GENDER OPEN REPOSITORIUM

Frauen - Staat - Medizin : Aspekte der Körperpolitik im Nationalsozialismus

Czarnowski, Gabriele

1985

https://doi.org/10.25595/788

Veröffentlichungsversion / published version
Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Czarnowski, Gabriele: *Frauen - Staat - Medizin : Aspekte der Körperpolitik im Nationalsozialismus*, in: Beiträge zur feministischen Theorie und Praxis, Jg. 8 (1985) Nr: 14, 79-98. DOI: https://doi.org/10.25595/788.

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY 4.0 Lizenz (Namensnennung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu dieser Lizenz finden Sie hier:

https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de

Terms of use:

This document is made available under a CC BY 4.0 License (Attribution). For more information see:

https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.en

GenderOpen – Repositorium für die Geschlechterforschung: www.genderopen.de

FREIE UNIVERSITÄT BERLIN

HUMBOLDT-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

beiträge
zur feministischen theorie und praxis

Frauen zwischen Auslese und Ausmerze

14

ozialwissenschaftliche Forschung und Praxis für Frauen e.V.

beiträge
zur feministischen theorie und praxis

Frauen zwischen Auslese und Ausmerze

14

1. Auflage, 1985
Eigenverlag des Vereins Sozialwissenschaftliche Forschung und Praxis für Frauen, Köln (Herwarthstr. 22, 5000 Köln 1)
Gesamtherstellung: Farbo Druck & Grafik Team, Köln
Titel und grafische Arbeiten: Heidi Rautenberg, Köln

Impressum

beiträge
zur feministischen theorie und praxis

Hrsg: Sozialwissenschaftliche Forschung & Praxis für Frauen e. V.

8. Jahrgang (1985) Heft 14

Redaktion: Ute Annecke, Ulrike Bergmann, Inge Hehr, Maria Mies, Carola Möller, Brunhilde Sauer-Burghard, Christa Wichterich

Mitarbeiterinnen dieses Heftes: Veronika Bennholdt-Thomsen, Gabriele Czarnowski, Erika Fink, Hannelore Hippe-Davies, Brigitte Holzer, Gundula Kayser, Silvia Kontos, Maria Mies, Carola Möller, Vibhuti Patel, Brunhilde Sauer-Burghard, Ann Kathrin Scheerer, Doris Schubert, Ute Sprenger, Helgard Ulshoefer, Christa Wichterich, Susanne Zeller

Die „beiträge" erscheinen dreimal im Jahr. Preis des Einzelheftes ab Heft 13 DM 16,- (Heft 8-12 DM 14,-), Jahresabonnement (jeweils 3 Hefte) 38,- DM (3,33 DM pro Heft gespart), Förderabonnements ab 60,- DM, Mitgliederinnenabonnements 35,- DM. Einzelhefte sind durch jede Buchhandlung oder ab Heft 8 durch den Verlag zu beziehen. Abonnements ausschließlich durch den Verlag. Abbestellungen spätestens drei Monate vor Ende des Kalenderjahres möglich. Der Verlag erzielt keinen Gewinn. Mitarbeit erfolgt grundsätzlich ohne Honorar. Copyright by the authors. Nachdruck nur mit besonderer Erlaubnis des Verlages und unter Quellenangabe gestattet. Sämtliche Verwertungsrechte an den Übersetzungen liegen beim Verlag. Für unverlangt eingesandte Manuskripte kann keine Haftung übernommen werden.

Verlags- und Redaktionsadresse: Herwarthstr. 22, 5000 Köln 1, Tel. 0221/526422. Konto: Sozialwissenschaftliche Forschung & Praxis für Frauen e.V., Konto-Nr. 7 192 032 Stadtsparkasse Köln (BLZ 370 501 98).

Verlag und Vertrieb von Einzelheften und Abonnements: Verlagsbetrieb des Vereins Sozialwissenschaftliche Forschung & Praxis für Frauen.
Vertrieb für den Buchhandel: Frauenliteraturvertrieb GBR, Schloßstr. 94, 6000 Frankfurt/M. 90.
Westberlin: Frauenbuchvertrieb GmbH, Mehringdamm 32-34, 1000 Berlin 61.

INHALT

Editorial 5

Frauen zwischen Auslese und Ausmerze

Christa Wichterich
Der Mythos der Überbevölkerung als Mittel zur Kolonisierung der Frauen in der Dritten Welt 9

Ute Sprenger
Wer hilft wem auf dem kontrazeptiven Sektor? 19

Ann Kathrin Scheerer
Bevölkerungspolitik und die Situation der Frauen in der Volksrepublik China 24

Maria Mies
„Erwünschte Frauen" — „unerwünschte Frauen" Kapitalistische und sozialistische Akkumulation und Bevölkerungspolitik 35

Vibhuti Patel
Amniozentese und Mord an weiblichen Föten 50

Gundula Kayser
Industrialisierung der Menschenproduktion — Zum faschistischen Charakter der Entwicklung neuer Technologien der Geburtenkontrolle 55

Silvia Kontos
Wider die Dämonisierung der Technik 68

Gabriele Czarnowski
Frauen — Staat — Medizin
Aspekte der Körperpolitik im Nationalsozialismus 79

Doris Schubert
„Ehrfurcht vor dem Leben"? — Zur Diskussion um die Reform des § 218 in der deutschen Nachkriegszeit 100

Brigitte Holzer
Es geht nicht um die Zahl der Kinder, sondern um die Zurichtung mütterlicher Arbeitskraft für die kapitalistische Wirtschaft 107

Helgard Ulshoefer
Die Lüge vom Generationenvertrag 113

Rezensionen

Rita Arditti u. a. (Hrsg.)
Retortenmütter
(Brunhilde Sauer-Burghard) 121

Angelika Ebbinghaus u. a. (Hrsg.)
Heilen und Vernichten im Mustergau Hamburg
(Carola Möller) 131

Maria Mies
The Lace Makers of Narsapur
und
Indian Women in Subsistence and Agricultural Labor
(Veronika Bennholdt-Thomsen) 132

