eugenik entscheidende Kernaussage der Theorie war die Verbesserung einer Population durch Selektion im Sinne des ‚survival of the fittest‘.¹⁵ Kaum ein Jahrzehnt später entstand der Sozialdarwinismus, welcher die besagte Theorie nicht nur auf das Tierreich, sondern auch auf die menschliche Gesellschaft anwandte.¹⁶ Ernst Haeckel sah den im Rahmen der industriellen Revolution aufkommenden Wohlfahrtsstaat als ein Hindernis der natürlichen Auslese.¹⁷ Wenige Jahre später 1883 folgerte der Brite Francis Galton hieraus, dass eine politische Einflussnahme in diesen Selektionsprozess notwendig sei. Er unterschied zwischen positiver Eugenik, der Mehrung gewünschter Erbeigenschaften durch aktive Förderung der Fortpflanzung, und negativer Eugenik, der Verminderung unerwünschter Erbeigenschaften durch Geburtenkontrolle.¹⁸ Für den deutschsprachigen Raum prägte Alfred Ploetz für diese politische Idee in seinem 1895 erschienenen Werk „Die Tüchtigkeit unserer Rasse und der Schutz der Schwachen“ den Begriff der Rassenhygiene-

¹³ Reichsgesetzblatt 1933, Teil I, S. 529ff.

¹⁴ Vgl. Simon (2001), S. 14f.

¹⁵ Vgl. Hinz-Wessels, Annette (2004): NS-Erbgesundheitsgerichte und Zwangssterilisation in der Provinz Brandenburg. Berlin (be.bra.wissenschaft), S. 17.

¹⁶ Vgl. Simon (2001), S. 36.

¹⁷ Vgl. Baader, Gerhard (2018): Rassenhygiene und Eugenik – Vorbedingungen für die Vernichtungsstrategien gegen sogenannte „Minderwertige“ im Nationalsozialismus. In: Bader, Gerhard und Peter, Jürgen (Hrsg.): Public Health, Eugenik und Rassenhygiene in der Weimarer Republik und im Nationalsozialismus. Frankfurt am Main (Mabuse), S. 120.

¹⁸ Vgl. Fangerau, Heiner und Noack, Thorsten (2006): Rassenhygiene in Deutschland und Medizin im Nationalsozialismus. In: Schulz, Stefan, Steigleder, Klaus, Fangerau, Heiner, Paul, Norbert W. (Hrsg.): Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Eine Einführung. Frankfurt am Main (Suhrkamp), S. 226.

ne.¹⁹ Diese wurde 1918 von Wilhelm Schallmeyer als ‚Hygiene der Erbverfassung‘ (Genotypus) im Vergleich zur Personenhygiene als die ‚Hygiene des verwirklichten Lebens‘ (Phänotypus) definiert.²⁰

Im Zeitgeist des Imperialismus, der Industriellen Revolution sowie dem Aufkommen naturwissenschaftlichen Denkens konkretisierten sich die Forderungen zunehmend. In diesem Sinne forderte Ernst Haeckel schon 1889 Sterilisationen von Entarteten.²¹ Beachtenswert ist hierbei, dass das Wissen über Vererbung auf Stammbaumanalysen und Beobachtung beruhte. Die Mendel’schen Regeln wurden erst im Jahr 1900 wiederentdeckt,²² 1927 wurde erst gezeigt, dass äußere Einflüsse, namentlich Röntgenstrahlen, zu Mutationen in der Erbsubstanz führen.²³ Den Eugenikern war dies bewusst; Lenz meinte in Anlehnung an Galton: „Es sei ziemlich egal, in welcher Weise ein Leiden sich vererbe; das Entscheidende sei, dass es sich überhaupt vererbt.“²⁴ (Auch später im *Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses* war weniger das Vorliegen einer Erberkrankung als das Vorliegen einer Erkrankung im Sinne des Gesetzes ausschlaggebend.)²⁵

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts erfolgte mit der Institutionalisierung der Rassenhygiene in Deutschland mit Gründung einer Gesellschaft 1905²⁶ sowie einer Zeitschrift²⁷ die Implementierung dieser Denkschule in die Gesellschaft. Nach dem I. Weltkrieg erhielt die Bewegung Zulauf, da viele Ploetz‘ Überzeugung teilten, dass „der schlimmste Feind [...] der Krieg [sei], weil die körperlich Gesunden nicht zur Fortpflanzung kommen“²⁸. Es entspann eine Sterilisationsdebatte, welche die gesamte Zeit der Weimarer Republik wiederholt aufflammte.²⁹ Diese wurde durch die Gründung von Lehrstühlen für Rassenhygiene sowie des Kaiser-Wilhelm-Institut für Anthropologie,

¹⁹ Vgl. Marnau, Björn (2003): Steril und rasserein: Zwangssterilisation als Teil der nationalsozialistischen Rassenpolitik 1934 und 1945: Der Kreis Steinburg als Beispiel. Frankfurt am Main (Peter Lang), S. 21.

²⁰ Marnau (2003), S. 21.

²¹ Vgl. Hinz-Wessels (2004), S. 23.

²² Vgl. Baader (2018), S. 121.

²³ Muller, Hermann J. (1927): Artificial transmutation of the gene. In: Science. Band 66. S. 84–87.

²⁴ Lenz, Fritz (1923): Menschliche Auslese und Rassenhygiene. In: Baur, Erwin, Fischer, Eugen, Lenz, Fritz (Hrsg.): Grundriß der menschlichen Erblchkeitslehre und Rassenhygiene. München (Lehmann), S. 186.

²⁵ Vgl. Simon (2001), S. 211.

²⁶ Vgl. Baader (2018), S. 126.

²⁷ Vgl. Klee, Ernst (2001): Deutsche Medizin im Dritten Reich - Karrieren vor und nach 1945. Frankfurt am Main. (Fischer), S. 26.

²⁸ Dieses Zitat stammt aus dem Referat „Rassenhygiene und Krieg“ von Alfred Ploetz, gehalten auf dem Internationalen Kongreß für Bevölkerungswissenschaft vom 26.08. bis 01.09.1935 in Berlin. Zitiert nach Klee (2001), S. 27.

²⁹ Vgl. Simon (2001), S. 43.

menschliche Erblehre und Eugenik vorangetrieben.³⁰ Schon im Jahr 1921 war das deutsche Standardwerk der Rassenhygiene „Grundriß der menschlichen Erblchkeitslehre und Rassenhygiene“ von Baur, Fischer und Lenz erschienen.³¹ Letzterer konstatierte, dass ein Drittel der deutschen Bevölkerung untüchtig und zu sterilisieren sei.³² Versuche in den 1920er Jahren, den Unfruchtbarmachungen aus ‚sozialhygienischer‘ Indikation nach US-amerikanischem Vorbild³³ eine gesetzliche Grundlage zu geben, scheiterten an zu radikalen Entwürfen.³⁴ Zuletzt war 1932 im preußischen Landtag ein Gesetzesentwurf für freiwillige Sterilisationen eingereicht worden, welcher jedoch aufgrund der politisch instabilen Zeit der Präsidialkabinette nicht mehr verabschiedet wurde.³⁵ Er diente den Nationalsozialisten nach der Machtergreifung als Grundlage und wurde, insbesondere um den Zwangscharakter erweitert, am 14. Juli 1933 als *Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses* verabschiedet.³⁶

Eine gesetzliche Regelung von Unfruchtbarmachungen, notfalls unter Anwendung von Zwangsmaßnahmen, war in den 1930er Jahren in vielen europäischen Ländern im Sinne der weltweit verbreiteten Zustimmung zur eugenischen Denkschule erfolgt.³⁷ Im Unterschied zu den übrigen europäischen Ländern basierte jedoch die gesamte Gesundheitspolitik der Nationalsozialisten auf den Lehren der Rassenhygiene.³⁸ Sie wandelte das individuell-sozialhygienisch orientierte Gesundheitssystem der 1920er Jahre in ein staatlich kontrolliertes, rassenhygienisch-bevölkerungspolitisch orientiertes Gesundheitssystem um.³⁹ Dies, gepaart mit der Gleichschaltung von Politik und Gesellschaft, ermöglichte im Dritten Reich eine radikale Umsetzung des Gesetzes, wie es in keinem anderen Staat der Zeit erfolgte. „Sterilisationsgesetze konnten zwar auch in rassistischen Demokratien erlassen, aber einzig in einer rassistischen Diktatur

³⁰ Vgl. Hinz-Wessels (2004), S. 21.

³¹ Vgl. Klee (2001), S. 32.

³² Vgl. Lenz (1923), S. 272.

³³ Vgl. Simon 2001, S. 42.

³⁴ Vgl. Müller, Joachim (1985): Sterilisation und Gesetzgebung bis 1933. Husum (Matthiesen), S. 69ff.

³⁵ Vgl. Fangerau (2006), S. 230.

³⁶ Vgl. Simon (2001), S. 50.

³⁷ Vgl. Klee (2001), S. 57.

³⁸ Vgl. Simon (2001), S. 50.

³⁹ Vgl. Weingart, Peter (2018): Eugenics and Race-Hygiene in the German Context. A Legacy of Science Turned Bad? In: Baader, Gerhard und Peter, Jürgen (Hrsg.): Public Health, Eugenik und Rassenhygiene in der Weimarer Republik und im Nationalsozialismus. Frankfurt am Main (Mabuse), S.35 f.

konsequent realisiert werden.“⁴⁰ Die Rassenhygiene vollzog damit den Schritt von der Theorie in die Praxis.⁴¹

2.1.2. Das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses

Das *Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses* trat am 1. Januar 1934 im gesamten Reichsgebiet in Kraft.⁴² In den folgenden Jahren um sieben Durchführungsverordnungen ergänzt, sollte es die „Autorität des Staates [...] auf dem Gebiet des Lebens, der Ehe und Familie“⁴³ sichern. Nach § 1 des Gesetzes sollte jeder sterilisiert werden, der „erbkrank“ sei und bei dem „nach Erfahrung der ärztlichen Wissenschaft mit großer Wahrscheinlichkeit [...] Nachkommen [mit] schweren körperliche oder geistigen Erbschäden“ zu erwarten seien. Hierfür wurden acht Erbkrankheiten genannt, welche zu einer Sterilisation führen sollten: „angeborener Schwachsinn, Schizophrenie, zirkuläres Irresein, erbliche Fallsucht, erblicher Beitstanz, erbliche Blindheit, erbliche Taubheit [und] schwere erbliche körperliche Mißbildung“⁴⁴.

In den §§ 2 bis 10 regelte das Gesetz die Vorgehensweise, mit der eine Person, die unter die gesetzlichen Vorschriften fiel, erkannt und wie mit ihr weiter verfahren werden sollte. Bei Verdacht auf eine der oben genannten Erbkrankheiten waren alle Ärzte verpflichtet, eine Anzeige beim zuständigen Gesundheitsamt zu tätigen.⁴⁵ § 2 sah grundsätzlich die Antragsstellung primär durch den Erbkranken oder dessen gesetzliche Vertretung vor. In der Praxis kam es jedoch überwiegend zu Anträgen nach § 3 durch den Amtsarzt.⁴⁶ Dieser musste gemäß § 4 einen begründeten schriftlichen Antrag an das jeweilige Erbgesundheitsgericht übermitteln. Erbgesundheitsgerichte waren nach §§ 5 bis 10 an den Amtsgerichten angesiedelte Sondergerichte, deren alleinige Aufgabe die Verhandlung über Unfruchtbarmachungen war. Sie setzten sich aus einem hauptamtlichen Richter, einem beamteten Arzt und einem zweiten Arzt mit besonderer Kenntnis der Erbgesundheitslehre zusammen. Die Verhandlungen über eine Sterilisation fanden nicht öffentlich statt und sollten den Anschein von

⁴⁰ Bock (1986), S. 114.

⁴¹ Vgl. Weingart (2018), S.38.

⁴² Reichsgesetzblatt 1933, Teil I, S. 529ff.

⁴³ Gütt, Arthur, Rüdin, Ernst, Ruttke, Falk (1934): Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933: mit Auszug aus dem Gesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Maßregeln der Sicherung und Besserung vom 24. Nov. 1933. München (Lehmann), S. 5.

⁴⁴ Reichsgesetzblatt 1933, Teil I, S. 529ff.

⁴⁵ Vgl. Gütt, Arthur, Rüdin, Ernst, Ruttke, Falk (1936): Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933 nebst Ausführungsverordnungen. 2. neubearbeitete Auflage, München (Lehmann), S. 210ff.

⁴⁶ Vgl. Bock (1986), S. 265.

Gewaltenteilung und Rechtssicherheit für die Betroffenen vermitteln.⁴⁷ Da jedoch nur Ärzte als Beisitzer ausgewählt wurden, die „auf dem Boden der nationalsozialistischen Weltanschauung“⁴⁸ standen, kann nicht von objektiven Verfahren ausgegangen werden, was die geringe Rate der Ablehnung beantragter Sterilisationen unterstreicht.⁴⁹ Ebenso waren wichtige Schutzfunktionen wie die ärztliche Schweigepflicht in § 7 sowie das Zeugnisverweigerungsrecht zum „Wohle der Allgemeinheit“ ausgesetzt.⁵⁰ Nach Übermittlung des Urteils bestand nach § 9 die Möglichkeit, Beschwerde beim Erbgesundheitsobergericht einzulegen, welches in diesen Fällen endgültig zu entscheiden hatte. Eine Beschwerde hatte jedoch nur in Einzelfällen ein grundlegend anderes Urteil zur Folge.⁵¹

Die folgenden §§ 11 bis 15 legen die Grundlage für die Durchführung der Sterilisation fest. Diese musste operativ erfolgen und durch explizit für die Sterilisationen zugelassene Ärzte an ebensolchen Krankenhäusern erfolgen. Ab der fünften Ausführungsverordnung aus dem Jahre 1936⁵² konnte unter bestimmten Bedingungen auch eine Sterilisation mittels Strahlenbehandlung durchgeführt werden. Den Zwangscharakter untermauerte § 12 (1) des Gesetzes, da das Gerichtsurteil auch „gegen den Willen des Unfruchtbarzumachenden auszuführen“ war. Hierfür sollte der Amtsarzt die erforderlichen polizeilichen Maßnahmen beantragen. Wenn diese nicht ausreichten, war „die Anwendung unmittelbaren Zwanges zulässig“. Zuletzt legte der Gesetzgeber mit § 15 äußersten Wert auf die Schweigepflicht aller am Verfahren Beteiligten. Diese wurde nicht etwa mit dem Recht auf Privatsphäre der sterilisierten Personen, sondern mit den „sehr großen Nachteile[n] und Unannehmlichkeiten“, die für einzelne Personen, insbesondere den Anzeigenstellenden, entstehen könnten, begründet.⁵³

Das 1934 in Kraft tretende Gesetz wurde wiederholt durch Durchführungsverordnungen erweitert, von denen vor allem die Erlaubnis im Sterilisationsverfahren auch Schwangerschaftsabbrüche durchführen zu dürfen zu nennen ist. Die Umsetzung des

⁴⁷ Vgl. Ley, Astrid (2009): Das Erbgesundheitsverfahren nach dem NS-Sterilisationsgesetz. Eine Einführung In: Justizministerium des Landes NRW (Hrsg.): Justiz und Erbgesundheit – Juristische Zeitgeschichte Nordrhein-Westfalen, Band 17. Recklinghausen, S. 39.

⁴⁸ Gütt et al. (1936), S. 224.

⁴⁹ Die Ablehnungsquote lag im Jahr 1934 bei 7%; im Jahr 1935 bei 11% und im Jahr 1936 bei 15%; vgl. Bock (1986), S. 233.

⁵⁰ Vgl. Gütt et al. (1936), S. 238.

⁵¹ Nur 7% aller Beschwerden nach erfolgtem Erbgesundheitsgerichtsurteil waren erfolgreich; vgl. Bock (1986), S. 271.

⁵² Reichsgesetzblatt 1936, Teil I, S.122f.

⁵³ Gütt et al. (1936), S. 312.

Gesetzes wurde durch den noch 1934 herausgegebenen Gesetzeskommentar von Arthur Gütt, Ernst Rüdin und Falk Ruttke beeinflusst und geprägt.⁵⁴ Eine Initiative der Kassenärztlichen Vereinigung, die Lektüre des Buches zum Gesetz zur Pflicht aller Kassenärzte zu erheben, führte zu einer raschen Zunahme des Wissens über die neuen gesetzlichen Vorgaben und beschleunigte deren praktische Umsetzung.⁵⁵

2.1.3. Zusammenfassung

Das *Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses* vom 14. Juli 1933 steht in der geistigen Tradition der eugenischen-rassenhygienischen Bewegung, welche ihre Wurzeln im 19. Jahrhundert hat. Unter Anwendung der Darwin'schen Selektionstheorie auf die menschliche Gesellschaft stellten Sterilisationen ein Mittel der Geburtenkontrolle im Sinne der negativen Eugenik dar. Nach der Institutionalisierung im Deutschen Reich kam es in der Weimarer Republik zu mehreren Debatten über eine gesetzliche Grundlage für eugenische Sterilisationen. Das im Jahr 1933 verabschiedete *Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses* repräsentiert den Beginn des Wandels hin zur rassenhygienisch basierten NS-Gesundheitspolitik.⁵⁶

Eine Sterilisation im Sinne des *Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses* erfolgte bei ‚Nachweis‘ einer von acht Erbkrankheiten. Hierfür musste der Amtsarzt einen schriftlichen Antrag bei Erbgesundheitsgericht stellen. Dieses Sondergericht urteilte über die Befürwortung oder Ablehnung einer Sterilisation. Diese konnte explizit auch unter Verwendung von Zwang in ausgewählten Krankenhäusern wie der Hessischen Hebammenlehranstalt in Mainz⁵⁷ durchgeführt werden.

⁵⁴ Gütt, Arthur, Rüdin, Ernst, Ruttke, Falk (1934): *Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses* vom 14. Juli 1933: mit Auszug aus dem Gesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Maßregeln der Sicherung und Besserung vom 24. Nov. 1933. München (Lehmann).

⁵⁵ Vgl. Koch, Thomas (2017): *Zwangssterilisation im Dritten Reich*; 2. erweiterte Auflage. Frankfurt am Main (Mabuse), S. 14.

⁵⁶ Vgl. Wunder, Michael (2005): *Die genetische Verbesserung des Menschen – Der Traum, der zum Alptraum wurde*. In: Hamm, Margret (Hrsg.): *Lebensunwert – zerstörte Leben: Zwangssterilisation und „Euthanasie“*. Frankfurt (VAS), S. 225.

⁵⁷ Die Hebammenlehranstalt und Frauenklinik Mainz wird in der 2. Verordnung zur Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 18. Januar 1934 zu Durchführung von Unfruchtbarmachungen im Sinne des Gesetzes ermächtigt. Vgl. Hessisches Regierungsblatt 1934, S. 20.

2.2. Methodik

In den nachfolgenden Kapiteln werden die Hauptfragestellungen dieser Arbeit betrachtet. Hierfür werden zunächst die unterschiedlichen Quellen und die Methodik, die dafür ausgewählt wurden, kurz skizziert.

2.2.1. Statistische Auswertung der Krankenblätter

Die Hauptquelle dieser Arbeit waren die im Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin Mainz archivierten Krankengeschichten der Hessischen Hebammenlehranstalt Mainz der Jahrgänge 1930 bis 1943. Die Krankenblätter wurden jahrgangsbezogen in Buchform zusammengefasst. Sie bestehen jeweils aus einem Deckblatt sowie mindestens einem weiteren, nicht vorstrukturierten Dokumentationsblatt. Optional sind mikrobiologische Befundzettel, ein Vordruck für einen Untersuchungsbefund oder eingelebte Schriftwechsel enthalten. Die Akten wurden fast ausschließlich handschriftlich geführt, so dass die Lesbarkeit der vergilbten Schrift teilweise limitierend war. Des Weiteren muss für jede Analyse der Krankenblätter in dieser Arbeit die Maxime gelten, dass etwas nur geschehen ist, wenn es auch dokumentiert wurde.

In den Büchern sind nur Dokumente enthalten, wenn eine stationäre Aufnahme erfolgte. In den Akten wird auf ein Ambulanzbuch verwiesen,⁵⁸ welches jedoch im Archiv nicht aufzufinden war. Die Patientinnen der Hebammenlehranstalt Mainz wurden im jeweiligen Jahrgang entsprechend ihres Aufnahmedatums mittels Hauptbuchnummern durchnummeriert, unabhängig davon, ob sie geburtshilflich oder gynäkologisch aufgenommen wurden. Somit kann mittels einer Kombination aus Hauptbuchnummer und Jahrgang jede Patientin und jedes Zitat aus den Akten in dieser Arbeit benannt werden, ohne die Anonymität der Betroffenen verletzen zu müssen. Um der menschlichen Seite der beschriebenen Handlungen gerecht zu werden, werden in Anlehnung an die gängige Medienpraxis der heutigen Zeit zusätzlich noch der Vorname und der erste Buchstabe des Nachnamens genannt.⁵⁹

Das Deckblatt der Krankenblätter (Abb. 1) enthält eine vorgedruckte Struktur, welche handschriftlich ausgefüllt wurde. Die relevanten Personalien der Patientinnen wurden in einer Art Steckbrief im oberen Drittel des Deckblattes vermerkt. Hierbei sind

⁵⁸ Beispiel: KrG HLA. 1934 (1). Patientin Susanna S. HbNr. 612.

⁵⁹ Diese Vorgehensweise entspricht der Anwendung des postmortalen Persönlichkeitsrechtes.

Vorname, Nachname, Alter, Beruf (teilweise auch des Ehemannes), Adresse mit Straße und Ort, einweisender Arzt, Krankenkasse und Religionszugehörigkeit genannt. Weitere Felder für Benachrichtigungen und Briefe wurden fast nie ausgefüllt. Daneben befindet sich jeweils ein größeres Feld für Diagnosen und Therapie sowie das Aufnahme- und Entlassdatum. Abgeschlossen wird der obere formelle Teil des Deckblattes durch die Nennung des Stationsarztes. Im unteren Teil befinden sich Dokumentationsmöglichkeiten für gynäkologische Anamnese, Sozial- und Familienanamnese sowie Beschreibung der ‚jetzigen Beschwerden‘. Für die dieser Arbeit zugrundeliegenden Auswertungen wurden alle genannten Informationen des oberen Drittels des Deckblattes bis einschließlich des Stationsarztes⁶⁰ erfasst. Die ausführlichen Anamnesen wurden nicht näher einbezogen, da sich die vorliegende Arbeit auf das medizinische Personal konzentriert.

Ab dem Jahr 1938 werden vermehrt auch in den Büchern der gynäkologischen Patientinnen Deckblätter der Geburtshilfe (Abb. 2) genutzt. Von der Aufteilung etwas verändert, befinden sich die für diese Arbeit relevanten Informationen auch hierbei steckbriefartig in der oberen Hälfte des Blattes. Die zusätzlich aufgelisteten Geburtsdaten, Anzahl der Schwangerschaften sowie die Geburtsart wurden in dieser Arbeit nicht berücksichtigt. Das Deckblatt der Geburtshilfe weist kein eigenes Feld für Therapien auf. Diese sind im Fall gynäkologischer Patientinnen in dem Feld der Geburtsart dokumentiert.

Für jede Patientin der Hebammenlehranstalt Mainz wurde ein nicht vorstrukturiertes Blatt mit dem ‚Krankheitsverlauf‘ (Abb. 3) geführt. Dieses teilweise mit unterschiedlichen Handschriften gefüllte Blatt besteht aus datierten Einträgen ohne erkennbar vorgeschriebene Form, bei denen es sich um allgemeine Informationen, Verlaufsdokumentationen oder Untersuchungsbefunden handelt. Für diese Arbeit besonders relevant sind dabei die Operationsberichte. Ein solcher kann einfach durch die Einleitung ‚Operation‘ oder durch die offensichtliche Beschreibung des Operationsablaufes erkannt werden. Das vor diesem Eintrag stehende Datum wurde als Operationsdatum

⁶⁰ Im Folgenden wird in dieser Arbeit für die Ärzte alleine die männliche Form verwendet, um einen besseren Lesefluss zu gewährleisten. In der Hebammenlehranstalt Mainz waren in der betrachteten Zeit Direktoren und Oberärzte ausschließlich Männer. In wenigen Krankengeschichten ist bei der Nennung des Assistenzarztes das Kürzel „Frl.“ beigefügt, so dass diese als Ärztinnen zu identifizieren sind. Hierbei handelt es sich jedoch um Ausnahmen, auch die Assistenzärztinnen werden überwiegend ohne geschlechtsspezifische Identifikationsmerkmale aufgeführt, so dass nicht für jeden genannten Assistenzarzt eine eindeutige Geschlechtsidentifikation möglich ist. Daher wurde in dieser Arbeit auf eine solche verzichtet.

erfasst. Im Rahmen des Operationsberichtes werden auch Operateur, Assistenz und Narkose genannt, wobei unter letzterer ein Name und ein Narkosemittel, teilweise mit Dosisangaben, verzeichnet sind.

Die Operationsmethode wurde in den meisten Fällen aus dem Diagnosefeld des Deckblattes übernommen: Nur wenn dort keine Angaben standen, wurde hierfür der Operationsbericht ausgewertet. Die Einträge nach dem Operationsbericht werden in der Arbeit als poststationärer Verlauf beschrieben und zur Erfassung von Operationskomplikationen auf Nennung von Diagnosen oder Symptomen analysiert, welche vor der Operation noch nicht in der Krankengeschichte erwähnt werden. Bei konservativen Behandlungen oder Verschiebungen von Operationen wurden die Einträge auf Nennung von Therapieverfahren oder Begründungen untersucht. In den seltenen Fällen mit fehlendem Aufnahme- oder Entlassdatum auf dem Deckblatt wurden entsprechend die Daten des ersten bzw. letzten Eintrags verwendet. Unter dem letzten Eintrag befinden sich auf den allermeisten Krankenblättern die Unterschrift eines Assistenzarztes sowie die des Direktors. Bei fehlender Nennung eines Stationsarztes auf dem Deckblatt wurde der jeweilige Assistenzarzt als Stationsarzt gewertet. Bei in der Krankengeschichte dokumentierter Übergabe der Patientin an einen neuen, namentlich genannten Stationsarzt wurden beide Ärzte als Stationsarzt gewertet.

Die Blätter mit den Krankheitsverläufen der Patientinnen wurden hinsichtlich folgender Punkte ausgewertet: Behandlungsstrategie, Operationsdatum, Operateur, Operationsassistenten, ‚Anästhesist‘, Narkoseart, Operationsdauer, postoperative Komplikationen, Abschlussuntersuchung, Nachsorge und im Fall einer Ablehnung der Sterilisation ihrer Begründung analysiert.

Nicht bei allen Patientinnen sind zwischen Deckblatt und Krankheitsverlauf weitere Blätter eingebunden. Fehlen diese, muss für diese Arbeit davon ausgegangen werden, dass sie weder existierten noch benötigt wurden.

Das vorstrukturierte Blatt für den ‚gynäkologischen Befund‘ (Abb. 4) wurde nach seiner Datierung für die Aufnahmeuntersuchung oder Voruntersuchung für eine Operation genutzt. Die hier dokumentierten Untersuchungen werden daher als solche angesehen. Neben dem Datum befinden sich Überschriften für Gonokokkenabstriche aus Urethra und Cervix, eine abdominelle, vaginale und rektale Untersuchung sowie die Diagnose (a) der Station und (b) des Direktors. Das untere Drittel des Blattes ermög-

licht die tabellarische Darstellung der letzten Menstruationen in einer ‚Menstruationskurve‘.

Jegliche weiteren Dokumente wie Abstrichbefunde (Abb. 5), handschriftlich oder mit Schreibmaschine geschriebene Benachrichtigungen sowie Briefe von Gesundheitsämtern, Nervenheilstätten oder den Ärzten der Hebammenlehranstalt Mainz selbst, Beobachtungskurven mit Eintragungen über Blutdruck und Puls oder Kurzmittlungen über die Beschlüsse der Erbgesundheitsgerichte sind nur sporadisch vorhanden. Eine strukturierte Auswertung war daher nicht möglich. Die hieraus ermittelten Informationen wurden kontextuell in die Betrachtungen einbezogen, aber aufgrund der kleinen Stichmenge nicht statistisch ausgewertet.

Alle für diese Arbeit statistisch ausgewerteten Daten entstammen den oben beschriebenen Krankenblättern. Die aggregierten Daten wurden mittels grundlegender stochastischer Methoden ausgewertet. Ausgehend von einer Gaußschen Normalverteilung wurden die Signifikanz mittels Zugrundelegung der Standardabweichung σ berechnet. Hierbei wird eine signifikante Abweichung angenommen, wenn die Daten sich außerhalb des $2\text{-}\sigma$ -Bereiches ($p=0,05$) befinden. Von einer hochsignifikanten Abweichung wird außerhalb eines $3\text{-}\sigma$ -Bereiches ($p=0,01$) gesprochen. Ein Wert außerhalb des $1\text{-}\sigma$ -Bereiches ($p=0,34$) wird in dieser Arbeit als Trend bezeichnet, da aufgrund der Retrospektivität und anzunehmender Ungenauigkeit der Dokumentation in der Klinik falsch positive wie falsch negative Ergebnisse vermieden werden sollen.

Um den Lesefluss nicht zu stören, werden in den folgenden Kapiteln lediglich die für die Aussage relevanten statistischen Ergebnisse aufgeführt. Prozentuale Anteile wurden teilweise gerundet. Die ausführlichen Ergebnisse der statistischen Auswertungen der Krankengeschichten der Hebammenlehranstalt Mainz für diese Arbeit befinden sich im Anhang. Es wird darauf verzichtet, im weiteren Text auf jede einzelne Ergebnistabelle zu verweisen.

2.2.2. Quellen der Biographien

In dieser Arbeit wird auch auf die beiden Chefärzte und die fünf Oberärzte der Hessischen Hebammenlehranstalt Mainz der Zeit von 1930 bis 1943 eingegangen. Die Darstellung und Diskussion ihrer Biographien beruhen auf den öffentlich zugänglichen Dokumenten und Arbeiten der besagten Personen. Insbesondere das ‚Berlin Document Center‘ als Teil des Bundesarchives, das Stadtarchiv Mainz samt seiner Zeitungssammlung und die Abteilungen der Universitätsbibliotheken Mainz und

Frankfurt am Main dienten als Informationsquellen. Im Fall von Direktor Puppel konnte zusätzlich auf unveröffentlichte Dokumente seines Nachlasses einschließlich eines Schiffstagebuches in Addition zu veröffentlichten Quellen wie seinen Lebenserinnerungen zurückgegriffen werden.

Unter Verwendung der vielfältigen oben beschriebenen Quellen und Dokumente entstand diese Arbeit, welche den klinischen Ablauf der Zwangssterilisationen, ihre Einbindung in den Alltag der Hessischen Hebammenlehranstalt Mainz und die Biografien der leitenden Personen zum Thema hat.

3. Ablauf einer Sterilisation in der Hessischen Hebammenlehranstalt Mainz

Das *Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses* vom 14. Juli 1933⁶¹ legte den klaren Ablauf eines Sterilisationsverfahrens fest. Am Anfang stand immer die Anzeige einer potentiell zu sterilisierenden Kandidatin⁶² beim Gesundheitsamt. Diese Anzeige durften die betroffene Person selbst, jeder Arzt sowie der Amtsarzt stellen. Letzterer war angehalten, diese Anzeige zu überprüfen und gegebenenfalls einen Antrag auf Sterilisation zu stellen. Ein solcher Antrag wurde dann vom zuständigen Erbgesundheitsgericht, bestehend aus einem Amtsrichter und zwei gleichberechtigten Ärzten, beschieden. Wenn die Entscheidung für eine Sterilisation getroffen wurde, bekam die Betroffene einen Bescheid, der sie aufforderte, sich in einem vorgeschriebenen Krankenhaus einzufinden. Dort wurde dann die operative Sterilisation durchgeführt, über die sowohl dem Gesundheitsamt als auch dem Erbgesundheitsgericht Bericht erstattet werden musste.⁶³

In der Vergangenheit konzentrierten sich die wissenschaftlichen Betrachtungen über das *Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses* vom 14. Juli 1933 größtenteils auf die Arbeit der Gesundheitsämter und Erbgesundheitsgerichte sowie auf die betroffenen Opfer des Gesetzes.⁶⁴ Das Ziel dieses Kapitels ist es, die klinische Umsetzung der operativen Unfruchtbarmachung an Hand der Sterilisationen nach dem *Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses* an der Hessischen Hebammenlehranstalt Mainz von 1934 bis 1943 darzustellen. Dabei sollen die einzelnen Abschnitte des stationären Aufenthaltes hinsichtlich ihrer Bedeutung, der Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben, der jeweils beteiligten Akteure sowie potenzielle Veränderungen im Beobachtungszeitraum zwischen 1934 und 1943 betrachtet, hinterfragt und beurteilt werden.

⁶¹ Reichsgesetzblatt 1933, Teil I, S. 529.

⁶² Das Gesetz bezieht sich auf beide Geschlechter. Da in dieser Arbeit nur weibliche Betroffene besprochen werden, wird im Folgenden die weibliche Form genutzt.

⁶³ Vgl. Gütt et al. (1936), S.263 u. 270.

⁶⁴ Beispiele: *Steinburg* - Marnau, Björn (2003): Steril und rasserein: Zwangssterilisation als Teil der nationalsozialistischen Rassenpolitik 1934 und 1945 - der Kreis Steinburg als Beispiel. Frankfurt am Main (Peter Lang). *Düsseldorf* - Ehlers, Paul Nikolai (1994): Die Praxis der Sterilisationsprozesse in den Jahren 1934-1945 im Regierungsbezirk Düsseldorf unter besonderer Berücksichtigung der Erbgesundheitsgerichte Duisburg und Wuppertal. München (VVF). *Hanau und Gießen* - Wiesenberg, Klaus (1986): Die Rechtsprechung der Erbgesundheitsgerichte Hanau und Gießen zu dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14.Juli.1933, ergänzt durch eine Darstellung der heutigen Rechtslage zur Unfruchtbarmachung. Diss., Frankfurt am Main.

3.1. Allgemeines zum stationären Ablauf

3.1.1. Ablauf einer stationär durchgeführten Operation

Jede operative Sterilisation bedurfte gemäß *Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses* eines stationären Aufenthaltes. Selbst bei Betroffenen mit dauerhaftem Aufenthalt in einer psychiatrischen Anstalt war eine „ambulante Unfruchtbarmachung [...] verboten“⁶⁵.

Allgemein kann jeder stationäre Aufenthalt mit chirurgischer Intervention in drei Abschnitte unterteilt werden: die präoperative Phase, die Operation und die postoperative Phase.

Die präoperative Phase beschreibt den Zeitraum zwischen der Aufnahme der Patientin und ihrer Operation. Sie dient der Diagnosestellung und beinhaltet die darauffolgende Therapieentscheidung. Im Fall einer Operationsindikation folgt die Beurteilung des gesundheitlichen Zustandes der Patientin in Hinblick auf Operations- und Narkosefähigkeit sowie der zu befürchtenden Komplikationen.⁶⁶ Ergeben sich aus diesen präoperativen Untersuchungen keine absoluten Kontraindikationen für eine Operation, wird diese durchgeführt.⁶⁷

Jede Operation bedarf eines Operateurs, der sie verantwortet und über die Operationsmethode entscheidet. Letztere bedingt die Anzahl an Operationsassistenten, welche Hilfstätigkeiten wie das Anreichen steriler Operationsinstrumente oder das Offenhalten des Operationszugangs mittels Haken übertragen bekommen. Komplettiert wird das Operationsteam vom Anästhesisten, dessen Aufgabe die Durchführung und Überwachung der Narkose ist. In den 1930er Jahren obliegt dies aus Ermangelung einer professionalisierten Anästhesie auch einem Assistenten.⁶⁸ Es ist aufgrund der hierarchischen Verhältnisse davon auszugehen, dass die Auswahl der angewandten Narkoseform in den 1930er und 1940er Jahren demnach auch vom Operateur getroffen wurde.⁶⁹

⁶⁵ § 11 Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14.07.1933.

⁶⁶ Vgl. Striebel, Hans Walter (2016): *Anästhesie – Intensivmedizin – Notfallmedizin. Für Studium und Ausbildung*. 9.Auflage, Stuttgart (Schattauer), S. 3f.

⁶⁷ Im Falle einer relativen Kontraindikation entscheidet die Dringlichkeit der Behandlung unter Abwägung der Risiken über die Durchführung. (Vgl. Souza-Offtermatt, Gerlind, Staubach, Karl-Hermann, Sterk, Peter, Udolph, Almut (2004): *Intensivkurs Chirurgie*. München (Urban), S. 6).

⁶⁸ Vgl. Delingat, Almut (1975): *Die Geschichte der Anästhesiologie in Deutschland*. Diss., Bamberg. Universität Köln, S. 48. Siehe auch Kapitel 3.3.4.

⁶⁹ Vgl. Delingat (1975), S. 97. Siehe auch Kapitel 3.3.4.2.

Die postoperative Phase stellt den Zeitraum von der Beendigung der Operation bis zur Entlassung der Patientin dar. Sie dient der Patientin zur Erholung und den Ärzten dazu, Komplikationen frühzeitig zu erkennen und zu behandeln. Nachdem eine adäquate Wundheilung begonnen hat und keine lebens- bzw. heilungsbedrohlichen Komplikationen mehr zu erwarten sind, wird die Patientin entlassen. Abhängig von der Diagnose und Operation können noch poststationäre Nachuntersuchungen zur Beurteilung des weiteren Heilungsverlaufes und Operationsergebnisses stattfinden.

3.1.2. Die Aufenthaltsdauer einer Zwangspatientin

Der Aufenthalt einer zu sterilisierenden Zwangspatientin folgte prinzipiell dem oben beschriebenen Ablauf eines stationären Aufenthaltes mit operativer Intervention. Abweichungen ergeben sich, da sowohl die Diagnose als auch die Operationsindikation nach dem *Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses* schon durch das Urteil des Erbgesundheitsgerichtes vor der stationären Aufnahme ‚gesichert‘ und entschieden war.

Eine in der Hebammenlehranstalt Mainz sterilisierte Zwangspatientin verbrachte durchschnittlich 18 Tage in stationärer Behandlung.⁷⁰ Dabei ist zu beachten, dass die Aufenthaltsdauer im Jahr 1934 noch bei nur 14 Tagen lag. In den folgenden Jahren nahm die Liegedauer sukzessive zu, bis in den 1940er Jahren ein konstantes Niveau von etwa 20 Tagen erreicht wurde.⁷¹

Zunächst liegt die Vermutung nahe, dass die anfänglich geringere Verweildauer der Zwangspatientinnen auf Platzmangel in der gynäkologischen Station zurückzuführen ist. Der gynäkologischen Abteilung, in der die operativen Sterilisationen gemäß dem *Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses* behandelt wurden, standen in der Hebammenlehranstalt Mainz insgesamt 15 Betten zur Verfügung.⁷² Diese reichten zumindest in den ersten Jahren nach Inkrafttreten des Gesetzes nicht aus, um die große Anzahl von Zwangspatientinnen stationär zu betreuen.⁷³ So verwundert es nicht, ins-

⁷⁰ Es gibt leider keine Vergleichsdaten über die Aufenthaltsdauer. Eine zeitgenössische Kostenrechnung für den stationären Aufenthalt für eine Zwangssterilisation aus dem Jahr 1935 berechnet jedoch eine 15-tägige Verweildauer. Vgl. Koch (2017), S. 62.

⁷¹ Die Aufenthaltsdauer stellt den jeweiligen gerundeten Jahresdurchschnittswert dar.

⁷² Vgl. Abbildung 5

⁷³ In der Hessischen Hebammenlehranstalt wurden ab April 1934 Zwangssterilisationen durchgeführt. Die Gynäkologie der Hebammenlehranstalt hatte mit 15 Betten in den 275 Tagen des Jahres 1934 ab 1. April 1934 4125 Patiententage zu belegen. Bei einem durchschnittlich 14-tägigen stationären Aufenthalt ergeben sich aus den 294 Zwangssterilisationen 4116 Patiententage. Hätte die Gynäkologie ab dem 1. April 1934 nur noch Zwangspatientinnen stationär zu betreuen gehabt, hätte dies mit der Betten-

besondere in den Jahren 1935 und 1936 bei mindestens 29% der Zwangspatientinnen eine Verlegung auf die septische oder die Wochenstation zu finden. Bei etlichen wird der Platzmangel explizit als Verlegungsgrund genannt: „Verlegung auf Wochenstation aus Platzmangel“⁷⁴.

Dieser These widerspricht allerdings eine differenziertere Betrachtung der stationären Liegedauer der Zwangspatientinnen. Die separate Auswertung der Aufenthaltsdauer vor und nach der Operation zeigt, dass die zusätzlichen stationär verbrachten Tage in den späteren Jahren fast ausschließlich auf eine Verlängerung der prästationären Phase zurückgehen. Die postoperative Verweildauer hingegen unterlag nur geringen Schwankungen und blieb über die Jahre weitgehend konstant bei 13 Tagen. Wiederholte Einträge in den Krankenverläufen deuten darauf hin, dass Patientinnen frühestens ab dem neunten postoperativen Tag aufstehen durften: „Da kleiner Schnitt, kurze OP Dauer schon Aufstehen am 9.Tag“⁷⁵. Da eine Patientin erst nach erfolgreicher Mobilisation und mit weitestgehend geschlossener Operationswunde entlassen werden konnte, war eine deutliche Verkürzung der postoperativen Aufenthaltsdauer nicht praktikabel. Es kann damit ausgeschlossen werden, dass zu Beginn der Zwangssterilisationstätigkeit eine aufgrund der Bettenkapazität verfrühte Entlassung zu den geringeren Liegezeiten der Zwangspatientinnen führte. Es stellt sich daher die Frage, warum es im Verlauf der 1930er Jahre zu einer solchen Verlängerung der präoperativen Aufenthaltsdauer kam. Hierfür soll die präoperative Phase nun detailliert betrachtet werden.

3.2. Die präoperative Phase

Die präoperative Phase der Zwangssterilisationspatientinnen wich in einigen Punkten üblichen Ablauf vor einer anderen gynäkologischen Operation ab. Insbesondere bedurfte es keiner Diagnose- oder Indikationsstellung, genauso wenig stand die Therapie in Frage. Eine Zwangspatientin wurde mit der durch das Erbgesundheitsgericht ‚gesicherten‘ Diagnose zur operativen Sterilisation eingewiesen. Für den Klinikarzt galt dabei die Aussage eines Göttinger Gynäkologen aus dem Jahr 1941, dass die Klinikärzte „nur für die Durchführung der Operation zuständig sind, von uns

verteilung gerade ausgereicht. Dies war, wie im folgenden Kapitel zu zeigen sein wird, allerdings nicht der Fall.

⁷⁴ KrG HLA. 1935 (1). Patientin Elisabeth B. HbNr. 56.

⁷⁵ KrG HLA. 1934 (1). Patientin Kath. H. HbNr. 428.

aus also den Eingriff nicht ablehnen können.“⁷⁶ Den Klinikärzten blieb präoperativ alleine die Überprüfung der Operations- und Narkosetauglichkeit. Eventuelle Nebenbefunde bei der präoperativen Untersuchung beeinflussten allerdings die Wahl der Operationsmethode, wenn beispielsweise ein Uterus myomatosus zur Abweichung von der üblichen laparotomischen Tubensterilisation führte, an deren Stelle eine Hysterektomie erfolgte.⁷⁷

3.2.1. Die gesetzliche Grundlage der präoperativen Untersuchung

Das *Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses* beschreibt die Pflichten des die Zwangssterilisation verantwortenden Arztes bezüglich einer präoperativen Untersuchung wie folgt:

„Er wird durch den Beschluß des Erbgesundheitsgerichts nicht von der Verantwortung entlastet, zu prüfen, ob nach den Regeln der ärztlichen Kunst der alsbaldigen Ausführung des Eingriffs Bedenken entgegenstehen. Er hat aber auch darauf zu achten, ob eindeutige Zeichen für eine bereits bestehende Unfruchtbarkeit (hochgradiger Infantismus, doppelseitige Salpingitis) vorliegen. Hält er solche Bedenken für vorliegend, so hat er unter Mitteilung derselben bei dem zuständigen Amtsarzt den Antrag zu stellen, daß die Vornahme des Eingriffs auf einen günstiger erscheinenden Zeitpunkt verschoben oder überhaupt ausgesetzt werde.“⁷⁸

Dieser Verordnung wird Nachdruck verliehen, indem bei einem Verschulden des Arztes diesbezüglich Schadenersatzansprüche entstehen. Hierfür reiche schon, wenn keine ausreichenden Voruntersuchungen vorgenommen worden sind.⁷⁹

Trotz dieser eindeutigen Formulierung entmündigt der Gesetzgeber den Klinikarzt im gleichen Zuge, indem er zu einer Durchführung des Eingriffes verpflichtet, „wenn der Amtsarzt sich mit der beantragten Aussetzung nicht einverstanden erklären sollte.“⁸⁰ Des Weiteren wird dem Arzt bei einer möglichen Missachtung der verpflichtenden Voruntersuchungen im gleichen Absatz eine ‚Generalentschuldigung‘ präsentiert, da „die

⁷⁶ Vgl. Beushausen, Ulrich, Dahms, Hans-Joachim, Koch, Thomas, Massing, Almuth, Obermann, Konrad (1998): Die Medizinische Fakultät im Dritten Reich. In: Becker, Heinrich, Dahms, Hans-Joachim, Wegeler, Cornelia (Hrsg.): Die Universität Göttingen unter dem Nationalsozialismus. 2. Auflage, München (Saur), S. 213.

⁷⁷ Beispiel: „Aufsuchen des Uterus. Dieser ist ca. kindskopfgroß (Myom) [...] Amputation des Uterus unter Belassung eines Cervixstumpfes.“ (KrG HLA. 1935 (1) - Patientin HbNr. 62.).

⁷⁸ Gütt et al. (1936), S. 277.

⁷⁹ Vgl. Gütt et al. (1936), S. 277.

⁸⁰ Vgl. Gütt et al. (1936), S. 277.

Eigenart der zur Behandlung kommenden Kranken die Untersuchung oft erschweren“⁸¹ werde.

Das *Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses* schreibt demnach eine präoperative Voruntersuchung zur Evaluation etwaiger Operationsrisiken für jede Zwangspatientin vor. Dass in der Praxis weniger der Schutz der Zwangspatientin als das Ansehen des Gesetzes und des Gesetzgebers im Vordergrund standen, suggeriert das folgende Zitat aus einem Brief der Hebammenlehranstalt Mainz an den zuständigen Amtsarzt des Jahres 1943: „Wir führen diese Operation aber nur aus, wenn alles bei der Pat. in Ordnung ist, um das Gesetz nicht mit einem evtl. postoperativen Todesfall zu belasten.“⁸²

3.2.2. Die präoperative Untersuchung

Die gesetzlichen Vorschriften geben keine genauere Auskunft darüber, aus welchen Bestandteilen eine Voruntersuchung bei der Zwangssterilisation bestehen sollte. Im Kommentar des Gesetzes heißt es lediglich: „Dringend sei davor gewarnt, [...] ohne genaue Untersuchung und ohne eingehende Vorbeobachtung zu operieren.“⁸³ Die standardisierten Krankenblätter der Hebammenlehranstalt Mainz bieten Eintragsfelder für eine Anamnese, eine klinische Untersuchung, eine laborchemische Blut- sowie Urinuntersuchung und mikrobiologische Abstriche. In Abhängigkeit von deren Ergebnissen konnten sich spezifische Tests anschließen, welche mit Einlegeblättern in der Akte vermerkt wurden. Es ist demnach davon auszugehen, dass die präoperative Untersuchung in der Hebammenlehranstalt Mainz aus den oben genannten Elementen bestehen sollte.

Die Anamnese wurde in der Hebammenlehranstalt Mainz im Rahmen der Aufnahme durchgeführt. Das Deckblatt der Krankenakte diente hierbei als Vordruck. Neben Vorerkrankungen und derzeitigen Beschwerden lag der Schwerpunkt auf der gynäkologischen Anamnese (Geburten, Menstruation) sowie der Familienanamnese (Gesundheitszustand der nächsten Verwandten). Auf diese Weise wurde nahezu jede Zwangspatientin in der Hebammenlehranstalt Mainz aufgenommen.

⁸¹ Vgl. Gütt et al. (1936), S. 277.

⁸² KrG HLA. 1943 (2). Patientin Kath. K. HbNr. 1139. Brief der Hebammenlehranstalt Mainz (unsigned) an den Amtsarzt in Bingen vom 26.05.1943.

⁸³ Vgl. Gütt et al. (1936), S. 328.

Die klinische Untersuchung bestand bestenfalls aus einer gynäkologischen und einer internistischen Untersuchung. Erstere bestand aus einer Inspektion unter Verwendung von Spekula sowie einer Palpation. Sie diente sowohl der Überprüfung einer eventuell schon bestehenden Sterilität als auch einer bestehenden Schwangerschaft. Des Weiteren beeinflusste die Erkenntnis über gynäkologische Komorbiditäten die Wahl der Operationsmethode. Bei Bestehen einer operativ zu versorgenden gynäkologischen Erkrankung wurde diese im Rahmen der Sterilisationsoperation mitbehandelt. Hiervon profitierte die Zwangspatientin zumindest im medizinischen Sinne und auch der Ruf der Hebammenlehranstalt Mainz. Diese konnte es sich kaum leisten, Patientinnen mit gynäkologischen Krankheitsbildern unbehandelt zu entlassen, selbst wenn es sich ‚nur‘ um Zwangspatientinnen handelte.

Ein letzter Aspekt der gynäkologischen Untersuchung war die Wahrung des Scheins. Retrospektive Berichte der Zwangssterilisierten in anderen Städten zeigen, dass etliche Patientinnen weder über die Absicht des Krankenhausaufenthalts noch über die Operation an sich in Kenntnis gesetzt wurden.⁸⁴ Inwiefern dies auch für die Hebammenlehranstalt in Mainz galt, geht aus den für diese Arbeit ausgewerteten Akten nicht hervor. Allerdings wäre in diesem Fall eine gynäkologische Untersuchung als Rechtfertigung eines stationären Aufenthaltes fast zwingend nötig gewesen.

Nur bei etwa jeder sechsten Zwangspatientin in der Hebammenlehranstalt Mainz ist ein Eintrag über eine gynäkologische Untersuchung in den Akten vorhanden. Diese variieren von Aussagen wie „Vollkommen normaler Genitalbefund“⁸⁵ bis zu ausführlichen Befunden wie „Äußeres Genitale unverändert, die Scheide ist weit, die Scheidenschleimhaut oB, die Portio ist hochstehend, hinter die Symph[yse] gedrängt, äußerer Mund quergespalten, geschlossen. Uterus ist steil retrofl[ektiert], weich, beweglich.“⁸⁶.

Die internistischen, gepaart mit den laborchemischen Untersuchungen zielten auf die Einschätzung des Operationsrisikos. Insbesondere Vorerkrankungen erhöhten die Wahrscheinlichkeit narkosespezifischer Komplikationen und damit auch die Mortalitätsrate bei und nach einer Operation.⁸⁷ Bei Verdacht auf eine solches

⁸⁴ Vgl. Ottow, Benno (1935): Zur Klinik der gesetzlichen Unfruchtbarmachung der Frau. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift. Jg. 51. Nr. 15. S. 587.

⁸⁵ KrG HLA. 1934 (1). Patientin Katharina L. HbNr. 229.

⁸⁶ KrG HLA. 1938 (1). Patientin Maria J. HbNr. 280.

⁸⁷ Heutzutage wird hierfür der ASA-Score genutzt. Vgl. Striebel (2016), S. 3 f.

