

Die Durchführung von Zwangssterilisationen an lippischen Patienten in der Heil- und Pflegeanstalt 'Lindenhaus' im Zeitraum von 1934 bis 1939

Die Geschichte der lippischen Heil- und Pflegeanstalt 'Lindenhaus' während der ersten sechs Jahre des Nationalsozialismus ist sehr komplex und durch verschiedene Entwicklungen gekennzeichnet. Prägend waren vor allem die 'Säuberung' der Ärzteschaft und des Pflegepersonals von politisch und rassistisch mißliebigen Beamten aufgrund des 'Gesetzes zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums', die parallel dazu verlaufende Politisierung der weiterhin im Dienst befindlichen Ärzte, die im Bereich der Heil- und Pflegeanstalten durchgeführten staatlichen Sparmaßnahmen und schließlich die unter dem Primat der 'Rassenhygiene' veränderten Handlungsweisen der Psychiater gegenüber psychisch kranken Menschen.

Im folgenden soll ein Aspekt der Anstaltsgeschichte beleuchtet werden, der die Lebensbedingungen der rund 520 in der Anstalt untergebrachten männlichen und weiblichen Patienten besonders verdeutlicht: die im Lindenhaus durchgeführten Zwangssterilisationen. Zu diesem Zweck erscheint es sinnvoll, in einem ersten Teil die ideologischen Voraussetzungen für das 1933 erlassene 'Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses' zu skizzieren. In einem zweiten Schritt werden dann der Inhalt des nationalsozialistischen Sterilisationsgesetzes und der formale Ablauf des Sterilisationsverfahrens dargelegt. Der daran anschließende Hauptteil des Aufsatzes beschreibt die Durchführung der Zwangssterilisationen im Lindenhaus. Ein besonderes Augenmerk wird – neben der quantitativen Dimension der Zwangssterilisationen – hierbei auf die Reaktionen der Ärzte, Patienten und der lippischen Bevölkerung gerichtet.

1. Die ideologischen Voraussetzungen

1.1. Der moderne Rassismus

Die ideologische Grundlage der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik ist der 'moderne Rassismus'.¹ Rassistische Erklärungsmuster sind jedoch nichts genuin nationalsozialistisches, sondern haben sich seit der Aufklärung herausgebildet. Ausschlaggebend für den Durchbruch des 'modernen Rassismus' En-

de des letzten Jahrhunderts waren ein tiefgreifender Umbruch in der Biologie, die darwinistischen Evolutions- und Selektionstheorien und die Anfänge der modernen Genetik. Rassistische Theorien traten (und treten immer noch) mit dem Anspruch auf, soziale Strukturen, gesellschaftliche Entwicklungen und Konflikte biologisch zu erklären. Diese Erklärungsansätze gründeten sich zu meist auf Rassentheorien, welche die Menschheit anhand von körperlichen oder genetischen Merkmalen in verschiedene Gruppen einteilen. Die frühen Rassentheorien gingen meist von äußerlich sichtbaren Merkmalen aus, z.B. der Hautfarbe oder der Schädel- und Nasenform. Mit der Entstehung der modernen Genetik – das ist in unserem Zusammenhang besonders wichtig – lösten sich die Rassentheorien zunehmend von dem äußeren Erscheinungsbild (Phänotyp) des Menschen und wandten sich seinen Erbanlagen (Genotyp) zu. Damit war es möglich, den Rassenbegriff nicht mehr nur auf Großgruppen der Menschheit, z.B. Menschen unterschiedlicher Hautfarbe, zu beziehen, sondern auch auf genetische Anomalien innerhalb dieser Großgruppen. Diese Erweiterung des Rassenbegriffs hatte eine Aufspaltung in einen 'anthropologischen' und einen 'hygienischen' Rassismus zur Folge. In Deutschland richtete sich der 'anthropologische Rassismus' vor allem gegen Sinti, Roma und Juden. Der 'hygienische Rassismus' dagegen wandte sich gegen die Gruppen, die als 'erbkrank' eingestuft wurden. Zu ihnen gehörten z.B. psychisch Kranke, geistig Behinderte, Bettler, 'Gewohnheitsverbrecher' und Prostituierte.²

Die Annahme der modernen rassenhygienischen Theorien, daß Armut, Kriminalität und psychische Krankheiten genetisch bedingt, vererbbar und damit unbeeinflussbar seien, hatte weitreichende sozial- und gesundheitspolitische Folgen. Solange das deviante Verhalten dieser Gruppen als umweltbedingt angesehen wurde, schien eine Wiedereingliederung dieser Menschen in die Gesellschaft möglich. In bezug auf psychisch Kranke hieß dies: Solange seelisches Leiden als Reaktion auf bestimmte krisenhafte Lebenssituationen und auf soziale Einflüsse zurückgeführt wurde, schien Heilung möglich, nicht aber, wenn psychische Krankheit – wie es die rassenhygienischen Krankheitskonzepte taten – als Ausdruck eines genetischen Defekts galt. Getragen von der Vorstellung, daß sich 'erblich belastete' Menschen stärker fortpflanzen als sogenannte 'erbgesunde' und 'rassisch wertvolle' Bevölkerungsanteile, sahen führende Rassenhygieniker, Psychiater und Demographen die Notwendigkeit, einerseits eine Nachkommenschaft aus 'gesunden' Familien durch 'positiv eugenische' Maßnahmen z.B. finanzielle Vergünstigungen bei einer Familiengründung zu fördern und andererseits 'erbkrank' Menschen durch 'negativ eugenische' Maßnahmen von der Fortpflanzung auszuschließen, z.B. durch Sterilisierung, Asylisierung oder Eheverbote.

1.2. Der Sterilisationsgedanke im rassenhygienischen Diskurs

Der Sterilisationsgedanke war von Anfang an ein wichtiges Element des rassenhygienischen Diskurses. Forderungen nach eugenischer Sterilisierung wurden bereits seit dem Ende des 19. Jahrhunderts von Rassenhygienikern gestellt. International vergleichende Studien haben gezeigt, daß sich die Sterilisationsdebatte in Deutschland vor der nationalsozialistischen 'Machtergreifung' nicht grundlegend von derjenigen anderer nordeuropäischer Staaten mit vorwiegend protestantischem Bevölkerungsanteil unterschied.³ Sowohl in Ländern wie z.B. Großbritannien, Norwegen und Schweden als auch in Deutschland gab es über alle Parteigrenzen hinweg Befürworter und Gegner der Sterilisation.⁴ Seit dem Ersten Weltkrieg waren in Deutschland von verschiedenen Seiten auf Reichs- und Länderebene Gesetzentwürfe und Petitionen eingereicht worden, die eine rechtliche Verankerung und politische Umsetzung der eugenischen Sterilisation durchsetzen wollten. Während der Weltwirtschaftskrise wurden 'negative eugenische' Maßnahmen verstärkt von Anhängern der rechts-konservativen und nationalsozialistischen Parteien gefordert, die dabei vor allem von Ärzten, Psychiatern und Rassenhygienikern unterstützt wurden.⁵ Auch aus den Veröffentlichungen des von 1927 bis 1933 im Lindenhaus als Anstaltsdirektor tätigen Psychiaters Erich Friedländer geht hervor, daß er die Sterilisation psychisch kranker Menschen als geeignetes Mittel der Bevölkerungspolitik befürwortete, und zwar mit einem für die Zeit der Weltwirtschaftskrise typischen Argument: Indem man psychisch Kranke durch Sterilisation von der Fortpflanzung ausschließe, könne man Fürsorgekosten bei zukünftigen Generationen einsparen.⁶ Obgleich die Forderung nach eugenischer Sterilisation am Ende der Weimarer Republik weit verbreitet war, soll herausgestellt werden, daß die Einführung einer Sterilisationsgesetzgebung trotz wichtiger ideologischer und konzeptioneller Vorarbeiten für das nationalsozialistische 'Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses' während der Weimarer Republik scheiterte und erst unter den politischen Voraussetzungen des Nationalsozialismus verabschiedet werden konnte.⁷