Audre Lorde
Auf Leben und Tod — Krebstagebuch
(Erika Fink) 136

Vorankündigung Heft 15 138

Autorinnen 139

Gabriele Czarnowski

Frauen — Staat — Medizin. Aspekte der Körperpolitik im Nationalsozialismus

Das Verhältnis Frauen und Staat ist bis heute jenseits aller Kodifizierungen der politischen, sozialen, rechtlichen und familialen Gleichstellung von Frauen im Verlauf der Geschichte der bürgerlichen Gesellschaft bestimmt durch den nie aufgegebenen Anspruch des Staates auf die Verfügungsgewalt über die „Frucht im Mutterleib" — festgeschrieben im § 218 Strafgesetzbuch. Mit der seit Mitte der siebziger Jahre geltenden Indikationenregelung[1] legt der Staat die Entscheidung über einen Schwangerschaftsabbruch durch die vorgeschriebene ärztliche Indikationsstellung — auch in Fällen der sog. „Notlagenindikation" — weiterhin in das Ermessen eines Berufsstands und einer Wissenschaft, die auf eine lange Tradition „sach"-verständiger Hegemonie über den Frauenkörper zurückblicken können (vg. Duden 1980), bis hin zu gegenwärtigen medizinischen Forschungen und Experimenten von Leih(gebär)müttern und moderner Homunculusproduktion (vg. Arditti/Klein/Minden 1985). Mit der gesetzlich vorgeschriebenen Meldepflicht jeder legalen Schwangerschaftsunterbrechung an das Statistische Bundesamt wurde überdies ein Kontrollinstrument geschaffen, das Daten zur argumentativen Untermauerung der seit einigen Jahren unter dem Schlagwort „Schutz für das ungeborene Leben" geführten Diskussionen bereitstellt, welche das gesetzlich zugestandene Handeln verunglimpft als „Mißbrauch" der Notlageninkdikation und dieses wieder einzuschränken gedenkt.
Für die Entwicklung dieser Machtkonstellation ist der Nationalsozialismus von nicht zu unterschätzender Bedeutung. Er setzte eine neue „Qualität" der Verfügung über den Frauenkörper durch, indem er der Medizin eine Machtfülle verlieh, die sie zuvor nicht besessen hatte. Umgekehrt wäre die nationalsozialistische Bevölkerungs- und Familienpolitik ohne die Medizin nicht möglich gewesen, sowohl was das Instrumentarium als auch die praktische Durchführung betrifft, bis hin zur „wissenschaftlichen" Begründung. Was jedoch das Ausmaß und die Richtung der Gewaltanwendung über die generative Produktivkraft des weiblichen Körpers betrifft, so ist die heutige *staatliche* Politik mit der von 1933 bis 1945 im nationalen Maßstab kaum vergleichbar, wenngleich angesichts neuer fötaler Untersuchungsmethoden wie Amniozentese und Ultraschall und dem damit verbundenen Entscheidungsdruck für eine mögliche Abtreibung (Hubbard, Saxton 1985), der Sterilisierung Behinderter (Sierck/Radtke 1984) und bevölkerungspolitischer Praktiken in der „Dritten Welt" (Zimmermann 1984) Zusammenhänge zwischen alter und neuer Eugenik deutlich werden.

„Kampf gegen Geburtenrückgang und Entartung"

Der NS-Staat verfolgte nach der zur Staatsdoktrin erhobenen Rassenhygiene eine zwieschlächtige Politik des Gebärzwangs und der Geburtenverhinderung. Damit setzte er — in verschärfter Form und unter den Bedingungen der Diktatur — in die Tat um, was, seit dem Kaiserreich international zunächst nur von wenigen Ärzten und Rassenhygienikern gefordert — auch Frauen der Frauenbewegung waren affiziert (Janssen-Jurreit 1979) —, sich nach dem Ersten Weltkrieg als breiter Eugenik-Konsens quer durch alle politischen Parteien und bevölkerungspolitischen „Experten"-Gremien, bis hin zur linken Sexualreformbewegung, entwickelt hatte und zuletzt unter dem Druck der Weltwirtschaftskrise in Preußen bereits *vor* der nationalsozialistischen „Machtergreifung" zum politischen Programm geworden war,[2]: den *„Kampf gegen Geburtenrückgang und Entartung"*.
Dies in den Zwanziger Jahren häufig gebrauchte Schlagwort steht für tiefgreifende

Veränderungen einer Gesellschaft im Übergang. Die Bürokratisierung und Rationalisierung der Industrie, der Verwaltung, der Sozialpolitik machten nicht halt an der Grenze zum „Privaten" — der Familie, der Hausarbeit, den Geburten, der Sexualität —, sondern forderten seine Veränderung geradezu heraus. Zu Beginn der Dreißiger Jahre hatte dieser Prozeß bereits einen Großteil der Familien erfaßt, getragen von der *Neuen Frau* (Grossmann 1984). Angeleitet von einem wachsenden Heer hauswirtschaftlicher, sozial- und gesundheitspolitischer „Experten" übernahm die *Neue Frau* die steigenden Anforderungen an die Hygiene von Wohnung, Wäsche und Kleidung, „neuzeitlicher" Ernährung, geplanter Geburtenfolge, „richtiger" Säuglings- und Kleinkinderpflege sowie die psychohygienische Betreuung des Ehemanns, auch wenn sie erwerbstätig war. Diese Intensivierung und Rationalisierung der häuslichen Arbeit von Frauen blieb jedoch nicht ohne Folgen — bzw. die frühen „natürlichen" Folgen von Ehe und Familie blieben zusehends aus: Die Frauen reagierten auf die neuen Anforderungen, die sie durchaus auch positiv aufgriffen, in der Mehrzahl mit der Reduzierung ihrer Kinderzahl, um die sich vermehrenden Arbeitsbelastungen einigermaßen bewältigen zu können (Hausen 1984).

Der Geburtenrückgang fürhte zu einer nachhaltigen Verunsicherung der männlichen Öffentlichkeit, da das Handeln der Frauen die Geschlechterkonzeption von der Frau als „passive Natur" und insbesondere ihre Aufspaltung in „Mutter" und „Hure" ins Wanken brachte (Bergmann 1985). Sahen die konservativen Ärzte und Bevölkerungspolitiker den Alptraum von Staat und Gesellschaft als großes Bordell auf sich zukommen, in dem jede Ehefrau zur „Privatprostituierten" wurde und sagten Nazi-Ärzte schon in der Weimarer Zeit der wachsenden „Unzuchtsbereitschaft" der „deutschen Frauen und Mädchen" den Kampf an, so setzte sich die Sexualreformbewegung an die Spitze des „Fortschritts" (vgl. Grossmann 1984): Sie nahm das veränderte Verhalten positiv auf und suchte es zu kanalisieren, wobei sie das Passivitätskonzept im Grunde nicht aufgab. Verhütungsmittel und Beratung in sexuellen Techniken sollten das auch von den Sexualreformern als gefährdet angesehene „Eheglück" auf einer neuen Basis festigen. Nach dem Motto van de Veldes *„Der Mann ist der sexuelle Führer der Frau"*, weil er als der „aktivere" galt, war es nun Schuld des Ehemannes, wenn seine Frau frigide war oder wenn nicht beide zur selben Zeit den koitalen Orgasmus erreichten. Gleichzeitig wurde aber auch vor sog. „eheuntauglichen", „triebhaften" Frauen gewarnt. Atina Grossmann faßt die neuen Rationalisierungsbestrebungen der Sexualität, zu denen fraglos Geburtenregelung gehörte, so zusammen: „Sex ist harte Arbeit" (Grossmann 1983 b).

Die „neue Frau" und mit ihr die „neue Familie" bildeten gleichsam die erste große Welle der „Modernisierung". Doch neben ihnen existierten diejenigen, die sich den „modernen Zeiten" (noch) nicht angepaßt hatten, sei es, weil sie es nicht wollten oder es nicht konnten. Haushalt, Geburten und Kinderpflege wurden hier nach Meinung der „Experten", inclusive der Sexualreformer, „unrationell", ohne Planung oder „nachlässig" betrieben, die Frauen ihrer meist vielen Kinder wegen, die sie ohne einen bewußten *„Willen zum Kind"* in die Welt brachten — was auf ein „unkontrolliertes" Sexualverhalten verwies — dem sog. *„naiven"* im Gegensatz zum neuen *„rationellen Gebärtypus"* zugeordnet — eine Begriffsschöpfung des Sozial- und „Fortpflanzungs"-Hygienikers Alfred Grotjahn, der dem rechten Flügel der Sozialdemokratie angehörte. Dieser „Kinderreichtum" brachte — so die Ansicht von Bevölkerungspolitikern verschiedenster Couleur — „Volk und Staat" keinen oder nur geringen „Nutzen" ein, im Gegenteil: oft genug nur Kosten. Über die Belastung der Staatskasse mit Fürsorge-und Sozialausgaben hinaus aber drohte nach weitverbreiteter Auffassung von hier die „Gefahr der Entartung". Rechenexempel prognostizierten, basierend auf der wissenschaftlich für erwiesen gehaltenen Erkenntnis der Vererblichkeit von Schwachsinn, Psychopathie und anderen „Geisteskrankheiten", Alkoholismus und selbst Tuberkulose[3)], nach wievielen Generationen die auf diese Weise klassifizierten, als „minderwertig" oder „asozial" bewerteten Menschen durch ihre höhere Kinderzahl und ihr früheres Heiratsalter die „tüchtigen" und „leistungsfähigen" rein zahlenmä-