Komplikationsrisiko konnten zusätzliche Tests wie ein Belastungstest unter Monitoring von Blutdruck und Puls erfolgen.⁸⁸ Einträge internistischer Untersuchungsergebnisse finden sich nur bei 8% der Zwangspatientinnen. Hierbei handelt es sich zudem zu großen Teilen um alleinige Begutachtungen des Bauches bzw. der Bauchdecke. Laborchemische Untersuchungen sind nur in einem Bruchteil der Akten dokumentiert. Da es sich hierbei allerdings immer nur um pathologische Ergebnisse handelt, kann von weiteren durchgeführten Laboruntersuchungen ausgegangen werden, deren Ausgang den Ärzten keine Erwähnung wert war.

Abschließend konnten mikrobiologische Abstriche vaginal und urethral auf Gonokokken⁸⁹ und Lues⁹⁰ angefertigt werden. Dies erfolgte vermutlich, da beide Krankheiten eine Sterilität zur Folge haben können.⁹¹ Besondere Schutzmaßnahmen aufgrund einer Infektionsgefahr für Mitpatientinnen oder die operierenden Ärzte sind nicht dokumentiert und wenig wahrscheinlich. Bei knapp 6% aller Zwangspatientinnen ist die Durchführung eines solchen Abstriches dokumentiert. Es handelte sich um mikroskopisch ermittelte Daten, welche bei Nichtvorliegen der Krankheit nur mit einem Zeichen auf dem Untersuchungsbogen vermerkt wurden. Bei einem mikroskopischen Verdacht wurden die Abstriche in ein externes Labor geschickt, was zu einer zeitlichen Verzögerung der Operation führte.

Leider ist eine jahresvergleichende statistische Beurteilung der Voruntersuchungen bei den Sterilisationspatientinnen in der Hebammenlehranstalt Mainz aufgrund mangelnder Dokumentation nicht möglich. Die Krankengeschichten beginnen mehrheitlich erst mit dem Operationsbericht oder verweisen mit dem Hinweis auf die Menses der Patientin auf eine kurzzeitige Verschiebung des Operationstermins. „Da heute die Menses eingetreten ist, muß die Op. noch für einige Tage verschoben [werden].“⁹²

⁸⁸ Beispiel: KrG HLA 1937 (1). Patientin Kath. L. HbNr. 590.

⁸⁹ Gonokokken (*Neisseria gonorrhoeae*) verursachen die Geschlechtskrankheit Gonorrhö (Synonym Tripper). Ein vaginaler und urethraler Abstrich kann Gonokokken mikroskopisch nachweisen. Vgl. Dörries, Rüdiger, Hof, Herbert (2009): Medizinische Mikrobiologie. 4. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Stuttgart (Thieme), S. 369 ff.

⁹⁰ Lues (Synonym Syphilis) ist eine von *Treponema pallidum* verursachte Geschlechtskrankheit. Ein vaginaler Abstrich kann *Treponema pallidum* mikroskopisch nachweisen: vgl. Dörries und Hof (2009), S. 427 ff.

⁹¹ Vgl. Dörries und Hof (2009), S. 371 (für Gonorrhö) und S. 437 f. (für Lues).

⁹² KrG HLA. 1940 (2). Patientin Albertine B. HbNr. 1418.

Weitere Beispiele: „Operation wegen Menses bisher aufgeschoben.“ (KrG HLA. 1937 (1). Patientin Katharine A. HbNr. 52.) – „Die für heute vorgesehene Operation muß wegen Eintritt der Menses verschoben werden.“ (KrG HLA. 1939 (1). Patientin Käthe B. HbNr. 583).

Eine Ausnahme stellt das Jahr 1938 dar, in dem bei mehr als 80% der 78 Zwangssterilisationspatientinnen eine Voruntersuchung dokumentiert ist. Bei genauer Betrachtung kann zwischen den „übliche[n] Operationsvorbereitungen“⁹³ und Zusatzuntersuchungen unterschieden werden. So zählten eine gynäkologische (79%), internistische (60%) und laborchemische Untersuchung, die auch Gonokokkenabstriche der Cervix und Vagina beinhaltet (60%), zum normalen Prozedere vor der Operation. Für die These, dass diese Untersuchungen 1938 standardmäßig durchgeführt wurden, spricht auch der folgende Eintrag: „Die übliche Operationsvorbereitung ist erfolgt 3 Abstriche auf Go sind negativ, die Blutuntersuchung u. Untersuchung der inneren Organe ohne krankhaften Befund. Vaginaluntersuchung wurde verweigert.“⁹⁴ Als Zusatzuntersuchung wurde bei sechs Patientinnen eine Herzfunktionsprüfung⁹⁵ und bei weiteren vier eine Urinuntersuchung veranlasst. Folglich kann im Jahr 1938 von gynäkologischen, internistischen und laborchemischen Voruntersuchungen bei der Mehrheit der eingewiesenen Patientinnen vor der Sterilisationsoperation ausgegangen werden.

Nun stellt sich die Frage, ob für die anderen Jahren ebenfalls eine ähnliche Untersuchungsrate wie im Jahr 1938 anzunehmen ist, auch wenn dafür keine Dokumentationen vorliegen.

Auch in den anderen Jahren gibt es dokumentierte Voruntersuchungen. Entweder benennen die Krankengeschichten direkt die „Vorbereitungen zur Operation.“⁹⁶ oder sie sprechen indirekt von deren Ergebnissen wie „Abstriche, Urin und Blutdruck sind in Ordnung.“⁹⁷ oder „Hb: 75%“⁹⁸. Außerdem gibt es Einträge, die auf die Verweigerung einer vaginalen Untersuchung⁹⁹ aufmerksam machen. Ein deutlicher Hinweis für die routinemäßige Durchführung von Voruntersuchungen liefert der folgende Eintrag aus dem Jahr 1942: „Pat. ist irrtümlicherweise vor der Operation nicht innerlich untersucht worden.“¹⁰⁰

⁹³ KrG HLA. 1938 (2). Patientin Anna K. HbNr. 733.

⁹⁴ KrG HLA. 1938 (2). Patientin Margarete F. HbNr. 713.

⁹⁵ Beispiel: „Die Herzfunktion deutet auf eine Herzinsuffizienz. Pat. ist nach dem Treppensteigen stark dyspnoisch. Der Puls braucht 8 min, bis er zur Norm zurückkehrt. [...]“ (KrG HLA. 1938 (2). Joh. D. HbNr. 714).

⁹⁶ KrG HLA. 1935 (1). Patientin Kath. L. HbNr. 540.

⁹⁷ KrG HLA. 1940 (1). Patientin Marg. G. HbNr. 530.

⁹⁸ KrG HLA. 1935 (1). Patientin Dorothea M. HbNr. 245.

⁹⁹ Beispiel: „Verweigert die Untersuchung.“ (KrG HLA. 1937 (1). Patientin Olga E. HbNr. 566).

¹⁰⁰ KrG HLA. 1942 (1). Patientin Eva R. HbNr. 85.

Aus den wenigen vorhandenen Dokumentationen lässt sich ableiten, dass in allen Jahren zwischen 1934 bis 1943 zumindest bei einigen Patientinnen Voruntersuchungen stattfanden. Um das Ergebnis dieser Einzelfälle auf alle Zwangssterilisationspatientinnen zu übertragen, soll nun die präoperative Liegedauer als ein objektiver und damit vergleichbarer Wert herangezogen.

Im Jahr 1938 lagen durchschnittlich 5 Tage zwischen Aufnahme und Operation. In den vier vorangegangenen Jahren verbrachte eine Patientin durchschnittlich 3 Tage, in den vier folgenden Jahren durchschnittlich 6 Tage präoperativ in der Hebammenlehranstalt Mainz. Insgesamt zeigt sich demnach ein Trend zur längeren präoperativen Liegedauer mit zunehmender Erfahrung der Ärzte bei Zwangssterilisation.

Bei genauerer Betrachtung fällt auf, dass die durchschnittliche präoperative Liegedauer in den Jahren 1934 (2,2 Tage) und 1935 (2,6 Tage) an der Durchführung von routinemäßigen Voruntersuchungen in diesen Jahren zweifeln lässt, besonders da einige wenige Patientinnen sogar noch am Aufnahmetag operiert wurden.¹⁰¹ Hierfür beispielhaft ist folgender Eintrag: „Pat. wird von Goddelau gebracht u. sofort [...] zur Operation vorbereitet.“¹⁰² Auch finden sich bei jeder dritten Patientin in diesen beiden Jahren entweder Einträge, die Abstriche, gynäkologische oder internistische Voruntersuchungen als eindeutig „nicht durchgeführt“¹⁰³ dokumentieren oder bei denen das Krankenblatt für die Untersuchungen ohne Eintrag eingeklebt wurde.¹⁰⁴ Deshalb kann an einer routinemäßigen Durchführung von Voruntersuchungen in den Jahren 1934 und 1935 stark gezweifelt werden. In den Jahren 1936 und 1937 nahm die präoperative Liegedauer deutlich zu, blieb aber unter der von 1938.

Somit kann gefolgert werden, dass in der Hebammenlehranstalt Mainz zu Beginn der Zwangssterilisationstätigkeit Voruntersuchungen nur vereinzelt, in den folgenden Jahren jedoch immer häufiger und spätestens ab 1938 routinemäßig vor der sterilisierenden Operation durchgeführt wurden.

Grund für die anfängliche Vernachlässigung der Voruntersuchungen könnte eine Überlastung der Stationsärzte durch die Zunahme an Operationen sein.¹⁰⁵ Hierdurch muss-

¹⁰¹ Insgesamt sechs Patientinnen wurde im Jahr 1934 noch am Aufnahmetag sterilisiert.

¹⁰² KrG HLA. 1935 (1). Patientin Maria G. HbNr. 480.

¹⁰³ KrG HLA. 1934 (1). Patientin Kath. K. HbNr. 357. oder KrG HLA. 1934 (1). Patientin Natalie H. HbNr. 361.

¹⁰⁴ Beispiel: KrG HLA. 1934 (1). Patientin Anna A. HbNr. 415.

¹⁰⁵ Siehe Kapitel 4.1. und 4.3.

ten die Ärzte deutlich mehr Untersuchungen durchführen und standen aufgrund der begrenzten Bettenzahl¹⁰⁶ unter Zeitdruck. Die hohe Komplikations- und Todesrate der Anfangsjahre bei den Zwangssterilisationen¹⁰⁷ könnte zu einem Umdenken diesbezüglich geführt haben. Die Notwendigkeit suffizienter Voruntersuchungen zur Vermeidung von Schaden am *Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses* durch vermeidbare postoperative Komplikationen war bis zum Reichsminister des Inneren vorgedrungen.¹⁰⁸

Zusammenfassend ist trotz unvollständiger Dokumentation davon auszugehen, dass die gesetzlich vorgeschriebenen Voruntersuchungen zu Beginn der Sterilisationstätigkeit nur vereinzelt, dann aber ab 1936 vermehrt und ab 1938 routinemäßig durchgeführt wurden. Aus den Einträgen im Jahr 1938 ist abzuleiten, dass es sich bei den üblichen Voruntersuchungen um eine gynäkologische, internistische und laborchemische Untersuchung handelte. Ob die auffallend ausführliche Dokumentation 1938 auf den in diesem Jahr vollzogenen Direktorenwechsel zurückzuführen ist, bleibt zu vermuten.¹⁰⁹

3.2.3. Die Ablehnungen

Mittels der präoperativen Untersuchungen sollte die Operationsfähigkeit der Patientin beurteilt werden. Was geschah aber, wenn diese nicht gewährleistet war? Die Handlungsspielräume der Hebammenlehranstalt Mainz diesbezüglich fasst ein Amtsarzt in seinem Brief vom 20. Januar 1943 präzise zusammen:

„Ich weise darauf hin, dass es nicht im Belieben der Hebammenlehranstalt steht, eine durch rechtskräftigen Beschluss eines Erbgesundheitsgerichtes angeordnete Unfruchtbarmachung durchzuführen oder nicht durchzuführen. Es besteht für den mit dem Eingriff beauftragten Arzt lediglich die Möglichkeit, eine etwa vorhandene medizinische Indikation (Gefahr für Gesundheit oder Leben) dem Amtsarzt gegenüber geltend zu machen. Letzterer kann dann seinerseits – aber nur aus medizinischer Indi-

¹⁰⁶ Allein im Jahr 1935 wurden knapp 40% der Zwangssterilisationspatientinnen „wegen Platzmangels“ von der gynäkologischen Station auf die septische oder die Wochenstation verlegt.

¹⁰⁷ Siehe Kapitel 3.4.1.

¹⁰⁸ Vgl. Koch (2017), S. 66.

¹⁰⁹ Siehe Kapitel 5.1.

kation – die Aussetzung des Verfahrens, d.h. die vorläufige Aufschiebung der Operation anordnen.“¹¹⁰

Der Amtsarzt stützt sich in seinen Erläuterungen auf Artikel 6 der Verordnung zur Ausführung des *Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses* vom 5. Dezember 1933,¹¹¹ wonach die Sterilisationsoperation befristet ausgesetzt werden konnte, wenn Lebensgefahr für die Patientin bestand oder ein anderer „wichtiger gesundheitlicher Grund“ gegen die zeitnahe Durchführung sprach. Hierfür musste der ausführende Arzt einen Antrag beim Amtsarzt stellen, welcher den Sachverhalt unabhängig prüfte und gegebenenfalls eine Aussetzung der Sterilisation für einen bestimmten Zeitraum beschloss.¹¹²

In der Hebammenlehranstalt Mainz wurde zwischen 1934 und 1943 bei insgesamt 135 Patientinnen, das heißt bei etwa jeder zehnten zur gesetzlichen Sterilisation eingewiesenen Patientin, die operative Sterilisierung temporär¹¹³ oder endgültig¹¹⁴ abgelehnt.¹¹⁵ Annähernd 70% dieser Ablehnungen erfolgten 1935 bis 1937. Dies ist nicht verwunderlich, da in diesen Jahren auch absolut die meisten Patientinnen sterilisiert wurden. In Relation zu den eingewiesenen Patientinnen pro Jahr zeigt sich jedoch eine kontinuierliche Zunahme der Ablehnungsrate von 1934 mit nur 3,1% bis ins Jahr 1938 mit 16,7%. In den 1940er Jahren gibt es diesbezüglich große Schwankungen, was auf die geringe Anzahl von Zwangssterilisationen (Stichprobengröße) zurückzuführen ist.

Für den relativen Zuwachs an Ablehnungen von 1934 bis 1938 sind mehrere Erklärungen denkbar:

(1) Die Patientinnen waren noch nicht ausreichend über das *Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses* informiert und somit auch nicht über die Möglichkeiten der

¹¹⁰ KrG HLA. 1943 (1). Patientin Elis. R. HbNr. 9. Brief des Amtsarztes an die Hebammenlehranstalt Mainz vom 26.01.1943.

¹¹¹ Reichsgesetzblatt 1933, Teil I, S. 1021 ff.

¹¹² Vgl. Gütt et al. (1936) S. 275.

¹¹³ Bei 41 Patientinnen (30% aller Ablehnungen) wurde die Sterilisation in der Hebammenlehranstalt Mainz nachgeholt oder bei 4 Patientinnen aufgrund des fortgeschrittenen Alters zur Strahlensterilisation ins Städtische Krankenhaus überwiesen. Damit wurden 3% aller Zwangssterilisationen erst im zweiten Anlauf umgesetzt.

¹¹⁴ Bei 92 Patientinnen (70% aller Ablehnungen; 6% aller Einweisungen) gibt es in den Akten der Hebammenlehranstalt Mainz keinen Beleg für eine spätere Durchführung der zunächst abgelehnten Sterilisation unter gleichem Namen. Hierzu werden 11 Patientinnen gezählt, bei denen mittels Pertubation und weitere 7 Patientinnen, bei denen intraoperativ eine Infertilität nachgewiesen wurde.

¹¹⁵ Dies entspricht etwa dem Niveau anderer Kliniken wie bspw. Göttingen mit 9,7% Ablehnungen oder Frankfurt mit 11%. Vgl. Beushausen et al. (1998), S.208 und S. 215 und vgl. Daum, Monika und Deppe, Hans-Ulrich (1991): Zwangssterilisation in Frankfurt am Main 1933-1945. Frankfurt am Main (Campus), S. 173.

Aussetzung einer Sterilisationsoperation. Im Verlauf kam es in anderen Städten zu sogenannten Protest-Schwangerschaften, die zu einer Vermeidung der sofortigen Sterilisation führten.¹¹⁶

(2) Die in den ersten Jahren vor allem betroffenen Patientinnen aus psychiatrischen Anstalten wurden über das Verfahren nicht oder sehr spät in Kenntnis gesetzt oder wurden nicht als geschäftsfähig bezüglich eines Einspruches angesehen.¹¹⁷

(3) Es wurden in den Jahren 1934 und 1935 nur bei wenigen Patientinnen Voruntersuchungen durchgeführt, so dass medizinische Bedenken gegen eine Operation kaum evaluiert wurden.¹¹⁸

(4) Die Assistenzärzte, die die eingewiesenen Patientinnen präoperativ betreuten, waren zunächst unerfahren in der Einschätzung von potenziellen Gesundheitsgefährdungen bei sterilisierenden Operationen, da diese vor 1934 selten durchgeführt wurden.¹¹⁹

Ebenfalls denkbar ist, dass Patientinnen mit komplexeren Vorerkrankungen aufgrund des zeitlichen Mehraufwandes bei ihrer Beurteilung durch die Gesundheitsämter und Erbgesundheitsgerichte in den Anfangsjahren zurückgestellt wurden.

Anzunehmen ist, dass das Zusammenspiel aller genannter Faktoren die anfänglich spärliche und dann zunehmende Ablehnungstätigkeit erklärt.

Eine Sterilisationsoperation durfte nur aus gesundheitlichen Gründen abgelehnt werden.¹²⁰ Die in der Hebammenlehranstalt Mainz aufgeführten Begründungen waren vielfältig, können aber, angelehnt an Frédéric Ruckert, in vier Gruppen unterteilt werden: Nachgewiesene Infertilität, Gravidität, gesundheitliche Gefährdungen und organisatorische Hindernisse.¹²¹

Mehr als die Hälfte aller Ablehnungen erfolgte aufgrund gesundheitlicher Gefährdungen,¹²² wobei am häufigsten pathologische Herzbefunde und infektiöse Atemwegser-

¹¹⁶ Es gab wiederholt Debatten über sogenannte „Trotzkinder“, welche während des laufenden Erbgesundheitsverfahrens gezeugt wurden. Vgl. Simon (2001), S. 219.

¹¹⁷ Vgl. Hennig, Jessika (1998): Zwangssterilisation in Offenbach am Main 1934-1944. Diss., Frankfurt am Main (Mabuse), S. 70.

¹¹⁸ Siehe Kapitel 3.2.2.

¹¹⁹ Sterilisationen waren bis zum Inkrafttreten des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses 1934 strafrechtlich verboten. Vgl. Simon (2001), S. 45.

¹²⁰ Vgl. Gütt et al. (1936), S.278.

¹²¹ Vgl. Ruckert (2012), S.54 ff.

¹²² Vgl. Ruckert (2012), S.54.

krankungen genannt wurden. Auch mit einem schlechten Allgemeinzustand, dem Gewicht der Patientin (Adipositas oder Untergewicht) und Entzündungen verschiedener Körperregionen wurde häufig argumentiert.¹²³ Auffällig ist, dass sich jede dieser Begründungen nicht nur bei temporären, sondern auch bei endgültigen Ablehnungen findet. Dies gilt insbesondere, da es sich bei den oben genannten Begründungen überwiegend um zeitlich limitierte oder wenigstens veränderbare Befunde handelt. Auch scheint es von der jeweiligen Stationsbelegung abhängig gewesen zu sein, ob beispielsweise bei einer Bronchitis die Sterilisation nach kurzzeitiger stationärer Therapie durchgeführt oder eine Aussetzung des Verfahrens beantragt wurde.¹²⁴ Ebenfalls konnte eine Sterilisation aufgrund angenommener Sterilität alleine auf Boden der Anamnese oder des körperlichen Befundes, teilweise jedoch erst nach operativer Pertubation oder einer Probelaparotomie abgelehnt werden.

Aufgrund dieser Auffälligkeiten stellt sich die Frage, ob das Ablehnungsverhalten als Widerstand der Ärzteschaft gegen die Zwangssterilisationen zu werten ist. Franz Dumont schreibt zu diesem Thema: „von Widerstand aus den Reihen der Mediziner ist bislang nichts bekannt. Es sei denn, man wertet die medizinischen – mit schlechtem Allgemeinzustand, einer akuten oder chronischen Krankheit – begründete Ablehnung von Sterilisationen als Versuch, das Gesetz zu unterlaufen.“¹²⁵

Um diese These für die Hebammenlehranstalt Mainz zu überprüfen, müssen zunächst die Ablehnungsgründe unter dem Aspekt der Objektivität betrachtet werden. Als objektive Begründungen werden eine nachgewiesene Infertilität (19 Fälle)¹²⁶, eine augenscheinliche Gravidität (18) sowie organisatorische Gründe wie beispielsweise unvollständige Papiere (2)¹²⁷ gewertet. Bei diesen 39 Patientinnen kann weitgehend ausgeschlossen werden, dass ein beteiligter Arzt in widerständiger Absicht Einfluss genommen hat. Bei den verbleibenden 96 Patientinnen und damit 71% aller Ablehnungen ist die zur Diagnose führende Untersuchung nicht eindeutig dokumentiert. Daher

¹²³ Vgl. Ruckert (2012), S.54.

¹²⁴ 17 Patientinnen wurden aufgrund eines infektiösen Atemwegsinfekts abgelehnt und 44 Patientinnen nach Therapie eines solchen beim selben Aufenthalt sterilisiert.

¹²⁵ Dumont, Franz (2002): Unter dem Hakenkreuz - Mainzer Medizin im Nationalsozialismus 1933-1945. In: Dumont, Franz, Fischer, Klaus-Dietrich, Kutzer, Michael, Lilienthal, Georg, Sander, Sabine, Thomann, Klaus-Dieter (Hrsg.): Moguntia medica – Das medizinische Mainz. Wiesbaden (Wylcil), S.378.

¹²⁶ Bei 11 Patientinnen wurde die Sterilität durch Pertubation festgestellt. Bei sieben Patientinnen wurde erst intraoperativ die Sterilität festgestellt und dann die Sterilisationsoperation abgebrochen.

¹²⁷ „Papiere“ bezeichnen in diesem Zusammenhang den Beschluss des Erbgesundheitsgerichtes samt Bestätigung des Inkrafttretens nach Ablauf der Beschwerdefrist.

werden sie hier als subjektiv bewertet, da ihnen der für den Amtsarzt erforderliche ‚objektive Krankheitsbefund‘ fehlte.¹²⁸

Es ist nun zu untersuchen, welche Ärzte an diesen subjektiven Ablehnungsentscheidungen beteiligt waren. Gesetzlich vorgeschrieben war, dass nur der den Eingriff „verantwortlich leitende“ Arzt, in diesem Fall ein Oberarzt oder Direktor, die Entscheidung zur Ablehnung treffen durfte.¹²⁹ Die strikte Einhaltung dieser Vorschrift ist durchaus anzuzweifeln, da vergleichbare gesetzliche Vorgaben bezüglich des sterilisierenden Operators in anderen Kliniken nachweislich nicht beachtet wurden.¹³⁰ Es ist deshalb auch in der Hebammenlehranstalt Mainz wahrscheinlich, dass ein Assistenzarzt in seiner Funktion als betreuender Stationsarzt selbstständig über eine Ablehnung entscheiden durfte. In der folgenden Betrachtung wird deshalb davon ausgegangen, dass der die Ablehnung dokumentierende Arzt für die Entscheidung auch verantwortlich ist.

Danach wurden 2/3 der 96 subjektiven Ablehnungen allein von Assistenzärzten unterschrieben. Insgesamt waren 21 verschiedene Assistenzärzte beteiligt. In Hinblick auf einen potentiellen Widerstand fallen drei Ärzte auf: Dr. Degen, Dr. Reichert und Dr. Hinterlang.¹³¹ Sie verantworteten alleine 20% aller subjektiven Ablehnungen. Bezogen auf ihre Stationsarztstätigkeit bei Zwangssterilisation bedeutet dies, dass sie bei jeder zehnten eingewiesenen Patientin eine Zwangssterilisation ablehnten.

Bei Dr. Reichert und Dr. Hinterlang kann nach genauerer Betrachtung der in Frage kommenden Patientengeschichten von der These des Widerstands Abstand genommen werden. Bei etwa der Hälfte ihrer Patientinnen handelte es sich nur um temporäre Ablehnungen. Die Sterilisationen wurden nach einigen Wochen bis Monaten trotzdem durchgeführt, wobei sie teilweise wieder der betreuende Stationsarzt waren. Hierbei sind die Gründe für eine temporäre Verschiebung der Operation durchaus nachvollziehbar. Dr. Reichert schreibt beispielsweise „Bei dieser ausgeprägten psoriatischen Hautveränderung im Bauchbereich erscheint jede Operationsmethode zu gefährlich, [...]“¹³² oder „Pat. ist in starken Erregungszustand. Schizophrener Schub absolut negativistisch. Isst und trinkt nichts. Spuckt und schlägt. Kann kaum im Bett gehalten

¹²⁸ Vgl. Gütt et al. (1936), S.278.

¹²⁹ Vgl. Gütt et al. (1936), S.277.

¹³⁰ Vgl. Koch (2017), S. 60.

¹³¹ Dumont nennt bei seiner Analyse nur die Assistenzärzte Dr. Heinz Degen und Josef Reichert als in ihrer Ablehnungspraxis widerstandsverdächtig; vgl. Dumont (2002), S. 378.

¹³² KrG HLA. 1935 (2). Patientin Erika R. HbNr. 900.

werden. Dauernde Bewachung / Beaufsichtigung notwendig. Körperliche Untersuchung unmöglich. Pat. ist in diesem Zustand operationsunfähig.“¹³³

Bei den verbleibenden endgültigen Ablehnungen gibt es deutliche Hinweise dafür, dass es sich um auf Voruntersuchungsergebnisse gestützte Ablehnungen handelt. So lehnt Dr. Hinterlang nach Herzfunktionsprüfung mit durchgehend niedrigen Blutdruckwerten eine Operation aufgrund der durch das Gesundheitsamt bestätigten Diagnose einer offener Lungentuberkulose ab.¹³⁴ Ebenso können bestehendes „Untergewichtigkeit von 12 1/2 kg“¹³⁵ oder die mit positiven Abstrichen bestätigte Diagnose eines angeborenen Lues¹³⁶ für Dr. Reichert als Beispiele nachvollziehbarer Ablehnungsgründe gewertet werden.

Des Weiteren lehnten diese beiden Stationsärzte zwar ungefähr jede zehnte Durchführung einer Sterilisation aus gesundheitlichen Gründen ab, waren aber an 20mal so vielen Sterilisationsoperationen aktiv als OP-Assistent oder ‚Anästhesist‘ beteiligt.¹³⁷

Bei dem dritten Stationsarzt Dr. Degen ist der Ausschluss einer Widerstandsabsicht schwieriger. Einerseits liegen seine subjektiven Ablehnungen alle im Sommer 1935¹³⁸ zu Beginn seiner Stationsarztstätigkeit in der Hebammenlehranstalt Mainz,¹³⁹ andererseits waren fast 75% der Ablehnungen endgültig. Zudem verantwortet er die einzige in der Hebammenlehranstalt Mainz angezweifelte Ablehnung einer Sterilisation. Dabei begründet er seine Entscheidung bei der 15-Jährigen¹⁴⁰ Ernestine G. wie folgt: „Wegen des mässigen allgemeinen Körperzustands, der auffälligen Vasolabilität¹⁴¹ u. des Lungenbefunds wird die temporäre Aussetzung des Verfahrens beantragt.“¹⁴² Die Ärzte der Inneren Abteilung des Stadtkrankenhauses Darmstadt berichten ein Jahr später bei derselben Patientin: „Eine Kontraindikation zum [...] Eingriff [Sterilisation] wegen einer Erkrankung des Herzens liegt nicht vor [...] auch klinisch besteht kein

¹³³ KrG HLA. 1935 (2). Patientin Margarete B. HbNr. 971.

¹³⁴ KrG HLA. 1938 (1). Patientin Elsa H. HbNr. 23.

¹³⁵ KrG HLA. 1935 (2). Patientin Katharina D. HbNr. 879.

¹³⁶ „WaR. Blutentnahme wegen angeborener Lues.“; drei Tage später mit dem Eintrag „WaR+ Ablehnung der Operation.“ KrG HLA. 1935 (2). Patientin Wilhelmine H. HbNr. 727.

¹³⁷ 7 subjektive Ablehnungen, aber 139 (Dr. Hinterlang) und 149 (Dr. Reichert) OP-Beteiligungen.

¹³⁸ Juli, August und September 1935.

¹³⁹ Bezogen nur auf die gynäkologische Station der Hebammenlehranstalt Mainz, auf der die zur Sterilisation eingewiesenen Patientinnen betreut wurden.

¹⁴⁰ Drei weitere von Dr. Degen abgelehnte Patientinnen waren noch nicht volljährig (<21 Jahre), allerdings auch drei über 30 Jahre alt, somit ist keine Tendenz in der Altersgruppe erkennbar.

¹⁴¹ Synonym für das Funktionelle Syndrom, das heißt Beschwerden ohne organisches Korrelat.

¹⁴² KrG HLA. 1935 (2). Patientin Christina G. HbNr. 872.

deutlicher Anhaltspunkt für eine Vitium cordis.“¹⁴³ Gegen einen Widerstand der Sterilisationstätigkeit durch Dr. Degen spricht, dass es sich bei von ihm angelegten Zwangspatientinnen nur um 6%¹⁴⁴ aller ihm als Stationsarzt anvertrauten Sterilisationspatientinnen handelt und er an mehr als 16mal so vielen Sterilisationsoperationen aktiv teilnahm. Des Weiteren gibt es bei besagten Patientinnen zwar keine dokumentierten Voruntersuchungen und auch häufig subjektive Diagnosen wie den „ziemlich reduzierten allgemeinen Körperzustand“¹⁴⁵, jedoch begründet Dr. Degen seine Entscheidungen immer ausführlich, wie sein folgender beispielhafter Eintrag zeigt:

„In Anbetracht des sehr ausgesprochenen Herzbefundes (Mitralinsuffizienz!) verknüpft mit starker Adipositas wird die Aussetzung des Verfahrens beantragt, besonders da bei der starken psychischen Unruhe und Uneinsichtigkeit der Pat. auch mit einer wesentlichen Erschwerung der postoperativen Behandlung gerechnet werden muss. Die Ausführung einer genauen Herzfunktionsprüfung ist bei der Widersetzlichkeit der Pat. nicht möglich.“¹⁴⁶

Demnach finden sich zwar einige Auffälligkeiten in der Ablehnungstätigkeit von Dr. Degen. Diese können allerdings genauso gut mit Unerfahrenheit in den ersten drei Monaten seiner Stationstätigkeit erklärt werden und somit kaum als Widerstand gegen das *Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses* gewertet werden.

Das verbleibende Drittel der subjektiven Ablehnungen von Zwangssterilisationen wurden von den Direktoren selbst oder ihren Oberärzten verantwortet, wobei mit 90% der Großteil von OMR Puppel und OA Ley entschieden wurde. Bei diesen Entscheidungen zeigen sich weder in Bezug auf die Jahre und Monate noch die beteiligten Stationsärzte Auffälligkeiten.

Unter diesen Gesichtspunkten kann das Ablehnungsverhalten nicht als Widerstand der Stations- und damit Assistenzärzte der Hebammenlehranstalt Mainz gegen die Zwangssterilisationen gewertet werden. Auch bei Oberärzten und Direktoren zeigen

¹⁴³ KrG HLA. 1935 (2). Patientin Christina G. HbNr. 872. Brief der Inneren Abteilung des Stadtkrankenhauses Darmstadt an OMR Puppel vom 6.8.1936.

¹⁴⁴ Dr. Degen war 113mal Stationsarzt bei einer Zwangspatientin und nahm an 130 Sterilisationsoperationen teil.

¹⁴⁵ KrG HLA. 1935 (2). Patientin Erna H. HbNr. 689.

¹⁴⁶ KrG HLA. 1935 (2). Patientin Marg. K. HbNr. 734.

sich keine augenscheinlichen Auffälligkeiten. Inwiefern dies auf ihre biografischen Hintergründe zurückzuführen ist, wird später in dieser Arbeit diskutiert.¹⁴⁷

3.2.4. Fazit der präoperativen Phase

Die gesetzlichen Vorgaben des *Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses* wurden bezüglich der Voruntersuchungen nicht in allen Jahren eingehalten. Insbesondere in den ersten Sterilisationsjahren zeigen sich diesbezüglich deutliche Defizite, die vermutlich auf die Überlastung des Personals in dieser Zeit zurückgehen. Erst mit Zunahme der präoperativen Verweildauer der Patientinnen kam es zur regelmäßigen Durchführung von Voruntersuchungen, die eine gynäkologische, internistische und laborchemisch-mikrobiologische Untersuchung beinhalteten. Trotz der initialen Ablehnung jeder zehnten Zwangssterilisation kann diese Praxis nicht als Widerstand gegen das Gesetz gewertet werden.

3.3. Die Operation

Bei 1365 Patientinnen¹⁴⁸ konnte in der präoperativen Phase kein Grund für eine Aussetzung der Sterilisation gefunden werden. Im Folgenden wird die operative Umsetzung ihrer Zwangssterilisationen in der Hebammenlehranstalt Mainz betrachtet und analysiert.

3.3.1. Die Operationsmethoden

Es gab unterschiedliche Methoden, um eine Patientin zu sterilisieren. Gesetzliche Bedingungen für die Methode waren „eine möglichst hohe Sicherheit für eine wirkliche Unfruchtbarkeit“¹⁴⁹ und mit dem Eingriff „die Betroffenen so wenig wie möglich zu beschweren“¹⁵⁰.

Grundsätzlich können alle operativen Sterilisationsmethoden bezüglich ihres Zugangsweges unterschieden werden. Es gab die Möglichkeit eines abdominalen Zugangs (Laparotomie) im Gegensatz zu einem vaginalen oder inguinalen Vorgehen.¹⁵¹ Diese Differenzierung ist in Bezug auf Operationsaufwand, Personalbedarf und

¹⁴⁷ Siehe Kapitel 5.

¹⁴⁸ Nach Ruckert (2012), S. 35, erfolgten 1389 operative Sterilisationen in der Hebammenlehranstalt Mainz. Bei der Abweichung handelt es sich wohl um die Frauen, die in den Geburtsbüchern geführt wurden.

¹⁴⁹ Gütt et al. (1936), S.264.

¹⁵⁰ Gütt et al. (1936), S.264.

¹⁵¹ Vgl. Gütt et al. (1936), S. 331.

postoperativen Verlauf¹⁵² zu beachten. Erlaubt waren nur Methoden, welche zwar eine Sterilität verursachten, jedoch nicht kastrierten. Uterus und Ovarien mussten somit verbleiben, nur bei eindeutigen Zeichen einer malignen Grunderkrankung durften sie entnommen werden.¹⁵³ Den Operateuren blieb damit entweder die Tuben zu entfernen (Exstirpation) oder sie auf irgendeine Weise undurchgängig zu machen.¹⁵⁴

In der Hebammenlehranstalt Mainz erfolgten alleine operative Sterilisationen, wobei mit wenigen Ausnahmen eine Laparotomie erfolgte.¹⁵⁵ Der Personalaufwand ist somit über alle betrachteten Jahre vergleichbar.

Die bis 1936 am häufigsten verwendete Operationsmethode war die Tubenquetschung nach Madlener:¹⁵⁶ „Mit einer Pinzette wird die Tube da gefaßt, wo sie am beweglichsten ist, also nicht in der Nähe des Uterus oder in der Mitte des Verlaufes, sondern etwas lateral von der Mitte. Die gefaßte Wandstelle wird in die Höhe gezogen, bis das Rohr spitzwinklig abgeknickt ist; dann wird dicht unterhalb der Spitze der Pinzette die Quetschklemme quer über die Tubenschenkel angesetzt, so daß zwei kurze Rohrstrecken zwischen den Branchen des Instrumentes liegen. [...] Das Gewebe muss papierdünn gequetscht werden. Nach Abnahme der Klemme wird eine dünne Zwirnligatur in die Querfurche gelegt.“¹⁵⁷ Diese einfache und unblutige Methode wurde später modifiziert, um noch zuverlässigere Ergebnisse zu erzielen.¹⁵⁸ Eine Abwandlung hiervon bildete die Sterilisation nach Haselhorst, welche eine Verdrehung statt einer Quetschung vorsah.¹⁵⁹ Hiervon gänzlich zu unterscheiden ist die Exstirpation der Tuben, welche bei inguinalem Zugangsweg als Sterilisation nach Menge benannt wurde.¹⁶⁰

In den ausgewerteten Jahren wurden 1151 der 1365 operativen Sterilisationen nach Madlener durchgeführt. Diese Methode wurde demnach bei knapp 85% aller Patientinnen angewandt. Bei weiteren 120 Patientinnen wurde eine Tubenexstirpation durchgeführt. In 21 Fällen wurden die beiden genannten Methoden kombiniert. Bei den

¹⁵² Laparotomien zeigten deutlich höhere Komplikationsraten als vaginale Operationen. Vgl. Koch. 2017. S. 46.

¹⁵³ Vgl. Gütt et al. (1936), S. 327.

¹⁵⁴ Vgl. Gütt et al. (1936), S. 332.

¹⁵⁵ Ein Beispiel für eine solche Ausnahme ist die „inguinale Sterilisation“ (KrG HLA. 1938 Teil 2. Patientin Joh. H. HbNr. 877.).

¹⁵⁶ Vgl. Gütt et al. (1936), S. 333.

¹⁵⁷ Gütt et al. (1936), S. 333.

¹⁵⁸ Vgl. Gütt et al. (1936), S. 333 f.

¹⁵⁹ Vgl. Gütt et al. (1936), S. 334.

¹⁶⁰ Vgl. Gütt et al. (1936), S. 334 f.

restlichen 73 Sterilisationen und damit 5% der Operationen wurden andere Operationsmethoden genutzt. Hierbei handelt es sich um Hysterektomien (26), Tubendurchtrennung nach Sigwart (17), Tubenquetschungen nach Haselhorst (12) sowie inguinalen Sterilisationen nach Menge (8).

In der Jahresverteilung zeigt sich, dass die Sterilisation nach Madlener in der Hebammenlehranstalt Mainz in jedem einzelnen Jahr mit deutlichem Abstand die bevorzugte Sterilisationsmethode darstellte und ab 1939 sogar die einzig angewandte Methode war. Nur in den Jahre 1935 und 1936 wurden Tubenexstirpationen sowie die übrigen Sterilisationsmethoden in relevantem Ausmaß zur operativen Sterilisation genutzt.¹⁶¹

Somit war in der Hebammenlehranstalt Mainz in der gesamten Zeit von 1934 bis 1943 die Sterilisation nach Madlener die Methode der Wahl bei den gesetzlichen Sterilisationen. Das Aufkommen von verschiedenen anderen Operationsmethoden insbesondere in den Jahren 1935 und 1936 spricht am ehesten für ein Austesten anderer Möglichkeiten, von denen sich aber keine gegen die Standardmethode durchsetzen konnte. Hierfür gibt es vorrangig zwei Gründe. Einerseits benötigte die Sterilisation nach Madlener in der Hebammenlehranstalt Mainz mit einer durchschnittlichen Dauer von etwas mehr als 20 Minuten nur halb so viel Zeit wie die anderen Sterilisationen mit 40 Minuten und hatte damit einen deutlichen ressourcensparenden Zeitvorteil. Andererseits war sie spätestens mit der Modifikation 1936 eine sehr sichere Sterilisationsmethode, im Gegensatz beispielsweise zur Tubenquetschung nach Haselhorst.¹⁶²

In der Hebammenlehranstalt Mainz ergab sich sehr rasch die Sterilisation nach Madlener als Standardmethode. Dies entspricht auch dem Durchschnitt in anderen Kliniken,¹⁶³ namentlich Göttingen,¹⁶⁴ wo Prof. Wehefritz, der spätere Direktor der Hebammenlehranstalt Mainz, bis 1938 tätig war. Ausschlaggebend für den großen Zuspruch für die Methodik scheint auch aus zeitgenössischer Sicht die „Einfachheit ihrer Durchführung und dem Umstände [geschuldet zu sein], dass sie sich vollkommen unblutig ausführen lässt.“¹⁶⁵ Eine kontroverse Diskussion in den 1930er Jahren

¹⁶¹ 1935 wurden 20% der Sterilisationen und 1936 sogar 30% nicht nach Madlener durchgeführt.

¹⁶² Vgl. Ruckert (2012), S. 47.

¹⁶³ Vgl. Kaasch, Imke (2006): Zur Alltagsgeschichte des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses am Beispiel der Begutachtung von Frauen an der Universitäts-Nervenlinik Tübingen im Jahr 1936. Diss. Univ. Tübingen. Fulda, S. 57.

¹⁶⁴ Vgl. Koch (2017), S. 45.

¹⁶⁵ Vgl. Gütt et al. (1936) S. 333.

erfolgte jedoch über den zu wählenden Zugangsweg. Die Sterilisationsmethode nach Madlener konnte laparotomisch, inguinal oder vaginal erfolgen.

Die Hebammenlehranstalt Mainz blieb dem laparotomischen Weg treu, wie beispielsweise auch die Tübinger Frauenklinik.¹⁶⁶ Etliche Kliniken wie Göttingen bevorzugten den inguinalen Zugang aufgrund der vermeintlich geringen Komplikationsraten.¹⁶⁷ Dem wurden die längere Operationsdauer und das erhöhte Risiko von narkosebedingten Komplikationen entgegen gesetzt.¹⁶⁸ Es gab jedoch auch andere Kliniken, die kaum nach Madlener sterilisierten. Beispielsweise wurden die Patientinnen der Universitätsklinik Freiburg überwiegend mittels Tubenkeilexzision sterilisiert.¹⁶⁹

Nun stellt sich die Frage, welche Ärzte die Operation durchführten und welche Methode von wem bevorzugt und insbesondere welcher Arzt neben der Sterilisation nach Madlener noch andere Methoden verwendete.

3.3.2. Der Operateur

In seinem Rundschreiben vom 18. Juli 1934 verlangte der Reichsminister der Justiz: „Wird die Unfruchtbarmachung vorgenommen, so soll der Arzt diejenige Methode der Verlegung, Undurchgängigmachung oder Durchtrennung der Eileiter [...] anwenden, die er am besten beherrscht.“¹⁷⁰

Die Operation sollte nach Artikel 5 der 1. Verordnung zur Ausführung des *Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses* vom 25. Dezember 1933 von einem „chirurgisch geschulten Arzt“¹⁷¹, also einem Facharzt für Chirurgie oder Frauenheilkunde, durchgeführt werden.¹⁷²

In der Hebammenlehranstalt Mainz führte bei über 99% der 1365 Patientinnen¹⁷³ der amtierende Chefarzt oder Oberarzt die Operation durch.¹⁷⁴ Insgesamt wurde 740mal

¹⁶⁶ Vgl. Kaasch (2006), S. 70.

¹⁶⁷ Vgl. Koch (2017), S. 46.

¹⁶⁸ Vgl. Kaasch (2006), S. 70.

¹⁶⁹ Vgl. Link (1999), S. 357.

¹⁷⁰ Gütt et al. (1936), S. 269.

¹⁷¹ Gütt et al. (1936), S. 267.

¹⁷² Vgl. Gütt et al. (1936), S. 269.

¹⁷³ 6mal ist der Operateur in den Krankenakten nicht vermerkt.

¹⁷⁴ Direktoren: 1934-1937 Obermedizinalrat Puppel; 1938-1943 Prof. Wehefritz. Oberärzte: 1934-1935 Dr. Lindenstruth; 1935-1938 Dr. Ley; 1938-1939 Dr. Tüscher.

der Chefarzt und 596mal der Oberarzt als Operateur¹⁷⁵ genannt, was ein Verhältnis von ungefähr 5:4 ergibt. Diese Verteilung unterlag zwischen 1934 und 1943 einigen Schwankungen, die im Folgenden genauer betrachtet werden sollen.

Die Jahre 1934 bis 1943 können bezüglich der Operateursverteilung in drei Abschnitte unterteilt werden. 1934 und 1935 operierte überwiegend der Chefarzt, 1936 bis 1939 übernahm der jeweilige Oberarzt die meisten Operationen und ab 1940 wird nur noch der Chefarzt als Operateur genannt. Letzteres ergibt sich aus dem vermutlich kriegsbedingten Fehlen eines Oberarztes.

Das anfängliche Übergewicht an Chefarztoperationen kann als Ausdruck der Gesetzestreue der Hebammenlehranstalt Mainz interpretiert werden. Denn in Hessen galt: „Die Operation darf in den vorgenannten Anstalten nur von den Direktoren der Kliniken bzw. von den Chefärzten der chirurgischen Abteilungen ausgeführt werden, in deren Verhinderung von den Oberärzten der betreffenden Kliniken und chirurgischen Abteilungen.“¹⁷⁶ Ebenso spielte sicherlich die Unerfahrenheit der Ärzte mit den Operationsmethoden eine Rolle, da das gesetzliche Sterilisationsverbot vor 1934¹⁷⁷ eine häufige Anwendung der Methoden verhinderte.¹⁷⁸

Im Jahr 1935 fanden trotz beginnender Routine 2/3 aller Sterilisationen unter Leitung des Chefarztes statt. Dies kann auf die Einarbeitung des neuen Oberarztes zurückgeführt werden. Hierfür spricht auch die Wiederholung dieser Entwicklung im Jahr 1938, in dem erneut ein Oberarztwechsel erfolgte. Mit zunehmender Erfahrung übernahm der Oberarzt immer mehr und 1937 wie 1939 sogar annähernd 2/3 aller Sterilisationen, so dass der Chefarzt sich wieder komplexeren Operationen zuwenden konnte.¹⁷⁹ Ob es sich hierbei auch um einen politisch motivierten Rückzug des Chefarztes aus der Zwangssterilisationstätigkeit handelt, kann im Sinne der noch zu besprechenden Biographien der Chefärzte nur vermutet werden.¹⁸⁰

¹⁷⁵ In einigen Fällen wurde in der Dokumentation nicht klar zwischen Operateur und OP-Assistent unterschieden. In diesen Fällen wurde jeweils der erstgenannte als Operateur und alle weiteren als OP-Assistenten gewertet.

¹⁷⁶ Hessisches Regierungsblatt 1934, S. 20.

¹⁷⁷ Vgl. Simon (2001), S. 45.

¹⁷⁸ Im Jahr 1932 wurden sechs Sterilisationen im Rahmen weiterer komplexerer Operationen durchgeführt. Hierbei war fünfmal Direktor Puppel und einmal Oberarzt Tausch als Operateur eingetragen.

¹⁷⁹ Siehe Kapitel 4.4.2.2.

¹⁸⁰ Siehe Kapitel 5.1.

Betrachtet man die einzelnen Chef- und Oberärzte, übernahm OMR Puppel mit 620 Operationen 45% aller Sterilisationen in der Hebammenlehranstalt Mainz. Ihm folgten die Oberärzte Ley und Lindenstruth mit 313 und 243 Operationen. Prof. Wehefritz¹⁸¹ und Oberarzt Tüscher verantworten deutlich weniger Sterilisationen, da sie erst nach der Hochzeit der Sterilisationstätigkeit in der Hebammenlehranstalt Mainz tätig waren.

Die Hebammenlehranstalt Mainz folgte demnach bei 99% der Sterilisationen den gesetzlichen Vorgaben, nur chirurgisch geschulte Ärzte operieren zu lassen. Hierbei handelte es sich jedoch im Fall der Oberärzte nicht um Fachärzte.¹⁸² Jedoch entsprach ihre „Ausbildungszeit in der [...] Gynäkologie, die der zur Anerkennung als Facharzt geforderten“¹⁸³ und damit wiederum dem Gesetz. Bei sieben Patientinnen, je einer in den Jahren 1937 und 1938 sowie fünf im Jahr 1939, ist allerdings ein Assistenzarzt als Operateur der Sterilisation angegeben.

Bei den beiden Operationen 1937 und 1938 wurde jeweils Dr. Hinterlang als Operateur genannt. In beiden Fällen war er bei den vorherigen und folgenden Sterilisationen jeweils Assistent des operierenden Oberarztes, der bei besagten Operationen selbst diese Position einnahm.¹⁸⁴ Deshalb liegt die Vermutung nahe, dass es sich hierbei um eine einfache Verwechslung bei der Dokumentation handelt. Allerdings wäre auch denkbar, dass Dr. Hinterlang zum Ende seiner Assistenzzeit auf fachärztliche Aufgaben vorbereitet werden sollte. Dagegen sprechen der 13-monatige Abstand¹⁸⁵ und die geringe Anzahl der Operationen.

Ein anderes Bild ergibt sich bei der Betrachtung der fünf Operationen im Jahr 1939, wobei zweimal Dr. Weskott und dreimal Dr. Müller als Operateur genannt wurden. Einerseits war bei keiner dieser Operationen ein Oberarzt oder Chefarzt in anderer Funktion beteiligt, andererseits handelt es sich um die fünf auf den Kriegsausbruch¹⁸⁶ folgenden Sterilisationen in der Hebammenlehranstalt Mainz.¹⁸⁷ Sie fallen somit in eine

¹⁸¹ Prof. Wehefritz war in seiner Oberarztzeit an der Universitätsfrauenklinik Göttingen zwischen 1934 und 1937 bei insgesamt 64 Zwangssterilisationen als Operateur aufgeführt. Vgl. Koch (2017), S. 61.

¹⁸² Die Oberärzte erlangten ihren jeweiligen Facharzttitel - wenn überhaupt - erst am Ende ihrer Tätigkeit in der Hebammenlehranstalt Mainz. Siehe Kapitel 5.2.

¹⁸³ Gütt et al. (1936), S. 269.

¹⁸⁴ Im besagten Fall im Jahr 1938 (KrG HLA. 1938 (2). Patientin Sophie V. HbNr. 938.) wurde nicht klar zwischen Operateur und Assistent unterschieden. Dr. Hinterlang wird jedoch als erster Name genannt und wurde daher als Operateur gewertet.

¹⁸⁵ 24.11.1937 und 19.12.1938.

¹⁸⁶ Der Zweite Weltkrieg begann am 01.09.1939 mit dem deutschen Überfall auf Polen. Vgl. Schmidt, Rainer (2008): Der Zweite Weltkrieg. Die Zerstörung Europas. Berlin-Brandenburg (be.bra), S. 10.

¹⁸⁷ Die besagten Operationen fanden zwischen 14.09.1939 und 06.12.1939 statt. Die letzte Zwangssterilisation vor Kriegsausbruch wurde von Oberarzt Tüscher am 20.07.1939 durchgeführt.

Zeit der personellen Umstrukturierungen durch den vermehrten kriegsbedingten Einzug von Ärzten.

Hieraus ergab sich für die Hebammenlehranstalt Mainz, dass weder der Chefarzt noch der Oberarzt zwischen August und November 1939 eine relevante Sterilisationstätigkeit zeigte. Dies führte zu einer Mehrbelastung der verbliebenen Ärzte. Inwiefern dies als Vorbereitung auf die Streichung der Oberarztstelle zum Januar 1940 diente, kann nicht sicher bestimmt werden. Da hiernach offiziell nur noch der Chefarzt Sterilisationen durchführen durfte, ist denkbar, dass es sich bei den fünf Assistentenoperationen 1939 um organisatorisch bedingte Ausnahmen handelte. Der Gesetzgeber hatte in Hinblick auf den Krieg ebendies in Einzelfällen erlaubt.¹⁸⁸ Alle darauffolgenden Sterilisationen wurden dann auch wieder vom Chefarzt selbst durchgeführt.