2. Das 'Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses' (GzVeN)

2.1. Verabschiedung und Inhalt des GzVeN

Bereits ein knappes halbes Jahr nach Hitlers Amtsantritt wurde in der Reichskabinettsitzung vom 14. Juli 1933 das von Reichsinnenminister Frick in Zusammenarbeit mit dem Sachverständigenbeirat für Bevölkerungs- und Rassenpolitik erarbeitete GzVeN verabschiedet. Es konnte gegen den energischen Widerspruch des Vizekanzlers von Papen durchgesetzt werden, der auf die

Unsicherheiten der Erbprognose und den befürchteten Widerstand der katholischen Kirche verwies.⁸

Im ersten Paragraphen legte das Sterilisationsgesetz die Personengruppe fest, die auch gegen ihren Willen und unter Anwendung von polizeilichem Zwang sterilisiert werden sollte:

(1) Wer erbkrank ist, kann durch chirurgischen Eingriff unfruchtbar gemacht werden, wenn nach den Erfahrungen der ärztlichen Wissenschaft mit großer Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist, daß seine Nachkommen an schweren körperlichen und geistigen Erbschäden leiden werden.

(2) Erbkrank im Sinne dieses Gesetzes ist, wer an einer der folgenden Erbkrankheiten leidet:

1. angeborener Schwachsinn,
2. Schizophrenie,
3. Zirkulärem (manisch-depressivem) Irresein,
4. erblichem Veitstanz (Huntingtonscher Chorea),
5. erblicher Blindheit,
6. erblicher Taubheit
7. schwerer erblicher körperlicher Mißbildung.

(3) Ferner kann unfruchtbar gemacht werden, wer an schwerem Alkoholismus leidet.⁹

Um die Zulässigkeit der Sterilisation zu belegen, verlangte das Gesetz lediglich den ärztlichen Nachweis einer der genannten Erkrankungen, es war nicht notwendig, die Erbllichkeit im Einzelfalle durch eine Untersuchung der Verwandtschaft nachzuweisen. Dieser Nachweis hätte auch gar nicht erbracht werden können: man ging zwar davon aus, daß sich diese Krankheiten vererbten, wie sie sich jedoch vererbten, konnte man nicht beantworten.

2.2. Durchführungsbestimmungen des GzVeN

Das Gesetz trat erst zum 1. Januar 1934 in Kraft. Bis dahin sollte eine reichseinheitliche Durchführungsbestimmung erlassen werden, die den genauen Ablauf des Sterilisationsverfahrens regelte und gleichzeitig die notwendigen Instanzen zu seiner Umsetzung schuf. Die Durchführung des Sterilisationsverfahrens begann mit einer Anzeige beim zuständigen Amtsarzt. Diese Anzeige konnte von dem Betroffenen selber oder seinem gesetzlichen Vertreter gestellt werden. Darüber hinaus waren alle mit 'Heilbehandlung, Untersuchung und Beratung von Kranken' befaßten Personen, also auch die Ärzte der Heil- und Pflegeanstalten, zur Anzeige verpflichtet. In einem zweiten Schritt stellte der Amtsarzt einen Antrag auf Unfruchtbarmachung und leitete damit das 'Erbgesundheitsgerichtsverfahren' ein.¹⁰

Zur juristischen Durchführung des Verfahrens wurden Erbgesundheitsgerichte (EG) eingerichtet, die den jeweiligen Amtsgerichten zugeordnet waren. Das lippische Erbgesundheitsgericht hatte seinen Sitz in Detmold und wurde mit einem Richter und zwei Ärzten besetzt.¹¹ Die Ärzte waren also nicht nur in der Mehrzahl, sondern traten auch in doppelter Funktion auf: Einerseits als medizinische Sachverständige, andererseits als Laienrichter. Das Verfahren war nicht öffentlich. Das Gericht hatte die notwendigen Ermittlungen anzustellen. Es konnte Zeugen und Sachverständige vernehmen, das persönliche Erscheinen und die ärztliche Untersuchung des Betroffenen anordnen und ihn sogar unter Zwangsanwendung vorführen lassen. Ärzte, die als Zeugen oder Sachverständige vernommen wurden, waren, ohne Rücksicht auf das Berufsgeheimnis, zur Aussage verpflichtet. Ebenso hatten Gerichts- und Verwaltungsbehörden sowie Krankenanstalten dem EG auf dessen Ersuchen Auskunft zu erteilen. Wie aus den wenigen noch erhaltenen Akten des EG Detmold hervorgeht, wurden als Zeugen auch Nachbarn oder Arbeitgeber verhört. Nachdem das EG entschieden hatte, konnten die Betroffenen innerhalb einer Beschwerdefrist, die zunächst einen Monat und später – ab Juni 1935 – nur noch zwei Wochen umfaßte, bei den zuständigen Instanzen, den ebenfalls neu eingerichteten Erbgesundheitsobergerichten (EGO), Berufung einlegen. Das für Lippe zuständige EGO hatte seinen Sitz in Celle und entschied in letzter Instanz.¹² War eine Sterilisation angeordnet worden, mußte der Eingriff innerhalb weniger Wochen an einer der fünf von den lippischen Landesbehörden dazu ermächtigten Krankenanstalten durchgeführt werden.¹³

3. Die Durchführung der Zwangssterilisationen im Lindenhaus

3.1. Die Reaktion der Ärzte auf das GzVeN

Anhand verschiedener Quellen läßt sich zeigen, daß die Sterilisationsgesetzgebung in Lippe insbesondere von den im öffentlichen Dienst beschäftigten Ärzten begrüßt wurde, sie ferner auf eine rasche und umfassende Durchführung drängten. Wie bereits erwähnt, hatte sich der frühere Anstaltsleiter Erich Friedländer schon während der Weltwirtschaftskrise in wissenschaftlichen Aufsätzen für die Sterilisation psychisch Kranker stark gemacht. Auch sein Nachfolger Wilhelm Theopold, der das Lindenhaus ab 1933 leitete, nachdem Friedländer aufgrund seiner jüdischen Herkunft von den neuen Machthabern aus dem Anstaltsdienst entlassen worden war, stand einer Sterilisationsgesetzgebung positiv gegenüber. Theopold drängte auf eine rasche und umfassende Durchführung des GzVeN und nutzte das halbe Jahr zwischen der Verabschiedung und dem Inkrafttreten des Gesetzes, um das Ausmaß an potentiellen Sterilisationen im Lindenhaus zu klären. Große Teile der Anstaltspopulation wur-

den zu diesem Zweck voruntersucht, um ein reibungsloses Anlaufen der Maßnahmen im Frühjahr 1934 zu ermöglichen.¹⁴