ßig überrundet haben würden.
Wir finden hier die Ausweitung des Konzepts der weiblichen Minderwertigkeit (vgl. Fischer-Homberger 1984) auf Frauen und Männer mit gesellschaftlichen und sexuellen „Devianzen", mit Körper- und Geisteskrankheiten (vgl. Bergmann 1985). Die Pathologisierung geschlechtlicher und sozialer Abweichungen und deren behauptete Vererblichkeit war es, was die „Degeneration des Volkskörpers" befürchten ließ und Abhilfemaßnahmen an den individuellen Körpern heraufbeschwor, nicht zuletzt deshalb, um Kosten für Sozialausgaben einzusparen. Allan Chase (1977) spricht in diesem Zusammenhang vom modernen wissenschaftlichen Rassismus als einem „Rassismus der Liebe", der Liebe zum Geld; er sieht hierin einen wesentlichen Unterschied zum „alten", subjektiven Rassismus, der von Haß gespeist wird.
Vor diesem Hintergrund wird deutlich, weshalb der „Kampf gegen Geburtenrückgang und Entartung" als Angriff von zwei Seiten auf die Gebärfähigkeit der Frauen geführt wurde; gegen die als „erbkrank" stigmatisierten mit ungleich schwereren Waffen, denn die Drohung der Zwangssterilisation, sei es die eigene, die des Mannes oder der bereits geborenen Kinder, war von großer Bedeutung für das individuelle Leben, insbesondere der Armen — und ein effektiv strukturiertes Erfassungssystem ließ den Betroffenen hier weniger Fluchtmöglichkeiten offen.
Staat und Partei im Nationalsozialismus griffen die modernen wissenschaftlich untermauerten Standards der Haushaltsführung und des Gebärverhaltens auf und führten sie fort. Sie unterstützten und förderten ihre Verbreitung vermittels einer nach Umfang, Reichweite und einheitlicher Ausrichtung zuvor nicht dagewesenen Gesundheitsvorsorge und Hausarbeitsschulung für Frauen durch Mütterkurse und Mütterberatung (Dammer 1981) und erhoben sie gleichzeitig zur allgemeinen Norm, überwacht von Fürsorgerinnen und Amtsärzten der 1935 geschaffenen staatlichen Gesundheitsämter (vgl. Czarnowski 1985). Wer den Anforderungen nicht genügte — geistig — körperlich — charakterlich — galt als „erbkrank" und verfiel aufgrund von Diagnosen der Medizin und Psychiatrie, später kurz „Lebensbewährung", der Zwangssterilisation, einer der zentralen Maßnahmen der sog. „ausmerzenden" Bevölkerungspolitik. „Grundsätzlich ist die ‚Abweichung von der Norm' entscheidend; ... (der) Kern der Norm ...: Arbeitsfähigkeit, Leistungs- und Aufstiegswille, Arbeitsfreude, kurz ‚der deutsche Arbeitscharakter'. Für Frauen hieß er: willige Hausarbeit; sein Gegenpol: die Schlampe, die Prostituierte" (Bock 1979). Demgegenüber sollte eine Kombination materieller Hilfeleistungen — auch für „anständige" Arme, die ihre Leistungsbereitschaft unter Beweis zu stellen hatten — , der Ausweitung ärztlicher Kontrolle über den Körper und verschärfter Verfolgung von Abtreibungen sog. „erbgesunder" Frauen als Maßnahme der sog. „aufbauenden" Bevölkerungspolitik eine Erhöhung der „Gebärleistung" auf der Basis der neuen Standards erzwingen.
Um den Preis der Körperstrafe setzte der NS-Staat folglich alle Frauen unter Druck, die moderne, arbeitsintensive Form[4] der Hausarbeit und Kinderpflege zu übernehmen oder zumindest sich darum zu bemühen. Aller Repressionen zum Trotz konnte er jedoch eine signifikante Steigerung der Geburtenzahlen *nicht* erreichen (vgl. Bock 1979, 122 ff., Knodel 1974). In historischer Perspektive betrachtet hatte der Nationalsozialismus auf diese Weise unter Anwendung brutaler Methoden einen entscheidenden Anteil an der beschleunigten Durchsetzung der modernen Kernfamilie in Deutschland (Mason 1976, Stephenson 1975)[5] und ist in dieser Hinsicht überholt, nicht aber in den Strukturen, die er aufgegriffen, spezifisch geformt und hinterlassen hat: die geschlechtsspezifische häusliche und außerhäusliche Arbeitsteilung zu Lasten der Frauen — die Durchsetzung des uns heute so vertrauten weiblichen Lebenskonzepts der sog. „Doppelbelastung", insbesondere für verheiratete Frauen mit Kindern der Arbeiterklasse (Tröger 1981)[6] — und die Zuständigkeit ärztlichen „Sach"-Verstands für den Frauenkörper. Um bestimmte Formen und Praktiken dieser Zuständigkeit geht es in diesem Aufsatz. Im Mittelpunkt steht die Darstellung einiger struktureller Weichenstellungen des Verhältnisses Frauen — Staat — Ärzteschaft aus der frühen Phase des Nationalsozialismus (1933-1935), aufgezeigt an den Intentionen und der Entwicklung

eines Gesetzentwurfs mit dem Titel „Gesetz gegen Mißstände im Gesundheitswesen". Die Darstellung entspricht der Chronologie der einzelnen Gesetzesabschnitte. Im ersten Teil geht es um selbstregulierte Geburtenkontrolle: Abtreibungsgegenstände und Verhütungsmittel, im zweiten und dritten um ärztliche Körpereingriffe: medizinisch und eugenisch indizierte Schwangerschaftsunterbrechung. Einleitend wird der Stellenwert des Gesetzentwurfs innerhalb der nationalsozialistischen Bevölkerungspolitik verdeutlicht.

„Mißstände im Gesundheitswesen"