Zusammenfassend wurden in der Hebammenlehranstalt Mainz die gesetzlichen Vorgaben eingehalten und operative Sterilisationen nur vom Chefarzt oder Oberarzt durchgeführt. Ausnahmen hiervon fanden sich gesichert nur aufgrund der kriegsbedingten personellen Umstellungen im Herbst 1939.

Die Standardmethode in der Hebammenlehranstalt Mainz war die Sterilisation nach Madlener. Daher ist es auch nicht verwunderlich, dass diese auch von jedem einzelnen Operateur mit Abstand am häufigsten angewandt wurde. Dagegen wurden die seltener verwendeten Methoden überwiegend nur von einem Arzt genutzt. Die Tubenquetschungen nach Haselhorst wurden alle und die Hysterektomien fast alle von OMR Puppel durchgeführt. Den Großteil der Operationen nach Sigwart verantwortete hingegen Oberarzt Ley. Die Tubenexstirpationen verteilen sich auf OMR Puppel, OA Lindenstruth und OA Ley, wobei die beiden Erstgenannten $\frac{3}{4}$ aller Operationen übernahmen. Nur die acht Sterilisationen nach Menge verteilen sich auf vier verschiedene Operateure. Außerdem verteilen sie sich so auf die Jahre 1935 bis 1938, dass kein Trend zu sehen ist. Die operierenden Ärzte blieben demnach den gesetzlichen Vorgaben treu und nutzten die ihnen geläufigen Operationsmethoden.

¹⁸⁸ Reichsgesetzblatt 1939, Teil I, S.1560 ff.

3.3.3. Die Operationsassistenten

Neben dem Operateur waren für jede der oben genannten Operationsmethoden noch weitere Aufgaben im Operationssaal zu erfüllen. Hierzu zählen die der Operationsassistentenz und die Durchführung und Überwachung der Narkose.

Bei den 1365 Zwangssterilisationen der Hebammenlehranstalt Mainz waren bei 365 ein Assistent und bei 988 und damit knapp $\frac{3}{4}$ aller Operationen sogar zwei Assistenten im Einsatz. Mit wenigen Ausnahmen waren die OP-Assistenten Ärzte,¹⁸⁹ wobei es sich hierbei vor allem um Assistenzärzte handelte.¹⁹⁰ Demnach wurde über die gesamte betrachtete Zeit die Anwesenheit zweier Assistenzärzte als OP-Assistenten bevorzugt. 80% der Ein-Assistenten-Operationen fanden im Zeitraum zwischen Juli 1934 und Mai 1935 statt. Dies ist erneut als Auswirkung der ärztlichen Mehrbelastung zu Beginn der Sterilisationstätigkeit in der Hebammenlehranstalt Mainz zu werten.¹⁹¹ Auch spiegelt sich der Ärztemangel während des Krieges in den Ergebnissen wider, da vor allem in den 1940er Jahren neben Ärzten auch Schwestern als OP-Assistenten eingesetzt wurden. Die Beteiligung eines zweiten Assistenten brachte keine Zeitersparnis.¹⁹² Daher ist zu vermuten, dass die Beschäftigung zweier Assistenten primär Ausbildungszwecken diene.

Insgesamt übernahmen in der Hebammenlehranstalt Mainz 60 verschiedene Personen die Aufgabe der OP-Assistenz bei einer Zwangsterilisation. Dies waren 51 Assistenzärzte, die drei Oberärzte und die beiden Chefärzte sowie vier Schwestern. Um die Beteiligung der OP-Assistenten in den Jahren 1934 bis 1943 trotz der großen Schwankungen in der Anzahl der Sterilisationsoperationen objektiv zu beurteilen, sollen nicht die absoluten OP-Beteiligungen verglichen werden. Stattdessen werden die OP-Einsätze in Relation zur Gesamtzahl der durchgeführten Zwangssterilisationen in der jeweiligen Tätigkeitszeit des Arztes betrachtet.

¹⁸⁹ Bei 5 Sterilisationen ist eine Schwester als OP-Assistent genannt.

¹⁹⁰ Bei 226 und damit 16,6% der Sterilisationsoperationen waren Ober- oder Chefarzt einer der OP-Assistenten.

¹⁹¹ Siehe Kapitel 4.3.

¹⁹² Die durchschnittliche Operationsdauer mit einem OP-Assistenten lag beispielsweise im Jahr 1934 bei 22 min, wohingegen die durchschnittliche Operationsdauer nur um eine Minute geringer bei 21 min lag. Im Jahr 1935 war die Operationsdauer mit einem Assistenten mit 26 min dagegen sogar um eine Minute geringer als der Gesamtdurchschnitt mit 27 min.

Hierbei fallen folgende Assistenzärzte als häufige OP-Assistenten auf:

- (1) In den Jahren 1934 und 1935 waren Dr. Allmanns und Dr. Birk jeweils an jeder dritten bzw. vierten Sterilisation als OP-Assistent beteiligt;
- (2) Zwischen 1936 und dem Sommer 1937 waren Dr. Herhartz und Dr. Hanko jeweils an jeder dritten Sterilisation als OP-Assistent beteiligt;
- (3) Zwischen Sommer 1937 und 1939 waren Dr. Hinterlang und Dr. Huck an 40% bzw. 30% der Sterilisationen als OP-Assistent beteiligt;
- (4) Ab dem Sommer 1939 bis 1943 waren Dr. Weskott und Dr. Lustenberger bei über der Hälfte der Sterilisationen als OP-Assistentin beteiligt.

Zusammenfassend waren in der Hebammenlehranstalt Mainz zwei OP-Assistenten an einer Sterilisationsoperation beteiligt, wenn dies die personelle Besetzung zuließ. Die Aufgabe wurde überwiegend von Assistenzärzten übernommen, die teilweise während ihrer Tätigkeitszeit an jeder zweiten bis dritten Sterilisation als OP-Assistent beteiligt waren.

3.3.4. Die Narkose

Jede der in der Hebammenlehranstalt Mainz durchgeführten Zwangssterilisationen bedurfte einer Narkose. Hierbei gab es keinerlei gesetzliche Vorgaben, so dass der jeweils verantwortliche Arzt frei wählen konnte.

Für die Auswahl und Überwachung der Narkose ist heutzutage alleine der Anästhesist verantwortlich.¹⁹³ Eine professionalisierte, von der Chirurgie unabhängige Anästhesie gründete sich im deutschsprachigen Raum erst in den 1950er Jahren.¹⁹⁴ Für die 1930er und 1940er Jahre galt: „Es gab Narkoseschwester, es gab Ärzte, die sich ausschließlich als Narkotiseure betätigten, [und] es gab Kliniken, in denen Chirurgieassistenten turnusmäßig eine gewisse Zeit als Anaesthesieassistenten arbeiteten“¹⁹⁵.

3.3.4.1. Das Narkosepersonal

In der Hebammenlehranstalt Mainz gab es kein auf die Narkose spezialisiertes Fachpersonal. Die Narkose bei den Zwangssterilisationen wurde sowohl von Schwestern

¹⁹³ Vgl. Delingat (1975), S. 54 f.

¹⁹⁴ Vgl. Delingat (1975), S. 48.

¹⁹⁵ Delingat (1975), S. 96.

als auch von Ärzten durchgeführt. Insgesamt verabreichte und beaufsichtigte bei 703 Patientinnen (51,5%) ein Arzt und bei 560 (41%) eine Schwester die Narkose.¹⁹⁶

Zu Beginn der Sterilisationszeit 1934 übernahmen die Schwestern mit 90% den Hauptanteil der Narkosen. Über die Jahre 1935 bis 1937 nahm dieser Anteil kontinuierlich gegenüber den Ärzten ab, bis schließlich 1938 jede Narkose von Ärzten gegeben wurde. In den 1940er Jahren übernahmen die Schwestern wieder einige Narkosen. Dies kann aufgrund der geringen Sterilisationszahlen aber kaum als Trend gewertet werden.

Bei den an der Narkose beteiligten Ärzten handelt es sich überwiegend um Assistenzärzte, die im Gegensatz zu dem überwiegenden Anteil der Schwestern bei anderen Eingriffen auch als OP-Assistenten eingesetzt wurden. Demnach waren bei diesen Sterilisationen neben dem Operateur drei Assistenzärzte im Operationssaal gebunden. Für die beteiligten Oberärzte und Direktoren gilt, dass sie sowohl in den Rollen des Operateurs, des OP-Assistenten als auch des ‚Anästhesisten‘ an den Zwangssterilisationen teilnahmen. Da aber nur 39 Narkosen von Oberärzten und sogar nur zehn von den Direktoren beaufsichtigt wurden, sind sie für die folgenden Ausführungen nicht ausschlaggebend. Insgesamt übernahmen 41 verschiedene Assistenzärzte die Aufgabe des ‚Anästhesisten‘, jedoch war keiner in dieser Funktion an mehr als 5% der Sterilisationsoperationen beteiligt. Es kann somit kein zugrundeliegendes Verteilungssystem identifiziert werden, da Assistenzärzte teilweise am selben Tag sowohl als Narkosearzt als auch OP-Assistent eingesetzt wurden. Für die Hebammenlehranstalt Mainz kann daher keine turnusmäßige Anästhesieassistenz nachgewiesen werden.

Im Gegensatz zu den Ärzten waren insgesamt nur acht Schwestern und von ihnen nur drei entscheidend an den Sterilisationsoperationen beteiligt. Dies waren die Schwester Oberin mit 323 (24%), Schwester Julchen¹⁹⁷ mit 106 (8%) und Schwester Anita mit 110 (8%) Narkosegaben. In der alleinigen Betrachtung der Jahre 1934 und 1935 war die Schwester Oberin sogar an 43% aller Zwangsterilisationen beteiligt.

Oben konnte gezeigt werden, dass bei den Operateuren in den Jahren 1934 und 1935 besonders die Erfahrung ein entscheidender Faktor für den OP-Einsatz bei den

¹⁹⁶ In den übrigen Fällen war im Operationsbericht kein ‚Anästhesist‘ angegeben.

¹⁹⁷ Sie war die einzige Schwester, die mit Ausnahme des Jahres 1938 mindestens bei einer Sterilisation pro Jahr teilnahm.

Zwangssterilisationen war.¹⁹⁸ Diese Aussage scheint auch auf die ‚Anästhesisten‘ zuzutreffen, da zu Beginn die in operativer Geburtshilfe erfahrenen Schwestern, insbesondere die Schwester Oberin¹⁹⁹, zum Einsatz kamen. Des Weiteren ist anzunehmen, dass es personell nicht möglich war, bei den vielen Operationen der Jahre 1934 bis 1936 jeweils drei Assistenzärzte²⁰⁰ im Operationssaal zu binden. Die folgende Übernahme der Narkoseaufsicht durch Ärzte steht im Einklang mit der nationalsozialistischen Betonung der pflegerischen Aufgaben der Schwesternschaft.²⁰¹ Mit zunehmendem kriegsbedingtem Ärztemangel²⁰² musste von dieser strikten Einhaltung der ideologischen Aufgabenverteilung in Einzelfällen Abstand genommen werden. In der Hebammenlehranstalt Mainz gab es kein auf die Narkose spezialisiertes Personal und auch keine Tendenz, dieses zu schaffen. Der Anästhesie wurde anscheinend eine untergeordnete Rolle zugeschrieben.

3.3.4.2. Die Narkoseform und das Narkotikum

Aus den Akten der Hebammenlehranstalt Mainz ist nicht zu entnehmen, wer über die Auswahl der Narkoseform und das verwendete Narkotikum entschied. Im deutschsprachigen Raum galt im betrachteten Zeitraum jedoch: „Der Operateur trug alleine die Verantwortung [für die Narkose und den Patienten], der Anaesthesist war weisungsabhängig.“²⁰³ Es ist damit in Hinblick auf die hierarchischen Verhältnisse in der Klinik davon auszugehen, dass der Operateur auch über die Narkose entschied.

Im Deutschen Reich stellte die Inhalationsnarkose mit Äther, die seit dem Beginn der Anästhesie 1846 Verwendung fand,²⁰⁴ weiterhin die Standardnarkose dar. Das ebenfalls lang erprobte Chloroform wurde nur noch selten verwendet, da es eine deutlich höhere Rate an narkosebedingten Todesfällen zeigte.²⁰⁵ Nichtsdestotrotz wurden die deutschen Armeeärzte 1939 mit eben diesen Narkosemitteln ausgestattet.²⁰⁶ Seit 1932 standen den Kliniken zusätzlich intravenös zu verabreichende Barbiturate wie

¹⁹⁸ Siehe Kapitel 3.3.2.

¹⁹⁹ Es ist anzunehmen, dass sie die längste Berufserfahrung unter den Schwestern hatte.

²⁰⁰ Wenn zwei Assistenzärzte als OP-Assistenten und ein Assistenzarzt als ‚Anästhesist‘ beschäftigt waren.

²⁰¹ Vgl. Steppe, Hilde (1986): Krankenpflege im Nationalsozialismus. In: Steppe, Hilde, Koch, Franz, Weisbrod-Frey, Herbert (Hrsg.): Krankenpflege im Nationalsozialismus. 3. Auflage, Frankfurt am Main (Mabuse), S. 41.

²⁰² Vgl. Dumont (2002), S. 380.

²⁰³ Delingat (1975), S. 97.

²⁰⁴ Vgl. Delingat (1975), S. 10.

²⁰⁵ Vgl. Delingat (1975), S. 32.

²⁰⁶ Vgl. Delingat (1975), S. 38.

beispielsweise Avertin, Evipan-Natrium oder Rectidon zur Verfügung.²⁰⁷ Die insbesondere von deutschsprachigen Ärzten in den ersten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts entwickelte Lokalanästhesie hatte in der Gynäkologie wenig Anwendungsbereiche.²⁰⁸

In der Hebammenlehranstalt Mainz wurden 581 Operationen in Rectidon-Äther- und 512 in Chloroform-Äther-Narkose durchgeführt. Zusammen mit den 96 Evipan-Äther-Narkosen wurden diese drei Narkosekombinationen bei 87% der 1365 Zwangssterilisationen verwendet. Außerdem nennenswert sind die 24 Patientinnen, die in Lumbalanästhesie und damit als einzige nicht in Vollnarkose operiert wurden.

In den Jahren von 1934 bis 1943 gab es unterschiedliche Präferenzen bei der Wahl des Narkosemittels. In den ersten beiden Jahren wurde überwiegend in Chloroform-Äther-Narkose operiert. Ab 1936 entwickelte sich das erstmals 1935 eingesetzte Rectidon-Äther zur Standardmethode, welche wiederum zwei Jahre später von Evipan-Äther ersetzt wurde. Letzteres konnte sich aber nicht langfristig gegen Rectidon-Äther durchsetzen, das in den 1940er Jahren wieder zum Mittel der Wahl wurde. Die Hebammenlehranstalt Mainz verwendete somit überwiegend auf Ätherinhalation basierte Narkosen, welche ab 1936 mit Barbituraten kombiniert wurden.

Neben den drei Standardmethoden gab es noch weitere 16 Kombinationen von Narkosemitteln, von denen besonders in den ersten vier Jahren Gebrauch gemacht wurde. In den Jahren 1934, 1935 und 1937 wurden jeweils sechs, im Jahr 1936 sogar neun verschiedene Narkosemittel neben Rectidon-, Chloroform- und Evipan-Äther genutzt. Hierbei handelte es sich um diverse Kombinationen aus Rectidon, Chloroform, Äther, Evipan-Natrium, Chloräthyl, Avestin, Pudendus²⁰⁹-, Lokal- und Lumbalanästhesie. Diese Beobachtung passt zu der schon bei den Operationsmethoden in diesen Jahren beschriebenen Variabilität und zeigt, dass auch die Narkose bei den Zwangssterilisationen noch nicht standardisiert war.

²⁰⁷ Vgl. Delingat (1975), S. 37f.

²⁰⁸ Vgl. Delingat (1975), S. 34ff.

²⁰⁹ Pudendus steht für den Nervus pudendus, einen Nerv des Plexus lumbosacralis. Mittels Blockade dieses Nerven erfolgt eine perianale Anästhesie. Es handelt sich demnach um ein spezifisches lokalanästhetisches Verfahren, welches insbesondere in der Geburtshilfe eingesetzt wird. Vgl. Jankovic, Danilo (2008): Regionalblockaden & Infiltrationstherapie - Lehrbuch und Atlas. 4. vollständig überarbeitete Ausgabe, Berlin (ABW Wissenschaft). S. 298.

3.3.4.3. Fazit Narkose

In der Hebammenlehranstalt Mainz gab es kein spezialisiertes Personal für die Verabreichung und Überwachung der Narkose. Zu Beginn der Sterilisationstätigkeit übernahmen die geübten Schwestern die Narkosen, im weiteren Verlauf – im Einklang mit der nationalsozialistischen Ideologie bezüglich der Schwesternschaft – die Assistenzärzte und bei kriegsbedingtem Arztmangel wieder zunehmend die Schwestern. Als Narkosemittel wurde eine Ätherinhalation in Kombination mit Chloroform oder Barbituraten verwendet. Die Narkosemittel und das Narkosepersonal unterschieden sich in der Hebammenlehranstalt Mainz nicht von den im deutschsprachigen Raum in den 1930er Jahren verbreiteten Gepflogenheiten.

3.4. Die postoperative Phase

Die postoperative Phase beginnt am Ende der Operation. Die sterilisierten Patientinnen verbrachten durchschnittlich 13 Tage nach Durchführung der Zwangssterilisation in der Hebammenlehranstalt Mainz. In dieser Zeit traten Komplikationen auf, fanden Wundkontrollen und Abschlussuntersuchungen sowie die Entlassungen statt. Der Gesetzeskommentar erläutert: „Schließlich ist außerordentlich wichtig die Überwachung der Kranken nach der Operation auf der Krankenstation und die Nachbehandlung der Operierten überhaupt.“²¹⁰

3.4.1. Komplikationen

Nach jeder Operation kann es zu spezifischen oder unspezifischen Komplikationen kommen. Diese können durch den Eingriff selbst, die Narkose oder auch die allgemeine Schwächung und Immobilisation des Körpers auftreten.²¹¹ Im Folgenden werden alle pathologischen Symptome als Komplikationen gewertet, welche postoperativ in den Krankenakten dokumentiert sind. Werden mehrere Symptome bei einer Patientin genannt, wird in der Dokumentation selten ein sicherer Bezug zwischen diesen hergestellt. Daher werden bei der Auswertung diese Symptome jeweils eigenständig als Komplikationen bewertet, auch wenn ein Zusammenhang bestanden haben könnte. Aufgrund dieser Vorgehensweise ist eine Überschätzung der Komplikationsrate als auch der Anteile der unterschiedlichen Symptomkategorien zu

²¹⁰ Gütt et al. (1936), S. 338.

²¹¹ Vgl. Vogel, Andrea (2015): Chirurgie in Frage und Antwort. 8. Auflage, München (Urban & Fischer), S. 9.

erwarten. Dies ist ein struktureller Fehler, der sich jedoch in allen betrachteten Jahrgängen gleichermaßen auswirken dürfte, so dass von einer Vergleichbarkeit der Ergebnisse innerhalb dieser Arbeit auszugehen ist.

Nach dieser Definition lag die Komplikationsrate nach Zwangssterilisationen in der Hessischen Hebammenlehranstalt Mainz bei 47%. Unter Ausschluss der 1940er Jahrgänge mit sehr geringen Patientinnenzahlen (Stichprobe) zeigt sich in den Jahren 1934 bis 1939 sogar eine Komplikationsrate von 50%.

Eine solch hohe Komplikationsrate scheint auch aus Sicht der damaligen Ärzte nicht erstrebenswert. Diese werteten jedoch nachweislich nicht jedes Symptom als Komplikation, schrieben sie doch auch nach Verläufen mit Einträgen wie „im unteren Drittel [der Wunde] Sekretion“ von einem „komplikationslosen postoperativen Verlauf“²¹².

In den 1930er Jahren blieb die Komplikationsrate mit Ausnahme des Jahres 1936 weitestgehend konstant. In diesem besagten Jahr sank sie auf 36%. Da eine medizinische Erklärung für diesen Trend unwahrscheinlich erscheint, muss von einer Veränderung des Dokumentationswesens ausgegangen werden. Auffällig ist, dass sich insbesondere im Jahr 1936 Krankenakten von Zwangssterilisationspatientinnen häufen, bei denen kaum Dokumentation vorhanden ist. Hierbei findet sich häufig allein der Satz „Entlassung in gutem Allgemeinzustand nach komplikationslosem postoperativen Verlauf“.²¹³ Ob in diesen Fällen Symptome wie passageres Fieber, die in dieser Arbeit als Komplikation gewertet werden, unterschlagen wurden, kann nicht festgestellt werden, ist aber anzunehmen.

In den 1940er Jahren sanken die Komplikationsraten deutlich. Diese Entwicklung kann jedoch bei den kleinen Stichproben von weniger als 30 Patientinnen pro Jahr kaum als statistisch valide angesehen werden. In der folgenden Einzelbetrachtung der Subkategorisierung der Komplikationssymptome werden daher nur die Jahre 1934 bis 1939 betrachtet werden.

Um die Komplikationen genauer betrachten und diskutieren zu können, wurden sie für diese Arbeit in folgende Gruppen eingeteilt: Wundinfektionen, Entzündungen, Blutungen, Unruhe und Sonstige.

²¹² KrG HLA. 1936 (1). Patientin Anna P. HbNr. 77.

²¹³ KrG HLA. 1936 (1). Patientin Elisabeth H. HbNr. 12.

Unter die Kategorie der Wundkomplikationen fallen vor allem Wundheilungsstörungen, welche sich in Einträgen wie „Wundränder schmierig belegt“²¹⁴ oder „Dehiszenz der Operationswunde von etwa 4,5cm“²¹⁵ widerspiegeln. Die Gruppe der Entzündungen umfasst beispielsweise Infekte der oberen Atemwege mit Einträgen wie „starke Bronchitis“²¹⁶ oder „Temperaturanstieg auf 38,8. Reizhusten mit Auswurf“²¹⁷, aber auch Patientinnen, bei denen Fieber ohne aus den Akten erkennbare Ursache auftrat.²¹⁸ Unter den Begriff Blutung fallen sowohl Beschreibungen wie „stärkere blutige Sekretion“²¹⁹ als auch postoperative Ausbildung größerer Hämatome, welche beispielsweise wie folgt benannt werden: „Aus der Tiefe in der Mitte der Wunde entleert sich ein Haematom.“²²⁰ Das Symptom Unruhe wird in den Akten zur Dokumentation des Gemütszustandes der Patientinnen genutzt, wenn sie beispielsweise als „sehr unruhig“²²¹ beschrieben werden. Die letzte Kategorie umfasst alle Symptome und Krankheitsbilder, welche nicht in eine der anderen Gruppen gezählt werden können, aber nicht häufig genug auftreten, um eine eigene Kategorie zu formen. Beispiele hierfür sind ein „Iodexanthem“²²², „Schmerzen im Kreuz“²²³, „starker Anstieg der Pulsfrequenz“²²⁴, „Cyanose“²²⁵, „epiletischer Anfall“²²⁶ oder „Störung des Kreislaufs“²²⁷.

Am häufigsten traten Wundkomplikationen und Entzündungen bei etwa jeder dritten Patientin auf. Erstere sind eindeutig Folgen der Operation, wobei die Gruppe der Entzündungen sowohl postoperatives Fieber als auch nicht unbedingt auf die Operation zurückzuführende Bronchitiden und Pneumonien umfasst. Bei mehr als jeder fünften Komplikation handelte es sich um Unruhe. Diese führte häufig zur Gabe von Anästhetika als ‚Therapie‘-Maßnahme, wie folgende Dokumentationen zeigen: „Pat ist so unruhig und versucht den Verband abzureissen, dass sie in Rektidon-dämmerschlaf gehalten werden muss.“²²⁸ oder „Sie ist sehr unruhig, verlangt

²¹⁴ KrG HLA. 1936 (1). Patientin Marg. F. HbNr. 230.

²¹⁵ KrG HLA. 1938 (1). Patientin Else E. HbNr. 44.

²¹⁶ KrG HLA. 1936 (2). Patientin Marg. K. HbNr. 919.

²¹⁷ KrG HLA. 1938 (1). Patientin Elisabeth K. HbNr. 45.

²¹⁸ „Nachmittags Temperatur 38,6.“ (KrG HLA. 1937 (1). Marg. S. HbNr. 186.

²¹⁹ KrG HLA. 1935 (2). Patientin Helena L. HbNr. 796.

²²⁰ KrG HLA. 1937 (1). Patientin Eleonore S. HbNr. 325.

²²¹ KrG HLA. 1936 (1) Patientin Ilse S. HbNr. 35.

²²² KrG HLA. 1937 (2). Patientin Kath. O. HbNr. 604.

²²³ KrG HLA. 1936 (2). Patientin Elisabeth L. HbNr. 738.

²²⁴ KrG HLA. 1938 (1). Patientin Marg. M. HbNr. 33.

²²⁵ KrG HLA. 1936 (1). Patientin Marie H. HbNr. 85.

²²⁶ KrG HLA. 1935 (1). Patientin Helene W. HbNr. 321.

²²⁷ KrG HLA. 1936 (1). Patientin Marie B. HbNr. 81.

²²⁸ KrG HLA. 1937 (1). Patientin Anna K. HbNr. 334.

ungestüm nach Wasser, verläßt wiederholt das Bett. Sie bekommt Pernocton dilandid Scopolamin u. wird [...] im Bett festgebunden.“²²⁹ Trotzdem kam es bei starker Unruhe mehrfach zu frühzeitigen Verlegungen in die einweisende psychiatrische Anstalt²³⁰ oder auf die „unruhige Abteilung“²³¹ des Städtischen Krankenhauses. Deutlich seltener kam es postoperativ zu Blutungen und der Sammelgruppe an sonstigen Komplikationen wie Thrombosen, Schmerzen oder Tachykardien.

Neben den beschriebenen postoperativen Komplikationen kam es während 1,5% der Zwangssterilisationen intraoperativ zu Atemstillständen. Diese führten nicht selten zur Unterbrechung der Operation und künstlichen Beatmung der Patientin. „Während der Narkose Atemstillstand, der sich mit Kohlensäure & 2ccm Co[...] i.m. beheben lässt.“²³² Hierbei handelt es sich aller Wahrscheinlichkeit nach um zu tiefe Sedierung, also eine direkte Komplikation der Narkose. Alle 21 betroffenen Patientinnen überlebten die Operation und konnten die Hessische Hebammenlehranstalt Mainz selbstständig verlassen.

Die Verteilung der Komplikationen über die betrachteten Jahre zeigt keine Trends oder Auffälligkeiten. Eine Reduktion der mit 50% hohen Komplikationsrate wurde demnach mit zunehmender Erfahrung mit den Zwangssterilisationen nicht erreicht. Hierfür bieten sich zwei Erklärungsmodelle an. Einerseits könnte es sich um in den 1930er Jahren noch unvermeidbare Komplikationen im postoperativen Verlauf handeln. Antibiotika zur Vermeidung und Therapie postoperativer Infektionen insbesondere der Operationswunde waren noch nicht erhältlich.²³³ Ebenfalls stand noch kein Heparin als Arzneimittel zur Thromboseprophylaxe oder -behandlung zur Verfügung.²³⁴ Andererseits fällt auf, dass es in den Akten keine Hinweise darauf gibt, dass die Ärzte der Hebammenlehranstalt Mainz auf die hohen Komplikationsraten reagierten. Vieles spricht dafür, dass sie nur einen Bruchteil der oben genannten Komplikationen als solche ansahen. Dies bestätigen die oben beschriebenen Fälle, in denen trotz

²²⁹ KrG HLA. 1935 (1). Patientin Anna G. HbNr. 439.

²³⁰ Beispiel: KrG HLA. 1934 (1). Patientin Paula R. HbNr. 452.

²³¹ Beispiel: „Muss bei anhaltender agitatorischer Unruhe und anhaltender Ruhestörung seitens der Mitpatienten auf die unruhige Abteilung d. städt. Krankenhauses verlegt werden.“ KrG HLA. 1934 (2). Maria R. HbNr. 731.

²³² KrG HLA. 1935 (1). Patientin Elise D. HbNr. 72.

²³³ Vgl. Eckart, Wolfgang (2011): Illustrierte Geschichte der Medizin – Von der französischen Revolution bis zur Gegenwart. Berlin und Heidelberg (Springer), S. 311f.

²³⁴ Vgl. Schwarzmann-Schafhauser, Doris (2005): Heparin. In: Gerabek, Werner, Haage, Bernhard, Keil, Gundolf und Wegner, Wolfgang (Hrsg.): Enzyklopädie Medizingeschichte. Berlin (De Gruyter), S. 570.

Wunddehizensen oder postoperativen Fiebers weiterhin von einem „völlig glattem postoperativen Verlauf“²³⁵ gesprochen wird.

Anders als bei den Komplikationen wurde nach Todesfällen eine ausführliche Ursachenforschung, vor allem mittels detailliert beschriebener Obduktionen, betrieben. Die Todesrate nach einer Zwangssterilisationsoperation an der Hessischen Hebammenlehranstalt Mainz betrug mit 12 Patientinnen in den Jahren 1934 bis 1943 knapp 1%. Die Diagnosen lauteten Lungenarterienembolie, Pneumonie oder Lungenödem.²³⁶ Mit den medizinischen Möglichkeiten der 1930er Jahre handelte es sich jeweils um noch nicht adäquat therapierbare Erkrankungen. In anderen Städten betrug die Mortalitätsrate bis zu 5%,²³⁷ so dass in der Hebammenlehranstalt Mainz vergleichsweise wenige Patientinnen starben. Inwieweit die ausführliche Dokumentation insbesondere der Obduktionen eine Folge der Berichtspflicht über jeden Todesfall im Rahmen des *Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses* darstellt, ist nur zu vermuteten.²³⁸

Die Komplikationsrate nach Zwangssterilisationen in der Hessischen Hebammenlehranstalt Mainz war sehr hoch. Trotz teilweise mangelhafter Dokumentation finden sich bei jeder zweiten Patientin Hinweise auf einen nicht komplikationslosen Verlauf. Dies ist auch im Vergleich zu Studien anderer Städte auffallend hoch.²³⁹ Trotz der hohen Komplikationsrate konnten die allermeisten Patientinnen jedoch im Verlauf behandelt und ‚beschwerdefrei‘ nach Hause entlassen werden. Ein typischer Eintrag am Tag der Entlassung gestaltet sich wie folgt: „Pat wird heute beschwerdefrei nach Hause entlassen. Bauchwunde reizlos, gut verheilt.“²⁴⁰

Für das Ansehen der durchführenden Klinik war die Komplikationsrate bei den Zwangssterilisationen an sich wohl nicht so ausschlaggebend. Ein Problem stellten jedoch die Patientinnen der Komplikationsgruppe Unruhe dar. Eine räumliche

²³⁵ Beispiel: KrG HLA 1935 (2). Patientin Kath. W. HbNr. 661 oder KrG HLA 1935 (2). Patientin Auguste D. HbNr. 692.

²³⁶ Beispiele: „Exitus an Lungenembolie“ (KrG HLA. 1935 (1). Patientin Kath. K. HbNr. 520.); „Pathologisch-anatomische Diagnose: Doppelseitig confluierende Bronchopneumonie schwersten Grades.“ (KrG HLA. 1935 (2). Patientin Lina G. HbNr. 637.); „Braune (!) Herzmuskelatrophie, schwerste Lungenstauung mit Lungenödem.“ (KrG HLA. 1935. (2). Patientin Hedwig G. HbNr. 643.).

²³⁷ Vgl. Müller, Ingo (1989): *Furchtbare Juristen – Die unbewältigte Vergangenheit unserer Justiz.* München (Kindler), S. 128.

²³⁸ Vgl. Simon (2001), S. 254.

²³⁹ In Göttingen traten bei mehr als 72,9% aller Patientinnen keine Komplikationen auf. Der überwiegende Anteil der Komplikationen ist darüber hinaus als leichtgradig eingestuft worden. Vgl. Koch (2017), S. 49.

²⁴⁰ KrG HLA. 1937 (1). Patientin Anna G. HbNr. 22.

Trennung zwischen den Zwangspatientinnen und anderen gynäkologischen Patientinnen war vom Gesetzeskommentar mittels Unterbringung in Einzelzimmern zwar angestrebt,²⁴¹ aufgrund des Platzmangels in der Hebammenlehranstalt Mainz jedoch nicht möglich.²⁴² Dies führte wiederholt zu Beeinträchtigung von gynäkologischen Patientinnen beispielsweise durch ausgeprägtes „Lärmen“, das nur in wenigen Fällen zu einer Verlegung zwecks „Isolation auf die septische Station“²⁴³ führt. Die aufgrund wachsender Furcht vor Widerstand aus der Bevölkerung angestrebte Geheimhaltung der Zwangssterilisationen war somit nicht möglich.²⁴⁴ Zwangsläufig wurde das Ansehen der durchführenden Kliniken – so auch der Hebammenlehranstalt Mainz – durch die unruhigen Zwangspatientinnen beschädigt.²⁴⁵

3.4.2. Die Entlassung und die Liegedauer

Nach der Heilung der Operationswunde und der Behandlung eventueller Komplikationen wurde die Patientin aus der Hebammenlehranstalt Mainz entlassen.

Vor einer Entlassung sollte üblicherweise eine Abschlussuntersuchung durchgeführt werden, um einen abschließenden Befund des postoperativen Heilungsverlaufs zu erheben und eine zeitnahe Wiederaufnahme zu vermeiden. Bei einer offenen Laparotomie, der Standardmethode bei Zwangssterilisationsoperationen in der Hebammenlehranstalt Mainz, sollte eine solche mindestens eine Wundinspektion beinhalten. In dieser Arbeit wurde jeder Untersuchungsbefund am Tag der Entlassung als Abschlussuntersuchung gewertet, allgemeine Angaben wie „Wohlbefinden“ jedoch nicht. Nach dieser Definition wurden 37% der Zwangssterilisierten eine Abschlussuntersuchung unterzogen. Bei den meisten Patientinnen handelt es sich hierbei allerdings ausschließlich um eine abschließende Beschreibung der Wundverhältnisse im Stil der während des Aufenthalts durchgeführten Wundkontrollen: „Wunde p.p. [primam pacem] geheilt“²⁴⁶ oder „Narbe reizlos, fest“²⁴⁷.

In den Jahren 1934 bis 1938 zeigen sich zwar einige Schwankungen bezüglich der abschließenden Wundkontrollen, diese sind aber nicht signifikant. Ab 1939 lassen die

²⁴¹ Vgl. Gütt et al. (1936), S.267.

²⁴² Siehe auch Abbildung 5.

²⁴³ KrG HLA. 1938 (1). Patientin Maria B. HbNr. 91.

²⁴⁴ Vgl. Koch (2017), S. 58. und Vgl. Simon (2001), S. 250.

²⁴⁵ Vgl. Kaasch (2006), S. 60f.

²⁴⁶ KrG HLA. 1935 (1). Patientin Martha H. HbNr. 20.

²⁴⁷ KrG HLA. 1937 (1). Patientin Katharine A. HbNr. 76.

sehr geringen Stichprobengrößen keine vergleichende Aussage mehr zu. Der Anteil der Abschlussuntersuchen nimmt jedoch ab. Die dokumentierten Abschlussuntersuchungen können demnach als über die betrachteten Jahre weitestgehend konstant angesehen werden.

Nichtsdestotrotz wurden auch bei der Mehrheit der Patientinnen ohne formelle Abschlussuntersuchung Wundkontrollen dokumentiert. Eine typische Verlaufsdokumentation nach Zwangssterilisation ohne Komplikationen, aber auch ohne Abschlussuntersuchung, liest sich wie folgt:

„25.I.35 [Ausführlicher Operationsbericht]

27/I.35 Leib weich, Wunde vollkommen reizlos, Stuhl + Winde gehen.

29/I.35 Nichts Besonderes. Pat. fühlt sich wohl.

31/I.35 V.W. [Verbandswechsel] Klammern entfernt, Wunde reizlos.

2.II. Wunde p.p. [primam pacem] geheilt. Wohlbefinden. Steht auf, verträgt es gut.

4.II. Entlassung in gutem Befinden.“²⁴⁸

Dieses Beispiel zeigt, wie im Verlauf des stationären Aufenthaltes zwar nicht täglich, aber doch regelmäßig über die Wundverhältnisse berichtet wurde. Ebenso ist daraus zu ersehen, dass Patientinnen erst mit verschlossener Wunde aufstehen durften und entlassen werden konnten. Trotz der gemäß obiger Definition geringen Rate an Abschlussuntersuchungen wurde somit bei den Zwangssterilisierten in der postoperativen Phase wenigstens auf eine ausreichende Wundheilung geachtet. Nur in Ausnahmefällen, vor allem bei starker Unruhe, erfolgte eine vorzeitige Rückverlegung in eine psychiatrische Anstalt oder Verlegung in das Städtische Krankenhaus, niemals jedoch die Entlassung nach Hause.

Die Entlassung wurde vom Stationsarzt geregelt, der die Dokumentation in der Krankengeschichte der Patientin mit seiner Unterschrift beendete. Alle Krankengeschichten wurden außerdem vom Direktor unterzeichnet. Diese Unterschriften sind undatiert und ohne erkennbare Beziehung zur restlichen Dokumentation.²⁴⁹ Es kann

²⁴⁸ KrG HLA. 1935 (1). Patientin Johanna H. HbNr. 89.

²⁴⁹ Es finden sich auch Unterschriften des Direktors bei Patientinnen mit Entlassungstagen, in denen er gemäß Schriftwechseln in anderen Krankengeschichten im Urlaub war.

daher davon ausgegangen werden, dass es sich um den endgültigen Abschluss der Akten handelte. Dieser Abschluss unterstellt das Verfassen aller nötigen Berichte sowie Briefe an die weiterbehandelnden Ärzte.

Gemäß § 11 des *Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses* musste dem Amtsarzt, nach Artikel 8 Absatz 2 der 3. Verordnung der Ausführung des Gesetzes²⁵⁰ auch dem Erbgesundheitsgericht, ein Bericht in Form eines Vordruckes übersandt werden.²⁵¹ Dieser musste „spätestens zwei Wochen nach Vornahme des Eingriffes“²⁵² erfolgen, sonst drohten Strafen.²⁵³ War die Heilung nach zwei Wochen nicht abgeschlossen, sollte dies im Bericht vermerkt und nach erfolgter Heilung ein weiterer versandt werden.²⁵⁴ In den Krankengeschichten der Hebammenlehranstalt Mainz gibt es weder Hinweise für noch gegen das Verfassen solcher Berichte. Es ist allerdings davon auszugehen, dass die Berichte fristgerecht versandt wurden, da es auch keine Hinweise auf Strafmaßnahmen gibt.

Neben den gesetzlich vorgeschriebenen Berichten wurde bei einigen Patientinnen, vor allem nach postoperativen Komplikationen, auch dem weiterbehandelnden Hausarzt²⁵⁵ ein Bericht geschickt. Diese Berichte unterschieden sich nicht von den bei anderen gynäkologisch behandelten Patientinnen.

3.4.3. Die Nachsorge

Nach der Entlassung einer operierten Patientin besteht die Möglichkeit einer Nachuntersuchung zur Begutachtung des Operationsergebnisses und des abgeschlossenen Heilungsverlaufs im zeitlichen Abstand.

In der Hebammenlehranstalt Mainz wurde nur bei acht aller 1365 zwangssterilisierten Patientinnen eine Nachuntersuchung dokumentiert. Bei etwa 4% wurde eine Nach-

²⁵⁰ Reichsgesetzblatt 1935, Teil I, S. 289 ff.

²⁵¹ Vgl. Gütt et al. (1936), S.263 und 270.

²⁵² Gütt et al. (1936), S. 268.

²⁵³ Vgl. Gütt et al. (1936), S.270.

²⁵⁴ Vgl. Gütt et al. (1936), S.268.

²⁵⁵ Es gibt keinen einzigen Brief an einen niedergelassenen Gynäkologen nach einer Zwangssterilisation. Inwiefern die überwiegend in ländlichen Bereichen lebenden Patientinnen keinen adäquaten Zugang zu einem niedergelassenen Gynäkologen hatten, oder ob die Tatsache, dass der Hausarzt sich mehr als ein Gynäkologe um abdominelle Operationswunden kümmern konnte, für diese Handhabung verantwortlich ist, kann nicht mehr evaluiert werden.

sorge mit Verbandswechsel beim Hausarzt,²⁵⁶ durch die Fürsorgeschwester²⁵⁷ oder in der ambulanten Poliklinik der Hebammenlehranstalt Mainz²⁵⁸ empfohlen. Ob diese durchgeführt wurden, ist den Akten nicht zu entnehmen. Demnach wurden die entlassenen sterilisierten Patientinnen von der Hebammenlehranstalt Mainz weder weiterbehandelt noch ihre Krankheitsgeschichte beispielsweise in Hinsicht auf Spätkomplikationen weiterverfolgt. Auch scheint kein Interesse an der Begutachtung des Operationsergebnisses im zeitlichen Verlauf bestanden zu haben. Hierbei folgt die Hebammenlehranstalt Mainz dem Gesetzeskommentar, der Nachuntersuchungen zur Verifizierung des Behandlungserfolges nur nach Strahlensterilisationen für notwendig hält.²⁵⁹

Lediglich fünf Patientinnen wurden nach ihrer Zwangssterilisation erneut in der Hebammenlehranstalt Mainz stationär aufgenommen, wobei nur bei zweien eine weitestgehend auf die Operation zurückzuführende Begründung für die Wiederaufnahme vorlag. Aufgrund der geringen Fallzahl ist hierbei von Einzelfällen auszugehen. Ebenfalls finden sich nur bei wenigen Patientinnen Einträge bezüglich einer Schwangerschaft Jahre nach durchgeführter Zwangssterilisation.

3.4.4. Fazit der postoperativen Phase

Die postoperative Phase stellte hinsichtlich des klinischen Ablaufs die zeitlich längste Phase der Zwangssterilisationen in der Hebammenlehranstalt Mainz dar. Trotz wechselnd ausführlicher Dokumentation werden bei etwa jeder zweiten Patientin Symptome im Sinne einer postoperativen Komplikation genannt. Hierbei stellten die Wundinfektionen und Entzündungen die größten Gruppen dar. Es ist jedoch davon auszugehen, dass diese mit den medizinischen Mitteln der damaligen Zeit kaum zu verhindern waren. Zu Todesfällen aufgrund besagter Komplikationen kam es jedoch nur in Ausnahmefällen. Im Mittelpunkt des postoperativen Verlaufs bei den Zwangspatientinnen stand die Wundheilung, welche die Mobilisation und damit die Entlassung bedingte. Auch wenn nur bei 37% aller Patientinnen eine Abschlussuntersuchung dokumentiert wurde, ist davon auszugehen, dass die Wundheilung bei Entlassung

²⁵⁶ Beispiel: „Pat. wird von d. Mutter nach Hause abgeholt mit der Anweisung sich nach 3 Tagen dem Hausarzt nochmal vorzustellen.“ (KrG HLA. 1934 Teil 2. Patientin Marg. H. HbNr. 1060.).

²⁵⁷ Beispiel: „Fürsorgeschwester bekommt Anweisungen über vorläufige Schonung u. weiteren Verbandswechsel.“ (KrG HLA. 1934 Teil 2. Patientin Anna K. HbNr. 913.).

²⁵⁸ Beispiel: „Pat. geht heute nach Hause, soll sich am 10ten wieder vorstellen.“ (KrG HLA. 1934 Teil 2. Patientin Mathilde L. HbNr. 1058.).

²⁵⁹ Vgl. Gütt et al. (1936), S. 271.

überwiegend abgeschlossen war. Poststationäre Wundkontrollen oder strukturierte Nachsorgen fanden nicht statt.

3.5. Zusammenfassung

In der Hessischen Hebammenlehranstalt Mainz erfolgten zwischen 1934 und 1943 insgesamt 1365 Sterilisationsoperationen auf Grundlage des *Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses*. Die gesetzlichen Vorgaben wurden hierbei weitestgehend eingehalten.

Präoperativ erfolgten Voruntersuchungen, die eine gynäkologische, internistische und laborchemisch-mikrobiologische Untersuchungen beinhalteten. Diese wurden jedoch insbesondere in den ersten Jahren der Zwangssterilisationstätigkeit nur sporadisch, später meistens durchgeführt. Jede zehnte Zwangssterilisierte konnte bei Erstaufnahme aufgrund gesundheitlicher oder organisatorischer Hindernisse nicht operiert werden. Trotzdem findet sich kein Anhalt dafür, diese Verschiebungen und Ablehnungen der Zwangssterilisationen als ärztlicher Widerstand zu werten. Sie fanden im Sinne und im Rahmen des Gesetzes statt.

Als Standardmethode zur operativen Sterilisation erfolgte die Sterilisation nach Madlener, welche von jedem einzelnen Operateur mit Abstand am häufigsten angewandt wurde. Als Operateure agierten die Direktoren und Oberärzte der Hebammenlehranstalt Mainz. Nur nach Kriegsbeginn wurden einige Zwangssterilisationen durch Assistenzärzte durchgeführt. Die Narkosemittel wurden vor allem Mitte der 1930er Jahre häufig gewechselt, Äther-Rectidon und Äther-Chloroform sind jedoch die Verbindungen, welche für die Zwangssterilisationen am häufigsten verwendet wurden. Der Versuch, bei den Eingriffen nur noch Ärzte zur Überwachung der Narkose einzusetzen, konnte nur bis zum Ausbruch des II. Weltkrieges durchgehalten werden. Danach übernahmen wieder die Schwestern diese Aufgabe. In Bezug auf die sterilisierende Operation an sich wurden demnach alle gesetzlichen Vorgaben eingehalten.

Nach Zwangssterilisationen kam es häufig zu Komplikationen, bei denen es sich vor allem um Wundinfektionen, fieberhafte Infekte und Unruhezustände handelte. Die teilweise lückenhafte oder sehr knappe Dokumentation der Krankenakten konzentriert sich weitgehend auf die Heilung der Operationswunde, welche bei Entlassung der Patientin in den allermeisten Fällen geschlossen und abgeheilt war. Nachuntersuchungen fanden in der Hebammenlehranstalt nicht statt.

4. Der Alltag in der Hebammenlehranstalt Mainz und der Einfluss der Zwangssterilisationen

Im Kapitel 3 wurde der Ablauf der Zwangssterilisationen in der Hebammenlehranstalt Mainz dargestellt. Daraus ergibt sich die Frage, inwiefern die medizinische Betreuung der 1500 zur Sterilisation aufgenommenen und größtenteils auch operierten Patientinnen den Klinikalltag und die Versorgung der übrigen stationären Patientinnen beeinflusste.

Bei den Zwangssterilisationen handelt es sich um gynäkologische Operationen, weshalb im Rahmen der obigen Fragestellung in dieser Arbeit auf die stationär behandelten gynäkologischen Patientinnen eingegangen werden soll. Dementsprechend wird die Betrachtung der geburtshilflichen Abteilung sowie die der gynäkologischen Ambulanz der Hebammenlehranstalt Mainz²⁶⁰ nicht im Detail berücksichtigt. Um den Einfluss der Zwangssterilisationen auf den Klinikalltag der gynäkologischen Abteilung zu beurteilen, werden die entsprechenden Krankengeschichten der 1930er Jahre in zweijährigen Abständen analysiert. Auf eine Betrachtung der 1940er Jahre wird aufgrund der geringen Zwangssterilisationszahlen²⁶¹ und des Einflusses des II. Weltkrieges auf den medizinischen Alltag der Hebammenlehranstalt Mainz verzichtet. Somit repräsentieren die Jahre 1930 und 1932 den medizinischen Alltag vor Einführung des *Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses*, die Jahre 1934 und 1936 den Höhepunkt der Zwangssterilisationen²⁶² und das Jahr 1938 die Zeit der Abnahme der Zwangssterilisationen.

4.1. Die Zwangssterilisationen als Zusatzbelastung für die Hebammenlehranstalt Mainz

Es stellt sich nun die Frage, ob die Zwangssterilisationen eine entscheidende Zusatzbelastung für die gynäkologische Abteilung der Hebammenlehranstalt Mainz und das dort arbeitende medizinische Personal darstellte.

²⁶⁰ Die Aufzeichnungen der ambulant versorgten Patientinnen der Hebammenlehranstalt Mainz wurden in einem „Ambulanzbuch“ gesammelt. Dieses war für diese Arbeit im Archiv des Institutes für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin der Universität Mainz nicht auffindbar und konnte damit nicht ausgewertet werden.

²⁶¹ Zwischen 1940 und 1943 erfolgten mit 83 Zwangssterilisationen nur etwa 6% aller Zwangssterilisationen in der Hessischen Hebammenlehranstalt Mainz.

²⁶² In vielen Arbeiten wird das Jahr 1936 als Höhepunkt der Sterilisationstätigkeit beschrieben. In der Hessischen Hebammenlehranstalt Mainz wurden jedoch im Jahr 1935 numerisch die meisten Zwangssterilisationen durchgeführt. Vgl. Bock (1986), S. 262.

Die Anzahl der jährlich behandelten Patientinnen stieg im Jahr 1934 im Vergleich zu den Vorjahren um das 2,5-fache auf 471 Patientinnen. Dies kann als bedeutende Zusatzbelastung der gynäkologischen Abteilung gewertet werden.

Die Unterteilung der Patientinnen in gynäkologisch Behandelte und solche, die nach *Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses* sterilisiert wurden, zeigt, dass der beschriebene Anstieg alleine auf die Hinzunahme der Zwangssterilisationen zurückzuführen ist. Die Zahl der gynäkologischen Patientinnen unterlag in allen betrachteten Jahren Schwankungen. Allerdings kann ihre deutliche Abnahme um 30% im Jahr 1936 als Reaktion auf die gleichbleibend hohe Belastung durch die Sterilisationsaufnahmen gesehen werden. Dieser Trend zeichnet sich bei einer differenzierteren Betrachtung schon im Jahr 1934 ab. Mehr als die Hälfte aller gynäkologischen Behandlungen dieses Jahres fand in den ersten fünf Monaten und damit vor Beginn der routinierten Durchführung der Zwangssterilisationen statt.²⁶³ Demnach begann die Abnahme der gynäkologischen Patientinnenzahl mit Beginn der Zwangssterilisationen und kann eindeutig als deren Auswirkung beschrieben werden. Trotz dieses Rückganges blieb die Gesamtpatientenzahl bedeutend über dem Niveau vor den Zwangssterilisationen.

Mit Rückgang der Zwangssterilisationen 1938 stieg die Anzahl der gynäkologischen Behandlungen zwar wieder an, insgesamt wurde allerdings nicht annähernd die Patientinnenzahlen der Zwangssterilisationsjahre erreicht.²⁶⁴ Dies lässt den Schluss zu, dass die organisatorischen und räumlichen Strukturen der Hebammenlehranstalt Mainz nicht für die 1934 und 1936 zu bewältigenden Patientinnenzahlen ausgerichtet waren.²⁶⁵ Des Weiteren zeigt es allerdings auch, dass die gynäkologische Abteilung der Hebammenlehranstalt Mainz durch die Zwangssterilisationen langfristig an Bedeutung einbüßte.

Selbst bei den ansonsten von den Zwangssterilisationen unabhängigen Geburten, dem Kerngebiet der Hebammenlehranstalt Mainz, können Auswirkungen beschrieben

²⁶³ Im gleichen Zeitraum fanden nur 10 % der Zwangssterilisationen des Jahres 1934 statt.

²⁶⁴ Die Patientinnenzahl im Jahr 1938 musste korrigiert werden, da nach dem Direktorenwechsel Aborte und deren operative Ausräumungen nicht mehr im Geburten- sondern im hier analysierten Gynäkologiebuch geführt wurden. Die Anzahl der behandelten Aborte zeigte zwischen 1936 und 1938 keine signifikante Veränderung. So wurden für die hier betrachtete und folgenden Statistiken alle im Jahr 1938 aufgrund eines Abortes behandelten Patientinnen herausgenommen, ohne dass eine Verfälschung der Ergebnisse zu fürchten ist.