Der lippische Kreisarzt und spätere Beisitzer des EG Detmold, Augener, wollte nicht auf die Durchführungsbestimmungen warten und unterbreitete deshalb dem Oberarzt des Lindenhauses, Georg Müller, im November 1933 einen Vorschlag zur Ausführung des Verfahrens, der vor allem auf eine enge Kooperation zwischen den Kreisärzten und der Heil- und Pflegeanstalt abzielte. Müller bremste Augeners Enthusiasmus, indem er ihm zwar grundsätzlich zustimmte, jedoch „die in Kürze zu erwartenden Ausführungsbestimmungen zum Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ abwarten wollte, „damit hier einheitlich mit dem Reich verfahren werden kann.“¹⁵

Es ist als ein weiteres Indiz für die breite Zustimmung der lippischen Ärzteschaft zum GzVeN zu bewerten, daß bereits kurze Zeit nach Inkrafttreten der Regelung die notwendigen Anzeige- und Antragsformulare vergriffen waren und nachbestellt werden mußten. Die lippische Regierung drängte den für den Druck der Formulare zuständigen Bertelsmann-Verlag zur Eile.¹⁶ In dem Antwortschreiben bat die Verlagsleitung um etwas Geduld und versprach den lippischen Auftrag so bald wie möglich auszuführen: „Durch unerwartet große Beanspruchung sind fast alle Vordrucke ausverkauft und werden soeben neu gedruckt.“¹⁷

3.2. Die Stellung der Ärzte und Patienten im Sterilisationsverfahren

Ein Grund dafür, daß die Ärzte das Sterilisationsgesetz positiv aufnahmen war, daß es für sie eine erhebliche Kompetenzerweiterung bedeutete und darüber hinaus den Handlungsspielraum und die Autonomie gegenüber den Patienten erhöhte. Insgesamt waren fünf Anstalten in Lippe dazu ermächtigt, Zwangssterilisationen durchzuführen. Nachdem im Dezember 1933 zunächst nur das Landeskrankenhaus Detmold und das städtische Krankenhaus in Lemgo für diesen Eingriff zugelassen waren, bekamen im Laufe des Jahres 1934 auch das Lindenhaus und die städtischen Krankenhäuser in Lage und Schötmar eine Operationserlaubnis.¹⁸ Aus dem Briefwechsel Theopolds mit der Landesregierung geht hervor, daß der Anstaltsleiter sich frühzeitig darum bemühte, die Sterilisation der psychisch Kranken in der Heil- und Pflegeanstalt durchführen zu dürfen. Gegenüber der Regierung argumentierte er folgendermaßen:

- 1.) Die Einrichtung der Anstalt Lindenhaus bezüglich seiner operativen Möglichkeiten sind derart, daß die nach dem Gesetz vorgeschriebenen Operationen auch im Operationssaal der Anstalt Lindenhaus vorgenommen werden können.
- 2.) Der Zustand einiger Kranker erfordert gerade im Anschluß an die Vornahme der Unfruchtbarmachung eine erhöhte Aufmerksamkeit und Überwachung, wie sie im Krankenhaus nur unter Stellung einer besonderen Tag- und Nachtwache möglich

sein dürften, während die betr. Kranken durch Verlegung auf die Wachabteilung die Stellung einer besonderen Wache nicht mehr erforderlich machen.

3.) Die Einleitung der Narkose in der Anstalt Lindenhaus, der Transport zum Krankenhaus, die Vornahme der Operation im Krankenhaus und der Rücktransport sofort nach der Operation schließen mancherlei Schwierigkeiten und Gefahren in sich, denen man auf dem Transport nicht immer sicher begegnen kann.¹⁹

Obgleich Theopold gegenüber seinem Dienstherrn ökonomische und medizinische Gründe anführt, um eine Operationserlaubnis für das Lindenhaus zu erhalten, lassen sich andere Motive hinter seinem Engagement vermuten, die entgegen seiner Argumentation den wohlverstandenen Interessen der psychisch Kranken zuwiderliefen. Neben einer unmittelbaren Kompetenzerweiterung für die Anstalt konnte der Direktor damit rechnen, daß die Unfruchtbarmachung der Patienten, wenn sie hinter den eigenen Anstaltsmauern geschah, kaum öffentliches Aufsehen erregen und somit dem Image der Institution Psychiatrie weniger schaden würde. Darüber hinaus war bei einer solchen Verfahrensweise mit einem geringeren Widerstand der Patienten und vor allem ihrer Angehörigen zu rechnen.

Grundsätzlich stimmte die Landesregierung Theopolds Antrag zu, verlangte aber eine amtsärztliche Bescheinigung darüber, daß nicht nur der vergleichsweise unkomplizierte Eingriff an Männern, sondern auch die risikoreicheren Sterilisationen von Frauen im Lindenhaus durchführbar waren. Das Gutachten stellte der Lemgoer Kreisarzt Frenzel aus. Es soll an dieser Stelle zitiert werden, da es Aufschluß über die Stellung der Patienten im Sterilisationsverfahren bietet:

Grundsätzliche Bedenken bestehen meinerseits nicht. Das Lindenhaus hat einen Operationssaal, in welchem unbedenklich auch operative Eingriffe vorgenommen werden können, und zwar bei Mann und Weib. Es wäre auch vorteilhafter, wenn der Chirurg ins Lindenhaus käme, als daß die Patienten in das Krankenhaus erst verlegt werden müßten. Gerade bei solchen Insassen, die sich dem Eingriff widersetzen, wäre die Vornahme im Lindenhaus besser, als wenn derartige Menschen im Krankenhaus die unausbleibliche Unruhe ins Haus bringen.²⁰

Aus dieser Quelle wird ersichtlich, daß die Anwendung von Zwang nicht nur legal war, sondern auch als legitimes Mittel eingestuft wurde. Mit keinem Wort erwähnte der Kreisarzt die individuelle Dimension der Zwangssterilisationen. Augenscheinlich war man nicht um die zu Sterilisierenden bemüht, sondern versuchte präventiv, negativen Reaktionen breiter Bevölkerungsschichten zu begegnen. Kurze Zeit nachdem der Landesregierung das Gutachten vorlag, erteilte sie den Heil- und Pflegeanstalt die gewünschte Operationserlaubnis. Da keiner der im Lindenhaus beschäftigten Ärzte eine chirurgische oder gynäkologische Ausbildung absolviert hatte, ermächtigte die Regierung den für diesen

Fachbereich zuständigen Arzt des städtischen Krankenhauses in Lage, Legerlotz, die Eingriffe in der Heil- und Pflegeanstalt vorzunehmen.