Nachdem im Juli 1933 mit dem Sterilisationsgesetz („Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses" (GzVeN) vom 14. Juli 1933, (Reichsgesetzblatt RGBl. I, S. 529) die rechtliche Basis für den grundlegenden Schnitt durch den „Volkskörper" geschaffen worden war, der Frauen und Männer mit unterschiedlichsten Abweichungen von der sozialen und sexuellen Norm durch Schnitte an den individuellen Körpern ihrer Gebär- und Zeugungsfähigkeit berauben sollte (vgl. Bock 1979, 1985), zielten die Bestimmungen des hier im Mittelpunkt stehenden Gesetzentwurfs zunächst auf die „Bekämpfung des Geburtenrückgangs" ab, richteten sich also gegen diejenigen, von denen der Staat die bereits angesprochene Erhöhung der „Gebärleistung" erwartete. Auf den ersten Blick sind Inhalt und Begründung des Gesetzentwurfs im Verhältnis zu seinem Titel überraschend, denn als „abzustellende grobe Mißstände im Gesundheitswesen" erweisen sich verschiedene Handlungsweisen selbstbewußter, listiger oder verzweifelter Geburtenkontrolle von Frauen: die Verwendung von Verhütungsmittel, Abtreibung und freiwillige Sterilisierung. Der Geburtenrückgang wird nun nicht als Resultat ihres Handelns und ihrer Entscheidung verstanden und kritisiert, sondern als manipuliert unterstellt. Folglich sind es nicht die Frauen, die angegriffen werden, sondern die Strukturen, die es ihnen ermöglichen , ihre Familien klein zu halten oder überhaupt nicht zu gebären. Das vermeintlich „natürliche Wachstum des Volkes zum Stillstand gebracht" haben demnach „verlockende ... volksschädliche ... marxistische und liberalistische ... Irrlehren" über „Lebensgenuß und Bequemlichkeit" statt „Opferbereitschaft", die das „gesunde Empfinden des Volkes verwirrt" haben, „geschickte Werbung" von „Geschäftemachern" für empfängnisverhütende Mittel und „Stimmungsmache" dafür, „daß insbesondere auch soziale und wirtschaftliche Gründe eine Unterbrechung der Schwangerschaft zu rechtfertigen vermöchten (‚soziale Indikation')" (Gesetz gegen Mißstände im Gesundheitswesen. Begründung des 1. Entwurfs vom 28. 5. 1934, Bundesarchiv Koblenz (BA), R. 43II/720). Die Manipulationsthese leitet bruchlos über zu den Ansprüchen des Staates und einer ihrer „Pflicht" bewußten Ärzteschaft auf die Kontrolle des Frauenkörpers. Durch das Ignorieren von Frauen als handelnde Menschen gelingt es ohne weiteres, sie, bzw. ihre Gebärfähigkeit, „Kinderaufzucht" inbegriffen, zu einer zentralen Angelegenheit der „Volksgesundheit" zu objektivieren, über die staatliche Gesundheitsexperten und die Ärzteschaft zu wachen haben. Die beklagten „Mißstände" sind von daher per se solche des „Gesundheitswesens"; für „gesunde Frauen" besteht schlicht „Gebärpflicht". Der Titel des Gesetzentwurfs ist insofern programmatisch.

Folgendes war geplant: das Verbot von „Mitteln zur Verhütung oder (!G. C.) Unterbrechung der Schwangerschaft oder zur Verhütung von Geschlechtskrankheiten"[7] — mit Ausnahmebestimmungen für Ärzte und Männer —, die Legalisierung der Schwangerschaftsunterbrechung und der Sterilisierung aus gesundheitlichen Gründen (medizinische Indikation)[8] — faktisch ihre äußerste Einschränkung durch das daran geknüpfte restriktive Gutachterverfahren bei der Reichsärztekammer —, die Einführung der Meldepflicht für Fehlgeburten bei den zuständigen Amtsärzten — zur besseren kriminalpolizeilichen Erfassung und Verfolgung sog. „krimineller" Abtreibungen —[9] und die „freiwillige" Entmannung homosexueller Männer. Im Oktober 1934 wurde zusätzlich eine Bestimmung über die Zulassung der eugenischen Indikation für Schwanger-

schaftsunterbrechungen in den Entwurf aufgenommen; konkret ging es hierbei um die gesetzliche Zulassung der Abtreibung an Frauen, die während des Verfahrens oder zum Zeitpunkt der operativen Durchführung der Zwangssterilisation schwanger waren. Bereits durch die Bestimmung über die Kastration von Männern, die von der sexuellen Norm abwichen, als Ausnahmebestimmung der ansonsten verbotenen „eigenmächtigen Beseitigung der Zeugungsfähigkeit"[10] fand innerhalb des Gesezentwurfs einer Verknüpfung mit sog. „negativen" bevölkerungspolitischen Körpereingriffen statt. Mit der Einfügung der eugenischen Indikation für Schwangerschaftsunterbrechungen verlor er schließlich seinen ursprünglichen Bergründungszusammenhang als Maßnahmebündel allein gegen den Geburtenrückgang. Die Regelung der direkten Körpereingriffe — der sog. „positiven", auf Geburtenerhöhung gerichteten, wie der sog. „negativen", auf Geburtenverhinderung gerichteten — erwies sich am Ende als wichtiger als die der „weichen" und reversiblen Formen der Körper- bzw. Geburtenkontrolle: Der Gesetzentwurf wurde nie verabschiedet. Nach über eineinhalbjährigen Auseinandersetzungen zwischen dem sog. „Reichsärzteführer" Wagner, der als Mitglied der Reichsleitung der NSDAP (in seiner Funktion als Leiter des „Hauptamtes für Volksgesundheit", der Gesundheitsorganisation der Partei) und als „Führer" sowohl des „Nationalsozialistischen Deutschen Ärztebundes"(NSDÄB) wie der ärztlichen Standesorganisationen eine erhebliche Machtposition besaß, auf der einen Seite und der Ministerialbürokratie des Inneren und der Justiz auf der anderen, bei denen zunächst die Problematik des Verhütungsmittelverbots, dann aber zunehmend Modalitäten der eugenischen Indikation im Mittelpunkt standen, wurde das beabsichtigte Verbot empfängnisverhütender Mittel fallengelassen. Alle anderen Bestimmungen wurden in das Sterilisationsgesetz[11] eingefügt, obwohl die Unterbringung der medizinischen Indikation in diesem Gesetz als nicht besonders glücklich angesehen wurde. Damit waren nun in *diesem* Gesetzeskomplex ärztliche Praktiken beider Richtungen der Geburtenpolitik im Nationalsozialismus zusammengefaßt[12].

„Mittel gegen die Schwangerschaft"

Seit der Verabschiedung des „Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten" im Jahre 1927 war es leichter geworden, Verhütungsmittel zu erwerben, weil der § 184 Abs. 3 Strafgesetzbuch, der das Ausstellen, Ankündigen und Anpreisen von „Gegenständen zu unzüchtigem Gebrauch" unter Strafe stellte, bezüglich der Verbreitung und Werbung für Schutzmittel gegen Geschlechtskrankheiten gelockert worden war. Ein vielfältiges Angebot[13] nicht immer wirksamer, z. T. gesundheitsschädlicher, vor allem aber kostspieliger Mittel waren per Versand, in Drogerien, Apotheken und Sanitätsgeschäften erhältlich; hier gab es auch „Mutterspritzen" und Vaginalduschen, die zu Abtreibungen benutzt werden konnten. Für Präservative waren Automaten zugelassen worden. Daneben existierte zu Beginn der Dreißiger Jahre ein dichtes Netz verschiedener Gruppen und Verbände der Sexualreformbewegung, die ihre Mitglieder in Versammlungen, Beratungsstellen und durch Hausverkauf mit billigen und sicheren Verhütungsmitteln versorgten (Grossmann 1983a, 1984). Seit Mitte der Zwanziger Jahre boten auch die in Berlin und in Bremen von der Krankenkasse gegründeten Ambulatorien Sexual- und Familienberatung an. Überdies arbeiteten in so gut wie jeder großen und mittleren Stadt Eheberatungsstellen. 1926 in Preußen ursprünglich mit eugenischen Intentionen gegründet, wurden sie vom Publikum „umfunktioniert": Verlobte verlangten keine Aufklärung über mögliche erbbiologisch ungünstige eheliche Verbindungen, sondern vor allem Ehepaare bzw. Frauen Hilfe in Verhütungsfragen; und dem wurde in den meisten Fällen auch entsprochen, wie eine Enquête des *Bundes für Mutterschutz* von 1929 (Neisser-Schröter) positiv, der Berichterstatter zweier *Fachkonferenzen über Geburtenregelung*[14] besorgt feststellten (Archiv 1931). Eugenische Gesichtspunkte spielten jedoch überall in der Verhütungsberatung eine wichtige Rolle. Ärzten und Bevölkerungspolitikern waren besonders die Laiengruppen der Sexualreformbewegung ein Stachel im Fleisch (Grossmann 1983a, 1984). Sie werteten es als

„ . . . zweifellos gefährliche Erscheinung, daß die Führung auf dem Gebiet der Geburtenregelung nicht dem verantwortlichen Arzt zugefallen ist" und betonten die „ . . . Notwendigkeit, daß die Ärzteschaft die Führung in . . . (dieser) Frage wieder erhält, weil eine rein geschäftliche Ausbeutung ohne jede letzte Verantwortung (! G. C.) eine außerordentliche Gefahr für die sittliche und körperliche Volksgesundheit darstellt" (Archiv 1931).