²⁶⁵ Siehe Kapitel 3.1.2.

werden. Es zeigte sich ein Rückgang in den Geburtenzahlen der Jahre 1934 und 1936, allerdings in geringerem Maße als bei den gynäkologischen Behandlungen. Schon im Jahr 1938 stiegen die betreuten Geburten wieder auf das Niveau vor den Zwangssterilisationen an. Unter Berücksichtigung der in der Hochzeit der Zwangssterilisationen gehäuft dokumentierten „Verlegung wegen Platzmangel [auf der gynäkologischen Station] auf Wochenstation“²⁶⁶ von zwangssterilisierten Patientinnen ist ein ursächlicher Zusammenhang nicht von der Hand zu weisen; insbesondere, da durch die Familienpolitik des NS-Regimes die Geburtenzahlen insgesamt von 1934 auf 1936 deutlich anstiegen.²⁶⁷ Dies unterstreicht die hohe Belastung durch die Zwangssterilisationen in besagten Jahren, aber auch, dass ihnen alle anderen Bereiche der Klinik untergeordnet wurden.

Letztlich bleibt zu überprüfen, inwiefern zwar absolut mehr Patientinnen betreut wurden, diese jedoch eine geringe Zeit in der Hebammenlehranstalt Mainz verbrachten. In diesem Falle hätte sich die Mehrbelastung auf vermehrte Aufnahmen und Entlassungen sowie einen größeren Zeitdruck bei der Behandlung beschränkt, die Anzahl der zeitgleich zu betreuenden Patientinnen wäre jedoch kaum gestiegen. Die Patientinnentage, das heißt die Summe der stationär verbrachten Tage aller Patientinnen eines Jahres, zeigen jedoch analog zur absoluten Patientinnenzahl, eine nahezu Verdreifachung im Jahr 1934, welche sich erst 1938 wieder annähernd auf das Niveau von vor den Zwangssterilisationen normalisierte. Die Zwangssterilisationen führten in der Hebammenlehranstalt Mainz somit nicht nur zu insgesamt mehr Patientinnen, sondern auch zu mehr zeitgleich zu betreuenden Patientinnen und damit zu einer deutlichen Mehrbelastung.

Es ist demnach zu konstatieren, dass die Aufnahmen der Zwangssterilisationspatientinnen zu einer deutlichen Mehrbelastung der gynäkologischen Abteilung in der Hebammenlehranstalt Mainz, welcher mit einem Rückgang der gynäkologischen Behandlungen sowie der stationär betreuten Geburten begegnet wurde.

²⁶⁶ KrG HLA. 1936 (1). Helene S. HbNr. 27.

²⁶⁷ Baur, Kurt (2008): Nationalsozialismus. Wien, Köln, Weimar (Böhlau), S. 283.

4.2. Kompensation der Mehrbelastung durch Reduktion der Behandlungskomplexität

Es ist nicht davon anzunehmen, dass die Hebammenlehranstalt Mainz vor 1934 so gering ausgelastet war, dass eine annähernde Verdreifachung der Gesamtpatientinnenzahl in der gynäkologischen Abteilung ohne Kompensation verkraftet wurde.²⁶⁸ Demnach liegt die Vermutung nahe, dass neben der Anzahl auch die Komplexität der Behandlungen und damit der hierfür benötigte Personalaufwand in der Hochzeit der Zwangssterilisationen abnahm.

Die Komplexität einer gynäkologischen Behandlung kann in diesem Zusammenhang auf unterschiedliche Weise überprüft und in Bezug auf den notwendigen Arbeitsaufwand des medizinischen Personals betrachtet werden. Im Folgenden soll daher nach Hinweisen für einen Wandel hin zu weniger personalintensiven Therapiestrategien gesucht werden.

Allgemeine Behandlungsstrategie

Eine gynäkologisch aufgenommene Patientin wurde in der Hebammenlehranstalt Mainz entweder konservativ oder operativ behandelt. Zur Unterscheidung dieser beiden generellen Therapiestrategien ist für diese Arbeit entscheidend, ob im Verlauf des Aufenthaltes ein operativer Eingriff in Narkose durchgeführt wurde. Eine solche operative Behandlung erforderte deutlich größeren Personalaufwand, da einerseits bei der Operation mindestens ein Operateur und ein ‚Anästhesist‘²⁶⁹, häufig auch ein oder zwei OP-Assistenten, beschäftigt waren und andererseits präoperative Narkoseuntersuchungen sowie zeit- und personalintensive postoperative Komplikationsüberwachungen nötig waren. Eine konservative Behandlung hingegen konnte vom Stationsarzt selbstständig unter gelegentlicher Supervision des Oberarztes durchgeführt und überwacht werden.

Die oben beschriebenen Veränderungen der Patientinnenzahlen spiegeln sich auch in den beiden therapeutischen Untergruppen wider. In den 1930er Jahren gab es allerdings keine signifikante Veränderung des Verhältnisses zwischen operativen und konservativen Behandlungen gynäkologischer Patientinnen. In allen betrachteten Jahren wurde etwas mehr als die Hälfte aller Patientinnen operativ und entsprechend

²⁶⁸ Es finden sich in den für diese Arbeit genutzte Quellen und Literatur keinerlei Hinweise für bauliche Erweiterungen der Hessischen Hebammenlehranstalt Mainz nach 1933.

²⁶⁹ Bezüglich der Wortwahl siehe Kapitel 3.3.4.

etwas weniger als die Hälfte aller Patientinnen konservativ behandelt. In der generellen Therapiestrategie kann demnach kein Wandel hin zu mehr konservativen Behandlungen als Kompensation für die zusätzlich zu versorgenden Zwangssterilisationspatientinnen festgestellt werden.

Diagnoseverteilung

In der Therapiestrategie zeigt sich demnach keine signifikante Veränderung. Nun ist allerdings denkbar, dass sich die Diagnoseverteilung der Patientinnen hin zu weniger aufwändig zu behandelnden Erkrankungen wandelte. Zur Überprüfung dieser Annahme wurde jede gynäkologische Patientin nach der während des stationären Aufenthaltes primär behandelten Erkrankung kategorisiert. Hierbei ergaben sich die folgenden sechs Hauptbehandlungsgründe:

- Blutungen
- Entzündungen
- Raumforderungen
- degenerative Veränderungen
- Schwangerschaftskomplikationen
- sonstige Diagnosen.

Bei Blutungen handelte es sich überwiegend um „Menorrhagien“²⁷⁰ oder „Dysmenorrhoe“²⁷¹. Deutlich seltener litten Patientinnen an „Amenorrhoe“²⁷², die in dieser Arbeit auch zu den Blutungen gezählt wird. Die Gruppe der Entzündungen umfasst „Endometritis“²⁷³ und „Mastitis“²⁷⁴ ebenso wie „Tbc der Uterusschleimhaut“²⁷⁵ oder „Appendizitis“²⁷⁶. Raumforderungen fanden sich sowohl benignen Natur mit Fällen von „Uterus myomatosus“²⁷⁷ oder einer „Schokoladenzyste li. Ovarium“²⁷⁸ als auch im Rahmen maligner Erkrankungen wie einem „Corpus Ca mit Blasenfistel“²⁷⁹. Zu den degenerativen Veränderungen zählen in der Gynäkologie vor allem der „Descensus

²⁷⁰ KrG HLA. 1932 (2). Patientin Elisabeth K. HbNr. 437.

²⁷¹ KrG HLA. 1930 (2). Patientin Maria B. HbNr. 1381.

²⁷² KrG HLA. 1938 (2). Patientin Elisabeth F. HbNr. 718.

²⁷³ KrG HLA. 1936 (1). Patientin Elisabeth S. HbNr. 73.

²⁷⁴ KrG HLA. 1934 (1). Patientin Gertrude S. HbNr. 385.

²⁷⁵ KrG HLA. 1938 (1). Patientin Elisabeth S. HbNr. 348.

²⁷⁶ KrG HLA. 1932 (1). Patientin Helene K. HbNr. 36.

²⁷⁷ KrG HLA. 1936 (2). Patientin Frieda R. HbNr. 765.

²⁷⁸ KrG HLA. 1934 (1). Patientin Elise S. HbNr. 143.

²⁷⁹ KrG HLA. 1936 (1). Patientin Christine W. HbNr. 176.

vag.“²⁸⁰ bis hin zum „Prolapsus uteri“²⁸¹. Als Schwangerschaftskomplikation trat überwiegend „Hyperemesis gravid.“²⁸² auf. Seltener fanden sich Patientinnen mit „Puerperalisfieber“²⁸³. Diese wurden für diese Arbeit nur berücksichtigt, wenn sie im Gynäkologiebuch dokumentiert wurden. In der Gruppe der sonstigen Diagnosen werden alle Erkrankungen zusammengefasst, welche nicht in eine der anderen Kategorien passen, aber nicht häufig genug auftraten, um eine eigene Gruppe zu formen. Beispiele hierfür sind eine „Narbenhernie“²⁸⁴, „Blaseninkontinenz“²⁸⁵, ein „Hämangiom am linken Oberschenkel“²⁸⁶, aber auch Patientinnen, die zur Diagnostik bei Sterilität²⁸⁷ aufgenommen wurden.

Weder bei der Betrachtung aller Patientinnen noch bei den separaten Analysen operativ wie konservativ behandelter Patientinnen konnte eine signifikante Veränderung der Diagnoseverteilung im betrachteten Zeitraum der 1930er Jahre festgestellt werden.

Dies überrascht insofern, als dass eine Spezialisierung der gynäkologischen Abteilung der Hebammenlehranstalt Mainz auf einige Gruppen gynäkologischer Krankheitsbilder unter der Belastung durch die Zwangssterilisationen möglich gewesen wäre. Schon zu Beginn der 1930er Jahre war es gängige Praxis, dass beispielsweise Patientinnen mit malignen Erkrankungen nach entsprechender Operation „dem Städt[ischen] Krankenhaus zur Röntgenbestrahlung überwiesen“ wurden.²⁸⁸ Eine kompensatorische Erweiterung dieser Praxis insbesondere bei behandlungsintensiven Patientinnen hätte eine Entlastung zur Folge gehabt. Das Städtische Krankenhaus führte selbst nur wenige Zwangssterilisation durch,²⁸⁹ verlegte sogar Patientinnen zur Durchführung der Operation zurück in die Hebammenlehranstalt Mainz.²⁹⁰ Verlegungen sind jedoch nur

²⁸⁰ KrG HLA. 1932 (1). Patientin Auguste K. HbNr. 113.

²⁸¹ KrG HLA. 1930 (2). Patientin Magdalena W. HbNr. 1080.

²⁸² KrG HLA. 1930 (1). Patientin Hedwig P. HbNr. 39.

²⁸³ KrG HLA. 1936 (1). Patientin Frieda N. HbNr. 104.

²⁸⁴ KrG HLA. 1936 (2). Patientin Else K. HbNr. 714.

²⁸⁵ KrG HLA. 1938 (1). Patientin Sofie E. HbNr. 353.

²⁸⁶ KrG HLA. 1934 (1). Patient Kind S. HbNr. 32.

²⁸⁷ KrG HLA. 1930 (1). Patientin Maria M. HbNr. 586.

²⁸⁸ KrG HLA. 1930 (1). Patientin Therese S. HbNr. 218.

²⁸⁹ Vgl. Ruckert. 2012. S. 35.

²⁹⁰ Beispiel: Patientin Maria R. wurde während ihres ersten Aufenthalts (KrG HLA. 1935 (2) Patientin Maria R. HbNr. 1127) ins Städtische Krankenhaus verlegt, dann aber zur Sterilisation zurückverlegt (KrG HLA. 1936 (1). Patientin Maria R. HbNr. 100.) und sterilisiert.

zur Strahlenbehandlung als alternative Sterilisationsmethode²⁹¹ oder zur Unterbringung auf der geschlossenen, psychiatrischen Station²⁹² vermerkt.

Dem widerspricht die beobachtete Konstanz der Diagnose- und Therapieverteilung bei sinkender Gesamtbehandlungszahl, so dass am ehesten von einer allein bettenbelegungsabhängigen Weiterleitung der Patientinnen auszugehen ist. Um dies zu verifizieren, wäre die Auswertung des Ambulanzbuches notwendig, welches leider im Archiv des Institutes für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin der Universität Mainz nicht mehr auffindbar ist. Eine Kompensation durch die Veränderung des behandelten Krankheitsspektrums kann somit ausgeschlossen werden.

Demnach kann als Kompensation für die durch die Sterilisationen steigende Anzahl an zu versorgenden Patientinnen in der Gynäkologie der Hebammenlehranstalt Mainz weder ein Anhalt für eine Veränderung in der Therapiestrategie der gynäkologisch behandelten Patientinnen noch ein Anhalt für eine Spezialisierung auf weniger behandlungsintensive gynäkologische Krankheitsbilder gefunden werden.

4.3. Kompensation durch Zuwachs an medizinischem Personal

Um trotz der Zunahme der Patientinnenzahl in Folge der Umsetzung des *Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses* weiterhin die Versorgung der unveränderten Anzahl etablierten Patientinnen mit unveränderter Diagnoseverteilung und Therapiestrategie leisten zu können, liegt es nahe, einen Zuwachs an medizinischem Personal zu erwarten. Dieser wurde in anderen Städten wie beispielsweise Göttingen, obwohl diese insgesamt deutlich geringere Sterilisationszahlen (787)²⁹³ als Mainz aufwiesen, als Reaktion auf die Mehrbelastung durch die Zwangssterilisationen aktiv gefordert.²⁹⁴

Leider existieren keine Aufzeichnungen über die Stationsaufteilung oder die Organisationsstruktur des Personals der Hebammenlehranstalt Mainz. Auch gibt es keine Aufzeichnungen über die beschäftigten Schwestern und Ärzte, sodass alleine die Krankengeschichten als Quellen zur Beurteilung der Personalstruktur und Auslastung herangezogen werden können.

²⁹¹ Die Hebammenlehranstalt Mainz verfügte nicht über die Ausstattung mit einer Röntgenabteilung, so dass Patientinnen zur Strahlensterilisation verlegt werden mussten. Beispiel: „Pat wird heute zur Strahlenbehandlung ins Städt. Krankenhaus Mainz überwiesen“. (KrG HLA. 1936 (2). Patientin Eleonore L. HbNr. 851.).

²⁹² Beispiel: KrG HLA. 1934 (1). Patientin Paula R. HbNr. 452.

²⁹³ Vgl. Koch (2017), S. 24.

²⁹⁴ Vgl. Koch (2017), S. 62.

Wie in jedem Krankenhaus der 1930er Jahre war das medizinische Personal auch in der Hebammenlehranstalt Mainz hierarchisch gegliedert. Der Klinik stand ein Direktor vor, dem als Chefarzt sowohl die Oberärzte als auch die Assistenzärzte unterstanden.²⁹⁵ Das Pflegepersonal wurde von der Schwester Oberin geleitet, welcher die anderen Schwestern und die Schwesternschülerinnen unterstanden, alle Schwestern hatten jedoch primär den Anordnungen der Ärzte zu folgen.²⁹⁶ Patientenbezogene Aufgaben des Chefarztes und der Oberärzte waren die Durchführung der Untersuchungen und Operationen sowie die Supervision der Assistenzärzte.²⁹⁷ In den betrachteten Jahren gab es neben einem Direktor immer nur eine besetzte Oberarztstelle. Personelle Anpassungen als Reaktion auf die Zwangssterilisationen können demnach nur in der Assistenzarztzahl oder der Aufgabenverteilung des Personals gesucht werden.

Die Hauptaufgabe eines Assistenzarztes war die Betreuung der Patientinnen auf Station in Position eines Stationsarztes. Zusätzlich assistierten sie in operativen oder anästhesiologischen Aufgaben bei Operationen wie Geburten.

In der Hebammenlehranstalt Mainz gab es eine hohe Fluktuation an Assistenzärzten; insgesamt waren mindestens 57 verschiedene Assistenzärzte zwischen 1930 und 1943 beschäftigt.²⁹⁸ Nur zwei Ärztinnen, Dr. Lustenberger und Dr. Weskott, blieben länger als zwei Jahre in der Klinik, dies war in den Jahren 1939 bis 1943 jedoch sicherlich auch durch den Krieg beeinflusst. Keiner der übrigen 55 Assistenten blieb länger als zwei Jahre, die durchschnittliche Beschäftigungsdauer lag mit nur 7,75 Monaten deutlich unter einem Jahr.²⁹⁹ Hierdurch schwankt die Anzahl der in einem Kalenderjahr tätigen Assistenzärzte in der Gynäkologie von nur drei im Jahr 1934 zu zehn im Jahr 1936. Die alleinige Betrachtung der Assistenzarztzahl pro Jahr gibt demnach keinen Aufschluss über eventuelle Neueinstellungen zur Bewältigung der wachsenden Patientinnenzahl. Hierfür bedarf es einer Analyse der Arbeitstage der

²⁹⁵ Vgl. Halbe, Bernd (2017): Chefarzt: Kein gesetzlich vorgegebener Begriff. In: Deutsches Ärzteblatt. Jg. 114. Heft 22-23. 05.06.2017. S. B-946.

²⁹⁶ Vgl. Weisbrod-Frey, Herbert (1986): Krankenpflegeausbildung im 3. Reich. In: Steppe, Hilde, Koch, Franz und Weisbrod-Frey, Herbert (Hrsg.): Krankenpflege im Nationalsozialismus. 3. Auflage, Frankfurt am Main (Mabuse), S. 51.

²⁹⁷ Vgl. Lustig, Walter (1932): Die Ärzte und das sonstige Krankenhauspersonal. In: Ebermeyer, Ludwig und Philipsborn, Alexander (Hrsg.): Krankenhausrecht einschließlich Arzt- und Heilmittelrecht. München (JF Bergmann), S. 63.

²⁹⁸ Die Jahre 1931 und 1933 wurden nicht ausgewertet und damit nicht mitberechnet.

²⁹⁹ Die durchschnittliche Beschäftigungszeit differiert kaum, ob ab 1930 oder 1934 gerechnet wird.

Assistenzärzte, da diese unabhängig von der zur jeweiligen Zeit tätigen Anzahl von Assistenzärzten ist.

Aufgrund der mangelhaften Quellenlage können die Arbeitstage der Assistenzärzte nur schätzungsweise bestimmt werden.³⁰⁰ Hierfür wird im Rahme dieser Arbeit jeder Tag des Aufenthaltes der Patientin dem jeweiligen Stationsarzt als Arbeitstag angerechnet, wodurch dessen Arbeitszeit sicherlich überschätzt wird.³⁰¹ Die Überschätzung entsteht durch die Annahme, dass der zuständige Stationsarzt jeden Behandlungstag, also auch an allen Wochenend- und Feiertagen anwesend war. Trotz allem ermöglicht diese Schätzung einen Vergleich zwischen den betrachteten Jahren, da der beschriebene Fehler in allen Jahren gleichermaßen erfolgt. Die Zusatzbelastung durch Operationsassistenten wird zunächst nicht berücksichtigt.

Die Gesamtarbeitstage aller Assistenzärzte zeigen 1934 keine Veränderung zu den Vorjahren, alleine im Jahr 1936 kam es zu einer allerdings nicht signifikanten Zunahme. Über die gesamte Zeit der Zwangssterilisationen waren unverändert etwa zweieinhalb Assistenzarztstellen³⁰² in der Gynäkologie der Hebammenlehranstalt Mainz besetzt. Demnach können Neueinstellungen als Reaktion auf die Zusatzbelastung durch die Zwangssterilisationen ausgeschlossen werden. Trotz allem stiegen die Patientinnenzahl und die Patientinnentage pro Jahr, wie oben beschrieben, in derselben Zeit deutlich um das 2,5-2,75fache an.

Wie bewältigte das medizinische Personal der Hebammenlehranstalt Mainz nun diese Zusatzbelastung? Einerseits, indem sich die von einem Assistenzarzt pro Tag zu betreuenden Patientinnen mehr als verdoppelten.³⁰³ Andererseits, indem der Oberarzt insbesondere in den ersten sechs Monaten der Zwangssterilisationen im Jahr 1934 zusätzlich assistenzärztliche Aufgaben wie die des Stationsarztes für etliche Patientinnen übernahm. Diese Erweiterung des Aufgabengebietes reduzierte die

³⁰⁰ Genauer wäre nur eine Auswertung der handschriftlichen Einträge, wobei eine klare Zuordnung von Handschrift zu Arzt nicht möglich ist. Ebenso ist nicht bekannt aber anzunehmen, dass auch Schwestern in den Krankengeschichten dokumentiert haben.

³⁰¹ Patientinnen ohne klar ersichtlichen Stationsarzt sind aus der Statistik sowohl der Ärzte als auch der Patienten ausgenommen. Dies betraf gleichbleibend etwa 5% der Patientinnen pro Jahr.

³⁰² Eine Assistenzarztstelle wurde auf 320 Arbeitstage gerechnet.

³⁰³ Die Werte der Patientinnen pro Arzt pro Tag sind reine statistische Werte. Der wahre Wert lag deutlich höher, da die Statistik voraussetzt, dass immer alle Ärzte gleichzeitig arbeiteten. In der Realität gab es aber Urlaubstage und Wochenenden, an denen die ärztliche Besetzung geringer war. Aus den Krankengeschichten ergibt sich der Trend, dass immer ein Arzt fester Stationsarzt auf einer der Bettenstationen war. Weitere Ärzte betreuten zu dieser Zeit nur vereinzelt Patientinnen. Da die oben genannten Fehler in allen Jahren gleichermaßen anzunehmen sind, können die Werte verglichen werden.

verfügbare Operationszeit des Oberarztes, wodurch der Chefarzt als einzig verbleibender Operateur zusätzlich belastet wurde.³⁰⁴ Des Weiteren ist auffällig, dass im Jahr der größten Belastung die geringste Anzahl an Assistenzärzten angestellt war. Diese Kontinuität an eingearbeiteten Ärzten kann als Reaktion auf die personelle Belastung interpretiert werden, da es keine Zeit für die Einarbeitung neuer Kollegen oder Hospitationen mehr gab.

Die Zwangssterilisationspatientinnen bewirkten demnach trotz mehr als Verdopplung der Patientinnentage keinen Zuwachs an ärztlichem Personal. Vielmehr stieg die tägliche Arbeitsbelastung der Assistenzärzte nachhaltig an. In Zeiten besonderer Belastung wie zu Beginn der Zwangssterilisationen im Jahr 1934 übernahm der Oberarzt assistenzärztliche Tätigkeiten, wodurch auch der Chefarzt in seiner Rolle als Operateur mehr Arbeit bekam. Die Aufnahme der Zwangssterilisationen in der Hebammenlehranstalt Mainz bedeutete somit für das gesamte ärztliche Personal eine deutliche Steigerung der Arbeitsbelastung, ohne dass zusätzliche Ärzte als Ausgleich eingestellt wurden.

4.4. Kompensation der Zusatzbelastung in der Behandlung

Die deutliche Zunahme der Arbeitsbelastung aller ärztlich Tätigen in der Hebammenlehranstalt Mainz durch die Zusatzbelastung der Zwangssterilisationen ohne Anpassung in der gynäkologischen Patientinnenzahl, deren Therapiestrategie oder der Personalstruktur verwundert.

Nun bedarf es einer Überprüfung, ob die zunehmende Arbeitsbelastung zu Veränderungen in der Behandlung der Patientinnen geführt hat. Aufgrund der grundlegenden Unterschiede zwischen operativer und konservativer Behandlung insbesondere in Ablauf und Umfang des stationären Aufenthaltes sowie des Personalaufwandes werden die Patientinnen dieser beiden Therapiegruppen im Folgenden unabhängig voneinander betrachtet.

4.4.1. Konservative Behandlung

Jede stationäre konservative Behandlung einer gynäkologischen Patientin in der Hebammenlehranstalt Mainz kann anhand vergleichbarer Behandlungsschritte oder involvierter Personen beschrieben werden. Hierzu zählen als allgemeine Parameter

³⁰⁴ Siehe Kapitel 3.3.2. und Kapitel 4.4.2.2.

die Behandlungsdauer und das behandelte Krankheitsbild, weiterhin sind der betreuende Stationsarzt, die durchgeführten Untersuchungen sowie die poststationäre Nachsorge zu nennen.

Bezüglich der behandelten Krankheitsbilder wurde schon gezeigt, dass es keine signifikanten Veränderungen gab.³⁰⁵

4.4.1.1. Konservative Behandlung - Aufenthaltsdauer

Einen ersten Hinweis zur Beurteilung einer Veränderung im Behandlungsablauf liefert die Dauer des stationären Aufenthalts. Diese blieb für die konservativ behandelten Patientinnen ab 1934 konstant bei etwa 12 Tagen, in den Jahren davor lag sie deutlich niedriger. Demnach kann eine verlängerte Liegedauer durch die Zwangssterilisationen belegt werden. Dieser Trend ist jedoch nicht signifikant.

4.4.1.2. Konservative Behandlung - Stationsärztliche Betreuung

Jede Patientin in der Hebammenlehranstalt Mainz, ob konservativ oder operativ behandelt, wurde von einem Stationsarzt betreut. Eine Veränderung durch die Mehrbelastung kann in diesem Fall nur im Vergleich zwischen den Therapiegruppen beurteilt werden. Hierbei zeigt sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Stationsärzten konservativ therapierter Patientinnen und denen der gesamten Patientinnenschaft. Somit kann nicht von einer Spezialisierung einiger Stationsärzte auf konservative oder operative Behandlungen gesprochen werden. Personell wurde kein Unterschied zwischen den Patientinnen unterschiedlicher Behandlungsstrategien gemacht.

4.4.1.3. Konservative Behandlung - Güte der Behandlung

Nun stellt sich die Frage, ob die Mehrbelastung des medizinischen Personals Einfluss auf die Versorgung der Patientinnen hatte. Die Güte der stationären Versorgung ist kein messbarer Wert, insbesondere aufgrund der Diversität der Krankheitsbilder und ihrer jeweiligen Behandlungen. Jede konservative stationäre Behandlung bedarf jedoch üblicherweise einer Aufnahmeuntersuchung zur Diagnosestellung und Evaluation des Allgemeinzustandes der Patientin sowie einer Abschlussuntersuchung zur Beurteilung des Therapieerfolges und der Entlassfähigkeit. Diese sind die zeitintensiven und damit personalbelastenden Eckpfeiler, mit deren Hilfe die stationäre

³⁰⁵ Siehe Kapitel 4.2.

Behandlung vergleichend beschrieben werden kann. Ergänzt durch die nicht bei jeder Therapie notwendige poststationäre Nachsorge in Form einer weiteren körperlichen Untersuchung zur Bewertung des langfristigen Therapieerfolgs ergibt sich eine adäquate Grundlage, um die Sorgfalt der Ärzte gegenüber ihren Patientinnen zu beurteilen.

Zur Diagnosestellung beginnt jede stationäre Behandlung mit einer Aufnahmeuntersuchung. In der Hebammenlehranstalt Mainz wurde diese durchschnittlich bei nur 63% der konservativ behandelten Patientinnen dokumentiert. Ob die übrigen Patientinnen nicht untersucht wurden oder bei ihnen nur nicht dokumentiert wurde, beispielsweise nach Untersuchung in der Ambulanz oder bei Einweisung eines niedergelassenen Gynäkologen, auf dessen Urteil vertraut wurde, kann retrospektiv nicht mehr evaluiert werden. Im Durchschnitt beinhalteten die beschriebenen Untersuchungen nahezu immer eine vaginale und bei der Hälfte eine internistische Untersuchung. Zusätzlich wurde bei etwa jeder fünften Patientin ein Gonokokkenabstrich aus Urethra und Cervix durchgeführt.

Die Aufnahmeuntersuchung zeigt sowohl in der Häufigkeit ihrer Durchführung als auch in ihrer Zusammensetzung alleine im Jahr 1936 eine signifikante Abweichung zum Standard vor Beginn der Zwangssterilisationen. In diesem Jahr fand bei nur 40% aller Patientinnen eine Aufnahmeuntersuchung statt, bei welchen auch noch überwiegend nur ein Abstrich statt einer vaginalen oder internistischen Untersuchung angefertigt wurde.

Die differenzierte Betrachtung des Jahres 1934 zeigt jedoch, dass die Hälfte aller konservativen Behandlungen dieses Jahres in den ersten fünf Monaten und so vor dem Beginn vermehrter Durchführung von Zwangssterilisationen³⁰⁶ und der daraus resultierenden personellen Mehrbelastung stattfanden. Im Vergleich zeigt sich eine deutliche Verringerung der Aufnahmeuntersuchungen von 74% vor auf 58% nach Beginn der intensiven Durchführung von Zwangssterilisationen ab Juni 1934, was als Beginn der im Jahr 1936 beschriebenen Veränderung verstanden werden kann. Demnach ist festzuhalten, dass die Mehrbelastung durch die Zwangssterilisationen zu einer Abnahme der Aufnahmeuntersuchungen der konservativ behandelten Patientinnen führte.

³⁰⁶ Siehe Kapitel 4.1.

Das Fehlen einer Aufnahmeuntersuchung verhindert nicht nur die Sicherung der Diagnose, sondern erschwert auch die Therapieentscheidung und Einschätzung eventueller gesundheitlicher Risiken derselben. Deshalb kann die Verringerung der Aufnahmeuntersuchungen als Reaktion auf die Zwangssterilisationen als verminderte Sorgfalt der Ärzte bezüglich ihrer konservativ behandelten Patientinnen interpretiert werden.

Die Abschlussuntersuchung vor der Entlassung der Patientin sowie die poststationäre Nachsorge dienen beide der Überprüfung des Therapieerfolges. Sie wurden jeweils bei etwas mehr als jeder vierten konservativ behandelten Patientin durchgeführt.³⁰⁷ Hierbei zeigte sich keine signifikante Schwankung in den fünf betrachteten Jahren und somit kein Anhalt für Einflüsse der Zwangssterilisationen.

4.4.1.4. Konservative Behandlung - Fazit

Abschließend ist zu konstatieren, dass die personelle Mehrbelastung durch die Zwangssterilisationen einen Rückgang an Sorgfalt im Rahmen der Aufnahmeuntersuchungen bewirkte. Als Auswirkungen hiervon wäre eine längere Aufenthaltsdauer durch vermehrtes Therapieversagen aufgrund der unzureichend gestellten Diagnosen zu erwarten. Da die Behandlungsdauer über alle betrachteten Jahre jedoch konstant blieb, kann der Rückgang an Aufnahmeuntersuchungen kaum negative Auswirkungen auf den Therapieerfolg gehabt haben. Ob eine Blickdiagnose wie die Hyperemesis gravidarum beziehungsweise die eingeschränkten konservativen Behandlungsmöglichkeiten der Zeit wie Beobachtung³⁰⁸ oder „Insulin, Traubenzucker, Bettruhe, Diät“³⁰⁹ eine Aufnahmeuntersuchung generell nötig machten, kann somit bezweifelt werden.

Die Mehrbelastung durch die Zwangssterilisationen zeigte somit zwar Einfluss auf die konservativen Behandlungen gynäkologischer Patientinnen in der Hebammenlehranstalt Mainz, dies scheint sich allerdings nicht negativ auf den Therapieerfolg ausgewirkt zu haben. Demnach ist anzunehmen, dass die Rationalisierung durch den Personalmangel mit Blick auf die medizinischen Notwendigkeiten geschah, um die Behandlung weiterhin gewährleisten zu können. Die menschliche Betreuung und

³⁰⁷ Es wurden sowohl dokumentierte Nachsorgeuntersuchungen als auch in der Ambulanz vereinbarte Untersuchungen gezählt. Letztere konnte jedoch aus den vorliegenden Akten nicht verifiziert werden.

³⁰⁸ Beispiel: KrG HLA. 1934 (1). Patientin Anna K. HbNr. 7.

³⁰⁹ KrG HLA. 1934 (1). Patientin Kath. B. HbNr. 101.

Zuwendung gegenüber der einzelnen Patientin scheint dabei eher unwichtig gewesen zu sein.

4.4.2. Operative Behandlung

Eine operative Behandlung unterscheidet sich in vielen Aspekten von einer konservativen. Wie im vorangegangenen Kapitel bereits gezeigt, bedarf es präoperativ nicht nur der stationsärztlichen Betreuung, sondern auch einer Narkoseuntersuchung.³¹⁰ Des Weiteren ist bei allen gynäkologischen Patientinnen zusätzlich die Indikationsstellung zur Operation nötig. Daraufhin folgt die personalaufwändige Operation selbst, bei der mindestens ein Operateur und ein ‚Anästhesist‘³¹¹, häufig zusätzlich auch ein bis zwei OP-Assistenten, beschäftigt waren. Während des postoperativen Aufenthaltes ist jederzeit mit schlimmstenfalls lebensbedrohlichen Komplikationen zu rechnen, sodass der stationsärztliche Betreuungsaufwand ausgeprägter als bei konservativen Behandlungen einzuschätzen ist.

Im Folgenden soll überprüft werden, ob in der Hebammenlehranstalt Mainz trotz der durch die Zwangssterilisationen bedingten Mehrbelastung der Standard operativer Behandlungen gehalten und insbesondere, ob die Ärzte diesem Standard auch bei den Zwangssterilisationen gerecht wurden. Hierfür sollen zunächst die Aufenthaltsdauer, dann der Einsatz des medizinischen Personals und zuletzt anhand der durchgeführten Untersuchungen und aufgetretenen Komplikationen die Sorgfalt der Behandlung beurteilt werden. Verglichen werden einerseits die aus gynäkologischer Indikation operierten Patientinnen vor und nach 1934, andererseits die aus gynäkologischer Indikation operierten Patientinnen mit den jeweils im gleichen Jahr zwangssterilisierten Patientinnen.

4.4.2.1. Operative Behandlung - Aufenthaltsdauer

Erneut ermöglicht der Blick auf die Aufenthaltsdauer der Patientinnen einen ersten Hinweis über Veränderungen in der Behandlung. Zunächst kann festgestellt werden, dass zu Beginn der 1930er Jahre eine operativ behandelte Patientin etwa 20 Tage in der Hebammenlehranstalt Mainz verbrachte. Zu Beginn des Jahres 1934 blieb die durchschnittliche Länge des Aufenthaltes der Patientinnen mit gynäkologischer

³¹⁰ Siehe 3.2.2.

³¹¹ In den 1930er und 1940er Jahren gab es noch keine professionalisierte Anästhesie; aus Verständlichkeitsgründen wird im Folgenden trotzdem die Begrifflichkeit für den die Anästhesie durchführenden genutzt. Siehe 3.3.4.

Operationsindikation noch unverändert, wobei ab Beginn der Zwangssterilisationen im April der durchschnittliche Aufenthalt um sechs Tage sank. Diese Entwicklung verschärfte sich im Jahr 1936 weiter, erst 1938 kam es wieder zu einer leichten Verlängerung der Liegedauer. Die Behandlungsdauer der Zwangssterilisationspatientinnen lag mit unter 15 Tagen in den Jahren 1934 und 1936 deutlich niedriger als der Standard vor 1934, jedoch vergleichbar mit den Liegedauern der im gleichen Zeitraum operierten anderen gynäkologischen Patientinnen. Erst nach der Hochzeit der Sterilisationen glichen sich die Aufenthaltsdauern der Sterilisationspatientinnen dem Niveau vom Anfang des Jahrzehnts an. Im Gegensatz hierzu blieb die Länge des Aufenthaltes der Patientinnen mit gynäkologisch indizierten Operationen unter dem Niveau der Zwangssterilisationen.

Demnach kann eine deutliche Verkürzung der stationären Behandlungsdauer einer operierten Patientin in der Hebammenlehranstalt Mainz in der Hochzeit der Zwangssterilisationen beobachtet werden. Der Standard zu Beginn der 1930er Jahre konnte im Kontext der Mehrbelastung somit weder bei den zur Sterilisation aufgenommenen noch bei den gynäkologisch indizierten Operationspatientinnen gehalten werden. Letzteres überrascht insofern, da sich im gleichen Zeitraum die zu behandelnden Krankheitsbilder und damit die Operationskomplexität der gynäkologischen Patientinnen nicht veränderten.³¹² Daraus ergibt sich die Frage, ob der Versorgungsstandard der Vorsterilisationszeit trotz geringerer Aufenthaltsdauer gewahrt werden konnte.

4.4.2.2. Operative Behandlung – Medizinisches Personal

Zunächst ist zu überprüfen, ob sich das in der Behandlung involvierte medizinische Personal veränderte beziehungsweise ob es Spezialisierungen bezüglich der Sterilisationspatientinnen gab. Hierfür kann zwischen stationsärztlichem und operativem Personal unterschieden werden.

Stationsarzt

Die Stationsärzte hatten bei operativ behandelten Patientinnen neben der stationären Betreuung zusätzlich die verantwortungsvolle Aufgabe, postoperative Komplikationen zu erkennen und zu behandeln. Trotz allem gibt es keinen Unterschied zwischen

³¹² Siehe Kapitel 4.2.

Stationsärzten konservativer und operativer Patientinnen. Des Weiteren kann auch kein signifikanter Unterschied zwischen Patientinnen mit gynäkologischer Operationsindikation und solchen mit Sterilisationsoperation festgestellt werden. In der stationsärztlichen Betreuung bewirkte die Zusatzbelastung durch die Zwangssterilisationen demnach keine Veränderung.

Nun verbleibt die Betrachtung des während der Operation tätigen Personals, wobei in jeweils unterschiedlichen Rollen alle in der Hebammenlehranstalt Mainz tätigen Ärzte sowie Schwestern beteiligt waren.

Operateur

Zunächst lohnt ein Blick auf die Operateure, welche die Hauptverantwortung über Operationsmethode und Weisungsbefugnis gegenüber allen anderen beteiligten Personen hatten.³¹³ Wie im vorherigen Kapitel gezeigt, übernahmen nur der jeweilige Chefarzt und sein Oberarzt diese Aufgabe im Rahmen der Zwangssterilisationen.³¹⁴ Anders sieht es bei den Operationen aus gynäkologischer Indikation aus, hier übernahmen auch Assistenzärzte, wenn auch nur für kleinere Operationen wie eine Abrasio,³¹⁵ diese verantwortungsvolle Aufgabe.

Zu Beginn der 1930er Jahre übernahm der Chefarzt konstant etwa 55% der Operationen selbst, der Rest fiel an seinen Oberarzt. Nur einige wenige anspruchlose Eingriffe wurden von Assistenzärzten durchgeführt. Im Jahr 1934 zeigte sich auch bei den Zwangssterilisationen eine solche Aufteilung, der Chefarztanteil nahm in den folgenden Jahren jedoch zu Lasten des Oberarztes ab. Auch bei den Operationen mit gynäkologischer Indikation ist diese Entwicklung, allerdings noch in ausgeprägterem Rahmen, sichtbar. Zuletzt übernahm der Oberarzt sogar numerisch mehr Operationen als der Chefarzt.

Unter Einfluss der Zwangssterilisationsoperationen sank der Anteil chefärztlich geführter Operationen zu Lasten der oberärztlichen. Diese Entwicklung kann einerseits auf die von den Oberärzten im Rahmen der Sterilisationsoperationen gewonnene operative Erfahrung zurückgeführt werden. Andererseits kann sie als Rückzug des

³¹³ Vgl. Kleinschmidt, Otto (1931): Ueber Schmerzbetäubung in der kleinen Chirurgie. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift. Jg. 57. Nr. 26. (Thieme), S. 1114 ff.

³¹⁴ Siehe Kapitel 3.3.2.

³¹⁵ Vgl. Kabisch, M (1954): Die homöopathische Behandlung von Zyklusstörungen und genitalen Blutungen. In: Allgemeine Homöopathische Zeitung. Jg. 199. Nr. 09. S. 261.

Chefarztes Puppel von den operativen Aufgaben sowie als veränderte Krankenhausführung durch Chefarzt Wehefritz im Jahr 1938 interpretiert werden.³¹⁶ Unter Berücksichtigung der Mehrbelastung des gesamten medizinischen Personals verwundert diese Entwicklung jedoch, da wie oben gezeigt der Oberarzt in diesem Zusammenhang schon vermehrt assistenzärztliche Aufgaben übernahm.³¹⁷ Festzuhalten ist demnach, dass der Oberarzt durch die Zwangssterilisationen neben seinen ursprünglichen Aufgaben auch assistenz- wie chefärztliche übernahm und somit eine deutliche Vermehrung seiner Arbeitsbelastung erfuhr – karrieretechnische Motive können hierbei aufgrund der vertiefend im nächsten Kapitel besprochenen Biographien der Oberärzte nicht gefunden werden.³¹⁸

Narkosepersonal

Zuletzt verbleiben die ‚Anästhesisten‘. Die Gabe und Überwachung der Narkose war in der Hebammenlehranstalt Mainz der 1930er Jahre überwiegend Aufgabe der Assistenzärzte und Schwestern, nur selten übernahm dies der Ober- oder gar der Chefarzt. Eine Spezialisierung in Form eines Facharztes für Anästhesie wurde in Deutschland erst 1953 eingeführt,³¹⁹ bis zu diesem Zeitpunkt wurde die Anästhesie üblicherweise von Assistenzärzten zu Beginn ihrer Facharztausbildung und weitergebildeten Narkoseschwestern übernommen.³²⁰ Eine Auswertung der ‚Anästhesisten‘ in Bezug auf die Operationen aus gynäkologischer Indikation ist eingeschränkt, da bei etwa 42% kein ‚Anästhesist‘ genannt wurde. Die Verteilung von Ärzten zu Schwestern als Narkosepersonal veränderte sich in den betrachteten Jahren nur geringfügig. Hiervon abweichend können allerdings zwei Entwicklungen beobachtet werden. Einerseits nahm der Anteil von ‚Anästhesisten‘ aus der Schwesternschaft im Jahr 1934, besonders ausgeprägt bei den Zwangssterilisationsoperationen, signifikant gegenüber den Ärzten zu. Dies kann als Reaktion auf die Mehr- bzw. Überbelastung der Ärzte in dieser Zeit interpretiert werden. Die Tatsache, dass diese Veränderung insbesondere bei den Zwangssterilisationen auftritt, weist auf eine Diskrepanz in der Behandlung von Sterilisationspatientinnen und gynäkologischen Patientinnen hin, die im Folgenden weiter beobachtet werden soll. Andererseits scheint eine Schwester als

³¹⁶ Siehe Kapitel 5.1.

³¹⁷ Siehe Kapitel 4.3.

³¹⁸ Siehe Kapitel 5.2.

³¹⁹ Vgl. Delingat (1975), S. 48.

³²⁰ Vgl. Delingat (1975), S. 96.

‚Anästhesistin‘ keine erwünschte oder erfolgreiche Alternative gewesen zu sein. Dies verdeutlicht die Umkehr des Trends schon 1936 zu Lasten der Assistenzärzte, welcher sich im Jahr 1938 sogar noch deutlich verstärkte. Hiernach waren Schwestern als ‚Anästhesisten‘ unter Einfluss der Zwangssterilisationen auch für die gynäkologisch indizierten Operationen zunehmend eine Ausnahme geworden.

Narkoseform und Narkotikum

Nach Betrachtung der ‚Anästhesisten‘ ist zu überprüfen, ob die beschriebenen Trends Einfluss auf die Wahl des Anästhetikums hatten. Zu Beginn der 1930er Jahre stellte die Äther-Chloroform-Inhalationsanästhesie die Standardnarkose in der Hebammenlehranstalt Mainz, genau wie in vielen anderen deutschen Krankenhäusern,³²¹ dar, seltener kamen Peridural- und Spinalanästhesie zum Einsatz. Im Jahr 1934 wurde weiterhin auf bekannte Narkotika zurückgegriffen und diese in gleichem Maße auch bei den Zwangssterilisationen eingesetzt. Erst im Jahr 1936 zeigt sich wiederum bei beiden Patientinnengruppen eine Ablösung der Äther-Chloroform-Kombination durch eine Äther-Barbiturat-Kombination. Barbiturate waren erst 1920 als Narkotika eingeführt worden³²² und demnach noch in der Erprobungsphase, wie Verträglichkeitsstudien wie beispielsweise „Vergleichend pharmakologische Untersuchungen über die Basisnarkotica Avertin, Pernocton, Rectidon, Eunarcon und Evipan“ aus dem Jahr 1940 zeigen.³²³ Dies spiegelt sich auch in der Hebammenlehranstalt Mainz wider, in der zunächst überwiegend Rectidon, ab dem Jahr 1938 allerdings stattdessen Evipan, ein erst 1932 entdecktes Barbiturat,³²⁴ Verwendung fand.

Die ‚Anästhesisten‘ der Hebammenlehranstalt Mainz scheinen somit den Zuwachs an operativer Erfahrung für Innovationen in der Anästhetikawahl genutzt zu haben. Ob diese Entwicklung in Zusammenhang mit den personellen Veränderungen der ‚Anästhesisten‘ steht, kann nicht vollständig geklärt werden. Allerdings ist festzuhalten, dass über alle Jahre gesehen Schwestern signifikant mehr Äther-Chloroform-Narkosen verabreichten als ihre ärztlichen Kollegen. Genauso ist die Äther-Evipan-Narkose signifikant häufiger von Ärzten gegeben worden. Dies legt den Schluss nahe,

³²¹ Vgl. Delingat (1975), S. 32 f.

³²² Vgl. Delingat (1975), S. 37 f.

³²³ Geßner, Otto und Müller, Fritz (1940): Vergleichend pharmakologische Untersuchungen über die Basisnarkotica Avertin, Pernocton, Rectidon, Eunarcon und Evipan. In: Zeitschrift für die gesamte experimentelle Medizin. Jg 107. Nr. 5. S. 812-824.

³²⁴ Vgl. Delingat (1975), S. 14.

dass die überwiegende Verwendung von Äther-Chloroform-Narkosen im Jahr 1934 auch auf den personalmangelbedingten Einsatz für andere Narkoseformen ungeschulter Schwestern als ‚Anästhesistinnen‘ zurückzuführen ist. Die ab 1936 beobachtete Zunahme ärztlicher ‚Anästhesisten‘ ermöglichte dann die Erprobung neuer Anästhetika.

Die Wahl der Narkoseform ist in den vorhandenen Akten der Hebammenlehranstalt Mainz nicht begründet, weshalb nicht nachvollziehbar ist, wer sie traf. Aufgrund der hierarchischen Personalstruktur im Operationssaal und dem geringen Ausbildungsgrad der als ‚Anästhesisten‘ eingesetzten Personen ist nicht auszuschließen, dass nicht der ‚Anästhesist‘, sondern der Operateur diese Entscheidung übernahm.³²⁵ Wäre dies tatsächlich der Fall gewesen, zeigt sich keinerlei Anhalt für diesbezügliche Präferenzen von Chef- oder Oberarzt weder bei gynäkologisch indizierten Operationen noch bei Zwangssterilisationen.

Die Zusatzbelastung durch die Zwangssterilisationen führte demnach zu einer deutlichen Zunahme der Oberarztbelastung, der nicht nur assistenzärztliche, sondern auch chefärztliche Tätigkeiten übernahm. Des Weiteren kam es unter ihrem Einfluss zu einer Umstrukturierung der Anästhesie. Die Narkose wurde nun überwiegend von Assistenzärzten durchgeführt und dabei barbituratbasierte Anästhetika verwendet. Eine Diskrepanz des Personaleinsatzes oder Aufwandes zwischen gynäkologisch behandelten und zwangssterilisierten Patientinnen konnte nicht festgestellt werden.

4.4.2.3. Operative Behandlung – Untersuchungen

Die Mehrbelastung durch die Zwangssterilisationen und die dadurch entstandene Personalbelastung spiegelt sich kaum beim involvierten medizinischen Personal wider. Nun ist zu klären, inwiefern sie Auswirkung auf die Behandlungssorgfalt hatte.

Auch die Behandlungssorgfalt bei einer operierten Patientin kann nicht gemessen werden. Allerdings kann eine Analyse der Aufnahme-, Entlassungs- und Nachsorgeuntersuchungen sowie der postoperativen Komplikationsraten die Grundlage sowohl für eine Beurteilung als auch für einen Vergleich der Behandlungssorgfalt der betrachteten Jahre bilden.

³²⁵ Siehe Kapitel 3.3.4.2.

Aufnahmeuntersuchung

Die Aufnahmeuntersuchung der zur Operation aufgenommenen Patientinnen diente gleichzeitig sowohl der endgültigen Indikationsstellung als auch der präoperativen Einschätzung der Narkosefähigkeit und Evaluation eventueller Komplikationsrisiken. Letzteres ist entscheidend, um die Gesundheit der Patientin bei und nach der Operation gewährleisten zu können und demnach ein besonderer Ausdruck der Sorgfaltspflicht des Arztes. Die Indikationsstellung bedurfte überwiegend einer gynäkologischen, die Beurteilung des Allgemeinzustandes eher einer internistischen Untersuchung.

In Bezug auf diesen präoperativen Teil der Behandlung zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen Patientinnen, die aus gynäkologischer Indikation und solchen, die aufgrund des *Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses* operiert wurden. In der ersten Gruppe wurde bei 75% aller Patientinnen eine Aufnahmeuntersuchung durchgeführt, welche zu 83% eine vaginale Untersuchung, zu 74% eine internistische Untersuchung und zu 36% einen Abstrich auf Gonokokken beinhaltete. Unter Einfluss der Zwangssterilisationen halbierten sich die Aufnahmeuntersuchungen, so dass im Jahr 1936 nicht mal jede zweite Patientin präoperativ untersucht wurde. Trotz dieser Abnahme bestand ein hochsignifikanter Unterschied zu den Zwangssterilisationspatientinnen, bei denen nur 12% präoperativ untersucht wurden. Die Zusammensetzung der Aufnahmeuntersuchung ähnelte sich jedoch mit 70% vaginalen und 35% internistischen Untersuchungen sowie 42% Abstrichen,³²⁶ wobei vor allem im Jahr 1936 die beiden ersten zeitaufwändigen Komponenten signifikant abnahmen.

Die präoperative Sorgfalt der Ärzte gegenüber ihren Patientinnen befand sich zu Beginn der 1930er Jahre auf einem konstant hohen Niveau. Eine Aufnahmeuntersuchung bei allen Patientinnen erscheint zwar wünschenswert, war allerdings bei etlichen kleineren Operationen wie einer Inzision bei Mastitis oder einer diagnostischen Zystoskopie nicht zwingend zu erwarten. Dieser Standard konnte unter der Mehrbelastung ab Mitte der 1930er Jahre nicht gehalten werden. Somit hatten die Zwangssterilisationen eine direkte negative Auswirkung auf den ersten entschei-

³²⁶ Die prozentuellen Angaben beziehen sich nur auf die durchgeführten Aufnahmeuntersuchungen. Sie ergeben mehr als 100%, da bei etlichen Patientinnen mehrere Untersuchungen durchgeführt wurden.

denden Behandlungsabschnitt der gynäkologisch operierten Patientinnen in der Hebammenlehranstalt Mainz.