Obgleich die lippischen Anstaltspsychiater die Operationen nicht selber vornahmen, kam ihnen eine Schlüsselrolle innerhalb des gesamten Erbgesundheitsverfahrens zu. Während der Direktor die in Frage kommenden psychisch Kranken vorschriftsmäßig anzeigte, fungierten der Oberarzt oder Assistenzarzt in der entsprechenden Sitzung des EG als ärztliche Sachverständige, um formal dem Anspruch der Unbefangenheit zu genügen.²¹ Unter Berücksichtigung der hierarchischen Strukturen des Lindenhauses war es jedoch nicht zu erwarten, daß die untergeordneten Ärzte gegen das Urteil ihres Vorgesetzten votieren würden. Weiterhin spricht auch die außerordentlich kurze Dauer der Gerichtsverhandlungen, in denen über Lindenhaus-Patienten entschieden wurde, dafür, daß die Erbgesundheitsgerichtsverfahren eine reine Formsache waren. Aus dem für den Zeitraum vom Sommer 1935 bis zum Herbst 1936 erhaltenen Terminkalender des EG Detmold wird ersichtlich, daß das Gericht in dieser Zeitspanne siebenmal im Lindenhaus tagte. Soweit man die Patienten überhaupt persönlich vernahm und nicht, wie in der Mehrzahl der Fälle, aufgrund der vorliegenden Gutachten der Anstaltsärzte entschied, mußten sie nicht eigens zum Amtsgericht nach Detmold gebracht werden.²² Diese Regelung diente vor allem der Beschleunigung des Verfahrens und sicherte außerdem ein hohes Maß an Geheimhaltung der Prozesse vor der Öffentlichkeit. Am 29. November 1935 wurden z.B. binnen zwei Stunden 12 Fälle vor dem EG verhandelt. In einer der darauffolgenden Sitzungen, in der unter anderem über einen Detmolder Patienten entschieden wurde, der Berufung eingelegt hatte und dessen Verfahren sich insgesamt drei Jahre hinzog, entschied man im gleichen Zeitraum 'nur' über 6 Patienten.²³ Der Vorsitzende des EG Detmold, Amtsgerichtsrat Cordes, konstatierte in einem Bericht an die Landesregierung im Frühjahr 1935:

Das Verfahren hat sich sehr schnell eingespielt und ist in allen Fällen reibungslos vonstatten gegangen. Nachdem wie bisher im wesentlichen die Erbkranken aus den geschlossenen Anstalten, wie Lindenhaus, Eben-Ezer, sterilisiert worden sind, wird in Zukunft mit dem Eingang einer erheblichen Anzahl von Anträgen aus der Bevölkerung zu rechnen sein.²⁴

3.3. Die quantitative Dimension der im Lindenhaus durchgeführten Zwangssterilisationen

Neuere Studien, die sich mit der Anzahl der vorgenommenen Zwangssterilisationen beschäftigen, weisen unterschiedliche Ergebnisse auf. Den Angaben Bocks zufolge sind in der Zeitspanne vom Inkrafttreten des Gesetzes bis 1945 reichsweit ca. 400.000 Menschen, zu gleichen Teilen Männer und Frauen, sterilisiert worden. Die genaue Zahl der Bewohner psychiatrischer Anstalten, ge-

gen die Sterilisationsprozesse geführt und die sterilisiert wurden, ist unbekannt.²⁵ Orientiert man sich an den Angaben Siemens, sind bis zum Kriegsende sogar rund ein Viertel aller Psychiatriepatienten unfruchtbar gemacht worden. Beide Autoren stimmen darin überein, daß der zeitliche Schwerpunkt der Sterilisationen im Reichsgebiet auf die Jahre 1934–1936 fiel.²⁶

Gemäß den Richtlinien zur Durchführung des GzVeN sollten vorrangig Menschen sterilisiert werden,

bei denen die Diagnose einer Erbkrankheit im Sinne des Gesetzes völlig gesichert und außerdem die Gefahr der Erzeugung erbkranken Nachwuchses vorhanden ist [...] Schwachsinnige aller Formen, insbesondere auch leichte Fälle, also körperlich gesunde lebhaft, weibliche und männliche Erbkranken zwischen 16 und 40 Jahren; jugendliche Schizophrene und Manisch-Depressive, Epileptiker und fortpflanzungsfähige Alkoholiker unter dem 50. Lebensjahr. Dagegen ist es [...] ohne jeden Sinn, die Erbgesundheitsgerichte mit Anträgen auf Unfruchtbarmachung 45jähriger und älterer Frauen, 60jähriger Trinker, 10jähriger Schwachsinniger, vertierter Idioten und alter Katatoniker zu belasten, solange nicht die im Fortpflanzungsalter befindlichen triebstarken Erbkranken unfruchtbar gemacht sind.²⁷

Diese Regelung hatte zur Folge, daß in dem Zeitraum von 1934–1936 vor allem Menschen, die in Psychiatrien, Fürsorgeheimen und Strafvollzugsanstalten untergebracht waren, zwangssterilisiert wurden, da die Erblichkeit ihres devianten Verhaltens als erwiesen galt. Unter den Psychiatriepatienten waren die Opfer insbesondere junge Menschen mit leichten Störungen, denn entsprechend der rassenhygienischen Logik sollten in erster Linie nicht die schwerkranken Anstaltsbedürftigen, sondern 'leichte' Fälle, deren Entlassung bevorstand, sterilisiert werden. Seit 1934 durften 'Erbkranke' nicht mehr ohne Sterilisationsprozeß entlassen oder auch nur beurlaubt werden.

Für die lippische Heil- und Pflegeanstalt liegen für den Zeitraum von 1934–1939 lückenlose Angaben über die Anzahl der zwangssterilisierten Patienten vor. Da die Daten nach Geschlechtern differenziert aufgeführt wurden, ist es darüber hinaus möglich, diese beiden sozialen Kategorien einander gegenüberzustellen.

Tabelle I²⁸

Jahr	Sterilisati- onen in ab- soluten Zahlen	Anteil Ste- rilisationen an der Ge- amtpopula- tion in %	Sterilisati- onen von Frauen in absoluten Zahlen	Anteil Ste- rilisationen an d. weibl. Patienten- population	Sterilisati- onen von Männern in absoluten Zahlen	Anteil Ste- rilisationen an d. männl. Patienten- population	Anzahl vor d. EG Det- mold ver- handelten Patienten
1934	26	4,96%	5	2,13	21	7,26	22
1935	48	9,09%	28	11,7	20	6,93	29
1936	26	4,9%	9	3,75	17	5,85	31
1937	29	5,47%	9	3,77	20	6,68	10
1938	12	2,29%	4	1,71	8	2,74	1
1939	9	1,72%	7	3	2	0,69	2
insg.	150		62		88		95

Insgesamt wurden im Lindenhaus im Untersuchungszeitraum (1035-39) 150 männliche und weibliche Patienten zwangssterilisiert. Der zeitliche Schwerpunkt der Sterilisationen fiel in die Jahre 1934 bis 1937. Im Jahr 1935 wurden mit 9,09% der Gesamtpopulation die meisten psychisch Kranken unfruchtbar gemacht. Nach 1937 nimmt die Zahl der durchgeführten Eingriffe deutlich ab und sinkt auf 1,72%. Für diese Entwicklung waren mehrere Gründe ausschlaggebend: Erstens waren die Anstalten nach 1937 'durchgekämmt', und die Zahl der neu- bzw. wiederaufgenommenen Patienten, die schon sterilisiert waren, war hoch. Zweitens zwang der zunehmende Widerstand weiter Bevölkerungskreise gegen die Zwangssterilisationen das nationalsozialistische Regime, das Ausmaß der Eingriffe einzuschränken, und drittens legte die Verordnung vom 31. August 1939 fest, daß nur noch Fälle, bei denen „besonders große Fortpflanzungsgefahr“ herrsche, sterilisiert werden sollten.²⁹