Dem Tenor der Beratungen und der Begründung des Gesetzentwurfs „ . . . gegen Mißstände im Gesundheitswesen" nach richtete sich das geplante Gesetz in erster Linie gegen die Aktivitäten der Sexualreformbewegung, obwohl die größten Verbände schon im Mai 1933 durch die Gestapo zerschlagen, ihre Broschüren verbrannt und führende Mitglieder festgenommen worden waren, wenn sie sich nicht durch Flucht hatten retten können (Grossmann 1983a). Die Ambulatorien waren aufgelöst, die kommunalen Eheberatungsstellen in Berlin geschlossen, in anderen Städten, dann, wenn sie nicht zu einem städtischen Gesundheitsamt gehörten. Hier war es jedoch bereits ab 1. April 1933 durch das „Gesetz zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums" zu politisch und rassistisch motivierten Entlassungen und Verfolgung linker und/oder jüdischer Ärzte und Ärztinnen gekommen[15]. Die Bestimmungen des Gesetzentwurfs untersagten bei Androhung einer Gefängnisstrafe bis zu zwei Jahren und/oder Geldstrafe alle Handlungsmöglichkeiten, welche die inhibierten „Mittel und Gegenstände" unter's Volk bringen konnten: die Herstellung zu geschäftlichen Zwecken (im Gegensatz zu therapeutischen Zwecken für Ärzte), die Einführung aus dem Ausland, die Ankündigung, die Anpreisung, das Vorrätighalten zum Verkauf, den Verkauf, die Abgabe sowie das sonstige In-Verkehr-Bringen, bis hin zur möglichen polizeilichen Beschlagnahme dieser Objekte, auch wenn sich kein „Straftäter" feststellen ließ (BA R 43 II/720). Ein Blick auf die im Entwurf in aller Ausführlichkeit dargestellten zu verbietenden Mittel und Gegenstände macht deutlich: Hier war intendiert, Frauen fast jede Möglichkeit der selbstbestimmten Geburtenregelung am eigenen Leibe zu nehmen, während für Ärzte und Männer Ausnahmeregelungen vorgesehen waren. Als erstes wurden Abtreibungsgegenstände aufgezählt, die Frauen selbst oder die von ihnen aufgesuchten „Laienabtreiber" verwendeten, und deren „öffentliches Ankündigen, Anpreisen und Ausstellen an allgemein zugänglichen Orten" bereits im Mai 1933 durch die Wiedereinführung des § 219 StGB (RGBl I, S. 295) in einer Generalklausel unter Strafe gestellt worden war: in die Gebärmutter einzuführende Pasten und Salben sowie „Mutterrohre (für sich allein oder in Verbindung mit Spritzen, Irrigatoren usw.), sofern sie nicht einen Durchmesser von mindestens 12 mm besitzen und ein abgerundetes oder olivenförmig erweitertes Mundstück haben, das mit zahlreichen Öffnungen versehen ist". Es folgten genaue Angaben über uterine Mittel zur Verhinderung einer Schwangerschaft („Intrauterinpessare jeder Art, Steriletts und ähnliche Gegenstände") sowie über chemische und mechanische Verhütungsmittel zur Einführung in die Vagina, einschließlich solcher gegen Geschlechtskrankheiten („Tabletten, Salben und alle sonstigen Zubereitungen ähnlicher Art wie Schwämmchen, Seidenpessare und ähnliche Gegenstände"). Von dem Verbot ausdrücklich ausgenommen, aber rezeptpflichtig gemacht werden sollten „Stifte aus Laminaria oder Tupeloholz oder anderen quellfähigen Stoffen . . . ausschließlich für den Bedarf des Arztes in seiner Praxis" (BA R 43 II/720), also Mittel zur Muttermunderweiterung für ärztliche Schwangerschaftsunterbrechungen, sowie auf „Anregung" des „Reichsärzteführers" Wagner — „im Interesse der Ärzte" (!) — Verschlußpessare, z. B. das Diaphragma (aus der Niederschrift der Sitzung des „Sachverständigenbeirats für Bevölkerungs- und Rassenpolitik" v. 9. 10. 1933, BA R 43 II/720). Sachliche Werbung in Fachzeitschriften sollte weiterhin gestattet sein. Die zweite Ausnahme bildeten Präservative, die als einziges Mittel gegen Geschlechtskrankheiten ohne ärztliches Rezept zugänglich bleiben sollten. Sie sollten jedoch aus Automaten und Schaufenstern und von den Ladentischen verschwinden und ursprünglich nur noch in Apotheken verkauft werden dürfen.

Präservative waren jedoch bei Männern für den „ehelichen Verkehr" sehr unbeliebt,

 überließen sie doch überhaupt die Verhütungsfragen oft genug den Frauen (Bergmann

1983). Selbst in der „aufgeklärten" Sexualreformbewegung galt es als „natürlich", daß Frauen hierfür zuständig seien, weil Männer sich angeblich leichter durch ihre Triebe hinreißen lassen würden (Grossmann 1983a). Soweit Angaben hierüber vorhanden sind, war jedoch trotz aller Verhütungsmittelverbreitung der coitus interruptus immer noch die bei weitem häufigste — und unsicherste! — Methode der Geburtenprävention, von Enthaltsamkeit und sexueller Verweigerung abgesehen (Marcuse 1931). Waren die Frauen trotz sofortiger Vaginalspülung nach dem „Zurückzieher" des Gatten wider Willen schwanger geworden, so griffen viele als letztes Mittel zur Abtreibung. Unter dem Druck der Illegalität hatten auch während der Weimarer Zeit die wenigsten, insbesondere, wenn sie arm waren, die Möglichkeit, eine Schwangerschaftsunterbrechung schonend und angstfrei vornehmen zu lassen (Grossmann 1978). Die überwiegende Mehrzahl der Ärzteschaft lehnte den Abbruch aus anderen als „wissenschaftlich" indizierten Gründen ab (d. h. medizinschen und eugenischen, letztere abhängig gemacht von der Entwicklung der Vererbungswissenschaft), wenn auch Ansätze für eine gemischte medizinisch-soziale-eugenische Indikation vorhanden waren, besonders während der Wirtschaftskrise (Grossmann 1978). Diejenigen Ärzte, die (illegale) Abtreibungen durchführten, verlangten, von wenigen Ausnahmen abgesehen, einen so hohen Preis dafür, daß der Großteil der Frauen sich an „Kurpfuscher" auslieferte, wenn sie nicht in letzter Verzweiflung zur Selbstabtreibung griffen. Die Sterberate war sehr hoch (vgl. Grossmann 1984). Traditionellerweise ließen immer noch viele Frauen eine Abtreibung von Hebammen, Volksheilkundigen oder auch von Masseusen machen[16]. Für die neuen Machthaber aber war es gleichgültig — durchaus in der Tradition des § 218 — ob Schwangerschaftsunterbrechungen schonend und geübt oder zertörerisch und brutal — bis hin zu sexueller Bezahlung des Eingriffs — ausgeführt wurden. Ihnen kam es allein darauf an, den „gewerblichen" und „Laienabtreibern" das Handwerk zu legen und die Kontrolle über die Gebärmütter ausschließlich in die Hände der Ärzteschaft zu legen.