Weiter kann in der präoperativen Behandlung die erste gravierende Diskrepanz der Betreuung Zwangssterilisierter im Vergleich zu gynäkologisch behandelten Patientinnen aufgezeigt werden. Es könnte argumentiert werden, dass der diagnostische Zweck der Untersuchung vor Zwangssterilisationen nicht gegeben war und die vergleichsweise jungen, internistisch gesunden Patientinnen keine ausführliche präoperative Narkoseuntersuchung benötigten. Dem entgegen steht die Sorgfaltspflicht des Arztes vor einer Operation, Komplikationsrisiken zu erkennen, was eine Untersuchung voraussetzt.³²⁷ Darüber hinaus bestanden ausdrückliche gesetzliche Forderungen: „Die Unfruchtbarzumachenden sind daher vor der Vornahme des Eingriffs eingehend darauf zu untersuchen, ob nicht gesundheitliche Gründe gegen den Eingriff sprechen.“³²⁸ Solche waren unter anderem zur Vermeidung öffentlicher Aufmerksamkeit notwendig.³²⁹

Eine genauere Betrachtung der Zusammensetzung der Aufnahmeuntersuchungen lässt jedoch auch bei den gynäkologischen Patientinnen ein Sorgfaltsdefizit erkennen, denn die zur Indikationsstellung notwendige vaginale Untersuchung wurde zwar regelmäßig und ausführlich durchgeführt, die internistische Untersuchung hingegen insbesondere 1936 und 1938 nicht. Im Grunde stellt der internistische Teil der Aufnahmeuntersuchung eine schlichte Erweiterung der gynäkologischen Beurteilung des Abdomens und damit des Operationsortes dar. Eine zur Erfassung internistischer Grunderkrankungen und damit für die Beurteilung von Operationsrisiken notwendige kardiopulmonale Auskultation ist in den Jahren 1936 beispielsweise nur bei 5% aller Patientinnen dokumentiert. Hiernach scheint es nicht nur einen Mangel an Gründlichkeit, sondern auch an Willen zur Komplikationsvermeidung bei gynäkologischen und zwangssterilisierten Patientinnen gegeben zu haben. Eine andere Erklärung wäre das eventuelle Unvermögen der Gynäkologen, einen internistischen Befund zu beurteilen, was unter Berücksichtigung des im nächsten Kapitel noch detaillierter zu beschreibenden beruflichen Werdegänge der Chef- und Oberärzte auszuschließen ist.³³⁰

³²⁷ Vgl. Striebel (2016), S. 3.

³²⁸ Gütt et al. (1936), S. 269. Runderlass vom 18.07.1934 zur Erläuterung zu § 11 GzVeN.

³²⁹ Vgl. Hennig (1998), S.193.

³³⁰ Siehe Kapitel 5.

Trotz allem bedeutet der mit 8% sehr geringe Anteil internistischer, also abdomineller Untersuchungen bei den Zwangssterilisationen, dass es nicht zur präoperativen Beurteilung des Operationsgebietes kam. Wie im Folgenden zu zeigen sein wird, könnte hierin die Ursache der häufigen postoperativen Wundinfektionen gesehen werden. Erst im Jahr 1938 unter einer neuen Krankenhausführung und mit Rückgang der personellen Mehrbelastung erhöhte sich nicht nur das Sorgfaltsniveau, sondern kam es auch zu einer annähernden Gleichbehandlung beider Patientinnengruppen.

Die bei den Aufnahmeuntersuchungen beobachtete Diskrepanz der Behandlung Zwangssterilisierter im Vergleich zu ihren gynäkologischen Pendants kann nur noch ausgeprägter bei Abschlussuntersuchungen und Nachsorge beobachtet werden. Eine gewissenhafte stationäre Behandlung endet in einer Abschlussuntersuchung, die eine komplikationslose Entlassung gewährleisten und den Erfolg der Operation beurteilen sollte. Schon bei den Patientinnen, die aus gynäkologischer Indikation operiert wurden, fand nur bei jeder zweiten Patientin eine Abschlussuntersuchung statt. Nach einer Zwangssterilisation wurde eine solche in den drei betrachteten Jahren nur bei jeder dritten Patientin durchgeführt. Zusätzlich handelte es sich hierbei überwiegend um alleinige Wundbeurteilungen, die dem Allgemeinzustand der Patientinnen keine Rechnung trugen. Hieraus ergibt sich ein hochsignifikanter Unterschied in der postoperativen stationären Behandlung der Zwangssterilisationspatientinnen gegenüber ihren gynäkologischen Pendants. Noch deutlicher ist dieser Unterschied bei der Nachsorge, die nach jeder zweiten gynäkologischen Operation, aber nicht mal bei 5% aller Zwangssterilisierten vereinbart oder durchgeführt wurde.

Es bestand prä- wie postoperativ ein Rückgang an Sorgfalt aller operierten Patientinnen während der Mehrbelastung durch die Zwangssterilisationen sowie eine deutliche ‚Zweiklassengesellschaft‘ zwischen Zwangssterilisierten und gynäkologischen Patientinnen. Dass die Zwangssterilisationen trotzdem an der Hebammenlehranstalt Mainz implementiert wurden, könnte auf den höchstwahrscheinlich bestehenden finanziellen Anreiz für die Durchführung von Zwangssterilisationen zurückzuführen sein.³³¹ Im Folgenden sind die Auswirkungen dieser geringeren Gewissenhaftigkeit anhand der aufgetretenen Komplikationen bei und nach den Operationen zu überprüfen.

³³¹ Vgl. Koch (2017), S. 63.

Komplikationen

Als Komplikationen werden alle pathologischen Symptome gewertet, welche postoperativ in den Krankenakten dokumentiert wurden. Es fand keine Edition statt, da aus der Dokumentation weder ein sicherer Zusammenhang zwischen einzelnen Symptomen noch eine eindeutige Kausalität zur Operation erkennbar, jedoch auch nicht auszuschließen ist. Damit wird in Kauf genommen, dass die Komplikationsraten eher überschätzt werden, jedoch innerhalb der in dieser Arbeit betrachteten Gruppen vergleichbar sind.

Insgesamt wurden bei 51% aller gynäkologischen Patientinnen und 47% aller zwangssterilisierten Patientinnen Komplikationen beschrieben. Eine signifikante Veränderung der Komplikationsrate kann in den betrachteten Jahren nicht beobachtet werden. Dabei verstarben 4,0% aller gynäkologisch operierten, aber nur 0,6%³³² aller zwangssterilisierten Patientinnen während ihres stationären Aufenthaltes.

Zunächst ist nicht verwunderlich, dass nach Zwangssterilisationen weniger Komplikationen auftraten als nach gynäkologischen Operationen. Einerseits waren die Betroffenen des *Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses* vergleichsweise jünger³³³, internistisch gesünder und ohne krankheitsbedingte Schwächung des Allgemeinzustandes. Andererseits handelt es sich bei den angewandten Sterilisationsmethoden um kurze Operationen, die bei Patientinnen ohne gynäkologische Grunderkrankung grundsätzlich als komplikationsärmer einzuschätzen sind. Zuletzt häufen sich insbesondere im Jahr 1936 Krankenakten von Zwangssterilisationspatientinnen, in denen kaum Dokumentation vorhanden ist. Hierbei findet sich häufig allein der Satz „Guter postoperativer Verlauf“³³⁴. Ob in diesen Fällen in dieser Arbeit als Komplikation gewertete Symptome wie passageres Fieber unterschlagen wurden, kann nicht festgestellt werden.

Das Auftreten von Komplikationen scheint unabhängig von der Durchführung einer Aufnahmeuntersuchung zu sein. Weder stieg die Anzahl der postoperativen Symptome nach Abnahme der Aufnahmeuntersuchungen ab Mitte 1934 noch wurden mehr Aufnahmeuntersuchungen als Reaktion auf die schlechten Komplikationsraten

³³² Diese Mortalitätsziffer weicht von der in Kaptiel 3.4.1. ab, da ihr nur die in diesem Kapitel betrachteten Jahre 1934, 1936 und 1938 zugrunde liegen.

³³³ Ruckert (2012), S. 40.

³³⁴ KrG HLA. 1936 (1). Martha R. HbNr. 390.

veranlasst. Demnach erfüllte die Aufnahmeuntersuchung zu keiner Zeit ihren Zweck, gesundheitliche Risiken für Operation und postoperativen Verlauf zu erkennen. Dies ist einerseits auf den geringen Anteil an internistischen Untersuchungen insbesondere in den Jahren hoher Operationszahlen zurückzuführen, andererseits auf die mangelhafte Qualität der internistischen Untersuchung, die in den allermeisten Fällen eine reine Beurteilung des Operationsgebietes und damit des Abdomens, nicht aber des kardiopulmonalen Zustandes der Patientin darstellte.

Es scheint, als ob die präoperative Risikoeinschätzung alleine nach dem klinischen Allgemeinzustand der Patientin erfolgte. Diese Tatsache zeugt von einem deutlichen Sorgfaltsdefizit, bei welchem trotz vieler Komplikationen keine Initiative zur Verbesserung erkennbar ist.

Um die einzelnen Symptome jahresübergreifend in ihrem Auftreten vergleichen zu können, wurden sie für diese Arbeit in folgende Gruppen eingeteilt: Wundinfektionen, Blutungen, Schmerzen, Unruhe, Entzündungen und Sonstige.³³⁵ Dabei können die postoperativ aufgetretenen Symptome verschiedenen Ursprungs sein. Zu unterscheiden sind unerwünschte Wirkungen der Anästhetika, Komplikationen der Operation, postoperative Residuen der operierten Grunderkrankung und vom Operationsgeschehen unabhängige Symptome. Leider ist eine ursächliche Aufteilung und damit Bereinigung der statistischen Komplikationsrate retrospektiv nicht mehr möglich.

Die Gruppe der Wundinfektionen setzt sich überwiegend aus eiternden Wundnähten, Dehiszenz oder Wundseromen³³⁶ zusammen. Sie entstehen nahezu ausschließlich durch die Operation und hierbei insbesondere durch mangelhafte intra- wie postoperative Hygienemaßnahmen sowie verfrühte postoperative Belastung des Operationsgebietes.³³⁷ Eine Wundinfektion stellt somit eine durch sorgfältiges Arbeiten vermeidbare direkte Operationskomplikation dar. Wundinfektionen waren in der Hebammenlehranstalt Mainz vor 1934 eine seltene Komplikation, die nur nach 2% der Operationen auftrat. Dies änderte sich mit Einführung der Zwangssterilisationen, da nicht nur bei diesen die Rate der Wundinfektionen durchschnittlich bei 12% lag,

³³⁵ Beispiele bei den gynäkologischen Patientinnen finden sich im folgenden Text. Für Beispiele bei Zwangspatientinnen siehe 3.4.1.

³³⁶ Beispiel: „in der Mitte der Wunde entleert sich ein etwa erdnussgroßes Serom“ (KrG HLA. 1938 (1). Patientin Helene R. HbNr. 104.).

³³⁷ Vgl. Vogel (2015), S. 17 und S. 27.

sondern auch die Wundkomplikationen nach gynäkologisch indizierten Operationen auf knapp 9% anstieg. Hierbei sind sicherlich die Überarbeitung des Personals sowie die vielen Operationen pro Tag Gründe für diese Nachlässigkeit. Nichtsdestotrotz zeigen auch diese Komplikationsraten deutliche Schwankungen,³³⁸ die einen gesicherten Schluss nicht zulassen.

Zur Komplikationsgruppe der Blutungen zählen sowohl vaginale Blutungen³³⁹, aber auch Hämatome im Wundbereich. Erstere stellten bei gynäkologischen Patientinnen häufig die Indikation zur Operation beispielsweise in Form von Metrorrhagie oder Tumorblutung.³⁴⁰ Demnach kann ein Teil der postoperativ aufgetretenen Blutungen wohl als Residuum der Grunderkrankung gesehen werden. Nichtsdestotrotz kann es sich bei einer vaginalen Blutung durchaus auch um eine Wundblutung bei vaginalem Operationsweg handeln. Ein Hämatom hingegen zeugt von unzureichender intraoperativer Blutstillung oder zu früher postoperativer Belastung des Operationsgebietes und ist damit ein durch ärztliche Sorgfalt zu minimierender Befund. Postoperative Blutungen stellen demnach sicher nicht immer eine Folge der Operation dar, können teilweise aber auf intraoperative Gründlichkeitsmängel hinweisen. In den Jahren 1930 und 1932 hatte diese Komplikationsgruppe mit nur 4% einen geringen Stellenwert. Dieses Niveau wurde auch bei den Zwangssterilisationen gehalten, nicht jedoch bei den gynäkologischen Patientinnen, bei denen etwa jede fünfte Patientin mit Komplikationen eine Blutung aufwies. Aufgrund der Diskrepanz zu den Zahlen zu Beginn der 1930er Jahre bei gleichbleibenden Krankheiten können diese zusätzlichen Blutungen nicht als Symptome der Grunderkrankungen beschrieben werden. Eine schlüssige Erklärung für die Zunahme postoperativer Blutungen bei den gynäkologischen Patientinnen ist somit den Analysen der Krankenblätter leider nicht zu entnehmen.

Die postoperativ auftretenden Schmerzen sind in den Krankenakten selten genauer beschrieben oder mit einer Lokalisation versehen.³⁴¹ Sie können somit Begleitsymptom einer Entzündung, Residuum einer Grunderkrankung, Folgen der Lagerung

³³⁸ Nach Zwangssterilisationen kam es im Jahr 1934 in 15% der Fälle, im Jahr 1936 nur bei 4% und im Jahr 1938 wieder bei 19% zu Wundkomplikationen.

³³⁹ Beispiel: „stark blutiger und foetider Abgang“ (KrG HLA. 1938 (2). Patientin Amalie H. HbNr. 891.).

³⁴⁰ Metrorrhagien sind verstärkte, verlängerte oder vom normalen Blutungszyklus unabhängige vaginale Blutungen. Vgl. Bühling, Kai und Friedmann, Wolfgang (2009): Intensivkurs Gynäkologie und Geburtshilfe. 2. Auflage, München (Urban & Fischer), S.37.

³⁴¹ Beispiel: „ziehender Schmerz“ (KrG HLA. 1938 (1). Patientin Lydia M. HbNr. 102.).

bei Operation sowie Ausdruck nichtgynäkologischer Krankheitsbilder sein. Unabhängig von ihrer Ursache sprechen sie aber für eine unzureichende postoperative Analgesie. Diese Symptomgruppe kann weder als direkte Operationskomplikation bestätigt noch ausgeschlossen werden, auch ist ein Einfluss des Verhaltens der Ärzte auf ihr Auftreten nicht nachzuweisen. Zu Beginn der 1930er Jahre kam es bei 12% aller Patientinnen zu postoperativen Schmerzen. Diese Rate erhöhte sich nach gynäkologischen Operationen Mitte und Ende des Jahrzehnts auf 15%. In Anbetracht der Tatsache, dass nur bei 5% aller Zwangssterilisierten postoperativ Schmerzen dokumentiert sind, kann angenommen werden, dass die meisten Schmerzen Symptom der Grundkrankheit oder Begleitsymptom einer anderen Komplikation waren. Nichtsdestotrotz spricht die Zunahme bei gleichbleibender Krankheitsverteilung für geringere Aufmerksamkeit der analgetischen Therapie eben jener Symptome.

Postoperative Unruhe bis hin zum Tobsuchtsanfall ist ein fast ausschließlich nach Zwangssterilisationen auftretendes Symptom. In diesem Zusammenhang ist es am ehesten als Ausdruck der psychischen Belastung durch die zwangsweise durchgeführte Sterilisation zu sehen. In den nur drei Fällen, in denen eine gynäkologisch operierte Patientin unruhig war,³⁴² kommt entweder ein postoperatives Delir, beispielsweise als Folge der Anästhetika, oder die psychische Belastung durch die Operation, als Ursache infrage.³⁴³ Insgesamt kann die bei 14,5% aller Zwangssterilisierten dokumentierte postoperative Unruhe als Beweis des Zwangscharakters der Operationen verstanden werden.

Die Gruppe der Entzündungen ist heterogen, umfasst aber vor allem postoperatives Fieber, Bronchitiden sowie Zystitiden³⁴⁴. Diese können beispielsweise als Folge der pulmonalen Belastung durch die als Tropfnarkose gegebenen Anästhetika,³⁴⁵ operationsunabhängiger jahreszeitbedingter Epidemien oder als Folge der Anlage eines Harnblasenkatheters³⁴⁶ gesehen werden. Entzündungen können demnach sowohl Folge der Narkose, des Operationszugangs sowie völlig unabhängig von der Operation auftreten. Bei jeder vierten gynäkologisch operierten Patientin trat

³⁴² Beispiel: „sehr wehleidig, ungeduldig, sehr labil“ (KrG HLA. 1936 (1). Patientin Marg. W. HbNr. 52.).

³⁴³ Vgl. Weihrauch, Thomas (2016): Internistische Therapie 2016/2017. 21. Auflage, München (Urban & Fischer), S. 133 ff.

³⁴⁴ Beispiel: „fieberhafte Nierenbeckenkolik“ (KrG HLA. 1938 (2). Nola L. HbNr. 846.).

³⁴⁵ Vgl. Barth, Johann Ambrosius (1903): Zentralblatt für Gynäkologie. Band 27. S. 14.

³⁴⁶ Vgl. Herold, Gerd (2013): Innere Medizin. Köln (Herold), S. 617.

unverändert in der gesamten betrachteten Zeit postoperativ eine Entzündung auf. Bei den Zwangssterilisierten kam es dagegen 1934 bei nicht einmal jeder fünften zu einer Entzündung, in den folgenden Jahren sank diese Quote sogar auf schließlich 12% im Jahr 1938. Inwiefern die Umstellung der Anästhetika eine Rolle gespielt hat, kann nicht mehr erfasst werden. Auffällig ist jedoch, dass saisonale Epidemien wie die Grippewellen im Winter keine signifikanten Auswirkungen auf die entzündlichen Komplikationen nach den Operationen hatten.

Die heterogenste Komplikationsgruppe ist die der sonstigen Symptome, die in keine der oben genannten Gruppen passten, dabei aber nicht häufig genug auftraten, um eine eigene Gruppe zu bilden. Unter ihnen sind vor allem Krampfanfälle, Thrombosen, Magen-Darm-Beschwerden wie Blähungen und Übelkeit und Kreislaufkollaps zu nennen.³⁴⁷ Sie können teilweise als unerwünschte Wirkung eines Anästhetikums, aber auch gänzlich operationsunabhängig auftreten. Ihre Häufigkeit betrug ohne signifikante Schwankungen sowohl bei gynäkologischen Operationen als bei Zwangssterilisationen etwas über 10%. Im stationären Verlauf wurden sie meist medikamentös³⁴⁸ oder durch physikalische Maßnahmen therapiert.³⁴⁹ Es besteht kein Hinweis für einen Einfluss des ärztlichen Verhaltens auf ihr Auftreten.

Nach gynäkologisch indizierten Operationen kam es überwiegend zu Entzündungen, Blutungen und Schmerzen. Wie oben bereits erörtert, können all diese Symptome auch operationsunabhängig aufgetreten sein. Demnach ist anzunehmen, dass die echte Rate der operations- und narkosebedingten Komplikationen geringer als die berechneten 51% lag. Dementgegen betrug die Komplikationsrate bei Zwangssterilisationen vermutlich mehr als die berechneten 47%, da Ende 1934 und im Jahr 1936 nur mäßig ausführlich dokumentiert wurde beziehungsweise nach geringer Beobachtungszeit entlassen wurde. Ebenso kann eine Komplikation nur bei aufmerksamer Betreuung bemerkt werden, so dass der Verzicht auf Abschlussuntersuchungen dazu beitrug, dass Komplikationen unentdeckt blieben.

Die Betrachtung der postoperativen Komplikationen ermöglicht allgemein zwar den Schluss, dass hohes Symptomaufkommen toleriert wurde und in Fällen wie den

³⁴⁷ Beispiele: „Blähungen“ (KrG HLA. 1936 (2). Patientin Veronika S. HbNr. 232.; „Pat hatte wieder einen epileptischen Anfall“ (KrG HLA. 1938 (2). Christine N. HbNr. 726.).

³⁴⁸ Beispiel: Solodium und Laudanum bei Übelkeit und Abgeschlagenheit nach Operation (KrG HLA. 1936 (1). Patientin Christine A. HbNr. 38.).

³⁴⁹ Beispiel: Einlauf (KrG HLA. 1938 (1). Patientin Margarete B. HbNr. 349.).

Wundinfektionen ärztliche Nachlässigkeit die Ursache war. Nichtsdestotrotz kann anhand der Verteilung der Komplikationsgruppen keine klare Tendenz festgestellt werden. Es gab Unterschiede zwischen gynäkologisch indizierten Operationen und Zwangssterilisationen, die jedoch sowohl mit den unterschiedlichen Operationstechniken als auch zugrundeliegenden Grunderkrankungen erklärt werden können. Eine eindeutige Auswirkung der belegten Behandlung der Zwangssterilisierten als ‚Patientinnen zweiter Klasse‘ im Rahmen der Aufnahme- und Abschlussuntersuchungen kann nicht gefunden werden. Eine Erklärung könnte die vergleichsweise lückenhaftere Dokumentation nach Zwangssterilisationen sein; hierbei handelt es sich allerdings um nicht nachweisbare Spekulationen.

4.5. Zusammenfassung

Die klinische Durchführung der Sterilisationen nach dem *Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses* verdoppelte bis verdreifachte die in einem Jahr stationär versorgten Patientinnen in der Hebammenlehranstalt Mainz. Trotzdem kam es nicht zu formellen Änderungen in der Behandlung gynäkologischer Patientinnen, weder in ihrer Anzahl, den behandelten Krankheitsbildern noch dem Verhältnis zwischen konservativen und operativen Therapien. Ohne kompensatorische Vergrößerung der Belegschaft bedeutete dies eine Verdopplung der Arbeitsbelastung für die beschäftigten Ärzte.

Die Mehrbelastung der Ärzte führte zu einer Sorgfaltsminderung in ihrer Behandlung gegenüber allen Patientinnen. Hierbei fällt bei konservativen Behandlungen insbesondere die Abnahme der Aufnahmeuntersuchungen auf, da hiermit die Sicherung der Diagnose und damit die Feststellung der Notwendigkeit einer stationären Behandlung im Vergleich zu einer ambulanten entfielen. Die bedeutend größeren Auswirkungen zeigen sich allerdings bei den operierten Patientinnen. Nicht nur, dass auch bei ihnen weniger Aufnahme- und Narkoseuntersuchungen durchgeführt wurden, auch ihre Verweildauer, Abschlussuntersuchungen und Nachsorge nahm unter Einfluss der Zwangssterilisationen deutlich ab. All dies zeugt von einer Nachlässigkeit gegenüber den Patientinnen, da Komplikationen entweder nicht erkannt oder nicht ausreichend behandelt wurden. Operierte aus medizinischer Indikation wurden dabei sorgfältiger versorgt als solche aus rassenhygienischer Indikation. Diese zweite Gruppe wurde nicht nur noch seltener untersucht, auch die eindeutig auf Hygiene- oder Sorgfaltsmängel zurückzuführenden Komplikationen wie Wundinfektionen traten

häufiger auf. Es kann somit geurteilt werden, dass sie als ‚Patientinnen zweiter Klasse‘ empfunden und behandelt wurden.

Die Zwangssterilisationen veränderten die Aufgabenbereiche der an den Operationen beteiligten Mitarbeiter der Hebammenlehranstalt Mainz nachhaltig. Einerseits führte die bei den Zwangssterilisationen gewonnene operative Erfahrung zu signifikant mehr oberärztlich geführten Operationen, andererseits wurde die Rolle des ‚Anästhesisten‘ in der Phase der akuten ärztlichen Überlastung durch die Verdreifachung der Patientenzahl zwar nochmals überwiegend von Narkoseschwestern übernommen, diese aber schon 1936 durch Assistenzärzte gänzlich abgelöst. Hiermit einher ging die Umstellung der noch zu Beginn des Jahrzehnts üblichen Äther-Chloroform-Narkose zu einer Äther-Barbiturat-Narkose. Dies kann als Schritt hin zum flächendeckenden Einsatz der balancierten Narkosen gesehen werden. Insgesamt zeigt sich deutlich, dass im Zweifelsfall der Oberarzt sowohl assistenzärztliche als auch chefärztliche Aufgaben übernehmen musste und damit die größte Belastung durch die Zwangssterilisationen erfuhr.

Die personelle Mehrbelastung durch die Sterilisationen an *Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses* in der Hebammenlehranstalt Mainz hatte somit eine Verschlechterung der Versorgung aller behandelten Patientinnen zur Folge. Sie ermöglichte aber auch die Weiterentwicklung der Anästhesie. Schließlich kann der Eindruck gewonnen werden, dass Zwangssterilisierte als Patientinnen ‚zweiter Klasse‘ gesehen und versorgt wurden.

5. Das leitende Personal der Hebammenlehranstalt Mainz

In den vorangegangenen Kapiteln konnte gezeigt werden, dass die Hebammenlehranstalt Mainz die gesetzlichen Vorgaben zur Durchführung des *Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses* mit wenigen Ausnahmen einhielt. Des Weiteren waren die Zwangssterilisationen in den betrieblichen Alltag in der Weise eingebunden, dass das gesamte medizinische Personal an ihren Umsetzungen beteiligt war.

Abschließend soll nun ein Blick auf die Personen geworfen werden, welche verantwortlich für die Zwangssterilisationen an der Hebammenlehranstalt Mainz waren. Welcher Weg führte sie an die Klinik, welche politische Überzeugung vertraten sie und wie beeinflusste die aktive Beteiligung an der Umsetzung der rassenhygienischen NS-Politik ihre weitere berufliche Karriere?

„Verantwortung“ kann definiert werden als „mit einer bestimmten Aufgabe, einer bestimmten Stellung verbundene Verpflichtung, dafür zu sorgen, dass innerhalb eines bestimmten Rahmens alles einen möglichst guten Verlauf nimmt, das jeweils Notwendige u[nd] Richtige getan wird u[nd] möglichst kein Schaden entsteht“.³⁵⁰ Zusätzlich konkretisiert der Hippokratische Eid die Verantwortung des Arztes: „Meine Verordnungen werde ich treffen zu Nutz und Frommen der Kranken, nach bestem Vermögen und Urteil; ich werde sie bewahren vor Schaden und willkürlichem Unrecht.“³⁵¹

In diesem Sinne sind in Bezug auf die Zwangssterilisationen die beiden Direktoren zu betrachten, deren Aufgaben die „Geschäftsführung, Leitung der Klinik und des Hebammenunterrichts“³⁵² waren. Damit mussten sie die klinische Umsetzung des *Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses* gewährleisten. Den Rahmen bildeten einerseits die gesetzlichen Vorschriften, andererseits die personellen, räumlichen und finanziellen Ressourcen des Betriebs der Hebammenlehranstalt Mainz.

Zusätzlich werden im folgenden Kapitel die Oberärzte als Operateure und Vertreter des Direktors in Augenschein genommen. Zur Abrundung dieser Betrachtung wäre

³⁵⁰ Duden - Deutsches Universalwörterbuch. Wissenschaftlicher Rat der Dudenredaktion (Hrsg.). 6. Überarbeitete und erweiterte Auflage. Mannheim, Leipzig, Wien, Zürich. (Duden), S. 1792.

³⁵¹ Steger, Florian (2008): Das Erbe des Hippokrates - Medizinethische Konflikte und ihre Wurzeln. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht), S. 34.

³⁵² Niederschrift über die Übergabe der Geschäftsführung der Hebammenlehranstalt und Frauenklinik zu Mainz am 30.11.1937. In: Privatbesitz Puppel Erben, Dorn-Dürkheim.

auch die pflegerische Leitung in Person der Schwester Oberin einzubinden, was leider aufgrund der zu geringen Datenlage nicht möglich ist. Für die gesamte Schwesternschaft der Hebammenlehranstalt Mainz zwischen 1933 und 1943 ist lediglich belegt: „Keine unserer Schwestern gehörte der Partei an.“³⁵³

Für das folgende Kapitel wendet sich die vorliegende Arbeit demnach von ihrem empirischen hin zu einem stärker narrativen Ansatz. Die Ausführlichkeit der folgenden Biografien ist maßgeblich abhängig von öffentlich zugänglichen Quellen sowie im Fall von Direktor Puppel den im Privatbesitz der Erben befindlichen Dokumenten, die freundlicherweise für diese Arbeit eingesehen werden durften. Insbesondere die Anzahl der von den Personen selbst verfassten Aussagen und Publikationen variiert stark. So sind Weltanschauung und Motivation häufig nur aus Werdegang, Parteimitgliedschaften und Forschungsschwerpunkten abzuleiten. Diese Quellenlage limitiert die Möglichkeit weitreichende Bezüge zwischen Biografie und der in den vorangegangenen Kapiteln empirisch nachgewiesenen klinischen Tätigkeit zu ziehen. Nichtsdestotrotz ermöglichen die vorliegenden Quellen einen Überblick über die für die Zwangssterilisationen an der Hebammenlehranstalt Mainz verantwortlichen Mediziner.

Im Folgenden sollen die angesprochenen Personen zunächst biographisch vorgestellt werden. Anschließend erfolgt eine Einordnung in Bezug auf die Ergebnisse der vorangegangenen Kapitel sowie eine kritische Einschätzung ihrer Motivationen.

5.1. Die Direktoren der Hessischen Hebammenlehranstalt Mainz 1930-1945

5.1.1. Obermedizinalrat Dr. Ernst Puppel³⁵⁴ – Direktor 1927-1937

Dr. Ernst Puppel wurde am 02. Mai 1876 in Wolla bei Marienwerder in Westpreußen als Sohn des Gutsbesitzers und späteren Kaufmanns Max Puppel und seiner Frau Martha geboren.³⁵⁵ Seine Schulausbildung absolvierte er am Gymnasium in Marienwerder, wobei er ein mittelmäßiger Schüler war.³⁵⁶ Nach seinem Schulabschluss am 18. März 1895 absolvierte er noch vor dem Beginn des Medizinstudiums an der

³⁵³ Zeugenaussage 2 von Sr. Berta Jäger, Protokoll des Spruchkammerverfahrens von Prof. Wehefritz. In: HHStAW, 520/16, 19688.

³⁵⁴ Alle biographischen Informationen, die im folgenden Kapitel 5.1.1. nicht anderweitig gekennzeichnet sind, stammen von persönlichen Originaldokumenten aus dem Erlass von OMR Dr. Ernst Puppel und befinden sich in Privatbesitz. Für diese Arbeit konnten die Dokumente am 02.03.2016 eingesehen werden. Im Folgenden wird auf die der Information zugrundeliegenden Dokumente verwiesen.

³⁵⁵ Bürgerannahmeakte Sig. 70/1317 Puppel, Ernst, Stadtarchiv Mainz.

³⁵⁶ Vgl. Königliches Gymnasium zu Marienwerder Zeugnis der Reife. In: Privatbesitz Puppel Erben, Dorn-Dürkheim.

Königlichen Albertus-Universität Königsberg³⁵⁷ die erste Hälfte seines Militärdienstes als Einjährig-Freiwilliger beim Grenadier-Regiment Königsberg.³⁵⁸

Nach Bestehen des Physikums mit der Gesamtnote „sehr gut“ am 20. Februar 1897³⁵⁹ wechselte der Student für den klinisch-praktischen Teil des Studiums an die Königliche Friedrich Wilhelms-Universität in Berlin.³⁶⁰ Zu diesem Zeitpunkt zeigte sich sein Interesse für die Gynäkologie und Geburtshilfe. Er absolvierte in diesen Fächern nicht nur mehrere Kurse, sondern war auch als Famulus und Praktikant in der gynäkologischen Poliklinik der Charité tätig.³⁶¹ Demnach ist bezüglich seiner weiteren beruflichen Orientierung von einer Prägung im Fach der Gynäkologie durch seine Professoren Dr. Martin, Prof. Nagel, Prof. Gusserow und Prof. Winter auszugehen,³⁶² welche anatomische und diagnostische Grundlagenwerke verfassten.³⁶³ Für die letzten beiden Semester wechselte Puppel 1899 zurück nach Königsberg, wo er das Studium am 29. Januar 1900 mit der Note „gut“ beendete.³⁶⁴ Mit seiner im Februar 1900 ebenfalls abgeschlossenen Doktorarbeit unter dem Titel „Ueber die Ausbreitung des Gebärmutterkrebses in praeformierten Lymphbahnen“³⁶⁵ legte sich Dr. Puppel endgültig auf das Gebiet der Frauenheilkunde fest.³⁶⁶

Nach Absolvierung der zweiten Hälfte seines Militärdienstes als Einjährig-Freiwilliger beim Königin Elisabeth Garde-Grenadier-Regiment in Charlottenburg und später beim Ersten Garde-Grenadier-Regiment in Potsdam wurde Puppel im Dezember 1900 zum Reserve-Assistenzarzt befördert und aus dem aktiven Militärdienst entlassen.³⁶⁷ Am 15. Oktober 1900 trat er seine erste Stelle in der chirurgischen und geburtshilflichen Abteilung des Städtischen Krankenhauses in Charlottenburg an, welche er für die

³⁵⁷ Vgl. Abgangszeugnis der königlichen Albertus-Universität zu Königsberg vom 13.09.1897. In: Privatbesitz Puppel Erben, Dorn-Dürkheim.

³⁵⁸ Vgl. Personalbericht vom 31.08.1900. In: Privatbesitz Puppel Erben, Dorn-Dürkheim.

³⁵⁹ Vgl. Abgangszeugnis der königlichen Albertus-Universität zu Königsberg vom 13.09.1897. In: Privatbesitz Puppel Erben, Dorn-Dürkheim.

³⁶⁰ Vgl. Immatrikulation vom 29.10.1897. In: Privatbesitz Puppel Erben, Dorn-Dürkheim.

³⁶¹ Vgl. Abgangszeugnis der königlichen Albertus-Universität zu Königsberg vom 13.09.1897. In: Privatbesitz Puppel Erben, Dorn-Dürkheim.

³⁶² Vgl. Abschlusszeugnis der Friedrich Wilhelms-Universität zu Berlin vom 20.09.1898. In: Privatbesitz Puppel Erben, Dorn-Dürkheim.

³⁶³ Beispiele: Nagel, Wilhelm (1904): Gynäkologie für Ärzte und Studierende. Berlin (Kornfeld) und Winter, Georg (1907): Lehrbuch der gynäkologischen Diagnostik. Leipzig (S. Hirzel).

³⁶⁴ Vgl. Abschlusszeugnis der königlichen Albertus-Universität zu Königsberg vom 25.07.1899. In: Privatbesitz Puppel Erben, Dorn-Dürkheim.

³⁶⁵ Puppel, Ernst (1901): Ueber die Ausbreitung des Gebärmutterkrebses in praeformierten Lymphbahnen. In: Gynecologic and Obstetric Investigation. 13. Jg. Nr. 1. S. 76-95.

³⁶⁶ Vgl. Approbationsurkunde vom 14.02.1900. In: Privatbesitz Puppel Erben, Dorn-Dürkheim.

³⁶⁷ Vgl. Personalbericht vom 31.08.1900. In: Privatbesitz Puppel Erben, Dorn-Dürkheim.

nächsten zwei Jahre innehaben sollte.³⁶⁸ Die erworbenen Kenntnisse nutzend heuerte Puppel dann als Schiffsarzt der Hamburg-Amerika-Linie zunächst für eine Fahrt nach Brasilien und später für eine weitere in die Karibik an.³⁶⁹ Die Einträge in seinem Reisetagebuch zeugen von seiner abwechslungsreichen medizinischen Tätigkeit: „Ärztlich hatte ich mehr zu t[h]un als sonst, da Blei u[nd] Erz geladen wurde u[nd] die Leute sich dabei ziemlich schwere Verletzungen zuzogen“³⁷⁰ und „Frau H. hat ein ulcus cruris, Herr F. eine leichte Pleuritis, sowie eine kleine Verletzung am Bein, na es ist tüchtig zu t[h]un.“³⁷¹

Auf Wunsch und Vermittlung des Vaters trat Dr. Puppel zum 1. Januar 1904 eine Stelle als Assistent von Herrn Dr. Kupferberg an, einem niedergelassenen Gynäkologen mit operativer Tätigkeit als Belegarzt in Mainz.³⁷² Kupferberg urteilt über die medizinischen Fähigkeiten seines Assistenten wie folgt:

„Er [Puppel] hat sich während dieser ganzen Zeit in jeder Beziehung als Arzt und als Mensch, als Gynäkologe und Geburtshelfer zu meiner vollsten Zufriedenheit bewährt und mich auch wiederholt selbstständig bestens vertreten. Ich kann ihm daher mit besten Gewissen das Zeugnis eines [...] tüchtig geschulten, gewissenhaften und operativ gewandten Frauenarztes ausstellen und wünsche ihm in diesem Beruf für seine Zukunft das Allerbeste.“³⁷³

Da verwundert nicht, dass Kupferberg dem sich zum 1. Januar 1904 selbstständig in Mainz als Frauenarzt niederlassenden Puppel einen Teil seiner Patientinnenschaft, namentlich die „Mitglieder der Ortskrankenkasse, des Sanitätsverbands, der Straßenbahnkasse, [...] und der freien Hilfskassen“, im Tausch gegen Weiterführung der Assistenz bei Operationen übergab.³⁷⁴

Als niedergelassener Frauenarzt mit gesichertem Einkommen gründete Dr. Puppel eine Familie. Nach der Hochzeit mit der Frankfurterin Elisa Richter in Magdeburg am

³⁶⁸ Vgl. Brief des Direktors des Städtischen Krankenhauses zu Charlottenburg an Puppel vom 29.03.1902. In: Privatbesitz Puppel Erben, Dorn-Dürkheim.

³⁶⁹ Vgl. Mitteilung von der Hamburg-Amerika-Linie vom 22.03.1902. In: Privatbesitz Puppel Erben, Dorn-Dürkheim.

³⁷⁰ Schiffstagebuch Westindien 1902. S. 48. In: Privatbesitz Puppel Erben, Dorn-Dürkheim.

³⁷¹ Schiffstagebuch Westindien 1902. S. 51. In: Privatbesitz Puppel Erben, Dorn-Dürkheim.

³⁷² Vgl. Arbeitsvertrag zwischen Dr. Puppel und Dr. Kupferberg vom 08.11.1903. In: Privatbesitz Puppel Erben, Dorn-Dürkheim.

³⁷³ Beurteilung durch Dr. Kupferberg vom 31.09.1903. In: Privatbesitz Puppel Erben, Dorn-Dürkheim.

³⁷⁴ Vgl. Privatbesitz Puppel Erben, Dorn-Dürkheim: Arbeitsvertrag zwischen Dr. Puppel und Dr. Kupferberg vom 08.11.1903.

30. Oktober 1904 folgten in den beiden nächsten Jahren die Geburten einer Tochter und eines Sohnes.³⁷⁵

Auch beruflich strebte Dr. Puppel nach Selbstverwirklichung. Nach seiner Beförderung zum Oberarzt der Reserve 1903³⁷⁶ bewarb er sich 1908 auf die freiwerdende Stelle des Direktors der Hebammenlehranstalt Mainz. Sein Ersuchen wurde jedoch mit Hinweis auf Versäumnisse bürokratischer Fristen abgelehnt.³⁷⁷ Im folgenden Jahrzehnt zeichneten sich lediglich weitere Beförderungen im Militär ab. Mit Verweis auf seine „guten Eigenschaften und erlangten militärärztlichen Kenntnisse“³⁷⁸ wurde Puppel zunächst 1911 zum Stabsarzt der Reserve ernannt. Als solcher wurde er nach Ausbruch des I. Weltkrieges zunächst zum 2. Bat. Infanterie-Regiment 117 einberufen, um ab 23. September 1914 im Infanterie-Regiment 81 an den Kämpfen westlich von Roye (Frankreich) teilzunehmen. Für seine Tätigkeiten dort wurde ihm am 30. November 1914 das Eiserne Kreuz II. Klasse verliehen, kurz bevor er am 10. Dezember 1914 verwundet wurde. Die restlichen vier Kriegsjahre leistete Puppel seinen Dienst fernab der Kämpfe im Festungslazarett Mainz.³⁷⁹ Zunächst als leitender Arzt einer einzelnen Lazarettabteilung, ab 1917 des gesamten Feldlazarett I samt Erlaubnis der Versorgung von Kriegsgefangenen tätig,³⁸⁰ wurde Puppel das Militär-Sanitäts-Kreuz verliehen.³⁸¹

Nach dem Ende der Mobilmachung im Dezember 1918³⁸² kehrte der inzwischen 42-Jährige in seine Praxis zurück. Zu Beginn der 1920er Jahren begann Puppel sich politisch zu engagieren; zunächst für die Wiedereröffnung des mehrjährig als Lazarett umfunktionierten Krankenhauses in Flörsheim am Main, später als im Dezember 1922 gewählter Stadtverordneter in Mainz.³⁸³

³⁷⁵ Vgl. Städtisches Familienregister Nr. 41679, Mainzer Stadtarchiv.

³⁷⁶ Vgl. Ernennung zum Oberarzt vom 18.07.1903. In: Privatbesitz Puppel Erben, Dorn-Dürkheim.

³⁷⁷ Vgl. Bewerbung für die Hessische Hebammenlehranstalt Mainz 1908. In: Privatbesitz Puppel Erben, Dorn-Dürkheim.

³⁷⁸ Ernennung zum Stabsarzt vom 23.05.1911. In: Privatbesitz Puppel Erben, Dorn-Dürkheim.

³⁷⁹ Vgl. Militärdienstbescheinigung vom 18.07.1933. In: Privatbesitz Puppel Erben, Dorn-Dürkheim.

³⁸⁰ Vgl. Telefonischer Befehl des Oberstabsarztes vom 30.11.1918. In: Privatbesitz Puppel Erben, Dorn-Dürkheim.

³⁸¹ Vgl. Verleihung Militärsanitätskreuz vom 29.07.1916. In: Privatbesitz Puppel Erben, Dorn-Dürkheim.

³⁸² Vgl. Entlassungsschein vom 09.12.1918. In: Privatbesitz Puppel Erben, Dorn-Dürkheim.

³⁸³ Vgl. Brief des Stadtwahlkommissars an Puppel vom 02.12.1922. In: Privatbesitz Puppel Erben, Dorn-Dürkheim.

Parteilpolitisch stand Puppel in seiner Haltung den Deutschnationalen³⁸⁴ nahe. Hierzu gehörte unter anderem ein ausgeprägter Antisemitismus, welcher vor allem aus Alltagsbeschreibungen in seinen Erinnerungen herauszulesen ist: „Unser Hausarzt, ein Jude, [...] wies jeden Einwand meinerseits in echt jüdischer Frechheit ab.“³⁸⁵; „Niemals ist irgendwelches artfremdes Blut in unsere Familie hineingekommen.“³⁸⁶ oder „eine schwere Ehrenkränkung, zumal sich auch, man sagte damals „christliche“ Professoren den Juden angeschlossen hatten“³⁸⁷. Auch sein 1902 im Schiffstagebuch geäußelter Nationalismus spricht für diese politische Haltung: „Wer kann sie alle aufzählen, die Pioniere deutschen Fleißes, deutscher Wissenschaft? Sie bilden hier eine große, fest geschlossene Gemeinschaft, tüchtiger, arbeitsfroher Männer, die ihr Vaterland lieben mit ganzem Herzen. Solange es solche Söhne giebt [sic], kannst du ruhig bleiben, mein teures Vaterland.“³⁸⁸ Seine Einschätzung, dass die Regierung der Weimarer Republik, welche er als „marxistische Regierung“ bezeichnet, „das Volksheer bewußt schlecht machte und in den Augen der Bevölkerung herabsetzte“³⁸⁹, ist ein weiterer Beleg.

In diesem Sinne steht Puppels Ablehnung der Besetzung des Rheinlandes einschließlich Mainz durch die französische Armee 1923.³⁹⁰ Zwar erhielt Dr. Puppel zunächst die Erlaubnis zur weiteren Ausübung seiner ärztlichen Tätigkeit und die Zusage der dafür nötigen Freizügigkeit,³⁹¹ seine „unbeugsame Haltung gegenüber der Besatzung“³⁹² führte jedoch noch im selben Jahr zur Ausweisung aus Mainz. Die Familie Puppel zog ins Exil nach Jena, wo Dr. Puppel als Privatkliniker tätig war.³⁹³ Dort trat Puppel den Freimaurern bei, deren Mitglied er zeit seines Lebens bleiben sollte.³⁹⁴

³⁸⁴ Vgl. Holzbach-Linsenmaier, Heidrun (2007): Deutschnationale Volkspartei. In: Benz, Wolfgang, Graml, Herrmann, Weiß, Hermann (Hrsg.): Enzyklopädie des Nationalsozialismus. 5. aktualisierte und erweiterte Ausgabe, München (dtv), S. 473 f.

³⁸⁵ Puppel, Ernst und Puppel, Ernst-Dieter (1990): Puppel – Erinnerungen eines Arztes. Dorn-Dürkheim (Eigenverlag), S. 70.

³⁸⁶ Puppel, Ernst und Puppel, Ernst-Dieter (1990), S. 75.

³⁸⁷ Puppel, Ernst und Puppel, Ernst-Dieter (1990), S. 102.

³⁸⁸ Schiffstagebuch Westindien 1902. S. 43. In: Privatbesitz Puppel Erben, Dorn-Dürkheim.

³⁸⁹ Puppel, Ernst und Puppel, Ernst-Dieter (1990), S. 93.

³⁹⁰ Vgl. Strutz-Ködel, Marianne (Hrsg.) (1995): Deutsches Geschlechterbuch - Genealogisches Handbuch bürgerlicher Familien. Quellen- und Sammelwerk mit Stammfolgen deutscher bürgerlicher Geschlechter. Band 202. 53. Allgemeiner Band. Limburg (C.A. Starke), S. 381.

³⁹¹ Vgl. Ausweis und Begleitschein vom 22.02.1923. In: Privatbesitz Puppel Erben, Dorn-Dürkheim.

³⁹² Strutz-Ködel (Hrsg.) (1995), S. 381.

³⁹³ Vgl. Strutz-Ködel (Hrsg.) (1995), S. 381.

³⁹⁴ Vgl. Logenausweis der Freimaurerloge zum Goldenen Rad am Rhein. In: Privatbesitz Puppel Erben, Dorn-Dürkheim.

Die Exilzeit wurde erst durch die Ernennung Puppels zum Direktor der Hebammenlehranstalt Mainz durch das Innenministerium Hessens am 1. Dezember 1927 beendet.³⁹⁵ Diese Stellung brachte Puppel in den folgenden Jahren sowohl die Amtsbezeichnung des Obermedizinalrates (1929)³⁹⁶ als auch den Platz als zweiter Vorsitzender und damit Vorstandsmitglied der Mittelrheinischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (1931)³⁹⁷ ein. Beruflich erreichte Puppel damit den Zenit seiner Karriere.

In die Zeit der späten 1920er und frühen 1930er Jahre fiel auch die Hauptpublikations-tätigkeit des Obermedizinalrates. Neben wenigen gynäkologischen Artikeln wie „Sehstörungen nach Genitalblutungen“ (1924) und politischen Beiträgen wie „Die hohe Kunst der Hebammenkunst und die Aufgabe der Hebammen im Dritten Reich“ (1934) lag Puppels Schwerpunkt auf der Geburtshilfe. Dieser widmete er mehr als die Hälfte seiner über 40 Publikationen. Hierbei handelte es sich einerseits um Übersichtsartikel wie „Die Therapie der Plazentaverhaltung des fiebrigen Abortes“ (1912) oder „Über Zangengeburt“ (1932). Andererseits veröffentlichte Puppel etliche statistische Längsstudien wie „Über Totgeburten, Frühgeburten und mütterliche Sterblichkeit in den Jahren 1925-1931“ (1932) oder „Das enge Becken. Eine klinische Studie über 25 Jahre geburtshilfliche Arbeit. 1912-1937“ (1938) unter Einbringung und Aufarbeitungen seiner langjährigen Erfahrungen.³⁹⁸ Seine Forschungstätigkeit belegt Puppels zunehmende Spezialisierung auf die Geburtshilfe, welche ihn einerseits für die Direktorenschaft in einer Hebammenlehranstalt prädestinierte, andererseits seinen zunehmenden Interessensverlust gegenüber gynäkologischen Krankheitsbildern aufzeigt.

Im Privatleben hatte Puppel dagegen am 19. März 1928 den Tod seiner 53-jährigen Frau Elisa Puppel zu beklagen. Nach nur einem Jahr heiratete OMR Puppel die 28 Jahre jüngere Gertrud Karbe, welche er in Jena als Klavierlehrerin seiner Tochter kennen gelernt hatte. Dieser Ehe entsprangen erneut eine Tochter und ein Sohn.³⁹⁹

³⁹⁵ Vgl. Ernennung zum Direktor der Hessischen Hebammenlehranstalt Mainz 09.12.1927. In: Privatbesitz Puppel Erben, Dorn-Dürkheim.

³⁹⁶ Vgl. Ernennung zum Obermedizinalrat vom 12.03.1929. In: Privatbesitz Puppel Erben, Dorn-Dürkheim.

³⁹⁷ Vgl. Mitgliedsverzeichnis der Mittelrheinischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie vom November 1931. S. 12. In: Privatbesitz Puppel Erben, Dorn-Dürkheim.

³⁹⁸ Vgl. Verzeichnis der wissenschaftlichen Arbeiten. In: Privatbesitz Puppel Erben, Dorn-Dürkheim.

³⁹⁹ Vgl. Strutz-Ködel (Hrsg.) (1995), S. 381 f.

Nach der ‚Machtergreifung‘ 1933 stellte OMR Puppel trotz seiner nicht dezidiert nationalsozialistischen Weltanschauung einen Antrag auf Beitritt in die NSDAP. Dieser wurde aufgrund seiner Freimaurerzugehörigkeit abgelehnt, doch auch ohne NSDAP-Zugehörigkeit war Puppel Mitglied des Reichsluftschutzbundes (RLB) und der Nationalsozialistischen Volkswohlfahrt (NSV).⁴⁰⁰ Die Umsetzung des *Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses* in seiner Verantwortlichkeit als Direktor der Hebammenlehranstalt Mainz und als Operateur im Sinne der nationalsozialistischen Rassenhygienepolitik betrieb Puppel aktiv. Hierbei hinderte ihn auch nicht seine Skepsis bezüglich der rassenhygienischen Grundideen: „man wußte wenig von Erbdingen und deren Einfluß auf die Entwicklung des Menschen. Ich bin der festen Überzeugung, daß das Letztere heute übertrieben wird. Denn wieviele, aus sehr guten Familien stammende Jungen habe ich infolge Milieuschäden zu Grunde gehen sehen. Und ihr Erbgut war ausgezeichnet.“⁴⁰¹

1935 noch mit dem Ehrenkreuz für Frontkämpfer ausgezeichnet,⁴⁰² scheint Puppel 1937 bei der nationalsozialistischen Regierung in Ungnade gefallen zu sein: Er musste seine Position als Direktor am 30. November 1937 räumen. Offiziell wurde Puppel nach dem Deutschen Beamtengesetz (auf eigenen Wunsch) in den Ruhestand versetzt.⁴⁰³ In einem privaten Brief bat Puppel allerdings schon im Frühjahr 1937 den befreundeten Direktor der Universitätsfrauenklinik München um Hilfe bei der Suche nach einer neuen Anstellung. Dieser zeigte schon zu diesem Zeitpunkt Unverständnis ob der Pensionierung: „Sie haben sich ja damals während der Besatzung wirklich als deutscher Mann erwiesen. Wie kommt denn das [die Pensionierung] nun alles?“⁴⁰⁴ Nach Ende des Dritten Reiches wurde retrospektiv sowohl im Lebenslauf seiner letzten Veröffentlichung „Der vorzeitige Blasensprung“⁴⁰⁵ als auch in mehreren Nachrufen von „Zwangspensionierung“ gesprochen.⁴⁰⁶ Bezeichnend ist auch die Aussage Puppels in

⁴⁰⁰ Vgl. Schwurkammerurteil vom 21.12.1948. & RÄK (ehem. BDC) Ernst Puppel. In: Privatbesitz Puppel Erben, Dorn-Dürkheim.

⁴⁰¹ Puppel, Ernst und Puppel, Ernst-Dieter (1990), S. 84.

⁴⁰² Vgl. Verleihung des Ehrenkreuzes für Frontkämpfer vom 11.01.1935. In: Privatbesitz Puppel Erben, Dorn-Dürkheim.

⁴⁰³ Vgl. Versetzung in den Ruhestand vom 30.07.1937. In: Privatbesitz Puppel Erben, Dorn-Dürkheim.

⁴⁰⁴ Brief des Direktors der Universitätsfrauenklinik und Hebammenschule München an Puppel vom 31.05.1937. In: Privatbesitz Puppel Erben, Dorn-Dürkheim.