Daß im Lindenhaus im Vergleich zu anderen Heil- und Pflegeanstalten weniger Menschen unfruchtbar gemacht wurden, geht sicherlich nicht auf eine mangelnde Sterilisationsbereitschaft der lippischen Anstaltspsychiater zurück, da aus einer Vielzahl von Quellen ersichtlich wird, daß die Ärzte dem GzVeN positiv gegenüberstanden. Es läßt sich vielmehr vermuten, daß die Altersstruktur und die große Zahl der chronisch kranken Langzeitpatienten für diese Tatsache ausschlaggebend waren. Die Altersstruktur der Kranken geht aus den Jahresberichten der Anstaltsleitung an die lippische Fürsorgeabteilung hervor. Demzufolge gehörten im Zeitraum von 1934 bis 1939 rund ein Drittel der Patienten der Altersgruppe der Zwanzig- bis Vierzigjährigen an, während die anderen zwei Drittel vierzig Jahre und älter waren. Bemerkenswert ist, daß rund 40% der gesamten Population über fünfzig Jahre alt waren. Die Altersstruktur war wohl auch ein Grund für die geschlechterspezifisch unterschiedliche Anzahl der an Frauen und Männern durchgeführten Sterilisationen. Zwar liegen keine nach Geschlecht differenzierten Altersangaben vor, es ist jedoch anzunehmen, daß die weiblichen und männlichen Patienten dem Proportio an der Gesamtpopulation entsprechend in den Altersgruppen gleich vertreten waren. Die Tabelle zeigt, daß Frauen im Verhältnis zu ihrem jeweilig geschlechterspezifischen Anteil an der Gesamtpopulation seltener sterilisiert wurden als Männer. Dieses Ergebnis ist darauf zurückzuführen, daß Frauen mit Beginn der Menopause, also im Alter von ca. 45 Jahren, nicht mehr für 'Unfruchtbarmachungen' vorgesehen waren, während Männer auch noch in höherem Alter sterilisiert wurden. Da der Anteil der überfünfundvierzigjährigen Patientinnen vermutlich über 40% lag, relativ wenige Frauen sterilisiert wurden.

Die Tatsache, daß mehr Menschen im Lindenhaus sterilisiert wurden (150) als Fälle vor dem EG Detmold verhandelt wurden (95), ist darauf zurückzuführen, daß über die in der Anstalt untergebrachten westfälischen Patienten – sie machten fast die Hälfte der Patienten aus – vor den für sie zuständigen EGs

außerhalb Lippes entschieden, sie aber im Lindenhaus sterilisiert wurden. Es ist also anzunehmen, daß 55 der 150 Patienten aus Westfalen stammten.

3.4. Die Sterilisationsdiagnostik: Sozialdiagnostik und Geschlechterdiagnostik

Das GzVeN sah vier psychiatrische Diagnosen vor, nach denen Menschen sterilisiert werden konnten: Schizophrenie, angeborener Schwachsinn, Epilepsie und manisch-depressives Irresein. Bock hat erstmals gezeigt, daß der Sterilisationsdiagnostik nicht medizinisch-naturwissenschaftliche, sondern soziale Kriterien zugrunde lagen, die sich an den Normen und Werten der bürgerlichen Schichten orientierten. Die Sterilisationsdiagnostik sei in doppelter Hinsicht Sozialdiagnostik gewesen, da sie einerseits nach Schichtzugehörigkeit und andererseits nach Geschlecht differenziert habe.³⁰ Dieses Ergebnis ist auch auf die lippische Sterilisationsdiagnostik übertragbar.

Das vom EG Detmold angelegte 'Namensverzeichnis für Erbgesundheitsachen' enthält Informationen über die Namen, die Adressen, das Verhandlungsdatum und die Berufszugehörigkeit der verhandelten Menschen. Leider wurden die gefällten Beschlüsse nicht vermerkt.³¹ Es ist jedoch gesichert, daß trotz regionaler Differenzen reichsweit im Durchschnitt 94% der Anträge zum Sterilisationsurteil führten.³² Von den 95 im Untersuchungszeitraum verhandelten Patienten waren 68 männlich und 27 weiblich. 13 der weiblichen Betroffenen waren zuvor als Dienstmädchen, eine als Angestellte tätig, bei sieben Frauen wird als Beruf Ehefrau angeführt, und bei den restlichen sechs fehlen die Berufsangaben. Von den Männern hatten vor ihrer Einweisung ins Lindenhaus 29 als Arbeiter im landwirtschaftlichen oder industriellen Bereich, 14 in handwerklichen Berufen, sechs als Kaufleute, zwei als Landwirte und die übrigen neun als niedere Angestellte gearbeitet; bei insgesamt acht Patienten fehlen die Berufsangaben. Es ist auffällig, daß sich unter den verhandelten Menschen keine Akademiker befanden. Dieser Befund bestätigt die Ergebnisse der einschlägigen Literatur, wonach bei den Frauen an erster Stelle Dienstmädchen und Arbeiterinnen und bei den Männern Arbeiter und Handwerker sterilisiert wurden.³³ Es handelt sich um eine höchst einseitige Auswahl aus der Gesamtgesellschaft, die deutlich macht, daß die nationalsozialistische Sterilisationspolitik sich vorwiegend gegen Angehörige aus Arbeiter- und Kleinbürgerschichten richtete.

Auf der Basis der stichprobenartig eingesehenen Krankengeschichten kann nachgewiesen werden, daß die Kriterien der Sterilisationsdiagnostik geschlechterspezifisch differenziert waren. Dies soll exemplarisch anhand eines männlichen und eines weiblichen Fallbeispiels verdeutlicht werden. Die Bewertung und Interpretation von Patientenakten ist allerdings nicht unproblema-

tisch. So birgt die Auswahl individueller Fälle immer die Gefahr einer gewissen Willkür. Allerdings wurden bewußt keine spektakulären Ausnahmefälle ausgewählt – z.B. Sterilisationsverfahren, die sich über mehrere Jahre hinzogen – vielmehr wurden solche Fälle ausgesucht, die als typisch gelten können. Außerdem sind die Akten häufig unvollständig und nicht immer in allen wichtigen Punkten vergleichbar. Aus diesem Grund ist es notwendig, als männliches Fallbeispiel einen Sterilisanden herauszugreifen, dessen Erbgesundheitsverfahren erst 1943 stattfand.

Nach der Geburt ihres ersten vorehelichen Kindes wird Luise S. 1930 mit achtzehn Jahren das erste Mal polizeilich in die Heil- und Pflegeanstalt eingewiesen. Die vom Anstaltsleiter gestellte Diagnose lautet Schizophrenie. Frau S. blieb jedoch nur drei Monate in der Anstalt, da ihre Verwandten gegen den „ausdrücklichen ärztlichen Rat“ auf eine Entlassung drängten. Drei Jahre später, im September 1933 – die Patientin hatte inzwischen den Vater ihres ersten Kindes geheiratet – wurde sie nach der Geburt ihres zweiten Kindes erneut in die Anstalt eingewiesen. Im Februar 1934 wurde von dort aus der Antrag auf Sterilisation gestellt und eine Pflegschaft für das Sterilisationsverfahren beantragt, da sie nach Meinung der Ärzte nicht in der Lage war, sich selbst vor Gericht zu vertreten. Obgleich die Patientin als „gebessert und entlassungsfähig“ eingestuft wurde und die Anstaltsleitung auf beschleunigte Durchführung drängte, zog sich das Sterilisationsverfahren bis zum November des Jahres hin. Das EG entschied am 8. November 1934 auf Sterilisation. In der Urteilsbegründung heißt es:

Die Kranke hat ein voreheliches Kind, nach dessen Geburt bei ihr allmählich religiöse Wahnvorstellungen hervortraten. Sie sah den lieben Gott hinter sich stehen, wurde plötzlich sprach- und bewegungslos und nahm an nichts mehr teil. Sie hatte kein Interesse für ihr Kind und bekam steife Glieder.