In den internen Diskussionen um diesen Teil des Gesetzentwurfs ging es um zwei Punkte, der erste war inhaltlicher, der zweite gesetzestechnischer Art. Die ersten Auseinandersetzungen entzündeten sich an der Kondomfrage. Der sog. „Reichsärzteführer" Wagner „(äußerte) wegen der ... vorgesehenen Beschränkung der Abgabe ... auf Apotheken (starke Bedenken)". Es bedurfte „längerer Ausführungen" verschiedener „Sach"-Verständiger über die „besonderen Schwierigkeiten, die mit dem Kampf gegen diese Mittel (alle Verhütungsmittel, G. C.) verbunden sind". Laut Sitzungsprotokoll „... (wurde allgemein) anerkannt, daß (es) bei den großen Vor- und Nachteilen sehr schwer (sei), eine Grenze zu ziehen" (aus dem Protokoll der Sitzung des „Sachverständigenbeirats für Bevölkerungs- und Rassenpolitik", AG II (Erbgesundheits- und Rassenpflege), vom 8./9. 10. 33, BA, R 43 II/720).

Das Problem war einfach, aber im Grunde unlösbar, denn auch dem Präservativ kam jene vertrackte zweifache Eigenschaft zu, die mit dem Verbot der chemischen Verhütungsmittel nicht abzuschaffen war: „Von allen Gegenständen, die als Mittel zur Verhütung geschlechtlicher Ansteckung angeboten werden, besitzt der Kondom (aus Gummi oder Fischblase) die verhältnismäßig sicherste Schutzwirkung. Freilich verhindert er zugleich die Empfängnis" (aus der Begründung des Gesetzesentwurfs, s. o.). Während also der sog. „Reichsärzteführer" die (außerehelichen) sexuellen Interessen und Gepflogenheiten der Männer mehr berücksichtigt wissen wollte, hatte für die übrigen Experten der „Kampf gegen den Geburtenrückgang" einen gewissen Vorrang vor der „Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten". Von einem Verbot der Kondome hatte auch die Ministerialbürokratie des Innern „abgesehen", nur ihre Verkaufsorte sollten eingeschränkt werden, was, wie gesagt, Wagners Kritik heraufbeschwor. Hier konnten sich die beratenden Herren einigen: „Präservative sollten auch in Drogerien erhältlich sein, deren Inhaber eine besondere Zuverlässigkeit durch Ablegen einer Prüfung nach dem Giftgesetz (!G. C.) (bewiesen hätten)". Aber auch diese Einschränkung der Verkaufsstellen wurde später aufgegeben: Man einigte sich auf die oben skizzierte Regelung als „Lösung auf mittlerer Linie". Für das Automatenverbot sollten die Lan-

desbehörden Ausnahmen zulassen können „soweit dies aus besonderen Gründen angebracht ist" — neben Stundenhotels?
Das zur Beschlußfassung über den Gesetzentwurf am 3. Juli 1934 versammelte Reichskabinett[17] kritisierte die ins einzelne gehenden Angaben über die zu verbietenden Mittel: jede/r hätte sie im Reichsgesetzblatt nachlesen und sich so bestens informieren können! Die Paragraphen wurden im folgenden Entwurf entsprechend abgeändert, im Januar 1935 gestrichen und durch eine Generalklausel ersetzt; im April 1935 wurde das Verhütungsmittelverbot fallengelassen. Dann verlieren sich die Spuren in den Akten der Ministerialbürokratie[18].
Es änderte sich also nichts hinsichtlich des freien Verkaufs von Verhütungsmitteln; sie waren nach wie vor in Apotheken, Drogerien, Friseurgeschäften u. a. erhältlich — und wurden „massenweise auch von Verheirateten gekauft" (Wollenweber 1939). An proletarische Frauen und Männer, die über ihre Mitgliedschaft in Gruppen der Sexualreformbewegung Verhütungsmittel zu reduzierten Preisen hatten erwerben können, stellte sich nun zumindest die Entscheidung über höhere finanzielle Aufwendungen für Antikonzeptiva. In kleineren ländlichen Orten, in denen der Friseur oder der Apotheker jede/n kannte, mag nach der Zerschlagung der Sexualreformbewegung und somit auch des individuellen Verhütungsmittelvertriebs die Scham bzw. der soziale Druck so hoch gewesen sein (Grossmann 1983a), daß auf Verhütungsmittel verzichtet wurde. Im Gegensatz zur Praxis der Weimarer Zeit kümmerte sich die ärztliche Eheberatung in den Gesundheitsämtern weder um Fragen der Verhütungs- noch der Sexualberatung, sondern einzig und allein um die Überprüfung sog. „erbbiologischer" körperlicher und geistiger Qualitäten (künftiger) Ehepaare: um die Gewährung oder Verweigerung von Ehestandsdarlehen (vgl. Czarnowski 1985) oder Kinderbeihilfen, um Eheverbote oder Antragstellung auf Zwangssterilisation. In Preußen war zwar ab 1936 die Werbung für Verhütungsmittel verboten — die Firma Patentex etwa warb statt dessen für Schutzmittel gegen Geschlechtskrankheiten. Die Verbreitung von Zeitungen und Zeitschriften ließ sich überdies an den Landesgrenzen nicht aufhalten, und in denen anderer Länder wurde weiter inseriert.
Kondomautomaten in „Bedürfnisanstalten" wurden nicht abgehängt. „Wohin das geführt hat" — so heißt es in einer wild entschlossenen zum „Geburtenkrieg" aufrufenden Rede eines Amtsarztes aus Dortmund von 1939 — „zeigt am besten die Tatsache, daß der Gummi von den Urlaubern mit aufs Land gebracht wird und die mir von mehreren in der Allgemeinpraxis stehenden Ärzten gemachte Mitteilung, daß es gang und gäbe ist, daß sogar die Mädchen (!), wenn sie zum Tanzen gehen, Schutzmittel zum Gebrauch für einen etwaigen Kavalier mitbringen, die anderntags an geeigneten Orten in Mengen zu finden wären. Wie es an den Austrittsstellen oder Rechen der städtischen Kanäle aussieht, kann jeder täglich, am besten natürlich nach Fastnachtstagen oder sonstigen Festen feststellen" (Wollenweber 1939, Ausrufezeichen im Originaltext). Weiterhin kritisierte er die Praxis „irgendwelcher Organisationen oder Formation" — mehr oder weniger also aller, nicht nur der Wehrmacht, sondern auch der Partei! —, daß die „jungen Männer . . . beim Ausgehen gelehrt werden, Präservative mitzunehmen". Ein anderer ärztlicher Kollege beklagt im Jahre 1940 in einem Aufsatz im Deutschen Ärzteblatt „die Vaginalspülung durch Laienhand" — konkret gemeint: in Frauenhand!! — als „volksgesundheitliche und bevölkerungspolitische Gefahr" an: „ . . . in ihren volksschädigenden Auswirkungen (komme) die gewollte oder ungewollte Empfängnisverhütung und Wertminderung des Gebärapparates der unter schwersten Strafen stehenden Abtreibung gleich" (Jaeger in Kaupen-Haas 1982). Zur selben Zeit unternahm der Nachfolger Wagners und nunmehrige Chef auch der Abteilung Volksgesundheit im RMdI, Conti, den Versuch, eine reichsgesetzliche Regelung über den „Vertrieb von Mitteln gegen Schwangerschaft" zu erwirken. Der „Reichsgesundheitsführer" befürchtete wegen des Krieges einen „Einbruch" an der „Geburtenfront" — einen starken Geburtenrückgang. Nachdem seine Bemühungen, sie in einer geplanten „Schwerverbrecherverordnung" (!) unterzubringen, gescheitert waren, wurde im Januar 1941 schließlich eine Polizeiverordnung über „Verfahren, Mittel und Gegenstän-