⁴⁰⁵ Puppel, Ernst (1947): *Der vorzeitige Blasensprung*. Stuttgart. (Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft).

⁴⁰⁶ Vgl. Puppel, Hans Jochen (1949): *Kleine Mitteilungen und Berichte – Obermedizinalrat Dr. Ernst Puppel, Mainz*. In: *Deutsche Hebammenzeitschrift*. Jg. 1949. Nr. 3. S. 52.

seinen 1938 verfassten Erinnerungen, dass „alle Regierenden wissen [sollten], daß Schweigen nicht immer Zustimmung bedeutet.“⁴⁰⁷

Als nun ehemaliger Direktor der Hebammenlehranstalt Mainz eröffnete Puppel erneut eine Frauenarztpraxis und blieb als Belegarzt in diversen Mainzer Krankenhäusern (St. Vincenz, St. Hildegardis, Alice-Heim vom DRK) operativ tätig.⁴⁰⁸ Retrospektiv berichtet er im Jahre 1949 über diese Zeit wie folgt: „Mir ist es unter dem Naziregime nicht gut gegangen, da ich zu den Freimaurern gehöre. Mein Nachfolger hat mich miserabel behandelt und trägt jetzt wohl die Früchte seines damaligen Sieges.“⁴⁰⁹

Finanziell scheint die Familie Puppel auch noch zu Kriegszeiten relativ sorgenfrei gewesen zu sein, da es im Dezember 1942 zum Kauf eines Autos kam.⁴¹⁰ Altersbedingt wurde der nun schon über 60-jährige Arzt nicht in den II. Weltkrieg eingezogen. Zu Ende des Krieges floh die Familie Puppel nach Flörsheim (Main), dem Wohnort des ältesten Sohnes, wo Puppel im nahegelegenen Stadtkrankenhaus Rüsselsheim weiter fachärztlich und als Belegarzt tätig blieb.⁴¹¹

Während der Besatzungszeit wurde der Familie Puppel schon im Juni 1945 die Rückkehr nach Mainz gewährt.⁴¹² Aufgrund der ärztlichen Tätigkeit des Obermedizinalrates genossen er und auch seine ihn beruflich unterstützende Frau ab 1946 für Dienstreisen vermehrte Freizügigkeit und Bewegungsfreiheit,⁴¹³ einschließlich der Brückennutzung und damit des Übertrittes auf rechtsrheinisches, amerikanisch besetztes Gebiet.⁴¹⁴ Eine offizielle Erlaubnis der Militärregierung zur Ausübung des Arztberufes datiert dabei allerdings erst auf dem 3. September 1947.⁴¹⁵ Ein Grund hierfür könnte das Entnazifizierungsverfahren gewesen sein, welches mit dem Urteil der Zentralen Säuberungskommission Neustadt an der Weinstraße am 16. April 1946

⁴⁰⁷ Puppel, Ernst und Puppel, Ernst-Dieter (1990), S. 87. – Worüber Puppel konkret geschwiegen hatte, ist den Aufzeichnungen nicht zu entnehmen.

⁴⁰⁸ Vgl. Strutz-Ködel (Hrsg.) (1995), S. 381.

⁴⁰⁹ Brief Puppels an Prof. Naujeks vom 26.01.1949. In: Privatbesitz Puppel Erben, Dorn-Dürkheim.

⁴¹⁰ Vgl. Declaration de vehicule automobile vom 20.01.1948. In: Privatbesitz Puppel Erben, Dorn-Dürkheim.

⁴¹¹ Vgl. Brief Dr. Wallau an Puppel vom 02.02.1949. In: Privatbesitz Puppel Erben, Dorn-Dürkheim.

⁴¹² Vgl. Bescheinigung des Oberbürgermeisters der Stadt Mainz vom 01.06.1945. In: Privatbesitz Puppel Erben, Dorn-Dürkheim.

⁴¹³ Vgl. Autorisation der Services regional de la circulation routière vom 15.06.1946. In: Privatbesitz Puppel Erben, Dorn-Dürkheim.

⁴¹⁴ Vgl. Amtsärztliche Bescheinigung vom 06.03.1947. In: Privatbesitz Puppel Erben, Dorn-Dürkheim.

⁴¹⁵ Vgl. Autorisation provisoire d'exercer la médecine vom 01.12.1947. In: Privatbesitz Puppel Erben, Dorn-Dürkheim.

endete. Dieses lautete: „Als Amtsarzt abgelehnt, als Privatarzt politisch tragbar, Zahlung 10000,-RM.“⁴¹⁶

Puppel scheint trotz des hohen Alters erneut eine höhere Stellung angestrebt und sich auf die Amtsarztstelle beworben zu haben. Das Verfahren wurde im Dezember 1948 auf Verlangen der Öffentlichen Kläger der Spruchkammer Mainz eingestellt.⁴¹⁷ Parallel zur Entnazifizierung wurde Puppel die Ehrenmitgliedschaft der Mittelrheinischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe „in Anerkennung seiner Verdienste als Arzt und Wissenschaftler“⁴¹⁸ verliehen. Diese Krönung seiner beruflichen Karriere konnte den Geehrten nicht lange erfreuen, da der schon länger an Angina-pectoris-Anfällen leidende Puppel⁴¹⁹ am 10. Februar 1949 verstarb.⁴²⁰

Obermedizinalrat Dr. Ernst Puppel war bis ans Lebensende praktizierender Arzt, der sein Leben insbesondere in den Dienst der Geburtshilfe stellte. Als Deutschnationaler vertrat er etliche auch nationalsozialistische Standpunkte, die ihn zur Durchführung der Zwangssterilisationen bewegten. Nichtsdestotrotz führte seine Mitgliedschaft bei den Freimaurern sowie seine Unangepasstheit bezüglich nationalsozialistischer Riten schließlich zur Zwangspensionierung. Bis zu seinem Tod fachärztlich tätig, wurde er als Ehrenmitglied der Mittelrheinischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe für die über 40-jährige Ausübung des Arztberufes geehrt. Puppel war somit ein fähiger Arzt, der zwar nicht die nationalsozialistische Weltanschauung vertrat, sich aber willig zeigte, deren rassenhygienische Gesetze federführend umzusetzen.

5.1.2. Prof. Emil Wehefritz⁴²¹ – Direktor 1938-1945

Prof. Emil Wehefritz wurde am 3. Juni 1892 in Nürnberg als Sohn des Oberinspektors Bernhard Wehefritz und seiner Frau Christiane geboren. Am Melanchthon-Gymnasium Nürnberg absolvierte er seine Schullaufbahn, welche er am 14. Juli 1911 erfolgreich mit dem Abitur abschloss. Noch im selben Jahr begann er sein Medizinstudium in Erlangen, wo er im Juli 1914 die ärztliche Vorprüfung bestand.

⁴¹⁶ Schwurkammerurteil vom 21.12.1948. In: Privatbesitz Puppel Erben, Dorn-Dürkheim.

⁴¹⁷ Vgl. Schwurkammerurteil vom 21.12.1948. In: Privatbesitz Puppel Erben, Dorn-Dürkheim.

⁴¹⁸ Bekanntmachung der Ehrenmitgliedschaft in der Mittelrheinischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie. In: Privatbesitz Puppel Erben, Dorn-Dürkheim.

⁴¹⁹ Vgl. Brief Puppels an Prof. Naujeks vom 26.01.1949. In: Privatbesitz Puppel Erben, Dorn-Dürkheim.

⁴²⁰ Vgl. Puppel (1949), S. 52.

⁴²¹ Alle biographischen Informationen, die im folgenden Kapitel 5.1.2. nicht anderweitig gekennzeichnet sind, entstammen der Sachakte Prof. Wehefritz des Bundesarchives. In: BArch. R 4901/13278.

Vor Fortsetzung seines Studiums in Leipzig absolvierte Wehefritz die erste Hälfte seines Militärdienstes als Einjährig-Freiwilliger beim 19. Bayerischen Infanterieregiment, als der I. Weltkrieg ausbrach. Schon am 2. August 1914 aus nicht näher benannten Gründen als felduntauglich erklärt, diente der Student im Krieg als Feldhilfsarzt. Trotzdem kam es nicht nur zu Lazarett-, sondern auch zu Fronteinsätzen, welche ihm das Eiserne Kreuz II. Klasse sowie das Bayerische Landeskreuz einbrachten. In seinem in den 1930er Jahren verfassten Lebenslauf verschweigt Wehefritz seine Felduntauglichkeit, deren konsequente Umsetzung aufgrund der Verdienstorden allerdings auch bezweifelt werden kann.⁴²²

Mit Bestehen des Staatsexamens und dem Erlangen der Bestallung im Dezember 1919 in Erlangen begann Wehefritz seine berufliche Laufbahn. Durch seine Arbeit „Zentrale Luxation des Hüftgelenks“⁴²³ zum Dr. med. promoviert, begann er im April 1920 mit sechs Monaten als Volontärassistent an der chirurgischen Klinik Göttingen, gefolgt von einer Anstellung am Pathologischen Institut Jena. Erst im Oktober 1922 führte sein Weg in die Gynäkologie, zunächst als Assistent, später als Oberarzt und selbstständiger Leiter der Poliklinik⁴²⁴ an der Frauenklinik Göttingen. Nach sechs Jahren schloss er seinen Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe sowie seine Habilitation ab. Nun trug er den Titel eines Privatdozenten.

In seiner Oberarztzeit heiratete Emil Wehefritz am 27. September 1930 in Halle an der Saale die sieben Jahre jüngere Kinderärztin⁴²⁵ Dr. Margarete Witter,⁴²⁶ mit der er in den folgenden Jahren eine sechsköpfige Familie gründete.

In die Jahre zwischen 1923 und 1934 fiel die größte Forschungs- und Publikationstätigkeit des Arztes. Seine Arbeiten umfassten unterschiedlichste Gebiete der Gynäkologie; von der „Röntgenbehandlung der Myome“ (1929) über Artikel wie

⁴²² Beigefügter Lebenslauf von Wehefritz in einem Brief an Herrn Büsselmann vom 15.01.1935. In: BArch. R 3961-II/1028160. Es bestehen Differenzen zwischen den Jahresangaben auf den offiziellen Dokumenten über Wehefritz und seinen Angaben in privaten Briefen bezüglich des Zeitpunktes und der Dauer seiner Militärdienstzeit. Für diese Arbeit wurden die Daten aus den amtlichen Dokumenten verwendet.

⁴²³ Verzeichnis der Arbeiten des Oberarztes der Universitäts-Frauenklinik Göttingen, Professor Dr. Emil Wehefritz. In: BArch. R 3961-II/1028160.

⁴²⁴ Beigefügter Lebenslauf von Wehefritz in einem Brief an Herrn Büsselmann vom 15.01.1935. In: BArch. R 3961-II/1028160.

⁴²⁵ Rietschel, Hans (1928): Klinik, Poliklinik und Abteilung für Kinderkrankheiten. In: Das Staatliche Luitpoldkrankenhaus zu Würzburg - Die Ersten Fünf Jahre des Vollbetriebs. Heidelberg (Springer), S. 74.

⁴²⁶ Vgl. Meldeblatt für die polizeiliche Registrierung und die Ausstellung einer deutschen Kennkarte Dr. Margarethe Wehefritz In: Hessisches Staatsarchiv Darmstadt H3 Buedingen Nr. 236865.

„Spätblutungen im Wochenbett“ (1925) bis hin zu einem „Tätigkeitsbericht der Göttinger Frauenklinik seit ihrer Gründung“ (1931). Seine Forschungsschwerpunkte lagen einerseits bei endokrinologischen Fragestellungen wie dem „Vorkommen von Wachstumshormonen im Schwangerenurin“ (1932) oder den „Veränderungen der innensekretorischen Drüsen nach operativer Entfernung der Hypophyse bei der Ratte“ (1934), andererseits bei Konstitutions- und Vererbungsfragen, wie seine Arbeiten „Länge und Gewicht der reifen Frucht im Lichte der Variationsstatistik“ (1926) oder „Über Ergebnisse der Erbforschung für die Gynäkologie“ (1934) zeigen. So verfasste er auch den Beitrag „Erbpathologie des weiblichen Geschlechtsapparates“ in Justs „Handbuch der Erbbiologie des Menschen“ (1940).⁴²⁷ Mit seinen über 40 veröffentlichten Artikeln beweist Wehefritz zwar eine ausgiebige wissenschaftliche Tätigkeit, ohne sich jedoch jemals auf ein Forschungsgebiet zu spezialisieren. Ob diese Vielfalt als großes Interessensspektrum oder taktisches Verhalten zu interpretieren ist, bleibt offen.

Nach der ‚Machtergreifung‘ trat Wehefritz am 23. April 1933 in die NSDAP ein.⁴²⁸ Ein Parteibericht aus dem Jahr 1935 urteilt, dass er sich „bereits vor der Machtübernahme durch seine Haltung als Lehrer und Forscher, durch freies Bekenntnis und durch Werbung für den Nationalsozialismus [...] eingesetzt [hat]. Er hat durch seine aktive Mitarbeit bewiesen, dass er ehrlich zur Bewegung steht und weltanschaulich gefestigt ist.“⁴²⁹ Noch während des I. Weltkrieges hatte ihn seine ‚völkische‘ Weltanschauung zu einem Eintritt in den Verein für das Deutschtum im Ausland (VDA)⁴³⁰ bewogen. Im Dritten Reich pflegte Wehefritz dann diverse aktive Mitgliedschaften in Parteiorganisationen wie der Reichsschaft Hochschullehrer im Nationalsozialistischen Lehrerbund, in der er rasch zum „stellv. Führer der NS-Dozentenbundgruppe Göttingen“⁴³¹ aufstieg. Als solcher war er als einer von zwei „politisch dominierenden

⁴²⁷ Alle genannten Arbeiten von Prof. Wehefritz sind aufgelistet in: Verzeichnis der Arbeiten des Oberarztes der Universitäts-Frauenklinik Göttingen, Professor Dr. Emil Wehefritz. In: BArch. R 3961-II/1028160.

⁴²⁸ Politische Beurteilung vom 01.05.1938. In: BArch. R 3961-II/1028160.

⁴²⁹ Schreiben des Kreispersonalamts an den Präsidenten der Behörden für das Gesundheitswesen Bremen vom 19.06.1935. In: BArch. R 3961-II/1028160.

⁴³⁰ Der Verein für das Deutschtum im Ausland ging aus dem Allgemeinen Deutschen Schulverein hervor und setzte sich in den 1920er Jahre mit finanzieller Unterstützung des Auswärtigen Amtes für die Revision des Versailler Vertrages insbesondere bezüglich der territorialen Ausdehnung des Deutschen Reichs ein. Er war in der Zeit der Weimarer Republik eine konservativ-nationalistische Gesellschaft mit reaktionärem deutschvölkischem Gedankengut. Vgl. Kettenacker, Lothar (2007): Volkstumspolitik. In: Benz, Wolfgang, Graml, Hermann und Weiß, Hermann (Hrsg.): Enzyklopädie des Nationalsozialismus. 5. Aktualisierte und erweiterte Ausgabe, München (dtv), S. 858f.

⁴³¹ Politische Beurteilung vom 01.05.1938. In: BArch. R 3961-II/1028160.

Aktivisten in der Dozentenschaft der Universität⁴³² Göttingen unter anderem führend an der Vertreibung jüdischer Ärzte beteiligt.⁴³³ Des Weiteren wurde er aufgrund seiner Beliebtheit bei der Studentenschaft zum Vertrauensmann für Jungärzte im NS-Ärztebund benannt.⁴³⁴

In Bezug auf die Zwangssterilisationen ist insbesondere seine Tätigkeit als 1. Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Rassenhygiene, Ortsgruppe Göttingen, zu nennen, in welcher er laut Parteibeurteilungen „als Fachmann und als Organisator [...] die Aufgaben der Rassenpflege, Bevölkerungspolitik und Erbgesundheitslehre, fachlich befähigt und überzeugend in der Darstellung, durch unermüdliche Kleinarbeit erfolgreich [hat] mit erfüllen helfen“⁴³⁵.

Wehefritz, der noch im Sommer 1933 zum außerordentlichen Professor ernannt wurde, verfolgte in den darauffolgenden Jahren das Ziel, sich beruflich zu verwirklichen. Hierbei versuchte er, seine NSDAP-Zugehörigkeit und die parteilichen Kontakte bewusst zu nutzen, indem er Parteigenossen um Unterstützung bat: „Ich habe mich um die Stelle gleich beworben und möchte Sie bitten, mich dort mit allen Mitteln zu unterstützen. Es tut mir leid, daß ich Sie immer wieder bemühen muß.“⁴³⁶ Doch trotz einwandfreier politischer wie beruflicher Beurteilungen waren sechs Bewerbungen erfolglos. Die Direktorenstellen der Universitätsfrauenklinik Bremen 1935,⁴³⁷ der Landesfrauenklinik Gleiwitz O/S. 1936,⁴³⁸ der Frauenklinik des Allgemeinen Krankenhauses Lübeck 1936,⁴³⁹ der Hebammenlehranstalt Elberfeld 1936⁴⁴⁰ und des Stadtkrankenhauses Darmstadt 1937⁴⁴¹ wurden anderweitig vergeben. Erst die Ernennung zum Direktor der Hessischen Hebammenlehranstalt

⁴³² Beushausen et al. (1998), S. 195.

⁴³³ Beushausen et al. (1998), S. 195.

⁴³⁴ Politische Beurteilung vom 01.05.1938. In: BArch. R 3961-II/1028160.

⁴³⁵ Politische Beurteilung beigelegt dem Schreiben des Kreispersonalamtsleiters an den Oberbürgermeister Wamboldt in Darmstadt vom 23.03.1937. In: BArch. R 3961-II/1028160.

⁴³⁶ Brief von Wehefritz an Parteigenosse Büsselmann vom 16.07.1936. In: BArch. R 3961-II/1028160.

⁴³⁷ Schreiben des Kreispersonalamts an den Präsidenten der Behörden für das Gesundheitswesen Bremen vom 19.06.1935. In: BArch. R 3961-II/1028160.

⁴³⁸ Schreiben des Gauamtsleiters des Amts für Volksgesundheit Schlesien an die Kreisleitung der NSDAP Göttingen vom 30.06.1936. In: BArch. R 3961-II/1028160.

⁴³⁹ Schreiben des Senators der Sozialverwaltung Lübeck an die Kreisleitung der NSDAP Göttingen vom 13.07.1936. In: BArch. R 3961-II/1028160.

⁴⁴⁰ Brief von Wehefritz an Parteigenosse Büsselmann vom 16.07.1936. In: BArch. R 3961-II/1028160.

⁴⁴¹ Schreiben des Kreispersonalamtsleiters an den Oberbürgermeister Wamboldt in Darmstadt vom 23.03.1937. In: BArch. R 3961-II/1028160.

Mainz im Februar 1938, drei Monate nach Puppels Abgang, beendete das Bestreben von Wehefritz nach beruflicher Selbstverwirklichung.

Neben seiner Hartnäckigkeit fällt die Diversität der Stellenauswahl ins Auge. Wehefritz scheint sich auf jede beliebige freie Direktorenstelle beworben zu haben, unabhängig von der Stadt, der Fachrichtung und der Form des Krankenhauses wie Universitätsklinik, Stadtklinik oder Hebammenlehranstalt. Dies deutet zusätzlich auf eine Unzufriedenheit mit seiner Stelle und Stellung in Göttingen hin. Entsprechendes wird auch vom NS-Dozentenbund angedeutet, der auf die Konflikte von Wehefritz mit vielen nicht nationalsozialistisch gesinnten Ärzten an der Universitätsklinik Göttingen anspielt: „Das hat zur Folge, dass die wenigen Nationalsozialisten an der Frauenklinik Göttingen, vor der Machtübernahme nichts zu lachen hatten. Das hat sich natürlich nach der Machtübernahme gebessert, das Arbeitsverhältnis ist aber bei den älteren Leuten doch kein ideales geworden.“⁴⁴²

Nun ist zu hinterfragen, warum Wehefritz so lange auf eine Direktorenstelle warten musste. Seine Weltanschauung führte zu ausdrücklichen parteilichen Empfehlungen, wie das folgende Beispiel zeigt: „Er ist als Arzt und als Mensch wegen seines Könnens, seiner grossen Erfahrung und nicht zuletzt um seiner charakterlichen Eigenschaften willen sehr beliebt und geachtet. Prof. Wehefritz genießt in Kreisen der Dozentenschaft und Studentenschaft sowie vor allen Dingen auch bei der Bevölkerung ausgeprägt starkes Vertrauen. Die Kreisleitung der NSDAP hat deshalb alle Veranlassung, die vorgelegte Bewerbung des Parteigenossen Prof. Dr. Wehefritz aus Gründen charakterlicher und weltanschaulicher Bewährung nachdrücklich zu unterstützen. Die politische Zuverlässigkeit wird vorbehaltlos bejaht.“⁴⁴³

Auch seine fachlichen Fähigkeiten scheinen kein Hindernis dargestellt zu haben, wie die Beurteilung des NS-Dozentenbundes zeigt: „Wehefritz stellt als Frauenarzt erste Klasse dar. Er ist ein ausgezeichneter, in jeder Hinsicht durchgebildeter und seit langen Jahren selbstständig arbeitender Operateur und er ist ein ebenso guter Diagnostiker. Es muss dabei ganz besonders hervorgehoben werden, dass Wehefritz neben allen hervorragenden fachärztlichen Qualitäten in allererster Linie Arzt ist, in dem Sinne, wie wir es von einem nationalsozialistischen Arzt heute verlangen. Er ist

⁴⁴² Schreiben von W. Blume (Hochschulgruppe Göttingen NSD-Dozentenbund) an die Kreisleitung der NSDAP Göttingen vom 08.09.1937. In: BArch. R 3961-II/1028160.

⁴⁴³ Politische Beurteilung beigefügt dem Schreiben des Kreispersonalamtsleiters an den Oberbürgermeister Wamboldt in Darmstadt vom 23.03.1937. In: BArch. R 3961-II/1028160.

bei den Patienten sehr beliebt. Gegenwärtig leitet er die Poliklinik der Frauenklinik Göttingen. Auch wissenschaftlich ist Wehefritz sehr gute Klasse. Bis zum Jahre 1933 hat er 35 Arbeiten veröffentlicht gehabt, von denen sich ein Teil mit Erbkrankheiten, andere wieder mit der Frage der Heilmoores beschäftigt, des Weiteren hat er über die Einwirkung heterologer Sexualhormone auf die Ausbildung der Keimdrüsen im Embryon gearbeitet. Als Lehrer ist er von den Studenten ganz besonders in den praktischen Kursen geschätzt, als Vortragender ist er ebenfalls gut.“⁴⁴⁴

Wehefritz' eigene Aussagen in einem Brief an einen Parteigenossen nach seiner Ernennung zum Direktor der Hebammenlehranstalt Mainz verdeutlichen, inwiefern er selbst erwartet hatte, von seiner Parteizugehörigkeit profitieren zu können: „Ich bin auch der Ansicht, daß die von Ihnen gesammelten Unterlagen ein klarer Beweis dafür sind, wie sehr ich in Berlin wegen meiner politischen Betätigung verleumdet wurde.“ Auf welche Umstände er sich genau bezieht, ist leider nicht mehr nachzuvollziehen. Allerdings bittet er im selben Schreiben, die Unterlagen zwecks Rehabilitation nach Berlin zu senden, da dies ihm „auch für die Zukunft nützlich sein“⁴⁴⁵ könne. Es ist zu vermuten, dass die Fakultät der Universität Göttingen ihren Einfluss geltend machte, da Wehefritz nationalsozialistisch gesinnter Mitstreiter Blume ebenfalls nicht mit einer „steilen akademischen Karriere belohnt“⁴⁴⁶ wurde.

Die Vermutung, Puppel sei aufgrund unzureichender politischer Konformität aus dem Direktorenamt in Mainz getrieben worden, um dem ‚politisch einwandfreien‘ Wehefritz endlich eine Direktorenstelle zu schaffen, scheint naheliegend. Aufgrund der dreimonatigen Übergangszeit zwischen den Direktoren sowie der Tatsache, dass Wehefritz sich im Sommer 1937, einer Zeit, in der Puppel schon von seinem Abgang wusste, noch auf andere Direktorenstellen bewarb, erscheint dies jedoch unplausibel.

Als Direktor der Hebammenlehranstalt Mainz zeigte Wehefritz kaum noch Publikationstätigkeit. Auf dem Gebiet der Rassenhygiene betätigte er sich in Mainz als Kreisstellenleiter und Kreisbeauftragter des rassenpolitischen Amtes.⁴⁴⁷ Er wurde trotz Teilnahme an mehreren militärischen Übungen und Beförderung zum Stabsarzt

⁴⁴⁴ Schreiben von W. Blume (Hochschulgruppe Göttingen NSD-Dozentenbund) an die Kreisleitung der NSDAP Göttingen vom 08.09.1937. In: BArch. R 3961-II/1028160.

⁴⁴⁵ Brief von Wehefritz an Parteigenosse Sengler vom 25.01.1938. In: BArch. R 3961-II/1028160.

⁴⁴⁶ Vgl. Beushausen et al. (1998), S. 197.

⁴⁴⁷ Vgl. Meldebogen, handschriftlich von Wehefritz ausgefüllt am 04.03.1948. In: HHStAW, 520/16, 19688.

1937⁴⁴⁸ nicht in den II. Weltkrieg eingezogen. Im Umgang mit der Schwesternschaft und den Ärzten zeigte der weiterhin überzeugte Nationalsozialist kein übermäßiges Sendungsbewusstsein. Schwester Julchen berichtet, er habe „in politischer Hinsicht nie einen Zwang auf uns Schwestern ausgeübt, [...] unbeschadet seiner ehrlich und anständig zu Tage getretenen nationalsozialistischen Gesinnung“⁴⁴⁹, ähnlich äußert sich die unter Wehefritz tätige Assistenzärztin Dr. Barner⁴⁵⁰.

Unter Leitung von Direktor Wehefritz zog die Hebammenlehranstalt Mainz nach einem Bombenschaden und aufgrund der für weitere Bombenangriffe exponierten Rheinlage im Jahr 1942 in das teilweise hierfür beschlagnahmte Gebäude des St. Vincenzkrankenhauses in Mainz um.⁴⁵¹ Nachdem auch dieses am 2. Februar 1945 schwer beschädigt wurde, zog die Hebammenlehranstalt Mainz auf Weisung der Landesregierung im März 1945 nach Bad Salzungen/Nidda um, wo Wehefritz das Kriegsende erlebte.⁴⁵² Aus dem Restbestand der evakuierten Hebammenlehranstalt Mainz baute Wehefritz mit seiner Frau in Nidda ein Entbindungsheim auf, welches diese nach seiner Internierung am 22. Mai 1945⁴⁵³ fortführte.⁴⁵⁴

Der Arzt war zunächst in Idar-Oberstein, später zeitweise in Dietz/Lahn und im Arbeitseinsatz in Ludwigsburg untergebracht. Schließlich wurde er zum Spruchkammerverfahren 1947 in ein Internierungslager nach Darmstadt verlegt, aus dem er 1948 entlassen wurde.⁴⁵⁵ Gegen seine Einstufung in die Gruppe II der Belasteten und Aktivisten bei der Entnazifizierung legte Wehefritz Berufung ein,⁴⁵⁶ welche von der Spruch- und Berufungskammer Gießen 1949 mit der Einstufung in die Gruppe III der Minderbelasteten begegnet wurde.⁴⁵⁷

⁴⁴⁸ Politische Beurteilung vom 01.05.1938. In: BArch. R 3961-II/1028160.

⁴⁴⁹ Aussage von Julie Scheid vom 31.10.1946 im Rahmen des Spruchkammerverfahrens von Prof. Wehefritz. In: HHStAW, 520/16, 19688.

⁴⁵⁰ Zeugenaussage 3 von Dr. Barner, Protokoll des Spruchkammerverfahrens von Prof. Wehefritz. In: HHStAW, 520/16, 19688.

⁴⁵¹ Vgl. Zeugenaussage 1 von Dr. Mörcher, Protokoll des Spruchkammerverfahrens von Prof. Wehefritz. In: HHStAW, 520/16, 19688.

⁴⁵² Vgl. Verteidigungsschrift des Anwalts von Prof. Wehefritz im Spruchkammerverfahren. In: HHStAW, 520/16, 19688.

⁴⁵³ Vgl. Deutsche Interniertenkartei I von Prof. Wehefritz In: Staatsarchiv Ludwigsburg, EL 904/6, 7327.

⁴⁵⁴ Vgl. Bericht der Arbeiterwohlfahrt Ortgruppe Nidda vom 08.09.1948 an die Spruchkammer Darmstadt im Rahmen des Spruchkammerverfahrens von Prof. Wehefritz. In: HHStAW, 520/16, 19688.

⁴⁵⁵ Vgl. Handschriftlicher Lebenslauf Prof. Wehefritz. In: HHStAW, 520/16, 19688.

⁴⁵⁶ Vgl. Spruch der Spruchkammer Darmstadt. In: HHStAW, 520/16, 19688.

⁴⁵⁷ Vgl. Spruch der Spruch- und Berufungskammer Gießen vom 10.03.1949. In: HHStAW, 520/16, 19688.

In den folgenden Jahren siedelte Wehefritz nach Fürth in Bayern um, von wo aus er in den 1950er Jahren juristisch um seine Pension⁴⁵⁸ sowie eine Entschädigung für die Zeit in den Internierungslagern stritt.⁴⁵⁹ Eine weitere ärztliche Tätigkeit ist nicht belegt.⁴⁶⁰

Dieser Werdegang des Direktor Prof. Emil Wehefritz zeigt ihn als überzeugten Nationalsozialisten. Entsprechend wurde ihm im Spruchkammerverfahren vorgeworfen, sich „überdurchschnittlich für die Gewaltherrschaft der NSDAP eingesetzt“⁴⁶¹ zu haben. Dagegen stellte Wehefritz sich selbst nur als „nominelles Mitglied der Partei [...], der den Nationalsozialismus nur unwesentlich unterstützt hat“⁴⁶² dar.

In den vorliegenden Akten des Spruchkammerverfahrens zeigen sich wiederholt ähnliche Widersprüche zwischen der oben belegten Biographie und den persönlichen Aussagen von Wehefritz bzw. seines Anwaltes. Die Erläuterungen des Arztes sind im Kontext seiner Verteidigung kritisch zu sehen. Da es sich jedoch um seine eigene Sicht auf die betrachtete Zeit der NS-Herrschaft handelt, sollen diese hier aufgeführt und kritisch hinterfragt werden.

Im Jahr 1949 gibt Wehefritz zu Protokoll, er sei nur in die NSDAP eingetreten, da er sie als eine „verheissungsvolle Bewegung ansah, der er aus vaterländischen Gründen sich nicht entziehen zu dürfen glaubte“⁴⁶³. Dagegen habe er sich „vor 1933 politisch nicht interessiert und in keiner Weise politisch gebunden“⁴⁶⁴. Dieser Aussage widerspricht die oben zitierte Parteibeurteilung, die den Arzt 1935 als „weltanschaulich gefestigt“⁴⁶⁵ und schon vor der ‚Machtergreifung‘ engagierten Parteisympathisanten beschreibt.⁴⁶⁶ Hierauf folgend erklärt Wehefritz, stellvertretender NS-Dozenten-

⁴⁵⁸ Personalakte Prof. Emil Wehefritz. In: Stadtarchiv Mainz.

⁴⁵⁹ Anfrage der Stadt Fürth (Bayern) an das Hessische Staatsarchiv vom 02.07.1957. In: HHStAW, 520/16, 19688.

⁴⁶⁰ Vgl. Klee, Ernst (2003): Das Personenlexikon zum Dritten Reich - Wer war was vor und nach 1945. Frankfurt am Main (Fischer), S. 660.

⁴⁶¹ Klageschrift der Spruchkammer Gießen gegen Prof. Wehefritz vom 01.02.1949. In: HHStAW, 520/16, 19688.

⁴⁶² Verteidigungsschrift des Spruchkammerverfahrens gegen Prof. Wehefritz vom 18.02.1949. In: HHStAW, 520/16, 19688.

⁴⁶³ Verteidigungsschrift des Spruchkammerverfahrens gegen Prof. Wehefritz vom 18.02.1949. In: HHStAW, 520/16, 19688.

⁴⁶⁴ Aussage Wehefritz im Protokoll des Spruchkammerverfahrens gegen ihn vom 10.03.1949. In: HHStAW, 520/16, 19688.

⁴⁶⁵ Schreiben des Kreispersonalamts an den Präsidenten der Behörden für das Gesundheitswesen Bremen vom 19.06.1935. In: BArch. R 3961-II/1028160.

⁴⁶⁶ Vgl. Schreiben des Kreispersonalamts an den Präsidenten der Behörden für das Gesundheitswesen Bremen vom 19.06.1935. In: BArch. R 3961-II/1028160.

schaftsführer in Göttingen sei er „nur geworden, weil eben der Assistentenverband aufgelöst bzw. überführt wurde in die Dozentenschaft [...]. Auch hier habe [er] nur die sozialen und wirtschaftlichen Belange der Mitglieder wahrgenommen.“⁴⁶⁷

Wiederholt erwähnt Wehefritz, dass er als Neu-NSDAP-Mitglied von 1933 niemals höhere Ämter oder Einfluss erlangen konnte: „wir jungen Pg.'s hatten da ja nichts zu sagen, wir wurden stets mit Mißtrauen behandelt und das hat auch nie aufgehört“⁴⁶⁸. Seiner Lesart zu Folge war er demnach trotz NSDAP-Mitgliedschaft in der Zeit in Göttingen nicht übermäßig politisch aktiv gewesen. Hiergegen sprechen nicht nur die einwandfreien politischen Zeugnisse, die Wehefritz in dieser Zeit für seine Bewerbungen von den Parteistellen ausgestellt bekam,⁴⁶⁹ sondern auch die namentliche Herausstellung seiner Rolle in der Umsetzung des *Gesetzes zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums vom 7. April 1933* an der Universität Göttingen unter besonderer Berücksichtigung seiner Funktion im NS-Dozentenbund.⁴⁷⁰

Letztendlich verteidigt Wehefritz seinen ab 1938 in Mainz angetretenen Parteiposten des Kreisbeauftragten des rassenpolitischen Amtes als eine von der Mainzer Kreisleitung erwartete Tätigkeit in seiner Position des Direktors der Hebammenlehranstalt Mainz: „der frei werdende Posten im Rassenpolitischen Amt sei für mich bestimmt, da ich als Direktor der Hebammenlehranstalt der geeignete Mann dafür sei. Ich konnte mich ja nicht davor drücken“⁴⁷¹. Seine Aufgabe habe überwiegend im Halten von Vorträgen über bevölkerungspolitische Fragen bestanden,⁴⁷² welche nicht einmal seine eigenen sondern „vorgeschrieben waren“⁴⁷³. Insgesamt habe er sich besonders um Maßnahmen der positiven Eugenik wie die Förderung des Bundes der Kinderreichen gekümmert.⁴⁷⁴ Dieser Darstellung widerspricht nicht nur die oben

⁴⁶⁷ Aussage Wehefritz im Protokoll des Spruchkammerverfahrens gegen ihn vom 10.03.1949. In: HHStAW, 520/16, 19688.

⁴⁶⁸ Aussage Wehefritz im Protokoll des Spruchkammerverfahrens gegen ihn vom 10.03.1949. In: HHStAW, 520/16, 19688.

⁴⁶⁹ Beispiel: Politische Beurteilung beigefügt dem Schreiben des Kreispersonalamtsleiters an den Oberbürgermeister Wamboldt in Darmstadt vom 23.03.1937. In: BArch. R 3961-II/1028160.

⁴⁷⁰ Vgl. Beushausen et al. (1998), S. 195.

⁴⁷¹ Aussage Wehefritz im Protokoll des Spruchkammerverfahrens gegen ihn vom 10.03.1949. In: HHStAW, 520/16, 19688.

⁴⁷² Aussage Wehefritz im Protokoll des Spruchkammerverfahrens gegen ihn vom 10.03.1949. In: HHStAW, 520/16, 19688.

⁴⁷³ Verteidigungsschrift des Spruchkammerverfahrens gegen Prof. Wehefritz vom 18.02.1949. In: HHStAW, 520/16, 19688.

⁴⁷⁴ Vgl. Aussage Wehefritz im Protokoll des Spruchkammerverfahrens gegen ihn vom 10.03.1949. In: HHStAW, 520/16, 19688.

belegte Forschungstätigkeit auf dem Gebiet der Rassenhygiene schon in den 1920er Jahre, sondern auch die von Wehefritz im Spruchkammerverfahren nicht erwähnte, in Parteibeurteilungen jedoch wiederholt gelobte Tätigkeit als 1. Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Rassenhygiene der Ortsgruppe Göttingen.

Insgesamt ergibt sich aus den dargelegten Widersprüchen der Eindruck, Wehefritz habe im Spruchkammerverfahren sein parteipolitisches Engagement sowie seine Unterstützung der praktischen Umsetzung der Rassenhygiene im NS-Staat entgegen der Realität relativieren wollen.

Exemplarisch kann dies nochmals an seinen Aussagen bezüglich der Umsetzung der Zwangssterilisationen deutlich gemacht werden. Wehefritz gibt im Spruchkammerverfahren folgende Abläufe zu Protokoll:

„Mit dem Gesundheitsamt Mainz hatte ich so wenig zu tun, wie jeder andere Arzt in Mainz. [...] Mit der Kommission und Erfassung der Fälle für eine Sterilisation hatte ich nichts zu tun gehabt. Wenn einzelne Fälle festgestellt waren, was meistens durch die Gemeinde, Bürgermeister oder eine besondere Kommission geschah, dann bekamen wir die Frauen zwecks Untersuchung bzw. zur Beobachtung, da eine Sterilisierung einer Frau nicht so einfach ist. Sehr oft habe ich dann die Frauen nach einer gewissen Beobachtung wieder entlassen mit der Begründung, daß eine solche Operation bei dieser Frau nicht möglich sei, besonders dann habe ich dies gemacht, wenn die Frau sich ganz energisch dagegen wehrte. Es handelte sich ja hierbei stets um eine gefährliche Bauchoperation.“⁴⁷⁵

Wehefritz stellt hier einerseits die vom *Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses* vorgegebenen Abläufe einer Sterilisation unzureichend dar – die Entscheidung über den Antrag auf eine Zwangssterilisation entschied der Amtsarzt, das Urteil des Erbgesundheitsgericht veranlasste die Durchführung. Als Direktor der Hebammenlehranstalt Mainz, unter dessen Leitung insgesamt 182 Zwangssterilisationen durchgeführt wurden, sowie als wiederholt ausdrücklich auch über Sterilisationen Vorträge haltender ehemaliger Kreisbeauftragter des rassenpolitischen Amtes wirken solche Ungenauigkeiten unglaubwürdig. Seine Darstellung, die betroffenen Frauen seien nur zur Beobachtung in der Klinik aufgenommen worden, lässt

⁴⁷⁵ Aussage Wehefritz im Protokoll des Spruchkammerverfahrens gegen ihn vom 10.03.1949. In: HHStAW, 520/16, 19688.

sich anhand der hier analysierten Krankengeschichten der Hebammenlehranstalt Mainz nicht belegen. Es finden sich nur wenige Patientinnen, die zur Begutachtung ihrer Fortpflanzungsfähigkeit in den 1940er Jahren in die Hebammenlehranstalt Mainz aufgenommen wurden. Nach gynäkologischer Untersuchung und teilweise sogar operativer Pertubation empfahl Wehefritz dem zuständigen Erbgesundheitsgericht jedoch immer die Sterilisation, welche häufig in einem Folgeaufenthalt durchgeführt wurde.⁴⁷⁶ Die prozentuellen Anteile der Ablehnungen von Zwangssterilisationen unter Direktor Wehefritz zeigen zwar im Vergleich zu den Jahren unter Direktor Puppel deutlichere Schwankungen⁴⁷⁷, diese sind jedoch auf die geringere Stichprobengröße zurückzuführen.

Für die Abnahme der Sterilisationszahlen wiederum war nicht die politische Haltung des Direktors, sondern die Hinwendung zur Euthanasie⁴⁷⁸ und die kriegsbedingte gesetzliche Einschränkung der Umsetzung des *Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses*⁴⁷⁹ ausschlaggebend. Die Krankengeschichten der Hebammenlehranstalt Mainz von 1938 bis 1943 dokumentieren keinen einzigen Fall, in dem die Gegenwehr der Patientin gegen die Zwangssterilisation zu einer ärztlichen Ablehnung einer solchen führte. Hingegen wurde die beabsichtigte Sterilisation bei mehreren Patientinnen erst nach einer operativen Pertubation⁴⁸⁰ oder sogar Probelaparotomie⁴⁸¹ abgebrochen, beides stellt jedoch eine Bauchoperation dar.

Die während des Dritten Reiches von Wehefritz geäußerte Befürwortung der Euthanasiegesetzgebung wirkt hiergegen deutlich authentischer: „Erst der nationalsozialistische Staat hat in dieser Beziehung Wandel geschaffen. Er fordert von seinen Ärzten letzte und völlige Absage von dem materialistisch-mechanistischen Denken, er fordert eine Behandlungsweise, die naturnah ist und dem Denken und Fühlen des Volkes entgegenkommt, er fordert die praktische Auswertung der Vererbungserkenntnisse für die Erhaltung und Ertüchtigung des ganzen Volkes (Sterilisationsgesetze). Wie auf allen anderen Gebieten unseres Lebens, auf denen der Nationalsozialismus die Gesamtschau wieder in den Mittelpunkt der Erkenntnis gestellt hat, verlangt der heutige Staat bei restloser Erfassung des Einzelindividuums

⁴⁷⁶ Beispiel: KrG HLA. 1941 (2). Patientin Maria E. HbNr. 710 und 1270.

⁴⁷⁷ Der prozentuelle Anteil an Ablehnungen lag 1941 bei nur 4%, hingegen im Jahr 1943 bei 31%.

⁴⁷⁸ Vgl. Klee (2001), S. 69.

⁴⁷⁹ Vgl. Reichsgesetzblatt 1939, Teil I, S. 1560.

⁴⁸⁰ Beispiel: KrG HLA. 1931 (1). Patientin Klara K. HbNr. 692.

⁴⁸¹ Beispiel: KrG HLA. 1940 (2). Patientin Else G. HbNr. 904.

die Einstellung auf die große Gemeinschaft, das deutsche Volk. Wohl kein Staat ist in solchem Maße auf tiefste biologische Einsicht aufgebaut wie gerade der nationalsozialistische.“⁴⁸²

Die Spruchkammer folgte schließlich Wehefritz' Versuchen, seine Tätigkeiten und Überzeugungen im Dritten Reich zu relativieren, nicht. Sie stufte ihn in der Urteilsbegründung weiterhin als „Aktivisten“ ein, der „unter Einsatz seines persönlichen Ansehens letzten Endes die nationalsozialistische Gewaltherrschaft förderte bzw. zur Stärkung und Erhaltung beitrug“⁴⁸³. Trotzdem erfolgte die Abschwächung des Urteils und Einstufung als „minderbelastet“⁴⁸⁴. Dies wird damit begründet, dass Wehefritz mit „seiner einwandfreien Persönlichkeit die Gewähr [gebe], daß er auch sein Wissen und Können dem demokratischen Staat vorbehaltlos zur Verfügung stellen“⁴⁸⁵ werde. Inwieweit die Gerichtskammer hierbei auf die Bitte der Stadt Nidda einging, dass es „wichtig wäre [...], dass Herr Prof. Dr. Wehefritz die fachärztliche Betreuung der Patienten [im Entbindungsheim] unter Leitung von Frau Dr. Wehefritz [...] in die Hand nähme“⁴⁸⁶, kann nicht abschließend beurteilt, aber vermutet werden. Eine weitere ärztliche Tätigkeit ist jedoch nach 1949 nicht belegt,⁴⁸⁷ das Entbindungsheim der Stadt Nidda wurde am 1. Januar 1949 geschlossen.⁴⁸⁸

In Zusammenschau aller vorliegenden Dokumente und Aussagen war Prof. Emil Wehefritz ein überzeugter Nationalsozialist, der schon in der Weimarer Republik seinen Forschungsschwerpunkt auf die Rassenhygiene und Vererbungslehre legte. Trotz parteipolitischer Aktivitäten im NS-Dozentenbund und in der Deutschen Gesellschaft für Rassenhygiene sowie einwandfreier Beurteilungen konnte er erst 1938 beruflich profitieren, als er die Direktorenstelle an der Hebammenlehranstalt Mainz erhielt.

⁴⁸² Vgl. Poliakov, Leon und Wulf, Joseph (1978): Das Dritte Reich und seine Denker. 2. Auflage, München (K.G. Saur), S. 112.

⁴⁸³ Begründung des Spruchkammerurteils zu Prof. Wehefritz vom 10.03.1949. In: HHStAW, 520/16, 19688.

⁴⁸⁴ Vgl. Begründung des Spruchkammerurteils zu Prof. Wehefritz vom 10.03.1949. In: HHStAW, 520/16, 19688.

⁴⁸⁵ Begründung des Spruchkammerurteils zu Prof. Wehefritz vom 10.03.1949. In: HHStAW, 520/16, 19688.

⁴⁸⁶ Schreiben des Bürgermeisters der Stadt Nidda an die Spruchkammer Gießen vom 02.09.1948. In: HHStAW, 520/16, 19688.

⁴⁸⁷ Vgl. Klee (2003), S. 660.

⁴⁸⁸ Vgl. Niederschrift des evangelischen Pfarramts Nidda vom 20.01.1949. In: HHStAW, 520/16, 19688.

Als Nationalsozialist und Rassenhygieniker befürwortete er die Euthanasiegesetzgebung. Nichtsdestotrotz blieb Wehefritz vorwiegend ein Theoretiker dieses Gebietes, da er sowohl in Göttingen als auch in Mainz insgesamt eine eher geringe Anzahl von Zwangssterilisationen selbst durchführte.⁴⁸⁹ Seine Weltanschauung und Parteizugehörigkeit brachte Wehefritz im Nachkriegsdeutschland in Internierungslager. Er wurde zunächst als Aktivist, im Berufungsverfahren der Spruchkammer dann – vermutlich schon unter dem Eindruck des Wiederaufbaus der Nachkriegszeit aufgrund seiner ärztlichen Kenntnisse – als Minderbelasteter entnazifiziert. Über eine spätere ärztliche Tätigkeit ist nichts bekannt.

5.1.3. Die Direktoren der Hebammenlehranstalt Mainz im Vergleich

Beide Direktoren der Hebammenlehranstalt Mainz waren typische Vertreter der Ärzteschaft in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts. Aus bürgerlichen Verhältnissen stammend, absolvierten sie jeweils eine gymnasiale Ausbildung und den Militärdienst, bevor sie an mehreren Standorten ihr Medizinstudium durchliefen. Beide dienten im I. Weltkrieg vorwiegend im medizinischen Sektor und wurden für ihre Verdienste mit Orden ausgezeichnet. Im Rahmen ihrer beruflichen Karriere erreichten sie die Stellung des Direktors der Hebammenlehranstalt Mainz erst nach mehrfachen Anläufen.

Sowohl Puppel als auch Wehefritz zeichneten sich durch hohe Forschungs- bzw. Publikationstätigkeit aus. Die Interessensgebiete variierten jedoch stark zwischen der Geburtshilfe bei Puppel und der Rassenhygiene bei Wehefritz. In dieser Hinsicht scheint Puppel die Zwangssterilisationen als Möglichkeit gesehen zu haben, die gynäkologische Abteilung der Hebammenlehranstalt Mainz besser auszulasten und auch finanziell besserzustellen. Wehefritz stellte eher den von rassenhygienischen Ideen überzeugten Forscher, weniger jedoch den Praktiker dar. Im Vergleich zu Puppel (620) führte Wehefritz mit nur 189 Zwangssterilisationen trotz seiner offensichtlichen Unterstützung der rassenhygienischen Idee eine sehr geringe Anzahl Zwangssterilisationen selbst durch.

In ihrer politischen Haltung divergierten die beiden Ärzte nicht übermäßig. Jedoch war Wehefritz als NSDAP-Mitglied und aktiver Parteigenosse letztlich durch das Regime gefördert, wohingegen Puppel zwar als Deutschnationaler viele Überzeugungen der Nationalsozialisten wie den Antisemitismus und Nationalismus teilte, jedoch von

⁴⁸⁹ Anzahl der ZS Göttingen 64 (8,1%) [Koch. 2017. S. 61] + 125 (9%) Mainz = 189.

seinen anderen Überzeugungen wie der Mitgliedschaft bei den Freimaurern nicht abrückte. Hierdurch erwuchs ihm trotz der Verantwortlichkeit für die Zwangssterilisationen ein beruflicher Nachteil. Dieser Unterschied scheint auch in den Entnazifizierungsprozessen zwischen den beiden Ärzten berücksichtigt worden zu sein. Wehefritz wurde als Aktivist bewertet, der 1949 wohl eher aus praktischen Beweggründen als aus Überzeugung der Spruchkammer nur als minderbelastet eingestuft wurde. Puppel hingegen durfte zwar nicht als Amtsarzt, zumindest aber als Privatarzt weiter praktizieren.

Auffällig ist hierbei, dass weder während des Dritten Reiches noch in der Nachkriegszeit die Beteiligung an der Durchführung des *Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses* einen Einfluss auf die Beurteilung der Personen gespielt hat. Diese Erkenntnis passt zur damaligen Ansicht, die Zwangssterilisationen seien kein nationalsozialistisch typisches Verbrechen gewesen.⁴⁹⁰

Zusammenfassend repräsentieren die Biografien der beiden Direktoren der Hebammenlehranstalt Mainz typisch deutsche Arztleben in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts. Beide waren geprägt durch die Teilnahme am I. Weltkrieg, beruflich aufgestiegen in der Weimarer Republik und im Dritten Reich aktiv an der Umsetzung der rassenhygienischen NS-Politik beteiligt. Die klinische Umsetzung des *Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses* gehörte zu ihrem beruflichen Alltag, ohne einen Einfluss auf die berufliche Karriere im Dritten Reich oder in der Nachkriegszeit zu nehmen. Sie waren damit willige Vollstrecker des NS-Unrechts in der Gesundheitspolitik.

⁴⁹⁰ Vgl. Beushausen et al. (1998), S. 248. – Die Entschädigungsgesetzgebung in der Bundesrepublik Deutschland beruhte auf der Prämisse, dass die zu Entschädigenden als Opfer eines typischen NS-Unrechtes und im Nationalsozialismus verfolgt wurden. Die Zwangssterilisierten gemäß *Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses* wurden nur als NS-Opfer angesehen, wenn aus ‚Gründen der Rasse‘ geurteilt wurde. Vgl. Surmann, Rolf (2005): Was ist typisches NS-Unrecht? – Die verweigerter Entschädigung für Zwangssterilisierte und „Euthanasie“-Geschädigte. In: Hamm, Margret (Hrsg.): Lebenswert – zerstörte Leben: Zwangssterilisation und „Euthanasie“. Frankfurt (VAS), S. 201 ff.

5.2. Die Oberärzte der Hessischen Hebammenlehranstalt Mainz 1930-1945

5.2.1. Hans Nahmmacher⁴⁹¹ – Oberarzt von 1927-1930

Dr. med. Hans Nahmmacher folgte Obermedizinalrat Puppel 1927 aus Jena nach Mainz, um in den Jahren 1927 bis 1930 die Stelle des Oberarztes der Hebammenlehranstalt Mainz auszufüllen.