Im Anschluß an den operativen Eingriff, der offenbar ohne Komplikationen verlief, wurde Frau S. versuchsweise nach Hause entlassen, jedoch bereits ein halbes Jahr später auf Veranlassung ihres Ehemannes erneut ins Lindenhaus eingewiesen, wo sie bis zur Auflösung der Anstalt 1951 blieb.³⁴

Die Akte des zum Zeitpunkt der Aufnahme einundvierzigjährigen Hilfsarbeiters Gustav S. dient als männliches Fallbeispiel. Der Ehemann und Vater von zwei Kindern wurde im Sommer 1943 vom Amtsarzt des Lemgoer Gesundheitsamtes eingewiesen. Herr S. wirkte den Angaben des Anstaltsleiters zufolge „unorientiert und macht einen ängstlichen gehemmten Eindruck; später etwas lebhafter, wird auch mal gewalttätig. Hält Selbstgespräche.“ Man diagnostizierte Schizophrenie und zeigte den Patienten, nachdem sich sein Zustand leicht gebessert hatte, im Mai 1944 zur Sterilisation an. Das Erbgesundheitsgerichtsverfahren, bei dem die Ehefrau den Kranken vertrat, fand am 13. Juli 1944 statt. Das EG ordnete die Unfruchtbarmachung von Herrn S. mit der

Begründung an, daß dieser zwar „früher fleißig und ordentlich gearbeitet und mit seiner Frau in guter Beziehung gelebt“ habe, jedoch seit ungefähr zwei Jahren „sinnlose Handlungen“ begehe und „die häusliche Gartenwirtschaft“ vernachlässige. Obgleich Gustav S., wie es in der Krankengeschichte heißt, „vor seiner Erkrankung die Arbeit liebte“, habe er in der letzten Zeit in der Papphülsefabrik nicht mehr die gewohnte Leistung erbracht. In Anlehnung an das Gutachten des Anstaltsleiters erkannte das EG auf Schizophrenie und ordnete die Sterilisation des Patienten an. Er wurde kurze Zeit nach dem Eingriff aus der Heil- und Pflegeanstalt entlassen.³⁵

Vergleicht man die zwei vorgestellten Patientenakten und die Begründungen, mit denen das EG Detmold auf Sterilisation entschied, lassen sich zwei Aspekte herausarbeiten: die geschlechterspezifische Sexualdiagnostik und die geschlechterspezifische Arbeit. Bock hat in ihrer Untersuchung dargelegt, daß sich die Sterilisationsdiagnostik in der Regel nur bei Frauen an der Sexualität orientierte. Frauen seien häufig aufgrund von Promiskuität, Prostitution und unehelichen Schwangerschaften sterilisiert worden. Bei Männern hingegen habe das Sexualverhalten keine entscheidende Rolle gespielt. Während in der vorliegenden lippischen Urteilsbegründung ausdrücklich die außereheliche Geburt von Frau S.' erstem Kind hervorgehoben wurde, wurde das Sexualverhalten von Gustav S. vernachlässigt. Bei einer Analyse der Urteilsbegründung wird darüber hinaus deutlich, daß sich die Richter und Psychiater nach dem Geschlecht richteten, dem jeweils bestimmte soziale Aufgaben zugeordnet wurden. Während Luise S. angelastet wurde, daß sie nach der Geburt ihres Kindes ihre 'mütterlichen Pflichten' vernachlässigt habe, spielten bei Gustav S. das Verhältnis zu seinen Kindern, seine 'väterlichen Pflichten', keine Rolle. Er wurde nach seiner Leistung im Berufsleben beurteilt. Bock zeigt, daß Versagen im Berufsleben ein häufiger Sterilisationsgrund bei Männern war.

3.5. Die Reaktionen der Patienten auf ihre Zwangssterilisation

Neben den geschlechterspezifisch unterschiedlichen Diagnosekriterien lassen sich andere Reaktionsweisen von Männer und Frauen auf die Zwangssterilisationen konstatieren. Deutlich heftigere Reaktionen sind in den Patientenakten der sterilisierten Frauen vermerkt. Die fünfunddreißigjährige Patientin Wanda B. wurde im Dezember 1937 ins Lindenhaus aufgenommen. Sie war seit 1925 verheiratet und hatte ein Kind. Auf dem Vordruck der erbbiologischen Bestandsaufnahme wurde sie als „erbbiologisch bedenklich“ und „sozial anstaltsbedürftig“ eingestuft; ihre Diagnose lautete auf Schizophrenie. Kurze Zeit nach ihrer Aufnahme stellte der Anstaltsleiter Müller einen Antrag auf Sterilisation. Aus der Krankengeschichte geht hervor, daß Frau B., die vermutlich von der Anzeige erfahren hatte, vier Tage später versuchte, aus der Anstalt auszubre-

chen, indem sie sich an einem nicht vergitterten Fenster abseilte. Der Ausbruchversuch mißlang jedoch. Unter dem nächsten Eintrag ist vermerkt. „Ist sehr ruhig geworden. [...] Glaubt hier im Strafvollzug zu sein, habe nun genug gebüßt; sie glaubt ein Kind zu erwarten. Droht mit Entweichungsversuchen, wenn sie nicht bald entlassen werde.“ Ungeachtet dieser Reaktion entschied das EG Detmold am 1. April 1938 auf Sterilisation. Der Beschluß wurde der Patientin jedoch erst vierundzwanzig Stunden vor dem Eingriff mitgeteilt:

16. Mai: Die Sterilisation ist am 7. d. M. durchgeführt worden. Pat. wurde es am Abend vorher mitgeteilt. Sie regte sich sehr auf, schlief die Nacht nicht trotz Stymo. M.scopolamin. Des Morgens war die Unruhe so groß, daß Pat. für die Vorbereitung zur Operation schon Eunarcon bekam. Die Operation ist gut verlaufen, glatter Wundverlauf, keine Fadeneiterung. Fäden heute gezogen.