de zur Unterbrechung und Verhütung von Schwangerschaften" erlassen, die ein absolutes Mitteilungsverbot über diese Mittel enthielt (RGBl. I, S. 63). Sie waren jedoch weiterhin unter dem Ladentisch erhältlich. Trotz beschwörender Appelle, unerträglicher Propaganda und selektiver Familienförderung wurde die Verbreitung von Mitteln selbstregulierter Geburtenkontrolle nur eingeschränkt, nicht aber gänzlich unterdrückt oder rückgängig gemacht. Hier konnte selbst ein so terroristisches System wie der Nationalsozialismus es war, den „Zug der Zeit" nicht aufhalten. Der Schwerpunkt seiner Politik lag auf der Durchsetzung und staatlich-ärztlichen Regulierung direkter Körpereingriffe, von Zwangssterilisation bis hin zu KZ und (Völker-)Mord. Demgegenüber stellten die repressiven Praktiken hinsichtlich der weitgehenden Verweigerung von Schwangerschaftsunterbrechungen aus gesundheitlichen Gründen die einzige Form von Zwangsmutterschaft im Nationalsozialismus dar. Um diese geht es im folgenden Abschnitt.

Abtreibung zu „Heilzwecken" des individuellen Körpers: medizinische Indikation

Indikationen benennen auf der juristischen Ebene bestimmte Voraussetzungen für die Straffreiheit von Abtreibungen und existieren nur aufgrund des § 218 Strafgesetzbuch. Eine davon ist die „medizinische". Die *medizinische* Definition des Begriffes *Indikation* lautet (nach Pschyrembel, s. Anm. 22): „Heilanzeige, zwingender Grund zur Anwendung bestimmter Heilverfahren in einem bestimmten Krankheitsfall, insbesondere auch zur Ausführung eines operativen Eingriffs". Bestimmte Erkrankungen während der Schwangerschaft, unabhängig von dieser entstanden oder durch sie selbst hervorgerufen, sowie Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bei bestimmten andauernden oder überstandenen Krankheiten können das *„Leben und die Gesundheit"* der Frau so schwer gefährden, daß eine Abtreibung vorgenommen wird, um bleibende gesundheitliche Schäden oder den Tod abzuwenden. In diesem Zusammenhang wird auch von *„therapeutischem Abort"* gesprochen: die Abtreibung erfolgt zu Heilzwecken oder zur Lebensrettung der schwangeren kranken Frau. Paradoxerweise ist es ausgerechnet das Verdienst des Nationalsozialismus, erstmalig in der deutschen Rechtsgeschichte (s. Anm. 8) die medizinische Indikation für Schwangerschaftsunterbrechungen und Sterilisierungen[19] legalisiert zu haben. Jedoch bedeutete dies für Frauen im Gegensatz zu vorher eine erhebliche Verschlechterung. Die Meldepflicht für Fehlgeburten und das neue, z. T. bereits von einigen Ärztekammern seit 1933 praktizierte äußerst restriktive Verfahren über die Zulassung eines Schwangerschaftsabbruchs aus gesundheitlichen Gründen sollte in erster Linie die sog. „Abtreibungsseuche", aber auch die zunehmende sog. „Gefälligkeitssterilisation" drastisch reduzieren bzw. unmöglich machen. Die Dunkelziffer für Abtreibungen wurde während der Weltwirtschaftskrise in Deutschland auf jährlich 500 000 bis zu einer Million geschätzt (Grossmann 1978); die Sterilisierungen aus eigenem Entschluß, zumeist von wohlhabenderen Frauen, die den Eingriff bezahlen konnten, lagen weitaus niedriger, erregten aber äußerste Aufmerksamkeit und Ärger bei Rassenhygienikern, da hier angeblich besonders „hochwertige" Frauen die „Fortpflanzung" „weniger wertvollen" und „minderwertigen" überließen. In der Begründung des Gesetzentwurfs heißt es zu diesem Komplex: *„Es ist dringend geboten, den Mißstand der leichtfertigen, die Gesundheit der Frau gefährdenden Schwangerschaftsunterbrechung abzustellen. Zugleich muß der unzulässigen Beseitigung der Gebärfähigkeit (im Gegensatz zur staatlich verordneten Zwangssterilisation,* G. C.) *entgegengetreten werden. Da ferner der Verpflichtung der gesunden Frau, Kinder zu gebären und sich der Möglichkeit dazu nicht ohne ausreichenden Grund rauben zu lassen* (! G. C.), *die Pflicht des Mannes entspricht, sich zeugungsfähig zu erhalten, muß auch die künstliche Beseitigung der Zeugungsfähigkeit unterbunden werden."* In dieser Frage war das Vertrauen in die Ehemänner nicht groß, denn die Begründung lautet weiter: *„Eine Ausbreitung der bisher*

wohl noch seltenen Fälle der künstlichen Unfruchtbarmachung des Mannes wäre immerhin zu befürchten, sobald einer leichtfertigen Beseitigung der Gebärfähigkeit der Frau Einhalt getan ist''. (BA R 43 II/720. Begründung des Entwurfs eines Gesetzes gegen Mißstände im Gesundheitswesen, a. a. O. Hervorhebungen von mir.)

Über diesen Teil des Gesetzentwurfs gab es so gut wie keine internen Auseinandersetzungen. Mit seiner Verabschiedung im Sommer 1935 wurde reichsweit der Zugang zu einer legalen Schwangerschaftsunterbrechung nahezu versperrt, so schmal dieser Weg zuvor ohnehin gewesen war. Eine Abtreibung aus gesundheitlichen Gründen wurde praktisch nur noch dann vorgenommen, wenn die Frau schwer krank war und sich mit dem Abbruch selbst ein Heilerfolg erzielen oder der Tod abwenden ließ. Bei „infauster Prognose", d. h. wenn der Tod der Frau durch die Krankheit mit oder ohne Unterbrechung abzusehen war, wurde die Durchführung der Abtreibung verweigert. Wenn schon die Mutter „verloren" sei, sollte wenigstens das Kind „gerettet" werden. Eine Unterbrechung galt hier als sinnlos, weil sie den Zustand der kranken Frau nicht besser würde.