Am 17. September 1900 in Dresden geboren ist nichts über Nahmmachers Kindheit oder Ausbildung bekannt. 17-jährig nahm er als Gefreiter am I. Weltkrieg teil, um danach beruflich seinem Vater in die Medizin zu folgen.⁴⁹² Das Studium absolvierte er in Rostock, Leipzig und Jena, um schließlich im Juni 1924 seine Approbation sowie den Doktorgrad mit der Arbeit „Ein Fall eines Magenlipoms“⁴⁹³ in München zu erlangen. Die nächste dokumentierte Station seiner beruflichen Laufbahn ist im Jahr 1927, wo er als Co-Autor einer wissenschaftlichen Arbeit aus der Universitätsfrauenklinik Jena aufgeführt wird.⁴⁹⁴ Vermutlich machte er in Jena die Bekanntschaft des dort zur selben Zeit als Privatkliniker tätigen Dr. Puppels, dem er als Oberarzt an die Hebammenlehranstalt Mainz folgte. Während des dreijährigen Aufenthaltes in Mainz erhielt Nahmmacher am 1. Juli 1928 den Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe, der es ihm ermöglichte, sich im Oktober 1930 in Bad Reichenhall als Frauenarzt niederzulassen.

Nach der ‚Machtergreifung‘ 1933 trat Nahmmacher sowohl der NSDAP als auch der SA bei und fiel in den Folgejahren als den nationalsozialistischen Staat bejahender und aus innerer Überzeugung handelnder Anhänger auf.⁴⁹⁵ Zusätzlich engagierte er sich aktiv als Leiter der NS-Ärzteliga sowie in der NS-Volkswohlfahrt.⁴⁹⁶ Seine politische Einstellung, insbesondere seine „positive Einstellung zur Volksgemeinschaft“⁴⁹⁷, verhalfen ihm sowohl in Bad Reichenhall als auch ab Frühjahr 1939 in

⁴⁹¹ Alle biographischen Informationen, die im folgenden Kapitel 5.2.1. nicht anderweitig gekennzeichnet sind, entstammen der Sachakte Dr. Hans Nahmmacher des Bundesarchives. In: BArch. R 9361-VI/5993.

⁴⁹² Dr. med. Felix Nahmmacher, geb. 1870, hatte in Lübeck Medizin studiert und war Chirurg in Dresden. (<http://purl.uni-rostock.de/matrikel/200011727>).

⁴⁹³ Nahmmacher, Hans (1924): Ein Fall eines Magenlipoms. In: Zentralblatt für Chirurgie. Jg. 51. S. 1638 ff.

⁴⁹⁴ Zimmermann, Rolf und Nahmmacher, Hans (1927): Ist bei der Hysterosalpingographie eine lokale oder allgemeine Schädigung durch das Iodipin als Kontrastmittel zu befürchten? In: Fortschritt auf dem Gebiet der Röntgenstrahlen. Jg. 36. S. 572.

⁴⁹⁵ Personalblatt vom 04.06.1938. In: BArch. R 9361-II/747402.

⁴⁹⁶ Anfrage für ein politisches Führungszeugnis vom 06. Mai. 1939. In: BArch. R 9361-II/747402.

⁴⁹⁷ Personalblatt vom 04.06.1938. In: BArch. R 9361-II/747402.

Dresden zur Stellung eines Vertragsarztes der Wehrmacht⁴⁹⁸ im Rang eines Sturmarztes⁴⁹⁹. Dr. Nahmmacher trat am 20. Mai 1940 in den Heeresdienst und damit in den II. Weltkrieg ein. Über seinen Verbleib ist nichts weiter dokumentiert.

Zusammenfassend war Dr. med. Hans Nahmmacher ein aus dem Bürgertum stammender, „von seinem ärztlichen Standesdünkel [...] sehr stark erfüllt[er]“⁵⁰⁰, überzeugter Nationalsozialist. Schon in den 1920er Jahren scheint Nahmmacher, eventuell durch seinen Vater, beruflich profitiert zu haben. Sein Aufstieg zum Oberarzt und Facharzt verlief auffallend schnell. In den 1930er Jahren profitierte er dann als „einwandfreier Parteigenosse“⁵⁰¹, wodurch er seine Nebentätigkeit als Vertragsarzt der Wehrmacht erhielt.

5.2.2. Bernhard Tausch⁵⁰² – Oberarzt von 1932-1933

Dr. med. Bernhard Tausch besetzte nur kurzzeitig die Position des Oberarztes in der Hebammenlehranstalt Mainz. Der gebürtige Berliner wurde am 8. Mai 1894 geboren und nahm am I. Weltkrieg, vermutlich zwischen Schulabschluss und Medizinstudium, teil. Die Stationen seines beruflichen Werdegangs sind archivarisch nur lückenhaft zu verfolgen. Tausch erlangte seine Bestallung am 1. Juli 1925, gefolgt von der Doktorwürde durch die Arbeit „Indikan- und Harnstoffgehalt bei Schwangeren“⁵⁰³ im Jahr 1926. Die oberärztliche Tätigkeit in der Hebammenlehranstalt Mainz scheint den Abschluss seiner Klinik­tätigkeit darzustellen. Nach Erlangen des Facharztes für Frauenheilkunde im Jahr 1933 beendete er seine Tätigkeit in Mainz und ließ sich als Kassenarzt in Wolfenbüttel nieder. Er war nicht an der Durchführung der Zwangssterilisationen beteiligt.

Tausch war kein NSDAP-Mitglied. Über seine Einstellung zum Dritten Reiches und seinen weiteren Lebensweg ist archivarisch leider keine weitere Information zu finden.

⁴⁹⁸ Brief von Oberst-Arzt Bingler an Korpsarzt VII. Armeekorps vom 18.4.1939. In: BArch. R 9361-II/747402.

⁴⁹⁹ Anfrage der NSFK-Gruppe bezüglich einer politischen Beurteilung vom 21.5.1938. In: BArch. R 9361-II/747402.

⁵⁰⁰ Personalblatt vom 04.06.1938. In: BArch. R 9361-II/747402.

⁵⁰¹ Personalblatt vom 04.06.1938. In: BArch. R 9361-II/747402.

⁵⁰² Alle biographischen Informationen, die im folgenden Kapitel 5.2.2. nicht anderweitig gekennzeichnet sind, entstammen der Reichsärztekartei (RÄK) von Dr. Bernhard Tausch des Bundesarchives.

⁵⁰³ Tausch, Bernhard (1926): Indikan- und Harnstoffgehalt bei Schwangeren. Diss.

5.2.3. Wilhelm Lindenstruth⁵⁰⁴ – Oberarzt von 1933-1935

Dr. med. Wilhelm Lindenstruth ersetzte Dr. med. Tausch im April 1933 in der Position des Oberarztes an der Hebammenlehranstalt Mainz. Auch wenn die Niederlassung des Letzteren nach Erlangen des Facharztes keine Anzeichen einer politisch beeinflussten Wendung des beruflichen Lebenslaufes aufzeigt, fällt doch auf, dass mit Lindenstruth ein NSDAP-Mitglied bzw. -Anwärter dem nicht der NSDAP beigetretenen Tausch folgte.

Der am 22. Januar 1900 in Frankfurt-Höchst geborene Lindenstruth begann nach seiner Teilnahme am I. Weltkrieg⁵⁰⁵ das Medizinstudium, welches er im Jahr 1925 mit der Note ‚sehr gut‘ und seiner Bestallung in Heidelberg abschloss.⁵⁰⁶ Seine Assistenzarztzeit verbrachte er zumindest zu Teilen in Halle an der Saale⁵⁰⁷ sowie in der Gynäkologie und Geburtshilfe an der Ludwigs-Universität Gießen.⁵⁰⁸ Im Jahr 1927 legte er in Darmstadt die Staatsprüfung für Medizinalbeamte ab, mit welcher er sich „nach einer weiteren intensiven Fachausbildung von 8 Jahren [...] die Anwartschaft auf den Direktorenposten der staatlichen Frauenklinik und Hebammenlehranstalt in Mainz erworben“ habe.⁵⁰⁹

Die Stelle des Direktors in Aussicht wurde er im Jahr 1933 zunächst als Oberarzt an der Hebammenlehranstalt Mainz eingestellt. Gleichzeitig mit dem Beginn seiner Arbeit in Mainz trat Lindenstruth im Mai 1933 in die NSDAP sowie die SA ein. Diesen Schritt begründete der Arzt nach 1945 damit, dass ihm mitgeteilt worden sei, nur ein NSDAP-Mitglied komme für den von ihm angestrebten Direktorenposten in Frage. Er schreibt: „Ich habe mich damals entschlossen zur Erreichung meines Lebensziels Arzt und Helfer von kranken Frauen und werdenden Müttern zu sein, in die NSDAP und SA

⁵⁰⁴ Alle biographischen Informationen, die im folgenden Kapitel 5.2.3. nicht anderweitig gekennzeichnet sind, entstammen der Sachakte Dr. Wilhelm Lindenstruth des Bundesarchives. In: BArch. R 9361-IX KARTEI/25941523 und der Reichsärztekartei (RÄK).

⁵⁰⁵ Dr. Lindenstruth war laut seines Meldebogens vom 05.03.1946 von September bis November 1918 Teilnehmer des I. Weltkrieges. Vgl. HHStAW 520/17, 1534.

⁵⁰⁶ Vgl. Approbationsurkunde Lindenstruth. In: HHStAW 520/17, 1534.

⁵⁰⁷ Vgl. Schreiben des Meisters der Schutzpolizei Stettin an das Ministerium des Inneren vom 15.01.1936. In: HHStAW 520/17, 1534.

⁵⁰⁸ Vgl. Personenbestand der Hessischen Ludwigs-Universität zu Giessen (1929), S. 21.

⁵⁰⁹ Schreiben von Dr. Lindenstruth an den Bürgermeister der Stadt Groß-Gerau vom 05.06.1946. In: HHStAW 520/17, 1534.

einzutreten. Ich habe mich in der Partei jedoch stets passiv verhalten und bin in keiner Weise aktiv gewesen.“⁵¹⁰

Nichtsdestotrotz war Lindenstruth auch Mitglied im Nationalsozialistischen Deutschen (NSD-)Ärztebund, der Nationalsozialistischen Volkswohlfahrt (NSV), dem Reichsbund deutscher Familie, dem NS-Altherrenbund, dem Reichsluftschutzbund (RLB) und dem Reichskolonialbund.⁵¹¹ Zum Beitritt in diese Nebenorganisationen sei er durch „örtliche Verhältnisse“⁵¹² gezwungen gewesen. Schließlich verwundert seine Zugehörigkeit zum Katholischem Deutschen Verband farbentragender Studentenkorporationen (KDV) aufgrund seiner evangelischen Religionszugehörigkeit ein wenig.

Schon zwei Jahre nach Beginn seiner Oberarztstätigkeit verließ Lindenstruth die Hebammenlehranstalt Mainz, um im August 1935 eine Oberarztstelle in der Frauenklinik Stettin anzunehmen. Seine Beweggründe für diesen Wechsel sind nicht dokumentiert, die Anstellung in Stettin hielt jedoch nur für wenige Monate bis März 1936.⁵¹³ Lindenstruth berichtet: „Ich bin durch mein Eintreten für jüdische Kollegen und durch meine Ablehnung der Rassengesetze und der Gesetze zur Verhütung erbkranken Nachwuchses mit Herrn Dr. Krug [Amtsleiter in Stettin] in Feindschaft geraten, welcher dann seine Machtstellung gegen mich ausgenutzt hat um mich aus meinen mir vorschwebenden Zielen und Plänen auszuschalten: was ihm auch gelungen ist.“⁵¹⁴ Aus wirtschaftlichen Gründen habe er sich daraufhin als Allgemeinpraktiker in Groß-Gerau zum 1. April 1936 ohne vorheriges formelles Erlangen des Facharztes für Gynäkologie, den er erst im Jahre 1940 erhielt, niedergelassen. Trotz formeller Mitgliedschaft in der NSDAP wurde nach einem beruflichen Streitfall bezüglich einer schließlich wohl komplikationslos verlaufenen Risikoentbindung auch am neuen Wirkungsort „seitens der Partei der Entzug [der] Praxis vorbereitet. Dieser Wochenhilfsfall sollte den Beweis liefern, dass [Lindenstruth] der NSDAP und ihren sozialen Massnahmen wesensfremd gegenüber“⁵¹⁵ stehe.

⁵¹⁰ Schreiben von Dr. Lindenstruth an den Bürgermeister der Stadt Groß-Gerau vom 05.06.1946. In: HHStAW 520/17, 1534.

⁵¹¹ Vgl. Meldebogen vom 05.03.1946 von Dr. Lindenstruth. In: HHStAW 520/17, 1534.

⁵¹² Schreiben von Dr. Lindenstruth an den Bürgermeister der Stadt Groß-Gerau vom 05.06.1946. In: HHStAW 520/17, 1534.

⁵¹³ Vgl. Meldebogen Lindenstruth vom 05.03.1936. In: HHStAW 520/17, 1534.

⁵¹⁴ Schreiben von Dr. Lindenstruth an den Bürgermeister der Stadt Groß-Gerau vom 05.06.1946. In: HHStAW 520/17, 1534.

⁵¹⁵ Bekundung von L. Brückel vom 03.12.1945 im Rahmen der Verteidigungsschrift Lindenstruths vor der Spruchkammer. In: HHStAW 520/17, 1534.

Zum Entzug der Praxiserlaubnis kam es nicht, Lindenstruth war bis zum Ende des II. Weltkrieges in Groß-Gerau tätig. Am Krieg nahm der Arzt nicht aktiv teil, war jedoch sowohl für die ärztliche Betreuung der SA als auch von Zwangsarbeitern und Kriegsgefangenen zuständig. In diesem Rahmen wurde er 1940 zum Sanitäts-Sturm Führer der SA befördert.⁵¹⁶ Nach Ende des Dritten Reiches wurde Lindenstruth am 10. Januar 1947 durch die Spruchkammer Groß-Gerau in die Gruppe IV der Mitläufer eingestuft.⁵¹⁷ Über seinen weiteren beruflichen wie privaten Werdegang ist archivarisch keine Auskunft zu erlangen.

Lindenstruth absolvierte somit eine klassische ärztliche Ausbildung und trat zur Verwirklichung seiner beruflichen Laufbahnziele der NSDAP bei. Dies brachte ihm jedoch nicht den erhofften und erwarteten beruflichen Aufstieg. Seine von den Nationalsozialisten abweichenden politischen Einstellungen, insbesondere die von ihm betonte Ablehnung der „Parteidoktrinen, vor allem auch auf ethischen und ärztlichen Gebiet (Rassengesetze, Verhütung erbkranken Nachwuchses etc.)“⁵¹⁸ führten aus seiner Sicht letztlich zum Ende seiner Krankenhauskarriere. Bis zum Ende der NS-Herrschaft konnte er ‚nur‘ als niedergelassener Arzt tätig sein.

Selbstverständlich sind Aussagen Lindenstruths im Rahmen seiner Verteidigungsschrift im Spruchkammerverfahren vor allem in Hinblick auf seine Einstellungen zur politischen Agenda der NSDAP zunächst kritisch zu hinterfragen. Die beigefügten Zeugenaussagen wirken jedoch nicht nur aus zeitgenössischer, sondern auch aus heutiger Sicht glaubwürdig und bestätigen die Aussagen des Arztes. Einerseits waren alle für Lindenstruth aussagenden Personen nicht in der NSDAP Mitglied gewesen und schon in den Jahren 1945 und 1946 unter der alliierten Besatzung in öffentlichen Ämtern wie beispielsweise als Leiter des Ernährungs- und Wirtschaftsamts tätig. Andererseits sind ihre Aussagen kongruent zueinander und sehr persönlich formuliert.⁵¹⁹ Sie bestätigen wiederholt, dass Lindenstruth „nur zahlendes Mitglied der Partei war und gar nicht daran dachte, die Parteidoktrin sich zu eigen zu

⁵¹⁶ Vgl. Schreiben von Dr. Lindenstruth an den Bürgermeister der Stadt Groß-Gerau vom 05.06.1946. In: HHStAW 520/17, 1534.

⁵¹⁷ Vgl. Spruchkammerurteil Groß-Gerau vom 10.01.1947 zu Dr. Lindenstruth. In: HHStAW 520/17, 1534.

⁵¹⁸ Verteidigungsschrift von Dr. Lindenstruth an die Spruchkammer Groß-Gerau vom 07.12.1946. In: HHStAW 520/17, 1534.

⁵¹⁹ Vgl. HHStAW 520/17,1534.

machen.“⁵²⁰ Der Arzt habe „oftmals Massnahmen der Nazipartei strengstens in Kritik [genommen] und über die Misserfolge dieser Anordnungen [sei man] einerlei Meinung gewesen.“⁵²¹

Die aus seinem Arbeitszeugnis 1933 stammende Charakterisierung Lindenstruths als „ausserordentlich gewissenhafter und menschenfreundlicher Arzt“⁵²² scheint trotz Repressalien während der NS-Herrschaft weiterhin zutreffend gewesen zu sein. Ihm wird attestiert, er habe „keinen Unterschied der Behandlung von Deutschen und den russischen Arbeiterinnen bzw. Arbeitern [ge]macht“⁵²³, passend zu seiner eigenen Aussage: „Ich habe zahlreiche Kriegsgefangene und ausländische Zwangsarbeiter behandelt und gegen schwersten Widerstand meinen ärztlichen Standpunkt durchgesetzt und ihnen geholfen.“⁵²⁴

Inwieweit der Wechsel der Oberarztstelle von der Hebammenlehranstalt Mainz nach Stettin auch durch die oben beschriebene Ablehnung der Zwangssterilisationen gemäß *Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses* motiviert war, lässt sich nicht belegen. Festzustellen ist jedoch, dass Lindenstruth seine letzte Zwangssterilisationsoperation in der Hebammenlehranstalt Mainz noch im Wechselmonat August 1935 durchführte.⁵²⁵ Außerdem verantwortete der Oberarzt mit 243 Operationen 44% aller Zwangssterilisationen während seiner Tätigkeit in der Hebammenlehranstalt Mainz als Operateur.⁵²⁶ Auch als Niedergelassener überwies Lindenstruth vereinzelt Patientinnen zur Zwangssterilisation an seine ehemalige Wirkungsstätte.⁵²⁷ Und letztlich wählte er mit der Frauenklinik Stettin keine Klinik, welche von der Durchführung von

⁵²⁰ Bekundung von W. Baumann vom 11.12.1945 im Rahmen des Spruchkammerverfahrens Lindenstruths. In: HHStAW 520/17, 1534.

⁵²¹ Bekundung von W. Baumann vom 11.12.1945 im Rahmen des Spruchkammerverfahrens Lindenstruths. In: HHStAW 520/17, 1534.

⁵²² Arbeitszeugnis des Direktors der Frauenklinik Universitätsfrauenklinik Gießen über Dr. Lindenstruth vom 30.03.1933. In: HHStAW 520/17, 1534.

⁵²³ Bekundung von M. Slanski vom 14.12.1945 im Rahmen des Spruchkammerverfahrens Lindenstruths. In: HHStAW 520/17, 1534.

⁵²⁴ Verteidigungsschrift von Dr. Lindenstruth an die Spruchkammer Groß-Gerau vom 07.12.1946. In: HHStAW 520/17, 1534.

⁵²⁵ Zwangssterilisationsoperation am 07.08.1935. KrG HLA. 1935 (2). Patientin Luise J. HbNr. 789.

⁵²⁶ Dr. Lindenstruth war nur vereinzelt als OP-Assistent oder Narkosegebender an Zwangssterilisationen beteiligt. Insgesamt war er an 268 und damit 48,5% aller Zwangssterilisationsoperationen während seiner Beschäftigungszeit an der Hebammenlehranstalt Mainz beteiligt.

⁵²⁷ Beispiel: KrG HLA. 1936 (1). Patientin Elisabeth W. HbNr. 141.

Zwangssterilisationen ausgenommen war, wie es beispielsweise Kliniken katholischer Trägerschaft waren.⁵²⁸

Eine grundsätzliche Ablehnung des *Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses* zumindest zu Beginn der NS-Zeit kann demnach aus dem ärztlichen Handeln Lindenstruths nicht abgeleitet werden. Ob seine berichtete Abneigung erst im Verlauf gewachsen ist, beispielsweise als zunehmend nicht mehr Patientinnen aus psychiatrischen Anstalten, sondern aus der Allgemeinbevölkerung betroffen waren,⁵²⁹ oder zunächst von ihm hinter seinen Karriereabsichten im Sinne eines inneren Widerstandes zurückgestellt wurden, kann nicht abschließend bewertet werden. Ebenfalls denkbar wäre, dass der Wechsel nach Stettin nur indirekt durch die Zwangssterilisationen bedingt war, da diese – wie in Kapitel 4 erläutert – zu einer ärztlichen Zusatzbelastung an der Hebammenlehranstalt Mainz vor allem für ihn als Oberarzt führte.

Zusammenfassend war Dr. Lindenstruth ein mit Bestnoten versehener und ob seiner ärztlichen Fähigkeiten angesehener Arzt. Er versuchte, seine Karriereziele durch Eintritt in die NSDAP zu verwirklichen, konnte diese jedoch aufgrund seiner nicht zur nationalsozialistischen Politik passenden und auch entsprechend artikulierten politischen und ärztlichen Vorstellungen nicht verwirklichen. Welche Bedeutung hierbei die geäußerte, aber zumindest zu seiner Zeit als Oberarzt der Hebammenlehranstalt Mainz nicht gelebte Ablehnung des *Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses* hatte, ist nicht abschließend zu beurteilen.

5.2.4. Lothar Josef Ferdinand Ley⁵³⁰ – Oberarzt von 1935-1938

Dr. med. Lothar Ley löste Dr. Lindenstruth als Oberarzt an der Hebammenlehranstalt Mainz im Jahre 1935 ab.

Am 31. Dezember 1906 in Bernburg geboren, war Ley zu jung, um aktiv am I. Weltkrieg teilzunehmen. Nach Beendigung seines Medizinstudiums im Sommer 1932 und Erlangen der Bestallung war er laut Personalbogen als Arzt in der Hebammenlehranstalt Mainz angestellt. In den Klinikakten taucht sein Name allerdings erstmals 1935

⁵²⁸ Vgl. Hennig (1998), S. 70.

⁵²⁹ Vgl. Hennig, Jessika (1998): Zwangssterilisation in Offenbach am Main 1934-1944. Diss., Frankfurt am Main (Mabuse), S. 70.

⁵³⁰ Alle biographischen Informationen, die im folgenden Kapitel 5.2.4. nicht anderweitig gekennzeichnet sind, entstammen der Sachakte Dr. Lothar Ley des Bundesarchives. In: BArch. R 9361-IX KARTEI/25701365 und der Reichsärztekartei (RÄK).

als Oberarzt auf.⁵³¹ Inwiefern er vorher nicht in den Krankenakten dokumentierte Tätigkeiten erledigte, kann bei derzeitiger Quellenlage nicht nachvollzogen werden. Allerdings begann auch seine Veröffentlichungstätigkeit mit Nennung der Hebammenlehranstalt Mainz als Wirkungsstätte erst als Oberarzt.

30-jährig trat er 1937 in die NSDAP, die SA und den Nationalsozialistischen Deutschen (NSD-)Ärztebund ein. Genau wie Lindenstruth war er außerdem aktives Mitglied des Katholischen Deutschen Verband farbentragender Studentenkorporationen (KDV), was aufgrund seiner katholischen Religionszugehörigkeit aber nicht verwundert. Ley übernahm als Oberarzt nach der Versetzung Dr. Puppels in den Ruhestand ab 1. Dezember 1937 „die Geschäftsleitung [und damit] die Leitung der Klinik und den Hebammenunterricht“⁵³². Nichtsdestotrotz plante er zu dieser Zeit schon seinen Abgang, in dem er im November 1937 die Erlaubnis zur ambulanten Niederlassung beantragte.

Der Wunsch des Arztes, gerade zu diesem Zeitpunkt seine Berufslaufbahn mit dem Schritt in die Selbstständigkeit zu vollenden, scheint nicht zufällig, insbesondere, da Ley im Januar 1938 den Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe erlangte. Ob der Abgang aus der Hebammenlehranstalt Mainz alleine der Vollendung der Berufslaufbahn in die Selbstständigkeit diene oder doch aus Protest gegen die wohl politisch motivierte Entlassung Puppels erfolgte, ist nicht mehr nachprüfbar. Auch der zu erwartende Personalwechsel unter dem neuen Direktor, der seinen Oberarzt aus alter Wirkungsstätte mitbrachte, könnte ausschlaggebend gewesen sein. Die Tatsache, dass ihm die Niederlassung in Hessen trotz NSDAP-Mitgliedschaft zunächst verweigert wurde, spricht allerdings für eine gewisse Solidarisierung mit Puppel. Nach seiner Ablösung als Oberarzt im April 1938 siedelte Ley nach Krefeld um, wo er im Oktober 1938 die Erlaubnis zur Niederlassung als Gynäkologe erhielt. Über den weiteren Lebensweg Dr. Lothar Leys ist archivarisch nichts dokumentiert.

Dr. Lothar Ley gehörte im Vergleich zu seinen Vorgängern einer neuen Generation von Ärzten an. Er nahm altersbedingt nicht am I. Weltkrieg teil und beendete das Medizinstudium erst in den 1930er Jahren. Ohne besondere Förderung durch die Nationalsozialisten durchlief Ley eine typische ärztliche Laufbahn zunächst als

⁵³¹ KrG HLA. 1935 (2). Patientin Elise S. HbNr. 648.

⁵³² Niederschrift über die Übergabe der Geschäftsführung der Hebammenlehranstalt und Frauenklinik zu Mainz am 30.11.1937. In: Privatbesitz Puppel Erben, Dorn-Dürkheim.

Assistenzarzt und dann als Oberarzt, wobei sein junges Alter ungewöhnlich für diese Position war. Mit Vollendung des Facharztes ließ er sich nieder. Allein die Tatsache, dass seine Niederlassung und die Entlassung Puppels zum gleichen Zeitpunkt stattfanden, wirft die Frage nach einem Zusammenhang auf. Endgültig geklärt werden kann diese These allerdings nicht.

5.2.5. Heinz Johann Heinrich August Tüscher⁵³³ – Oberarzt von 1938-1939

Dr. med. Heinz Tüscher folgte Prof. Wehefritz 1938 aus Göttingen nach Mainz, um dort unter ihm die Oberarztposition an der Hebammenlehranstalt auszufüllen.

Der am 24. Dezember 1907 in Kassel geborene Tüscher nahm ähnlich wie Ley altersbedingt nicht am I. Weltkrieg teil und beendete sein Medizinstudium erst im März 1934. Es ist nicht dokumentiert, wo Tüscher studierte, allerdings scheint er zwei Semester in Göttingen verbracht zu haben, da er von Mai 1927 bis September 1928 dort gemeldet war. Als Assistenzarzt kurzfristig an der Chirurgischen Universitätsklinik Marburg/Lahn tätig, führte er seine Ausbildung in Berlin-Schöneberg, vermutlich an der Charité, fort.⁵³⁴ Im April 1935 zog er nach Göttingen, wo er nach einer zweimonatigen Ableistung des Militärdienstes als Maschinengewehrkompanie(M.G.K.)-Schütze im Ersatz-Bataillon Braunschweig unter Oberarzt Wehefritz an der Universitätsklinik als Assistenzarzt tätig war.

Im selben Jahr trat er in den Nationalsozialistischen Lehrerbund (NSLB), die Nationalsozialistische Volkswohlfahrt (NSV) und die Deutsche Arbeitsfront (DAF) ein.⁵³⁵ Ab Januar 1936 Mitglied im Nationalsozialistischen Fliegerkorps (NSFK)⁵³⁶, erlangte Tüscher in den Folgejahren die Position eines Sanitätsführers.⁵³⁷ Ende Oktober zeichnete sich der Wechsel als Oberarzt nach Mainz ab, da das NSDAP-Personalamt um eine politische Beurteilung bat.⁵³⁸ Diese bescheinigte dem zum 1. Mai 1937 in die NSDAP Eintretenen: „Seine heutige Einstellung zu Partei und Staat kann auf Grund der uns vorliegenden Unterlagen als einwandfrei angesehen werden, so

⁵³³ Alle biographischen Informationen, die im folgenden Kapitel 5.2.5. nicht anderweitig gekennzeichnet sind, entstammen der Sachakte Dr. Heinz Tüscher des Bundesarchives. In: BArch. R 4901/13278.

⁵³⁴ Einwohnermelder Göttingen 18.03.1937. In: BArch. R 9361-II/1149460.

⁵³⁵ Brief der NSFK Gruppe an die Gauleitung der NSDAP Göttingen vom 15.12.1937. In: BArch. R 9361-II/1149460.

⁵³⁶ Brief der NSFK Gruppe an die Gauleitung der NSDAP Göttingen vom 15.12.1937. In: BArch. R 9361-II/1149460.

⁵³⁷ Politische Beurteilung vom 01.11.1937. In: BArch. R 9361-II/1149460.

⁵³⁸ Brief des Personalamts der NSDAP Süd-Hannover-Braunschweig an die Kreisleitung der NSDAP Göttingen vom 29.10.1937. In: BArch. R 9361-II/1149460.

daß politische Bedenken gegen ihn nicht bestehen.“⁵³⁹ Daraufhin erhielt er im April 1938 die Oberarztstelle an der Hebammenlehranstalt Mainz, welche er bis zur deren Streichung nach Kriegsbeginn inne hatte.⁵⁴⁰

Nach Erlangen des Facharztes für Gynäkologie im März 1939 wurde Tüscher nach ungewöhnlich kurzer Oberarztstätigkeit im Januar 1940 zum Direktor der Frauenklinik bzw. geburtshilflichen Abteilung des Städtischen Krankenhauses Remscheid ernannt. In dieser Position vollendete Tüscher im März 1942 nicht nur seine 1939 begonnene Habilitation, sondern erhielt noch im September desselben Jahres eine Dozentur (vermutlich an der Universität Düsseldorf). Lange konnte er diese Tätigkeit allerdings nicht ausfüllen, da er schon ein Jahr später im September 1943 zur Wehrmacht einberufen wurde. Über seinen weiteren Verbleib ist nichts bekannt, im Jahr 1945 ist in den Akten kein Wohnort mehr als bekannt verzeichnet.

Prof. Heinz Tüscher war ein nationalsozialistisch geförderter Arzt, der im Dritten Reich schon sechs Jahren nach seiner Bestallung eine Direktorenstelle erlangte. Er kann somit als aufgrund seiner politischen Überzeugung geförderter und damit weit aufgestiegener Nutznießer des Dritten Reiches angesehen werden. Ob er dieses überlebte, ist nicht bekannt.

5.2.6. Die Oberärzte der Hebammenlehranstalt Mainz im Vergleich

Die fünf Oberärzte der Hebammenlehranstalt Mainz in den Jahren 1927 bis 1939 bieten einen Querschnitt der in den 1930er Jahren tätigen Ärzten.

Nahmmacher, Tausch und Lindenstruth entstammen der Generation, die aktiv am I. Weltkrieg beteiligt war. Alle drei beendeten ihr Studium noch zur Zeit der Weimarer Republik und die Oberarztstellung stand vor der Niederlassung. Ley und Tüscher nahmen erst zu Zeiten des Dritten Reiches den Arztberuf auf. Lindenstruth und Tüscher strebten beide eine eigene Direktorenschaft an, wobei nur letzterer damit erfolgreich war. Ley, der kommissarisch die Geschäfte der Hebammenlehranstalt Mainz leitete, scheint eine solche langfristig nicht angestrebt zu haben, da er schon vorher die Niederlassung als Gynäkologe plante. Unter diesem Gesichtspunkt ist auch

⁵³⁹ Brief der NSFK Gruppe an die Gauleitung der NSDAP Göttingen vom 15.12.1937. In: BArch. R 9361-II/1149460.

⁵⁴⁰ In den 1940er Jahren findet sich in den Krankengeschichten der Hebammenlehranstalt Mainz keine Nennung eines Oberarztes.

die wissenschaftliche Publikationstätigkeit der Ärzte zu sehen. Nur Tüscher veröffentlichte neben seiner Doktorarbeit noch weitere wissenschaftliche Artikel.

Mit Ausnahme von Tausch waren alle Oberärzte NSDAP-Mitglieder und auch aktiv in mehreren Parteiorganisationen. Statistisch gesehen spiegelt dies die große Zustimmung der Ärzteschaft im Allgemeinen zum NS-Staat wider.⁵⁴¹ Von der politischen Aktivität profitiert zu haben, scheint jedoch alleine Tüscher, der nur sechs Jahre nach Abschluss des Studiums schon Direktor einer Klinik war. Nahmmacher scheint dagegen eher von seiner Abstammung aus einer Ärztesfamilie profitiert zu haben. Zustimmung zu der rassenhygienischen Politik der Nationalsozialisten ist zumindest allen drei aktiv an der Durchführung der Zwangssterilisationen in der Hebammenlehranstalt Mainz beteiligten Oberärzten zu unterstellen, da sie sich mit ihrer Tätigkeit aktiv an der Umsetzung der rassenhygienischen Politik des Nationalsozialismus beteiligten. Inwieweit Lindenstruth dies nur aus karrieretechnischen und weniger aus innerer Überzeugung tat, ist nicht endgültig zu klären.

5.3. Zusammenfassung

Die leitenden Ärzte der Hebammenlehranstalt Mainz waren alle aus dem Bürgertum stammende, männliche Vertreter ihres Berufsstandes. Sie entschieden sich nach der Schulausbildung für ein Medizinstudium und schlossen dieses mit Promotion ab. Die Direktoren strebten früh eine höhere Position an, auch wenn beide relativ lange auf die Ernennung zum Direktor hinarbeiten mussten. Die Oberärzte scheinen mit Ausnahme von Dr. Lindenstruth und Prof. Tüscher von vornherein eine privatwirtschaftliche Karriere angestrebt zu haben.

Mit Ausnahme von Oberarzt Tausch standen die leitenden Ärzte der Hebammenlehranstalt Mainz politisch und weltanschaulich dem nationalsozialistischen Gedankengut und der rassenhygienischen Gesundheitspolitik nahe. Inwieweit die später geäußerte Ablehnung der Rassenpolitik durch Oberarzt Lindenstruth stiller Widerstand war oder im Verlauf seiner Tätigkeit in Stettin zu einer Art innerer Emigration führte, kann aus den vorhandenen Archivarien nicht endgültig zu klären. Alle ab 1934 tätigen Ärzte wirkten als willige Vollstrecker der Zwangssterilisationen und waren somit ein

⁵⁴¹ Vgl. Kaasch (2006), S. 55.

entscheidender Faktor in der effektiven klinischen Umsetzung des *Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses*.

6. Abschlussbetrachtung

6.1. Zusammenfassung

Die Sterilisationstätigkeit nach dem *Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses* vom 14.07.1933 steht in der rassenhygienischen Tradition des späten 19. und frühen 20. Jahrhunderts. Trotz vergleichbarer Gesetze in anderen europäischen Staaten bewirkten der Zwangscharakter sowie die bedingungslose Umsetzung in einem diktatorischen Staat mit am Allgemeinwohl ausgerichteter Gesundheitspolitik die Voraussetzungen für unvergleichliches Unrecht.

Die Hessische Hebammenlehranstalt Mainz stellt mit sowohl ländlichem wie auch städtischem Einzugsgebiet sowie ihrer Gesamtzahl von 1352 durchgeführten Zwangssterilisationen im Zeitraum von 1934 bis 1943 eine repräsentative gynäkologische Klinik dar. Sie bietet sich für eine erste statistische Aufarbeitung der praktisch-klinischen Durchführung des *Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses* an.

Die Ärzte der Hessischen Hebammenlehranstalt Mainz befolgten weitestgehend die durch das Gesetz und seine Durchführungsverordnungen sowie deren Kommentare vorgegebenen Vorschriften und Empfehlungen. Lediglich die anfangs mangelnde Durchführung von präoperativen Untersuchungen stellt eine Ausnahme dar. Sowohl in der Wahl der Operationsmethode als auch der operierenden Personen wurden die gesetzlichen Vorgaben befolgt. Eine hohe Komplikationsrate mit jedoch niedriger Sterbeziffer ist retrospektiv schwer zu bewerten. Vergleiche mit zeitgenössischen und retrospektiven Veröffentlichungen scheitern an der nicht zu evaluierenden Definition einer Komplikation oder Editierung der jeweiligen Verfasser. Eine Nachsorge zur kritischen Evaluation der unterschiedlichen Operations- und Narkoseverfahren fand in der Hebammenlehranstalt Mainz nicht statt.

Die Durchführung der Zwangssterilisationen an der Hessischen Hebammenlehranstalt Mainz führte zu einer Steigerung der Operationszahlen über die räumliche und personelle Kapazität der Klinik hinaus. Kompensatorisch kam es zu einem deutlichen Rückgang der gynäkologisch wie geburtshilflichen Zahl der Patientinnen sowie mittelfristigen zu einer Schwerpunktverlagerung von der Geburtshilfe hin zur operativen Gynäkologie. Ohne personelle Kompensation durch ärztliche wie pflegerische Neuanstellungen zeigt sich ab der 2. Hälfte des Jahres 1934 bis mindestens 1936 ein deutlicher Rückgang an Sorgfalt bei der Betreuung der

gynäkologischen und geburtshilflich betreuten Patientinnen. Insbesondere in Hinblick auf die präoperativen wie abschließenden Untersuchungen konnte das Behandlungsniveau zu Beginn der 1930er Jahren nicht gehalten werden. Nichtsdestotrotz wurden die Zwangspatientinnen nochmals mit geringer Sorgfalt betreut und können als „Patientinnen zweiter Klasse“ angesehen werden.

Trotz der Mehrbelastung blieb die Hessische Hebammenlehranstalt Mainz mit der Erprobung moderner Anästhesieverfahren sowie der Varianz an Operationsmethoden zur Sterilisation weiterhin innovativ. Die Publikationstätigkeit der leitenden Ärzte insbesondere die des Herrn Obermedizinalrats Dr. Puppel konzentrierte sich jedoch weiterhin auf geburtshilfliche Themenbereiche.

Die an der Zwangssterilisationstätigkeit beteiligten leitenden Ärzte der Hessischen Hebammenlehranstalt Mainz waren alle entweder aktive NSDAP-Mitglieder oder wenigstens deutschnationaler Gesinnung. Widerstand gegen das *Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses*, welches auch von Zeitgenossen schon kritisch hinterfragt wurde, konnte nicht nachgewiesen werden.

Die beiden Direktoren der Hessischen Hebammenlehranstalt Mainz in der Zeit von 1934 bis 1943 unterscheiden sich grundlegend. Obermedizinalrat Dr. Ernst Puppel war Deutschnationaler und sah seinen Forschungs- wie Tätigkeitsschwerpunkt in der Geburtshilfe. Im Jahr 1937 wurde er durch die Nationalsozialisten aus seinem Direktorenamt gedrängt. Ein Zusammenhang mit der Zwangssterilisationstätigkeit findet sich jedoch nicht. Prof. Dr. Emil Wehefritz war überzeugter Nationalsozialist und Rassenhygieniker, der den Posten als Direktor wohl weniger seiner praktisch medizinischen Tätigkeit als seiner Parteizugehörigkeit und unnachgiebigen Bewerbungstaktik verdankte.

Die zwischen 1934 und 1939 tätigen Oberärzte strebten mit Ausnahme von Dr. Tüscher eine Karriere als niedergelassener Arzt an. Inwiefern Dr. Ley aufgrund des Direktorenwechsels dem von Prof. Wehefritz aus Göttingen mitgebrachten Dr. Tüscher Platz machen musste, ist nicht zu evaluieren, aber zu vermuten. Die Ärzte der Hessischen Hebammenlehranstalt Mainz sind typische Vertreter ihrer Standesgenossen in der NS-Diktatur. Ihre Karrieren und Forschungstätigkeiten scheinen nicht von der Umsetzung des *Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses* beeinflusst.

6.2. Ausblick

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit stellen den Beginn in ein neues Kapitel der Aufarbeitung des NS-Unrechtes durch das *Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses* dar. Bisher konzentrierte sich die Auswertungen auf die juristische Umsetzung des Gesetzes oder die betroffenen Zwangspatienten. Nur selten und oberflächlich erfolgte die Auswertung von stationären Aufzeichnungen bezüglich der praktischen Umsetzung.

Um eine Wiederholung solchen Unrechtes zu verhindern, ist es wichtig, seine praktische Umsetzung zu erforschen. Insbesondere da die Krankenhausstrukturen heutzutage denen aus den 1930er Jahren in ihrer Struktur und Hierarchie sehr ähneln. Hierfür wäre die Auswertung der stationären Krankenakten in anderen Städten und Kliniken sinnvoll, um einen flächendeckenden Vergleich zu ermöglichen. Auch eine genauere Kenntnis über den normalen Krankenhausbetrieb einer gynäkologischen oder geburtshilflichen Abteilung wäre notwendig, um zu bewerten, ob die Hessische Hebammenlehranstalt Mainz diesbezüglich ein typisches Beispiel darstellt.

Auf die Hessische Hebammenlehranstalt Mainz bezogen könnte die Studie noch Auswirkungen der Zwangssterilisationstätigkeit auf die Geburten untersuchen. Wobei hierbei immer zu berücksichtigen wäre, dass zeitgleich in Mainz mit dem Städtischen Krankenhaus eine neue Geburtsklinik in Konkurrenz zur Hebammenlehranstalt Mainz aufgebaut wurde.

In der Hoffnung das diese Arbeit einen kleinen Beitrag dafür geleistet hat, dass sich ein flächendeckendes Unrecht an Patienten durch die sie betreuenden Ärzten niemals wiederholt, verbleibt mit Spannung auf weitere Arbeiten über die Krankenhauspraxis im Nationalsozialismus zu warten.

Anhang

Tabelle 1 – Anzahl der durchgeführten Zwangssterilisationen nach GzVeN in der Hessischen Hebammenlehranstalt Mainz von 1934 bis 1943 in den Krankengeschichten der Gynäkologie

Jahr	Anzahl durchgeführter Zwangssterilisationen
1934	288
1935	392
1936	271
1937	221
1938	76
1939	34
1940	20
1941	24
1942	25
1943	14
Gesamtzahl	1365

Tabelle 2 – Aufenthaltsdauer der durchgeführten Zwangssterilisationen
(zu Kapitel 3.1.2.)

Jahr	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer (Tage)	Präoperativ Aufenthaltsdauer (Tage)	Postoperativ Aufenthaltsdauer (Tage)
1934	13,9	2,2	11,7
1935	14,8	2,6	12,2
1936	15,2	3,7	11,5
1937	16,5	3,0	13,5
1938	20,8	5,2	15,6
1939	17,7	4,1	13,6
1940	21,3	6,6	14,7
1941	19,7	5,9	13,8
1942	19,0	5,5	13,5
1943	19,3	6,1	13,2
∅	17,8	4,5	13,3

Tabelle 3 – Anzahl der Verlegungen von Zwangspatientinnen von der gynäkologischen auf andere Stationen der Hessischen Hebammenlehranstalt Mainz (zu Kapitel 3.1.2.)

Jahr	1934	1935	1936	1937	1938	1939-1943
Anzahl der Verlegungen	19	155	80	25	9	0
Anteil an St	6,6%	39,5%	29,5%	11,3%	11,8%	0%

Tabelle 4 – Präoperative Untersuchungen der durchgeführten Zwangssterilisationen (zu Kapitel 3.2.2.)

Tabelle 4.1. Insgesamt durchgeführte Untersuchungen

Jahr	Durchgeführte Untersuchungen	Voruntersuchungen nicht durchgeführt	Anteil durchgeführter Untersuchungen
1934	51	237	18%
1935	41	351	10%
1936	33	238	12%
1937	17	204	8%
1938	63	13	83%
1939	19	15	56%
1940	12	8	60%
1941	6	18	25%
1942	3	22	12%
1943	2	12	14%
∅	247	1118	18%

Tabelle 4.2. – Unterteilung in die spezifischen Untersuchungsarten (absolut)

Jahr	Vaginal	Internistisch	Abstriche	Herzfunktion	Unspezifisch
1934	46	0	17	1	0
1935	10	3	7	9	0
1936	7	1	7	4	17
1937	7	2	1	3	3
1938	50	38	38	7	4
1939	19	6	0	0	0
1940	7	1	5	0	0
1941	5	0	3	0	0
1942	1	3	1	1	0

1943	1	0	1	0	0
∅ an allen Patientinnen	11%	4%	6%	2%	2%

Tabelle 4.3. – Unterteilung in die spezifischen Untersuchungsarten (relativ)

Jahr	Vaginal	Internistisch	Abstriche	Herzfunktion	Unspezifisch
1934	90%	0%	33%	2%	0%
1935	24%	7%	17%	22%	0%
1936	21%	3%	21%	12%	52%
1937	41%	12%	6%	18%	18%
1938	79%	60%	60%	11%	6%
1939	100%	32%	0%	0%	0%
1940	58%	83%	42%	0%	0%
1941	83%	0%	50%	0%	0%
1942	33%	100%	33%	33%	0%
1943	50%	0%	50%	0%	0%

Tabelle 5 – Ablehnungen von Zwangssterilisationen
(zu Kapitel 3.2.3)

Tabelle 5.1. – Aufteilung in endgültige und temporäre Ablehnungen

	Ablehnungen	Anteil	Endgültige Ablehnungen	Temporäre Ablehnungen	Ins Städtische verlegt
1934	9	3,1%	3	6	0
1935	35	9,1%	27	7	1
1936	26	9,7%	24	0	2*
1937	33	15,0%	22	10	1
1938	15	16,7%	8	7	0
1939	3	8,1%	2	1	0
1940	5	20,0%	2	2	1
1941	1	4,2%	1	0	0
1942	2	7,4%	1	1	0
1943	6	26,3%	5	0	1
Gesamt	135	9,1%	95	34	6

* Antrag zu Strahlensterilisation gestellt

Tabelle 5.2. – Begründungen der Ablehnungen

Begründung	Endgültig	Temporär (einschließlich Überweisungen ins Städtische)	Anzahl
Herzerkrankung	19	2	21
Schwangerschaft	8	10	18
Anzunehmende Sterilität	17	2	19
Entzündung	11	4	15
Atemwegsinfekte	4	7	11
Schlechter Allgemeinzustand	6	2	8
Untergewicht	8	0	8
Psychose	4	3	7
Thoraxdeformität	3	2	5
Adipositas	2	1	3
Komplikationsgefahr (Vorgeschichte, Voruntersuchung)	3	0	3
Alter	2	1	3
Psoriasis	0	2	2
Schilddrüse	2	0	2
Epileptischer Anfall	1	1	2
Organisatorisch	1	2	3
Nicht dokumentiert	4	2	6
Gesamt	95	41	136

Tabelle 5.3. – Anzahl der subjektiven Ablehnung

Jahr	Ablehnungen gesamt	Subjektive Ablehnungen	Anteil subjektiver Ablehnungen	Anteil Ablehnungen an Sterilisationen
1934	9	4	44%	1,4%
1935	35	30	86%	7,1%
1936	26	13	50%	4,4%
1937	33	21	66%	8,3%
1938	15	11	73%	12,0%
1939	4	2	67%	5,4%
1940	5	4	80%	16,0%
1941	1	1	100%	4,2%
1942	1	1	100%	

1943	6	6	100%	31,6%
------	---	---	------	-------

Tabelle 5.4. – Anzahl der subjektiven Ablehnungen in Zuordnung zu den jeweiligen Stationsärzten in alphabetischer Reihenfolge

Arzt	Jahre	Anzahl der Ablehnungen	Anzahl der temporären Ablehnungen	Mitbeteiligung der leitenden Ärzte
Allmanns	1934	1	1	1
	1935	1		
Bauer	1943	2	1	0
Christ	1935	2	1	0
Engel	1937	2	1	2
Färber	1934	2	1	2
	1935	3		
Degen	1935	12	6	2
Hanko	1936	1	2	1
	1937	3		
Herhartz	1936	2	0	0
	1937	2		
Hinterlang	1938	10	4	2
Jost	1936	1	1	1
	1937	1		
Lehmann	1937	4	1	2
Lustenberger	1940	2	4	0
	1941	1		
	1942	1		
Müller	1943	1	0	0
Niklas	1937	3	2	2
Reichert	1935	8	2	3
	1936	1		
Becker	1936	1	1	0
Ruckelmann	1943	2	0	0
Schlapp	1937	4	1	2
Tag	1936	3	0	2
Weskott	1940	1	1	0
Howe	1938	1	0	1
Huck	1937	2	0	2
	1939	2		

Keine Angabe	1934	1	0	4
	1935	4		
	1936	4		
	1940	1		
	1943	1		

Tabelle 6 – Operationsmethoden der durchgeführten Zwangssterilisationen
(zu Kapitel 3.3.1.)

Tabelle 6.1. – Überblick über die Anzahl der Operationsmethoden

Jahr	Madlener	Exstirpation	Madlener und Exstirpation	Andere Methoden	Gesamt
1934	265	18	0	5	288
1935	311	55	11	15	392
1936	191	35	9	36	271
1937	196	12	10	3	221
1938	72	0	0	4	76
1939	34	0	0	0	34
1940	20	0	0	0	20
1941	24	0	0	0	24
1942	25	0	0	0	25
1943	14	0	0	0	14
Gesamt	1151	120	21	73	1365

Tabelle 6.2. – Unterteilung der anderen Operationsmethoden

	1934	1935	1936	1937	1938	Gesamt
Hysterektomie	5	13	5	3	0	26
Sterilisation nach Menge	0	2	2	0	4	8
Sterilisation nach Sigwart	0	0	17	0	0	17
Sterilisation nach Haselhorst	0	0	12	0	0	12

Tabelle 7 – Durchschnittliche Operationsdauer der Sterilisationsoperation
(zu Kapitel 3.3.1.)

	Durchschnittliche OP-Dauer	OP-Dauer Madlener	OP-Dauer andere OP- Methoden	OP-Dauer Haselhorst
1934	21min	20min	43min	-
1935	27min	24min	39min	-
1936	30min	26min	38min	21min
1937	25min	24min	41min	-
1938	21min	19min	24min	-
1939	Keine Angaben	Keine Angaben	-	-
1940	Keine Angaben	Keine Angaben	-	-
1941	Keine Angaben	Keine Angaben	-	-
1942	Keine Angaben	Keine Angaben	-	-
1943	Keine Angaben	Keine Angaben	-	-

Tabelle 8 – Operateure der Zwangssterilisationen
(zu Kapitel 3.3.2.)

Jahr	Chefarzt	Oberarzt	Assistenten	Nicht genannt
1934	157	128	0	3
1935	258	128*	0	6
1936	124	143	0	4
1937	81	137	1	2
1938	37	38**	1	0
1939	7	22	5***	0
1940	17	0	0	3
1941	22	0	0	2
1942	24	0	0	1
1943	13	0	0	1

* 115 Oberarzt Lindenstruh, 13 Oberarzt Ley

** 20 Oberarzt Ley, 18 Oberarzt Tüscher

*** 3 Assistenzarzt Müller, 2 Assistenzärztin Weskott

Tabelle 9 – OP-Assistenten bei den Zwangssterilisationen
(zu Kapitel 3.3.3.)