25. Mai Pat. wurde heute nach Hause entlassen. Sie war still und zurückgezogen, wollte gern nach Hause, obgleich sie diesen Wunsch nicht von sich aus äußerte. Regte sich nur gelegentlich auf: 'Wenn ich keine Kinder mehr bekomme, ist für mich alles dahin, das war meine einzige Freude und Hoffnung.'³⁶

Für eine Frau, die sich am propagierten Frauen- und Mutterideal der Zeit orientierte, bedeutete die Zwangssterilisation etwas anderes als für einen Mann, der vor allem an seiner außerhäuslichen Erwerbsarbeit gemessen wurde. Diese Feststellung soll jedoch keine Wertung oder gar Gewichtung des individuellen Unglücks, das der Eingriff für den einzelnen Menschen beinhaltete, implizieren. Dennoch läßt sich zeigen, daß die zwangssterilisierten Männer, soweit dies aus den Patientenakten überhaupt hervorgeht, deutlich gefaßter reagierten. In der Krankengeschichte des bereits vorgestellten Gustav S. findet sich lediglich der Eintrag: „Weitere Besserung; wird jetzt im Garten beschäftigt, über Entlassung und vorhergehende Sterilis. wird mit ihm und den Angehörigen gesprochen; S. findet sich in die Notwendigkeit und zeigt für die Sache Verständnis.“

3.6. Die Reaktionen der lippischen Bevölkerung auf die Opfer der Zwangssterilisationen

Ein bemerkenswertes Dokument ist der Bericht des Lemgoer Kreisarztes Frenzel an die Landesregierung. Bereits im ersten Jahr der Durchführung des GzVeN konstatierte er negative Reaktionen der lippischen Bevölkerung gegenüber den sterilisierten Menschen und der Institution Psychiatrie:

Es macht sich zunehmender Widerstand in der Bevölkerung bemerkbar gegen die Durchführung. Während anfänglich die Fragebogen bereitwillig ausgefüllt werden konnten, sind manche ängstlich geworden und erschweren die Auskünfte. Für Lindenhaus hat sich herumgesprochen, es käme niemand aus der Anstalt, der nicht ste-

rilisiert worden wäre. An der Tatsache, daß, wie mir mitgeteilt wurde, die Sterilisierten als Sorte 2. Klasse angesehen wurden, tragen diese wohl selbst Schuld, denn sie erzählten von den an ihnen vorgenommenen Eingriffen.³⁷

Aus dieser Quelle geht hervor, daß die Zwangssterilisationen eine unpopuläre Maßnahme waren, die von breiten Bevölkerungskreisen abgelehnt wurden. Trotz der geringen gesellschaftlichen Akzeptanz der Sterilisationspolitik wurden die Opfer nach ihrer Entlassung aus der Heil- und Pflegeanstalt jedoch diskriminiert und ausgegrenzt. In zynischer Weise machte Frenzel die Betroffenen für die negativen Reaktionen ihres sozialen Umfelds verantwortlich, da diese von den Operationen berichtet hätten. Die Haltung des Kreisarztes ist kennzeichnend für die nationalsozialistische Sterilisationspolitik, die aus einer Mischung von Öffentlichkeit und Geheimhaltung bestand. Nachdem sich reichsweit wachsender Widerstand gegen das GzVeN bemerkbar machte, wies der Reichsjustizminister die Landesregierungen ausdrücklich darauf hin, daß die Sterilisationen keine Strafmaßnahmen seien, daß grundsätzlich auf polizeilichen Zwang verzichtet werden solle und eine Geheimhaltungspflicht bestehe. Der gesamte Schriftverkehr dürfe nur über Briefe und nicht über Postkarten abgewickelt werden. Auch die lippischen Anstaltspsychiater hatten ein Interesse an der größtmöglichen Geheimhaltung, da sie einen Imageverlust befürchteten. Weite Bevölkerungskreise sahen im Lindenhaus mehr denn je ein repressives Instrument staatlicher Gesundheitspolitik.

4. Fazit

Zusammenfassend läßt sich festhalten, daß die ideologische Basis der Gesundheitspolitik im 'Dritten Reich' nichts genuin nationalsozialistisches war, sondern sich auf rassenhygienische Theorien stützte, die sich seit dem 19. Jahrhundert herausgebildet hatten. Auch die Forderung nach eugenischer Sterilisation sogenannter 'erbkranker' Bevölkerungsgruppen, zu denen die psychisch Kranken gerechnet wurden, lassen sich bereits im Kaiserreich finden. Trotz mehrerer Versuche konnte eine gesetzliche Regelung der eugenischen Sterilisation während der Weimarer Republik nicht durchgesetzt werden. Erst der Nationalsozialismus schuf die politischen Voraussetzungen, unter denen ein Sterilisationsgesetz verabschiedet werden konnte. Das GzVeN wurde von den lippischen Ärzten begrüßt und insbesondere in den ersten Jahren nach Inkrafttreten des Gesetzes verstärkt durchgeführt, obgleich sich schon bald Widerstand in der lippischen Bevölkerung gegen die Zwangssterilisationen bemerkbar machte. Die Zahl der im Lindenhaus von 1934 bis 1939 zwangssterilisierten Patienten ist mit 150 im Vergleich zu anderen Heil- und Pflegeanstalten relativ gering. Dieser Befund ist jedoch nicht auf eine mangelnde Sterilisationsbereitschaft der lippischen Psychiater, sondern auf den hohen Altersdurch-

schnitt und den großen Anteil chronisch kranker Patienten im Lindenhaus zurückzuführen. Der Sterilisationsdiagnostik lagen entgegen dem Selbstverständnis der Psychiater nicht medizinisch-naturwissenschaftliche, sondern soziale Kriterien zugrunde, die sich an dem Geschlecht und der Schichtzugehörigkeit der Patienten orientierte. Erschütternd sind die – wenn auch nur lückenhaft und aus der Sicht der Psychiater in den Patientenakten dokumentierten – Reaktionen der Opfer, auf die gegen ihren Willen an ihnen vorgenommenen Zwangssterilisationen. Einer wesentlichen Lebensperspektive beraubt, zeugen die Aussagen, insbesondere der Patientinnen, von Mut- und Hoffnungslosigkeit.

Anmerkungen

1. Die neuere Zeitgeschichtsschreibung hat die Bedeutung des modernen Rassismus, seine Funktion als Staatsideologie und seine Stellung in der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik herausgestellt, seit Mitte der achtziger Jahre sind eine große Anzahl von Monographien und Aufsätzen erschienen, hier eine Auswahl: G. Bock, Zwangssterilisation im Nationalsozialismus. Studien zur Rassenpolitik und Frauenpolitik, Opladen 1986; C. Gansmüller, Die Erbgesundheitspolitik des Dritten Reichs. Planung, Durchführung und Durchsetzung, Köln 1987; S. Kühl, *The Nazi Connection. Eugenics, American Racism, and German National Socialism*, New York 1994; R. Proctor, *Racial Hygiene. Medicine and the Nazis*, Harvard 1988; H.-W. Schmuhl, Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie. Von der Verhütung zur Vernichtung 'lebensunwerten Lebens', 1890–1945, Göttingen 1992²; P. Weingart u.a., *Rasse, Blut und Gene. Geschichte der Eugenik und Rassehygiene in Deutschland*, Frankfurt/Main 1988.
2. Diese Ausführungen stützen sich vor allem auf die Definition des modernen Rassismus, die H.-W. Schmuhl in einem Aufsatz ausführlich darlegt. H.-W. Schmuhl, Rassismus unter den Bedingungen charismatischer Herrschaft. Zum Übergang von der Verfolgung zur Vernichtung gesellschaftlicher Minderheiten im Dritten Reich, in: K.-D. Bracher u.a. (Hg.), *Deutschland 1933–1945. Neue Studien zum NS-Herrschaftssystem*, Düsseldorf 1992, S. 182–197, hier vor allem S. 186 f.
3. P. Weindling u. M. Thompson, Sterilisationspolitik in Großbritannien und Deutschland, in: F.-W. Kersting u.a. (Hg.), *Nach Hadamar. Zum Verhältnis von Psychiatrie und Gesellschaft im 20. Jahrhundert*, Paderborn 1993, S. 137–149, hier S. 142.
4. P. Weindling, Die Verbreitung rassenhygienischen/eugenischen Gedankenguts in bürgerlichen und sozialistischen Kreisen der Weimarer Republik, in: *Med Jour*, 22, 1987, S. 352–368.
5. H.-W. Schmuhl, Rassenhygiene, S. 99–105; G. Bock, Zwangssterilisation, besonders S. 46–76.
6. „Dazu kommt noch, die nach dem bisherigen Stand unserer Gesetzgebung unvermeidbare Fortpflanzung des schlechten Erbguts dieser sich in relativer Freiheit bewegendem geistig Minderwertigen, die eine weitere Belastung unserer Irrenfürsorge in der nächsten Generation sicherstellt.“ E. Friedländer, Kann die Versorgung der Geisteskranken billiger gestaltet werden und wie?, in: *PNW*, 1932, Nr. 31, S. 373–381, hier S. 379.