Tabelle 9.1. – Anzahl der OP-Assistenten

Jahr	Ein Assistent	Anteil	Zwei Assistenten	Anteil	Kein Assistent genannt
1934	164	57%	124	43%	0
1935	128	33%	262	69%	2
1936	28	10%	243	90%	0
1937	18	8%	201	91%	2
1938	15	20%	60	79%	1
1939	9	26%	25	74%	0
1940	1	5%	16	80%	3
1941	1	4%	22	92%	1
1942	0	0%	24	96%	1
1943	1	7%	12	86%	1
	365	27%	989	72%	11

Tabelle 9.2. – OP-Assistenten gemäß ihrem Posten in der Hebammenlehranstalt Mainz

Jahr	Chefarzt	Oberarzt	Assistenzarzt	Schwester
1934	59	6	347	0
1935	0	113	539	0
1936	0	30	484	0
1937	0	3	417	0
1938	2	11	121	1
1939	0	2	56	1
1940	0	0	31	2
1941	0	0	45	0
1942	0	0	47	1
1943	0	0	25	0
	61	165	2112	5

Tabelle 9.3. – Anzahl der OP-Assistenzen in Bezug auf die einzelnen Personen nach Position und Tätigkeitsjahr(en)

OP-Assistent	Jahr	Zahl	Gesamtzahl	Anteil an allen Operationen	Anteil an Operationen in den Jahren der Tätigkeit an HLA
OMR Puppel	1934	59	59	4,3%	20,5%
Prof. Dr. Wehefritz	1938	2	2	<1%	2,6%
OA Lindenstruth	1934	4	10	<1%	1,5%
	1935	3			
OA Ley	1935	110	148	10,8%	15,4%
	1936	30			
	1937	3			
	1938	5			
OA Tüscher	1938	6	8	<1%	7,2%
	1939	2			
AA Allmanns	1934	108	238	17,4%	35,0%
	1935	130			
AA Birk	1934	166	171	12,5%	25,1%
	1935	5			
AA Herhartz	1936	125	154	11,2%	31,3%
	1937	29			
AA Hanko	1936	63	140	10,3%	28,5%
	1937	77			
AA Färber	1934	63	138	10,1%	20,3%
	1935	75			
AA Hinterlang	1937	68	136	10,0%	41,1%
	1938	62			
	1939	6			
AA Christ	1935	108	108	7,9%	27,6%
AA Reichert	1935	79	104	7,6%	15,7%
	1936	25			
AA Huck	1937	64	101	7,4%	30,5%
	1938	31			
	1939	6			

AA Degen	1935	78	98	7,2%	14,8%
	1936	20			
AA Wetz	1936	81	81	5,9%	29,9%
AA Becker	1936	68	68	5,0%	25,1%
AA Weskott	1939	18	65	4,8%	63,1%
	1940	14			
	1941	18			
	1942	15			
AA Lustenberger	1939	11	63	4,6%	53,8%
	1940	16			
	1941	16			
	1942	16			
	1943	14			
AA Iost	1936	6	50	3,7%	10,2%
	1937	44			
AA Engel	1937	50	50	3,7%	22,6%
AA Tag	1936	46	46	3,3%	17,0%
AA Buchbinder	1935	42	42	3,1%	10,7%
AA Schütz	1935	16	34	2,5%	5,1%
	1936	18			
AA Stein	1936	32	32	2,3%	11,8%
AA Schlapp	1937	28	28	2,1%	12,7%
AA Niklas	1937	28	28	2,1%	12,7%
AA Lehmann	1937	16	16	1,2%	7,2%
AA Bauer	1935	6	14	1,0%	2,3%
	1937	8			
AA Birk	1934	10	13	<1%	2,6%
	1937	3			
AA Kreß	1938	11	11	<1%	14,5%
AA Kuhl	1938	11	11	<1%	14,5%
AA Müller	1939	2	8	<1%	10%
	1941	1			
	1943	5			
AA Hellwig	1937	7	7	<1%	20,6%
AA Barner	1943	7	7	<1%	50%
AA Ruckelmann	1941	2	7	<1%	18,4%
	1943	5			

AA Puppel	1942	5	5	<1%	20%
AA Schüßler	1938	5	5	<1%	6,6%
AA Werresch	1941	5	5	<1%	20,8%
AA Euteneuer	1939	3	3	<1%	8,8%
AA Dörenkamp	1941	3	3	<1%	12,5%
AA Weißgärtner	1942	3	3	<1%	12,0%
AA Semmenstädtern	1942	3	3	<1%	12,0%
AA Wammes	1937	2	2	<1%	<1%
AA Beck	1939	2	2	<1%	5,9%
AA Denker	1943	2	2	<1%	14,3%
AA Howe	1938	1	1	<1%	1,3%
AA Möhnle	1939	1	1	<1%	2,9%
AA Sackreuther	1940	1	1	<1%	5,0%
AA Schmidt	1942	1	1	<1%	4,0%
AA Janini	1942	1	1	<1%	4,0%
AA Breitenbach	1942	1	1	<1%	4,0%
AA Daniel	1942	1	1	<1%	4,0%
AA König	1942	1	1	<1%	4,0%
AA Lohmann	1943	1	1	<1%	7,1%
AA Kiling	1943	1	1	<1%	7,1%
Sr Eva	1938	1	2	<1%	1,8%
	1939	1			
Sr Margot	1942	1	1	<1%	4,0%
Sr Greta	1940	1	1	<1%	5,0%
Sr Maria	1940	1	1	<1%	5,0%

Tabelle 10 – Narkosepersonal bei den Zwangssterilisationen
(zu Kapitel 3.3.4.1.)

Tabelle 10.1. – Aufteilung in Schwestern und Ärzte (absolut)

Jahr	Schwester	Arzt	Arzt und Schwester	Keine Angabe
1934	260	14	3	11
1935	224	116	8	44
1936	45	204	0	22
1937	13	201	2	5
1938	0	76	0	0
1939	1	31	0	2
1940	1	18	0	1
1941	4	20	0	0
1942	3	19	0	3
1943	9	4	0	1
	560	703	13	89

Tabelle 10.2. – Aufteilung in Schwestern und Ärzte (relativ)

Jahr	Schwester	Arzt	Arzt und Schwester	Keine Angabe
1934	90,3%	4,9%	1,0%	3,8%
1935	57,1%	29,6%	2,0%	11,2%
1936	16,6%	75,3%	0%	8,1%
1937	5,9%	91,0%	<1%	2,3%
1938	0%	110%	0%	0%
1939	2,9%	91,2%	0%	5,9%
1940	5%	90%	0%	5%
1941	16,7%	83,3%	0%	0%
1942	12%	76%	0%	12%
1943	64,3%	28,6%	0%	7,1%
	41,0%	51,5%	1,0%	6,5%

Tabelle 10.3. – Narkosepersonal in Verteilung auf die einzelnen Personen (Ärzte nach Position und dann absoluter Anzahl der Narkosen)

	Jahr	Operation	Insgesamt (auf alle)	Anteil an allen ZS	Anteil an Jahr
Puppel	1935	4	7	<1%	<1%
	1936	2			
	1937	1			
Wehefritz	1938	1	3	<1%	3%
	1941	2			
OA Lindenstruth	1934	2	15	1,1%	2,2%
	1935	13			
OA Ley	1935	12	22	1,6%	3,3%
	1936	6			
	1937	4			
OA Tüscher	1938	2	2	<1%	2,6%
AA Becker	1936	58	58	4,2%	21,4%
AA Herhartz	1936	21	50	3,7%	10,2%
	1937	29			
AA Huck	1937	44	48	3,5%	16,0%
	1938	4			
AA Reichert	1935	22	43	3,2%	6,5%
	1936	21			
AA Wammes	1937	34	34	2,5%	15,4%
AA Degen	1935	21	33	2,4%	5,0%
	1936	12			
AA Kreß	1938	27	27	2,0%	35,5%
AA Tag	1936	27	27	2,0%	10,0%
AA Schlapp	1937	26	26	1,9%	11,8%
AA Niklas	1937	26	26	1,9%	11,8%
AA Stein	1936	26	26	1,9%	9,6%
AA Färber	1934	13	18	1,3%	2,6%
	1935	25			
AA Mertens	1939	2	18	1,3%	33,3%
	1940	16			
	1939	5	17	1,2%	16,5%

AA Lustenberger	1940	2			
	1941	6			
	1942	4			
AA Buchbinder	1935	16	16	1,2%	4,1%
AA Iost	1936	2	16	1,2%	3,3%
	1937	14			
AA Hanko	1936	9	16	1,2%	3,3%
	1937	7			
AA Engel	1937	15	15	1,1%	6,8%
AA Kuhl	1938	11	14	1,0%	12,8%
	1939	3			
AA Bock	1941	1	14	1,0%	28,6%
	1942	13			
AA Allmanns	1934	1	13	1,0%	1,9%
	1935	12			
AA Hellwig	1938	11	13	1,0%	11,9%
	1939	2			
AA Schüßler	1938	10	10	<1%	13,2%
AA Schütz	1935	5	10	<1%	1,5%
	1936	5			
AA Wetz	1936	10	10	<1%	3,7%
AA Dörenkamp	1941	10	10	<1%	41,7%
AA Birk	1934	9	9	<1%	3,1%
AA Nixdorf	1939	9	9	<1%	26,5%
AA Howe	1938	6	6	<1%	7,9%
AA Hinterlang	1938	4	6	<1%	5,4%
	1939	2			
AA Möhnle	1939	4	4	<1%	11,8%
AA Denker	1943	4	4	<1%	28,6%
AA Schäfer	1936	3	3	<1%	1,1%
AA Harf	1936	2	2	<1%	<1%
AA Cause	1939	2	2	<1%	5,9%
AA Lehmann	1937	2	2	<1%	<1%
AA Euteneuer	1939	2	2	<1%	5,9%
AA Christ	1935	2	2	<1%	<1%
AA Schaum	1942	1	1	<1%	4%
AA Weskott	1942	1	1	<1%	4%

AA Eisenweiß	1940	1	1	<1%	5%
Nicht lesbar	1935	3	4	<1%	<1%
	1937	1			

Tabelle 10.4. – Narkosepersonal in Verteilung auf die einzelnen Personen (Schwestern nach Position und dann absoluter Anzahl der Narkosen)

	Jahr	Operationen	Gesamtzahl	Anteil gesamt	Anteil Jahre
Sr Oberin	1934	193	323	23,7%	27,6%
	1935	101			
	1936	20			
	1937	9			
Sr Julchen	1934	17	110	8,1%	8,5%
	1935	63			
	1936	12			
	1937	5			
	1939	1			
	1940	1			
	1941	4			
	1942	1			
Sr Anita	1934	51	106	7,8%	11,1%
	1935	48			
	1936	7			
Sr Ella	1934	2	10	<1%	<1%
	1935	8			
Sr Emilia	1942	2	8	<1%	20,5%
	1943	6			
Sr Hanna	1936	6	6	<1%	2,2%
Sr Wilma	1943	2	2	<1%	14,3%
Sr Rosa	1935	1	1	<1%	<1%
Schülerin	1937	1	1	<1%	<1%
Nicht lesbar	1935	6	6	<1%	<1%

Tabelle 11 – Verwendete Narkotika bei den Zwangssterilisationen
(zu Kapitel 3.3.4.2.)

Tabelle 11.1 – Überblick über die verwendeten Narkotika

Art	Jahr	Anzahl	Insgesamt	Anteil
Rectidon-Äther	1935	83	581	42,7%
	1936	193		
	1937	205		
	1938	9		
	1939	19		
	1940	18		
	1941	24		
	1942	23		
	1943	7		
Äther-Chloroform	1934	258	512	37,5%
	1935	251		
	1936	3		
Evipan-Äther	1934	3	96	7,0%
	1935	14		
	1936	1		
	1937	1		
	1938	57		
	1939	14		
	1940	2		
	1942	1		
	1943	3		
Andere Narkoseformen	1934	21	148	10,8%
	1935	31		
	1936	70		
	1937	10		
	1938	10		
	1939	1		
	1940	0		
	1941	0		
	1942	1		
	1943	4		
Keine Angabe	1934	6	28	2,1%

	1935	13		
	1936	4		
	1937	5		

Tabelle 11.2. – Unterteilung der andere Narkoseformen

Art	Jahr	Anzahl	Insgesamt	Anteil
Äther-Rectidon-Chloräthyl	1936	43	43	3,2%
Äther	1934	9	24	1,8%
	1935	3		
	1936	1		
	1937	2		
	1938	9		
Lumbalanästhesie	1934	2	24	1,8%
	1935	18		
	1936	2		
	1937	2		
Äther-Rectidon und Lokalanästhesie	1936	10	10	<1%
Chloräthyl-Äther	1936	2	10	<1%
	1937	1		
	1938	1		
	1939	1		
	1942	1		
	1943	4		
Avestin-Äther	1934	5	8	<1%
	1935	2		
	1937	1		
Evipan	1936	1	7	<1%
	1937	6		
Rectidon	1936	5	6	<1%
	1937	1		
Rectidon-Chloräthyl	1936	4	4	<1%
Evipan-Natrium	1934	3	3	<1%
Lokal- und Regionalanästhesie	1937	3	3	<1%
Rectidon und Lokalanästhesie	1936	2	2	<1%
Chloroform	1934	1	1	<1%
Pudendus-Blockade	1935	1	1	<1%
Äther und Lumbalanästhesie	1935	1	1	<1%

Äther-Chloräthyl und Lokalanästhesie	1936	1	1	<1%
--------------------------------------	------	---	---	-----

Tabelle 13 – Komplikationen der Zwangssterilisationen
(zu Kapitel 3.4.1.)

Tabelle 13.1. – Anzahl der Komplikationen

Jahr	Komplikation	Keine Komplikation	Verstorben	Komplikationsrate
1934	148	139	1	51,8%
1935	207	178	7	54,6%
1936	97	173	1	36,2%
1937	111	108	2	51,1%
1938	45	30	1	60,5%
1939	18	16	0	52,9%
1940	7	13	0	35,0%
1941	8	16	0	33,3%
1942	4	21	0	16%
1943	1	13	0	7,1%
Gesamt	646	707	12	-
Anteil	47,3%	51,8%	0,9%	-

Tabelle 13.2. – Unterteilung der Komplikationen in ihre Untergruppen (absolut)

Jahr	Wund- infektionen	Entzündungen	Blutung	Unruhe	Sonstige	Intraoperativ
1934	45	54	19	45	38	5
1935	87	68	14	57	45	9
1936	11	25	19	35	28	5
1937	37	43	11	28	36	2
1938	19	9	2	13	9	0
1939	9	6	1	4	2	0
1940	4	2	1	3	2	0
1941	1	2	1	1	3	0
1942	0	2	0	0	2	0
1943	1	0	0	0	0	0
Gesamt	214	211	68	186	165	21

Tabelle 13.3. – Unterteilung der Komplikationen in ihre Untergruppen (relativ)

Jahr	Wund-Infektionen	Entzündungen	Blutung	Unruhe	Sonstige	Intraoperativ
1934	30,4%	36,5%	12,8%	30,4%	25,7%	3,3%
1935	42,0%	32,9%	6,8%	27,5%	21,7%	4,3%
1936	11,3%	25,8%	19,6%	36,1%	28,9%	5,2%
1937	33,3%	38,7%	9,9%	25,2%	32,4%	1,8%
1938	42,2%	20,0%	4,4%	28,9%	20,0%	0%
1939	50,0%	33,3%	5,6%	22,2%	11,1%	0%
1940	57,1%	28,6%	14,3%	42,9%	28,6%	0%
1941	12,5%	25,0%	12,5%	12,5%	37,5%	0%
1942	0%	50,0%	0%	0%	50,0%	0%
1943	100,0%	0%	0%	0%	0%	0%
Gesamt	33,1%	32,7%	10,5%	28,8%	25,5%	3,3%

Tabelle 14 – Abschlussuntersuchungen nach Zwangssterilisationen
(zu Kapitel 3.4.2.)

Tabelle 14.1. – Anzahl der durchgeführten Abschlussuntersuchungen

Jahr	Durchgeführt	Nicht durchgeführt	Rate an Abschlussuntersuchung
1934	85	203	29,5%
1935	160	232	40,8%
1936	96	175	35,4%
1937	113	108	51,1%
1938	27	49	35,5%
1939	23	11	67,6%
1940	3	17	15,0%
1941	0	24	0%
1942	0	25	0%
1943	1	13	7,1%
Gesamt	508	857	37,2%

Tabelle 14.2. – Unterteilung der Abschlussuntersuchungen in Untersuchungsform

Jahr	Wunde	Internistisch	Vaginal
1934	65	0	20
1935	156	0	4
1936	93	2	1
1937	112	0	1
1938	25	0	2
1939	23	0	0
1940	3	0	0
1941	0	0	0
1942	0	0	0
1943	0	0	1
Gesamt	477	2	29

Tabelle 15 – Durchgeführte Nachsorge nach Zwangssterilisationen
(zu Kapitel 3.4.3.)

Jahr	Durchgeführt/ empfohlen	Nicht durchgeführt	Rate an Nachsorgeuntersuchungen
1934	22	266	7,6%
1935	18	374	4,6%
1936	9	262	3,3%
1937	5	216	2,3%
1938	2	74	2,6%
1939	0	34	0%
1940	2	18	10,0%
1941	1	23	4,2%
1942	0	25	0%
1943	0	14	0%
Gesamt	59	1306	4,3%

Tabelle 16 – Behandlungszahlen der Hessischen Hebammenlehranstalt Mainz in den Jahren 1930, 1932, 1934, 1936 und 1938
(zu Kapitel 4.1.)

Jahr	Gesamtzahl Gynäkologie	NSt*	St	Gesamtzahl Geburtenheft
1930	237	237	-	693
1932	133	133	-	647
1934	471	183	288	569
1936	405	134	271	559
1938	268	192**	76	597

*Stationär aufgenommene Neugeborene wurden aus der Statistik genommen.

**Die Zahl bezieht sich auf NSt ohne Aborte, da diese bis 1938 im Geburtenbuch geführt wurden.

Tabelle 17 – Behandlungszahlen im Jahr 1934 nach Aufnahmedatum
(zu Kapitel 4.1.)

Monat	Gesamtzahl	NSt	St
Januar	26	25	0
Februar	19	19	0
März	22	21	1
April	29	21	8
Mai	34	13	20
Juni	41	9	32
Juli	54	17	38
August	50	10	39
September	56	8	48
Oktober	42	11	31
November	61	20	40
Dezember	42	11	31
Gesamt	471	183	288

Tabelle 18 – Unterteilung der NSt in operative und konservative Behandlung
(zu Kapitel 4.2.)

Jahr	Operative Behandlung	Konservative Behandlung	Anteil operativer Behandlung
1930	143	94	60,3%
1932	86	47	64,7%
1934	100	83	54,6%
1936	78	56	58,2%
1938	95	97	49,5%
Gesamt	504	380	57,0%

Tabelle 19 – Diagnoseverteilung der NSt
(zu Kapitel 4.2.)

Tabelle 19.1. – Diagnoseverteilung der NSt (absolut)

Diagnosekategorien	1930	1932	1934	1936	1938	Gesamt
Blutungen	29	12	22	11	40	114
Entzündungen	53	39	58	26	43	219
Raumforderungen	36	19	27	22	21	125
Degenerative Veränderungen	49	26	31	15	18	139
Schwangerschafts- komplikationen	31	20	32	33	24	140
Sonstige Diagnosen	39	17	18	27	46	147

Tabelle 19.2. – Diagnoseverteilung der NSt (relativ)

Diagnosekategorien	1930	1932	1934	1936	1938	Gesamt
Blutungen	12,2%	9,0%	11,7%	8,2%	20,8%	114
Entzündungen	22,4%	29,3%	30,9%	19,4%	22,4%	219
Raumforderungen	15,2%	14,3%	14,4%	16,4%	10,9%	125
Degenerative Veränderungen	20,7%	19,5%	16,5%	11,2%	9,4%	139
Schwangerschafts- komplikationen	13,1%	15,0%	17,0%	24,6%	12,5%	140
Sonstige Diagnosen	16,5%	12,8%	9,6%	20,2%	24,0%	147

Tabelle 19.3. – Diagnoseverteilung der NSt verteilt auf operative und konservative
Therapiestrategie

Diagnosekategorien		1930	1932	1934	1936	1938
Blutungen	NSt	14	2	2	1	10
	St	15	10	20	10	30
Entzündungen	NSt	27	10	38	13	16
	St	26	29	20	13	27
Raumforderungen	NSt	2	7	2	2	9
	St	34	12	25	20	12
Degenerative Veränderungen	NSt	8	2	3	0	6
	St	41	24	28	15	12
Schwangerschafts- komplikationen	NSt	25	17	31	33	24
	St	6	3	1	0	0
Sonstige Diagnosen	NSt	18	19	12	7	34
	St	21	8	6	20	14

Tabelle 20 – Ärzte an der Hessischen Hebammenlehranstalt Mainz in den Jahren
1930, 1932, 1934-1943
(zu Kapitel 4.3.)

Tabelle 20.1. – Ärzte mit ihrer Mindestarbeitszeit

Arzt/Ärztin*	Jahre in der HLA	Mindestarbeitszeit in der HLA [Monate]**
OMR Puppel	1930-1937	70
Prof. Wehefritz	1938-1943	69
OA Nahmacher	1930	9
OA Tausch	1932	11
OA Lindenstruth	1934-1935	16
OA Ley	1935-1938	29
OA Tüscher	1938-1939	21
AA Behnke	1930	6
AA Gengnagel	1930	3
AA Klein	1930	2
AA Kohlhaas	1930	5
AA Menzel	1930	3
AA Pinhardt	1930	3

AA Schneider	1930	5
AA Waldeck	1930	3
AA Weber	1930	6
AA Christ	1932	12
AA Maier	1932	4
AA Dreier	1932	1
AA Stoll	1932	12
AA Naumann	1932	2
AA Vollmer	1932	1
AA Weinholz	1932	6
AA Allmann	1934-1935	18
AA Färber	1934-1935	17
AA Birk	1934	12
AA Degen	1935-1936	10
AA Schütz	1935-1936	3
AA Reichert	1935-1936	10
AA Buchbinder	1935	6
AA Christ	1935	6
AA Hanko	1936-1937	6
AA Jost	1936-1937	5
AA Herhartz	1936-1937	16
AA Wetz	1936	5
AA Becker	1936	8
AA Tag	1936	4
AA Stein	1936	4
AA Hinterlang	1937-1939	17
AA Huck	1937-1939	18
AA Nikolas	1937	5
AA Wammes	1937	3
AA Engel	1937	4
AA Lehmann	1937	4
AA Schlapp	1937	6
AA Kuhl	1938	6
AA Krebs	1938	7
AA Howe	1938	5
AA Schüßler	1938	3

AA Lustenberger	1939-1943	57
AA Weskott	1939-1942	47
AA Hellwig	1939	3
AA Müller	1939	4
AA Euteneurer	1939	2
AA Beck	1939	1
AA Nixdorf	1939	3
AA Mertens	1940	11
AA Dörenkamp	1941	3
AA Werrsch	1941	1
AA Puppel	1942	2
AA Barner	1942	8
AA Ruckelmann	1942	7
AA Bock	1942	7
AA Fechen	1943	4

*Die Schreibweise der Namen ist im besten Wissen und Gewissen aus den handschriftlichen Schriften der Krankenblätter entnommen. Es kann nicht bei allen eine Geschlechtszuordnung erfolgen, weshalb diese hier entsprechend nicht vorgenommen wurde.

**Monate, in denen der Arzt/die Ärztin entweder als Stationsarzt und/oder als OP-Assistenz genannt sind, wird ihnen als Arbeitsmonat gerechnet.

Tabelle 20.2. – Anzahl der Assistenzärzte pro Jahr*

1930	1932	1934	1935	1936	1937	1938	1939	1940	1941	1942	1943
9	7	3	7	10	10	6	9	3	4	6	2

*Die Anzahl der Assistenzärzte in den Jahren 1935, 1937, 1939 bis 1943 wurde nur durch die Beteiligung an den Zwangssterilisationen errechnet. In den Jahren 1935 und 1937 ist die Anzahl der Zwangssterilisationen so hoch, dass von einer repräsentativen Stichprobe auszugehen ist. In den Jahren 1939 bis 1943 ist von mehr als den genannten Assistenzärzten auszugehen.

Tabelle 20.3. – Arbeitstage der Stationsärzte

Jahr	Patiententage	Arbeitstage Assistenzärzte	Arbeitstage Oberarzt	Arbeitstage Stationsärzte	Patienten/Arzt/Tag
1930	3323	688	199	887	3,75
1932	2575	813	31	844	3,05
1934	7092	788	137	925	7,67
1936	6145	910	75	985	6,24
1938	4998	844	28	872	5,73

Tabelle 21 – Aufenthaltsdauer der konservativ behandelten NST
(zu Kapitel 4.4.1.1.)

Jahr	Operativ Patientinnen	präoperativ	Konservative Patientinnen	Alle NST
1930	19,0	7,6	7,3	12,6
1932	12,1	5,4	9,1	13,7
1934	21,2	4,4	13,4	17,6
1936	12,0	3,0	11,3	11,8
1938	16,9	3,1	11,4	13,6

Tabelle 22 – Stationsärzte im Vergleich zwischen konservativ und operativ behandelten NST*
(zu Kapitel 4.4.1.2.)

Arzt	Konservative NST		Operative NST		Zwangsterilisationen	
1934						
AA Allmann	40	48,2%	39	39,0%	96	33,3%
AA Birk	20	24,1%	17	17,0%	74	25,7%
AA Färber	6	7,2%	16	16,0%	92	31,9%
OMR Puppel	9	10,8%	7	7,0%	37	12,8%
1936						
AA Becker	12	21,4%	2	2,5%	22	8,0%
AA Degen	4	7,1%	0	0%	0	0%
AA Hanko	4	7,1%	0	0%	12	4,3%
AA Herhartz	6	10,7%	25	32,1%	119	43,1%
AA Jost	0	0%	1	1,3%	6	2,2%
OA Ley	5	8,9%	3	3,8%	2	<1%
AA Reichert	2	3,6%	3	3,8%	53	19,2%
AA Schütz	0	0%	0	0%	6	2,2%
AA Stein	0	0%	0	0%	5	1,8%
AA Tag	0	0%	3	3,8%	66	23,9%
AA Wetz	10	17,9%	5	6,4%	5	1,8%
1938						
AA Kuhl	18	18,6%	16	16,8%	6	7,9%
AA Hinterlang	60	61,9%	26	27,4%	56	73,7%
AA Hellwig	5	5,2%	4	4,2%	0	0%
AA Howe	40	41,2%	3	3,2%	2	2,6%
AA Huck	1	1,0%	30	31,6%	3	3,9%
AA Kreß	2	2,1%	4	4,2%	0	0%

AA Schüßler	7	7,2%	5	5,3%	0	0%
-------------	---	------	---	------	---	----

*Die Differenz der oben genannten Zahlen zur Zahl aller Patientinnen des jeweiligen Jahres bedingt sich durch häufige Nichtnennung des Stationsarztes.

Tabelle 23 – Aufnahmeuntersuchungen bei konservativ behandelten NSt
(zu Kapitel 4.4.1.4.)

Tabelle 23.1. – Anzahl der durchgeführten Aufnahmeuntersuchungen

Jahr	Durchgeführt	Nicht durchgeführt	Anteil durchgeführt
1930	62	32	66,0%
1932	31	16	66,0%
1934	54	29	65,1%
1936	23	33	41,1%
1938	67	30	69,1%
	237	140	62,9%
Jan-Mai 1934	32	11	74,4%
Jun-Dez 1934	25	18	58,1%

Tabelle 23.2. – Unterteilung der Aufnahmeuntersuchungen in Untersuchungsform

Jahr	vaginal	internistisch	Abstrich	Blutentnahme
1930	59	39	9	5
1932	30	7	7	0
1934	32	33	24	0
1936	6	3	16	0
1938	50	43	31	0

Tabelle 24 – Aufenthaltsdauer der operativ behandelten NSt und St
(zu Kapitel 4.4.2.1.)

Jahr	Operativ NSt-Patientinnen	Präoperativ (NSt)	St-Patientinnen	präoperativ (St)
1930	19,0	7,6	-	-
1932	12,1	5,4	-	-
1934	14,5	4,5	13,9	2,2
1936	12,0	3,0	15,2	3,7
1938	16,9	3,1	20,8	5,2
Jan-Mai 1934	16,8	4,9	-	-
Jun-Dez 1934	10,8	4,0	-	-

Tabelle 25 – Operateure der NSt und St
(zu Kapitel 4.4.2.2.)

Jahr	Chefarzt	Oberarzt	Assistenzarzt	Nicht genannt	Chefarztanteil
1930	76	30	15	22	53,1%
1932	49	27	3	7	57,0%
1934 NSt	52	28	1	19	52,0%
1934 St	157	128	0	3	54,5%
1936 NSt	38	33	7	0	48,7%
1936 St	124	143	0	4	45,8%
1938 NSt	33	39	5	18	34,7%
1938 St	37	38	1	0	48,7%

Tabelle 26 – Narkosepersonal der NSt und St
(zu Kapitel 4.4.2.2.)

Jahr	Arzt	Schwester	Nicht genannt	Arztanteil (bezogen auf genannt)
1930	59	10	74	85,5%
1932	48	16	22	75,0%
1934 NSt	1	46	53	2,1%
1934 St	142	260	11	35,3%
1936 NSt	42	10	26	80,8%
1936 St	204	45	22	81,9%
1938 NSt	59	1	35	98,3%
1938 St	76	0	0	100%

Tabelle 27 – Narkotika bei NSt und St
(zu Kapitel 4.4.2.2.)

Tabelle 27.1. – Verteilung der Narkotika bei NSt und St (absolut)

Jahr	Barbiturat- basiert	Äther- basiert	Nicht genannt	Spinal-/ Lumbalanästhesie
1930	8	51	57	27
1932	7	28	16	35
1934 NSt	2	44	43	11
1934 St	6	273	6	3
1936 NSt	27	14	25	12
1936 St	246	7	5	13
1938 NSt	51	15	27	2
1938 St	66	9	1	0

Tabelle 27.2. – Verteilung der Narkotika bei NSt und St (relativ)

Jahr	Barbiturat- basiert	Äther- basiert	Nicht genannt	Spinal-/ Lumbalanästhesie
1930	5,6%	35,7%	39,8%	18,9%
1932	8,1%	32,6%	18,6%	40,7%
1934 NSt	2%	44%	43%	11%
1934 St	2,1%	94,8%	2,1%	1,0%
1936 NSt	34,6%	17,9%	32,1%	15,4%
1936 St	90,8%	2,6%	1,8%	4,8%
1938 NSt	53,7%	15,8%	28,4%	2,1%
1938 St	86,8%	11,8%	1,3%	0%

Tabelle 28 – Präoperative Untersuchungen bei operative behandelten NSt und St
(zu Kapitel 4.4.2.3.)

Tabelle 28.1. – Präoperative Untersuchung bei NSt und St (absolut)

Jahr	Durchgeführte Untersuchungen	Voruntersuchungen nicht durchgeführt	Anteil durchgeführter Untersuchungen
1930	117	26	81,8%
1932	73	13	84,9%
1934 NSt	87	13	87,0%
1934 St	51	237	17,7%
1936 NSt	35	43	44,9%
1936 St	33	238	12,2%

1938 NSt	66	29	69,5%
1938 St	63	13	82,9%

Tabelle 28.2. – Präoperative Untersuchung bei NSt und St (relativ)

Jahr	Vaginal	Internistisch	Abstriche	Unspezifisch
1930	110	86	62	2
1932	34	68	16	4
1934 NSt	85	85	28	3
1934 St	46	1	17	0
1936 NSt	23	11	9	0
1936 St	7	5	7	17
1938 NSt	61	31	21	10
1938 St	50	45	38	4

Tabelle 29 – Abschlussuntersuchungen bei operativ behandelten NSt und St (zu Kapitel 4.4.2.3.)

Jahr	Durchgeführt	Nicht durchgeführt	Rate an Abschlussuntersuchung
1930	73	70	51,0%
1932	72	14	83,7%
1934 NSt	49	51	49,0%
1934 St	85	203	29,5%
1936 NSt	39	39	50%
1936 St	96	175	35,4%
1938 NSt	34	61	35,8%
1938 St	27	49	35,5%

Tabelle 30 – Nachsorge bei operativ behandelten NSt und St
(zu Kapitel 4.4.2.3.)

Jahr	Durchgeführt/ empfohlen	Nicht durchgeführt	Rate an Nachsorgeuntersuchungen
1930	10	133	7,0%
1932	28	58	32,6%
1934 NSt	57	43	57,0%
1934 St	22	266	7,6%
1936 NSt	44	34	56,4%
1936 St	9	262	3,3%
1938 NSt	53	42	55,8%
1938 St	2	74	2,6%

Tabelle 31 – Komplikationen bei operativ behandelten NSt und St
(zu Kapitel 4.4.2.3.)

Tabelle 31.1. – Komplikationen bei NSt und St (absolut)

Jahr	Komplikation	Keine Komplikation	Verstorben	Komplikationsrate
1930	56	78	9	45,4%
1932	43	40	3	50,0%
1934 NSt	43	54	3	46,0%
1934 St	148	139	1	51,8%
1936 NSt	47	27	4	60,3%
1936 St	97	173	1	36,2%
1938 NSt	48	46	1	50,5%
1938 St	45	30	1	60,5%

Tabelle 31.2. – Unterteilung der Komplikationen bei NSt und St (absolut)

Jahr	Wund- infektionen	Blutung	Schmerz	Unruhe	Entzündungen	Sonstige
1930	2	5	14	2	33	12
1932	2	3	13	1	29	17
1934 NSt	2	2	18	0	26	5
1934 St	45	19	19	45	54	19
1936 NSt	8	15	13	2	18	10
1936 St	11	19	9	35	25	19

1938 NSt	7	32	11	1	17	37
1938 St	19	2	2	13	9	7

Tabelle 31.3. – Unterteilung der Komplikationen bei NSt und St (relativ)

Jahr	Wund- infektionen	Blutung	Schmerz	Unruhe	Entzündungen	Sonstige
1930	1,4%	3,5%	9,8%	1,4%	23,1%	8,4%
1932	2,3%	3,4%	15,1%	1,2%	33,7%	19,8%
1934 NSt	2,0%	2,0%	18,0%	0	26,0%	5,0%
1934 St	15,6%	6,6%	6,6%	15,6%	18,8%	6,6%
1936 NSt	10,3%	19,2%	16,1%	2,6%	23,1%	12,8%
1936 St	4,1%	7,0%	3,3%	12,9%	9,2%	7,0%
1938 NSt	7,4%	33,7%	13,7%	1,1%	17,9%	38,9%
1938 St	25,0%	2,6%	14,5%	17,1%	11,8%	9,2%

Literaturverzeichnis

- Baader, Gerhard (2018): Rassenhygiene und Eugenik – Vorbedingungen für die Vernichtungsstrategien gegen sogenannte „Minderwertige“ im Nationalsozialismus. In: Bader, Gerhard und Peter, Jürgen (Hrsg.): Public Health, Eugenik und Rassenhygiene in der Weimarer Republik und im Nationalsozialismus. Frankfurt am Main (Mabuse).
- Barth, Johann Ambrosius (1903): Zentralblatt für Gynäkologie. Band 27.
- Baur, Kurt (2008): Nationalsozialismus. Wien, Köln, Weimar (Böhlau).
- Beushausen, Ulrich, Dahms, Hans-Joachim, Koch, Thomas, Massing, Almuth, Obermann, Konrad (1998): Die Medizinische Fakultät im Dritten Reich. In: Becker, Heinrich, Dahms, Hans-Joachim, Wegeler, Cornelia (Hrsg.): Die Universität Göttingen unter dem Nationalsozialismus. 2. Auflage, München (Saur).
- Bock, Gisela (1986): Zwangssterilisation im Nationalsozialismus: Studien zur Rassenpolitik und Frauenpolitik. Opladen (Westdeutscher Verlag).
- Bühling, Kai und Friedmann, Wolfgang (2009): Intensivkurs Gynäkologie und Geburtshilfe. 2. Auflage, München (Urban & Fischer).
- Daum, Monika und Deppe, Hans-Ulrich (1991): Zwangssterilisation in Frankfurt am Main 1933-1945. Frankfurt am Main (Campus).
- Delingat, Almut (1975): Die Geschichte der Anästhesiologie in Deutschland. Diss., Bamberg. Universität Köln.
- Dörries, Rüdiger, Hof, Herbert (2009): Medizinische Mikrobiologie. 4. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Stuttgart (Thieme).
- Dumont, Franz (2002): Unter dem Hakenkreuz - Mainzer Medizin im Nationalsozialismus 1933-1945. In: Dumont, Franz, Fischer, Klaus-Dietrich, Kutzer, Michael, Lilienthal, Georg, Sander, Sabine, Thomann, Klaus-Dieter (Hrsg.): Moguntia medica – Das medizinische Mainz. Wiesbaden (Wylcil).
- Eckart, Wolfgang (2011): Illustrierte Geschichte der Medizin – Von der französischen Revolution bis zur Gegenwart. Berlin und Heidelberg (Springer).
- Ehlers, Paul Nikolai (1994): Die Praxis der Sterilisationsprozesse in den Jahren 1934-1945 im Regierungsbezirk Düsseldorf unter besonderer Berücksichtigung der Erbgesundheitsgerichte Duisburg und Wuppertal. München (VVF).
- Fangerau, Heiner und Noack, Thorsten (2006): Rassenhygiene in Deutschland und Medizin im Nationalsozialismus. In: Schulz, Stefan, Steigleder, Klaus, Fangerau, Heiner, Paul, Norbert W. (Hrsg.): Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Eine Einführung. Frankfurt am Main (Suhrkamp).
- Freimüller, Tobias (2003): Mediziner: Operation Volkskörper. In: Frei, Norbert (Hrsg.): Hitlers Eliten nach 1945. München (dtv).
- Geßner, Otto und Müller, Fritz (1940): Vergleichend pharmakologische Untersuchungen über die Basisnarkotica Avertin, Pernocton, Rectidon, Eunarcon und Evipan. In: Zeitschrift für die gesamte experimentelle Medizin. Jg 107. Nr. 5.

Gütt, Arthur, Rüdin, Ernst, Ruttke, Falk (1934): Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933: mit Auszug aus dem Gesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Maßregeln der Sicherung und Besserung vom 24. Nov. 1933. München (Lehmann).

Gütt, Arthur, Rüdin, Ernst, Ruttke, Falk (1936): Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933 nebst Ausführungsverordnungen. 2. neubearbeitete Auflage, München (Lehmann).

Halbe, Bernd (2017): Chefarzt: Kein gesetzlich vorgegebener Begriff. In: Deutsches Ärzteblatt. Jg. 114. Heft 22-23. 05.06.2017.

Hennig, Jessika (1998): Zwangssterilisation in Offenbach am Main 1934-1944. Diss., Frankfurt am Main (Mabuse).

Herold, Gerd (2013): Innere Medizin. Köln (Herold).

Hinz-Wessels, Annette (2004): NS-Erbgesundheitsgerichte und Zwangssterilisation in der Provinz Brandenburg. Berlin (be.bra.wissenschaft).

Holzbach-Linsenmaier, Heidrun (2007): Deutschnationale Volkspartei. In: Benz, Wolfgang, Graml, Herrmann, Weiß, Hermann (Hrsg.): Enzyklopädie des Nationalsozialismus. 5. Aktualisierte und erweiterte Ausgabe, München (dtv).

Jankovic, Danilo (2008): Regionalblockaden & Infiltrationstherapie - Lehrbuch und Atlas. 4. vollständig überarbeitete Ausgabe, Berlin (ABW Wissenschaft).

Kaasch, Imke (2006): Zur Alltagsgeschichte des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses am Beispiel der Begutachtung von Frauen an der Universitäts-Nervenklinik Tübingen im Jahr 1936. Diss. Univ. Tübingen. Fulda.

Kabisch, M (1954): Die homöopathische Behandlung von Zyklusstörungen und genitalen Blutungen. In: Allgemeine Homöopathische Zeitung. Jg. 199. Nr. 09.

Kettenacker, Lothar (2007): Volkstumspolitik. In: Benz, Wolfgang, Graml, Hermann und Weiß, Hermann (Hrsg.): Enzyklopädie des Nationalsozialismus. 5. Aktualisierte und erweiterte Ausgabe, München (dtv).

Klee, Ernst (2001): Deutsche Medizin im Dritten Reich - Karrieren vor und nach 1945. Frankfurt am Main. (Fischer).

Klee, Ernst (2003): Das Personenlexikon zum Dritten Reich - Wer war was vor und nach 1945. Frankfurt am Main (Fischer).

Kleinschmidt, Otto (1931): Ueber Schmerzbetäubung in der kleinen Chirurgie. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift. Jg. 57. Nr. 26. (Thieme)

Koch, Thomas (2017): Zwangssterilisation im Dritten Reich; 2. erweiterte Auflage. Frankfurt am Main (Mabuse).

Lenz, Fritz (1923): Menschliche Auslese und Rassenhygiene. In: Baur, Erwin, Fischer, Eugen, Lenz, Fritz (Hrsg.): Grundriß der menschlichen Erblichkeitslehre und Rassenhygiene. München (Lehmann).

Ley, Astrid (2009): Das Erbgesundheitsverfahren nach dem NS-Sterilisationsgesetz. Eine Einführung In: Justizministerium des Landes NRW (Hrsg.): Justiz und Erbgesundheit – Juristische Zeitgeschichte Nordrhein-Westfalen, Band 17. Recklinghausen.

Lifton, Robert J. (1993): Ärzte im Dritten Reich. Stuttgart (Klett-Cotta).

Link, Gunther (1999): Eugenische Zwangssterilisationen und Schwangerschaftsabbrüche im Nationalsozialismus. Dargestellt am Beispiel der Universitätsfrauenklinik Freiburg. Frankfurt a.M., Berlin, Bern, New York, Paris, Wien (Peter Lang).

Lustig, Walter (1932): Die Ärzte und das sonstige Krankenhauspersonal. In: Ebermeyer, Ludwig und Philipsborn, Alexander (Hrsg.): Krankenhausrecht einschließlich Arzt- und Heilmittelrecht. München (JF Bergmann).

Marnau, Björn (2003): Steril und rasserein: Zwangssterilisation als Teil der nationalsozialistischen Rassenpolitik 1934 und 1945: Der Kreis Steinburg als Beispiel. Frankfurt am Main (Peter Lang).

Mitscherlich, Alexander u. Mielke, Fred (2009): Medizin ohne Menschlichkeit - Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses. 17. Auflag; Frankfurt (Fischer).

Müller, Ingo (1989): Furchtbare Juristen – Die unbewältigte Vergangenheit unserer Justiz. München (Kindler).

Müller, Joachim (1985): Sterilisation und Gesetzgebung bis 1933. Husum (Matthiesen).

Muller, Hermann J. (1927): Artificial transmutation of the gene. In: Science. Band 66.

Nagel, Wilhelm (1904): Gynäkologie für Ärzte und Studierende. Berlin (Kornfeld).

Nahmmacher, Hans (1924): Ein Fall eines Magenlipoms. In: Zentralblatt für Chirurgie. Jg. 51.

Ottow, Benno (1935): Zur Klinik der gesetzlichen Unfruchtbarmachung der Frau. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift. Jg. 51. Nr. 15.

Poliakov, Leon und Wulf, Joseph (1978): Das Dritte Reich und seine Denker. 2. Auflage, München (K.G. Saur).

Pommerin, Reiner (1979): Sterilisation der Rheinlandbastarde – Das Schicksal einer farbigen deutschen Minderheit 1918-1937. Düsseldorf (Droste).

Puppel, Ernst (1901): Ueber die Ausbreitung des Gebärmutterkrebses in praeformierten Lymphbahnen. In: Gynecologic and Obstetric Investigation. 13. Jg. Nr. 1.

Puppel, Ernst (1947): Der vorzeitige Blasensprung. Stuttgart. (Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft).

Puppel, Ernst und Puppel, Ernst-Dieter (1990): Puppel – Erinnerungen eines Arztes. Dorn-Dürkheim (Eigenverlag).

Puppel, Hans Jochen (1949): Kleine Mitteilungen und Berichte – Obermedizinalrat Dr. Ernst Puppel, Mainz. In: Deutsche Hebammenzeitschrift. Jg. 1949. Nr. 3.

Reichel, Peter (2007): Vergangenheitsbewältigung in Deutschland. Die Auseinandersetzung mit der NS-Diktatur in Politik und Justiz; 2. aktualisierte und überarbeitete Auflage- München (C.H. Beck).

Reichel, Peter, Schmid, Harald und Steinbach, Peter. 2009. Die „zweite Geschichte“ der Hitler-Diktatur Zur Einführung. In: Reichel, Peter, Schmid, Harald und Steinbach, Peter (Hrsg.): Der Nationalsozialismus - die zweite Geschichte. München (C.H. Beck).

Rietschel, Hans (1928): Klinik, Poliklinik und Abteilung für Kinderkrankheiten. In: Das Staatliche Luitpoldkrankenhaus zu Würzburg - Die Ersten Fünf Jahre des Vollbetriebs. Heidelberg (Springer).

Ruckert, Frédéric (2012): Zwangssterilisationen im Dritten Reich 1933-1945 - Das Schicksal der Opfer am Beispiel der Frauenklinik des Städtischen Krankenhauses und der Hebammenlehranstalt Mainz. Beiträge zur Geschichte der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Neue Folge 10. Mainz (Franz Steiner).

Schmidt, Rainer (2008): Der Zweite Weltkrieg. Die Zerstörung Europas. Berlin-Brandenburg (be.bra).

Schwarzmann-Schafhauser, Doris (2005): Heparin. In: Gerabek, Werner, Haage, Bernhard, Keil, Gundolf und Wegner, Wolfgang (Hrsg.): Enzyklopädie Medizingeschichte. Berlin (De Gruyter).

Simon, Jürgen (2001): Kriminalbiologie und Zwangssterilisation – Eugenischer Rassismus 1920-1945. Münster (Waxmann).

Souza-Offtermatt, Gerlind, Staubach, Karl-Hermann, Sterk, Peter, Udolph, Almut (2004): Intensivkurs Chirurgie. München (Urban).

Surmann, Rolf (2005): Was ist typisches NS-Unrecht? – Die verweigerte Entschädigung für Zwangssterilisierte und „Euthanasie“-Geschädigte. In: Hamm, Margret (Hrsg.): Lebenswert – zerstörte Leben: Zwangssterilisation und „Euthanasie“. Frankfurt (VAS).

Steger, Florian (2008): Das Erbe des Hippokrates - Medizinethische Konflikte und ihre Wurzeln. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht).

Steppe, Hilde (1986): Krankenpflege im Nationalsozialismus. In: Steppe, Hilde, Koch, Franz, Weisbrod-Frey, Herbert (Hrsg.): Krankenpflege im Nationalsozialismus. 3. Auflage, Frankfurt am Main (Mabuse).

Striebel, Hans Walter (2016): Anästhesie – Intensivmedizin – Notfallmedizin. Für Studium und Ausbildung. 9.Auflage, Stuttgart (Schattauer).

Strutz-Ködel, Marianne (Hrsg.) (1995): Deutsches Geschlechterbuch - Genealogisches Handbuch bürgerlicher Familien. Quellen- und Sammelwerk mit Stammfolgen deutscher bürgerlicher Geschlechter. Band 202. 53. Allgemeiner Band. Limburg (C.A. Starke).

Tausch, Bernhard (1926): Indikan- und Harnstoffgehalt bei Schwangeren. Diss.

Vogel, Andrea (2015): Chirurgie in Frage und Antwort. 8. Auflage, München (Urban & Fischer).

Wiesenberg, Klaus (1986): Die Rechtsprechung der Erbgesundheitsgerichte Hanau und Gießen zu dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14.Juli.1933, ergänzt durch eine Darstellung der heutigen Rechtslage zur Unfruchtbarmachung. Diss., Frankfurt am Main.

Wehrauch, Thomas (2016): Internistische Therapie 2016/2017. 21. Auflage, München (Urban & Fischer).

Weingart, Peter (2018): Eugenics and Race-Hygiene in the German Context. A Legacy of Science Turned Bad? In: Baader, Gerhard und Peter, Jürgen (Hrsg.): Public Health, Eugenik und Rassenhygiene in der Weimarer Republik und im Nationalsozialismus. Frankfurt am Main (Mabuse).

Weisbrod-Frey, Herbert (1986): Krankenpflegeausbildung im 3. Reich. In: Steppe, Hilde, Koch, Franz und Weisbrod-Frey, Herbert (Hrsg.): Krankenpflege im Nationalsozialismus. 3. Auflage, Frankfurt am Main (Mabuse).

Winter, Georg (1907): Lehrbuch der gynäkologischen Diagnostik. Leipzig (S. Hirzel).

Wunder, Michael (2005): Die genetische Verbesserung des Menschen – Der Traum, der zum Alptraum wurde. In: Hamm, Margret (Hrsg.): Lebensunwert – zerstörte Leben: Zwangssterilisation und „Euthanasie“. Frankfurt (VAS).

Zimmermann, Rolf und Nahmmacher, Hans (1927): Ist bei der Hysterosalpingographie eine lokale oder allgemeine Schädigung durch das Iodipin als Kontrastmittel zu befürchten? In: Fortschritt auf dem Gebiet der Röntgenstrahlen. Jg. 36

Abbildung 5 – Exemplarischer Abstrichbefund aus den Krankengeschichten der Hebammenlehranstalt Mainz (KrG HLA. 1937 (1). Patientin Katharina A. HbNr. 76).

Gynäkologischer Befund:

em. Buch Nr. _____
 fol. Buch Nr. _____
 seriol. Buch Nr. 506/137
 col. Buch Nr. _____

**Städtisches Krankenhaus
 Mainz
 Pathologisches Institut**

Untersuchungsantrag an den Prosektor
(Deutlich zu schreiben!)

name, Vorname, | id. [redacted] Katharina, 397.
 Alter, Beruf, | mit Gebärmutter, z. Zt. Mainz,
 und Adresse | gebärmutterkreislauferkrankung
 des Kranken | 1/2.

pflegungs-kategorie (Pauper?) | _____

untersuchungs-material | Impfentnahmestoff

der gewünschten Untersuchung | Sipfentnahme.

ort der Entnahme | put. 5. 9. 17.

Bemerkungen aus der Vorgeschichte, mutmaßliche klinische Diagnose usw. | Angina? Li.!

6.11. 17.
 - Datum: _____

i. H. Jück.
 Das leserliche Unterschrift oder Stempel.
 Fernsprache Nr. _____

23 2 35 10000

Abbildung 6 – Statistischer Bericht über die Hebammenlehranstalt Mainz ab 1931, verfasst im Jahr 1936 (aus dem Privatbesitz Puppel Erben in Dorn-Dürkheim).

Hebammenlehranstalt und Frauenklinik
zu Mainz

I. Entwicklung der Kliniksbelegung.

1. Wieviel Betten hat Ihre Klinik ? 120
 - a) Für Geburtshilfe ? 65
 - b) " Gynäkologie ? 15
 - c) " Pflegekinder ? 40
2. Zu Wieviel Prozent ist Ihre Klinik in letzter Zeit belegt? 75 v.H.
3. Wieviel Heusschwangere beherbergt Ihre Klinik ? 12
4. Wie ist die Geburtenbewegung in Ihrer Klinik über einen möglichst langen Zeitraum?
 1931: 884; 1932: 440; 1933: 417; 1934: 569; 1935: 582;
 1936: voraussichtlich 580.
- Wieviel Geburten entfallen auf Heusschwangere ? 100.
5. Hat die Frequenz der pathologischen geburtshilfflichen Fälle in dem letzten Jahre bei Ihnen zu- oder abgenommen ?
 zugenommen.
6. Wie hat sich bei Ihnen die gynäkologische Belegung entwickelt ?
 Gynäkologische Belegung ist um etwas zurückgegangen; Rückgang ist jedoch durch den Zugang der Erbkranken zur Unfruchtbarmachung ausgeglichen.
7. Haben Sie eine poliklinische Freistunde für Schwangere ? ja.
 Wenn ja, wie ist die Einstellung der örtlichen Ärztevereinigung dazu?
 Einrichtung wird, da sie schon seit Jahrzehnten besteht, stillschweigend hingenommen.
- Arbeiten Sie dabei mit der N.S.V. oder mit anderen Organisationen zusammen?
 Poliklinische Freistunde ist eingerichtet für Minderbemittelte, die zum grössten Teil von sich aus zur Sprechstunde kommen.
8. Halten Sie eine regelmässige Säuglings- bzw. Mütterberatung ab?
 nein.
 In Zusammenarbeit mit wem? ./.
9. Wie hat sich die Schülerinnenzahl in Ihrer Anstalt in den letzten Jahren verändert?
 1931: 18; 1932: 16; 1933: 7; 1934: 23; 1935: 19;
 1936: z.Zt. 15.
10. Reicht Ihr geburtshilffliches bzw. gynäkologisches Krankengut für Unterrichtszwecke völlig aus?
 ja.