7. Bereits im Juli 1932 übermittelte der Ausschuß für Bevölkerungswesen und Eugenik, dem auch führende Psychiater angehörten, dem preußischen Ministerium für Volkswohlfahrt einen Sterilisationsgesetzentwurf, der jedoch nicht verabschiedet wurde. Die Gesetzesvorlage sah im Vergleich zu den später im 'Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses' festgelegten Bestimmungen einen relativ großen Personenkreis zur Sterilisation vor, behielt aber den Grundsatz der Freiwilligkeit bei. H.-W. Schmuhl, Rassenhygiene, S. 103.
8. G. Bock, Zwangssterilisation, S. 154 f.
9. Zitiert nach B. Richarz, Heilen, pflegen, töten: Zur Alltagsgeschichte einer Heil- und Pflegeanstalt bis zum Ende des Nationalsozialismus, Göttingen 1987, S. 114.
10. J. Simon, Die Erbgesundheitsgerichtsbarkeit im OLG-Bezirk Hamm. Rechtsprechung zwischen juristischen Vorgaben und ideologischen Anforderungen, in: Justizministerium NRW (Hg.), Justiz und Nationalsozialismus, Düsseldorf 1993, S. 131-167, hier S. 141 f.
11. StA DT, L 80 IC, XXIV, 3, Nr. 5, Bd. II, Entwurf zur Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14.7.1933 und der Reichsausführungsverordnung vom 5.12.1933, sowie zur Ergänzung der Verordnung vom 23.12.1933 über das Erbgesundheitsgericht für das Land Lippe.
12. Wie Anm. 10.
13. StA DT, L 80 IC, XXIV, 4, Nr. 7, Zulassung von Anstalten zur Durchführung von Unfruchtbarmachungen 1933-1944.
14. StA DT, L 107 D, 5b, Nr. 72, Schreiben Theopolds an die lippische Landesregierung Ab. I. vom 16. Mai 1934.
15. StA DT, L 107 D, 2, Nr. 3., Schreiben Müllers an Augener vom 14. November 1933.
16. StA DT, L 80 IC, XXIV, 3, Nr. 5, Bd. I, Schreiben der lippischen Regierung an den Bertelsmann-Verlag vom 14. April 1934.
17. StA DT, L 80 IV, XXIV, 3, Nr. 5, Bd. I, Brief des Verlags Bertelsmann an die lippische Landesregierung vom 17. April 1934.
18. StA DT, L 80 IC, XXIV, 4, Nr. 7, Zulassung von Anstalten zur Durchführung von Unfruchtbarmachungen 1933-1944. Eine Einrichtung, in der die ab 1936 erlaubten Zwangssterilisationen an Frauen über 38 Jahre durch Radium- oder Röntgenbestrahlung durchgeführt werden konnten, gab es in Lippe nicht.
19. StA DT, L 80 IC, XXIV, 4, Nr. 7, Antrag Theopolds auf Ausdehnung des § 4 der Verordnung vom 23. Dezember 1933.
20. StA DT, L 80 IC, XXIV, 4, Nr. 7, Gutachten vom 3. Mai 1934 für die Anstalt Lindenhäus.
21. StA DT, D 23 C, Nr. 1980, Geschäftskalender für Termine in Erbgesundheitssachen.
22. StA DT, D 23 C, Nr. 1977, Gerade wenn es um Anstaltspatienten ging, hielt es der Vorsitzende des EG Detmold nicht für nötig, die Betroffenen zu vernehmen. In einem an das EG in Paderborn gerichteten Brief vom 11. Juli 1934 schreibt Amtsgerichtsrat Cordes: „Das Erbgesundheitsgericht Detmold hat es noch nie für erforderlich gehalten, [...] den schwachsinnigen Erbkranken selbst zu hören und hat sich stets lediglich auf das Gutachten des Anstaltsarztes gestützt.“
23. Wie Anm. 22.
24. StA DT, L 80 IC, XXIV, 3, Nr. 5, Bd. 2. Bericht von Cordes an die Landesregierung.
25. G. Bock, Zwangssterilisation, S. 8, S. 11.
26. H.-L. Siemen, Menschen blieben auf der Strecke ... Psychiatrie zwischen Reform und Nationalsozialismus, Gütersloh 1987, S. 142.

27. Richtlinien für Amtsärzte, zitiert nach J. Vossen, Die Gesundheitsämter im Kreis Herford während der NS-Zeit, Teil 1. Die Durchsetzung der 'Erb- und Rassenpflege', in: Historisches Jahrbuch für den Kreis Herford, 1994, S. 89-118, hier S. 97.
28. Die Angaben über die Zahl und das Geschlecht der im Lindenhaus erfolgten Zwangssterilisationen gehen für das Jahr 1934 aus der Aufstellung des EG Detmold an das Reichsgesundheitsamt in Berlin zurück. StA DT, L 80 IC, XXIV, 3, Nr. 5, Bd. I. Für den Zeitraum von 1935 bis 1939 liegen die monatlichen Sterilisationsberichte der Anstalt Lindenhaus an das Gesundheitsamt des Kreises Lemgo vor. StA DT, D 102 Lemgo, Nr. 396, Sterilisationsberichte. Dem geschlechterspezifischen Anteil der Sterilisierten an der Gesamtpopulation liegen die zu Jahresdurchschnittswerten zusammengefaßten Daten der Anzahl der männlichen und weiblichen Patienten zugrunde. StA DT, L 80 IC, XXIII, 81, Nr. 126, Angaben zur Personal- und Krankenbewegung. Informationen über die Anzahl der vor dem lippischen EG verhandelten Lindenhaus-Patienten finden sich auch im Bestand StA DT, D 23 C, Nr. 1969, Namensverzeichnis für Erbgesundheitssachen.
29. G. Bock, Zwangssterilisation, S. 234-241, hier S. 234.
30. Ebd., S. 410.
31. Wie Anm. 22.
32. G. Bock, Zwangssterilisation, S. 247.
33. Ebd., S. 419.
34. StA DT, L 107 D, unverzeichnete Patientenakte Luise S..
35. StA DT, L 107 D, unverzeichnete Patientenakte Gustav S..
36. StA DT, L 107 D, unverzeichnete Patientenakte Wanda B.
37. StA DT, L 80 IC, XXIV, 5, Nr. 19, Bericht des Kreisarztes Frenzel über die Durchführung des GzVeN vom 1. Oktober 1934 an die lippische Landesregierung.