Die mit der Legalisierung der medizinischen Indikation verbundene Verfahrensregelung brachte eine umfassende Neustrukturierung von weitreichender Bedeutung mit sich, sowohl für das Verhältnis Frauen — Ärzteschaft/Medizin, als auch für die Ärzte selbst. Die Legalisierung stellte zuallererst und endlich die lange geforderte Rechtssicherheit für diesen ärztlichen Eingriff her. Nach außen erfuhr die Ärzteschaft als Berufsstand eine enorme Aufwertung als geburtenpolitisches Kontrollorgan, was in der Gründung eines Systems von sog. *„Gutachterstellen für Schwangerschaftsunterbrechung und Unfruchtbarmachung aus gesundheitlichen Gründen''* bei der Reichsärztekammer einen sichtbaren, institutionellen Ausdruck fand[20]. Es existierten rund zweihundert solcher „Gutachterstellen" im „Deutschen Reich", z.T. waren sie bis zur Reform des § 218 im Jahre 1975 tätig. Gegenüber diesem Machtzuwachs nach außen zeichnete sich nach innen jedoch eine Entmachtung der niedergelassenen und Fachärzte ab zugunsten der Kliniker, und dies in mehrfacher Hinsicht: Das Verfahren wurde vereinheitlicht, objektiviert und verwissenschaftlicht. *Vor* der Neuregelung lag die Indikationsstellung und ggf. die Operation in der Hand des von der Frau aufgesuchten Arztes und eventuell eines von ihm zur rechtlichen Absicherung herangezogenen Kollegen. Seine Entscheidung war — im Rahmen der Standesordnung[21] und des § 218 — ein Akt individuellen beruflichen Handelns gewesen, ein gewissermaßen „privates" Herrschafts- oder vielleicht sogar Dienstleistungsverhältnis zwischen ihm und seiner Patientin. Diese innerhalb der gezogenen Grenzen autonome und integrierte professionelle Tätigkeit wird durch das neue Verfahren aufgehoben und zerlegt. Die Gutachterstelle tritt zwischen den Arzt und die Frau. Die niedergelassenen und Fachärzte werden zwar nach einem Turnus in das Entscheidungssystem eingebunden, nehmen aber nurmehr partielle Funktionen darin wahr. Die Abtreibung wird nicht mehr ambulant, sondern im Krankenhaus durchgeführt. Die betroffene Frau hatte keine Möglichkeit, sich an eine andere Gutachterstelle zu wenden. Der „Gutachter" entscheidet nicht mehr allein aufgrund seines erworbenen Wissens und seiner Erfahrung, sondern nach verbindlich gemachten „Richtlinien" (1936), erstellt von Koryphäen des jeweiligen medizinischen Fachgebietes.

Ab Oktober 1935 sah der Weg der Frauen zu einer medizinisch indizierten Schwangerschaftsunterbrechung (und/oder Sterilisation) folgendermaßen aus: Außer bei einer vitalen Indikation, d. h. bei akuter Lebensgefahr[22], erforderte sie im einfachsten Fall drei ärztliche Untersuchungen, verbunden mit fünf Gängen, bis die Operation durchgeführt werden konnte: 1. eine Untersuchung des Hausarztes, der einen begründeten Antrag auf einem vorgeschriebenen Formular stellte, welches auch die schriftliche Einwilligung der Patientin für den Eingriff enthalten sollte; 2. den Gang zur Gutachterstelle mit dem Formular im verschlossenen Umschlag; 3. und 4. zwei Untersuchungen durch vom Leiter der Gutachterstelle bestimmte Ärzte, die von der Beurteilung des anderen nichts wissen durften, sichergestellt durch bestimmte Falzungen und Klebevorrichtungen des Formulars, welches die Frau — wiederum im verschlossenen Umschlag

— zu transportieren und dem jeweiligen Gutachter auszuhändigen hatte; 5. den Gang zum Hausarzt, der ihr nach Abschluß des Verfahrens ggf. mitteilte, daß der Antrag genehmigt worden sei (Deutsches Ärzteblatt Nr. 37 und Nr. 39, 65. Jahrgang 1935, S. 867 f. und 914 ff.).
Kamen die begutachtenden Ärzte nicht zu demselben Ergebnis, also einer Entscheidung für oder gegen eine Abtreibung, so lag diese beim Leiter der Gutachterstelle, der dann entweder zusätzlich eine eigene Untersuchung der betroffenen Frau vornehmen oder sie zu einem „Obergutachter" schicken konnte. Ergaben die ambulanten Überprüfungen keine genauen Anhaltspunkte, so wurde die Frau zur stationären Beobachtung in ein Krankenhaus — zumeist in die Abteilung des „Obergutachters" — überwiesen. Neben ausgedehnten körperlichen Funktionsprüfungen oder Ruhigstellung — je nach Krankheit — wurden verschiedene Therapien bis hin zur Psychotherapie oder Placeboverabreichung angewandt, um eine Unterbrechung der Schwangerschaft möglichst lange hinauszuzögern oder zu verweigern. Erst nach verschiedenen Therapieversuchen oder bei einer plötzlichen Verschlechterung des Zustandes der schwangeren Frau wurde eine Unterbrechung vorgenommen — wenn es nicht, wie in einer Anzahl von Fällen — dann schon zu spät war und die Frau starb. Anderenfalls wurde sie aus dem Krankenhaus entlassen, versehen mit Medikamenten, Ernährungsvorschriften und dem dringenden Rat, während der weiteren Schwangerschaft unter ärztlicher Kontrolle zu bleiben und zur Entbindung, die unter den erschwerten Bedingungen der Krankheit durchaus nicht ungefährlich sein würde, in die Klinik zurückzukehren. Es konnte auch geschehen, daß ein „Obergutachter" — durchaus nicht immer in zynischer Absicht — anstelle der Schwangerschaftsunterbrechung eine Erholungskur oder eine Haushaltshilfe von der NSV empfahl, ganz im Sinne der nationalsozialistischen sozialpolitischen Maßnahmen zur „Abtreibungsvorbeugung" für „erbgesunde" Frauen.
Nicht nur das Verfahren, auch der medizinische Diskurs über ärztlich gebotene, zu verweigernde oder hinauszuzögernde Schwangerschaftsunterbrechungen — auf den ich hier nicht näher eingehen kann — enthüllt ein Denken, das Frauen als handelnde Menschen mit individueller Persönlichkeit und Gefühlen, mit einigen Formen der Lebensgestaltung, zu denen auch die Entscheidung über Geburten gehört, mißachtet. In dem gesamten Diskurs findet sich ein Eingehen auf den Wunsch der Frau nur in der Hinsicht, daß eine ärztlicherseits begründete Schwangerschaftsunterbrechung nicht erzwungen werden solle, wenn die Frau das Kind unbedingt zur Welt bringen und die Geburt wagen wolle. „Die Frau soll selber entscheiden, ob sie sich zugunsten des werdenden gesunden Kindes der Gefahr für ihr Leben oder ihre Gesundheit aussetzen will. Es sind häufig die aufopferungsfähigsten Frauen, die die schwersten Gefahren auf sich nehmen, um das Kind zur Welt bringen zu können" (Wagner in DÄBl. Nr. 32, 1935, S. 756). Obwohl es immer noch eine geringe Anzahl von Ärzten gab, die staatlich „unzulässige" Abtreibungen vornahmen — festgestellt aufgrund der Fehlgeburten-Meldepflicht und der § 218-Verurteilungen —, war an dieser „Front des Geburtenkrieges" endlich Ruhe eingekehrt. Die Zeiten, da die Ärzteschaft ihre „Degradierung" zu bloßen „Uterusauskratzern" empört abwehren mußte, waren vorüber. Auf der gefestigten Herrschaft über den Leib und die Psyche der Frau gediehen nun ohne Störung männlicher Berufsstolz und echte Befriedigung, wie sie in den Worten eines führenden Gynäkologen von 1941 zum Ausdruck kommen: *„Nichts kennzeichnet den Wandel des ärztlichen Denkens und die Rückkehr zu den alten Grundsätzen einer anständigen Geburtshilfe besser als die Tatsache, daß es um alle Fragen, die mit der künstlichen Schwangerschaftsunterbrechung zusammenhängen, erfreulich still geworden ist. Jede notwendig werdende Unterbrechung der Schwangerschaft bedeutet eine Kapitulation der ärztlichen Kunst vor der Krankheit. Umso wertvoller ist der Erfolg, wenn bei Schwangerschaften kranker Frauen trotz ernster Gefährdung von Leben und Gesundheit der Mutter die Unterbrechung vermieden werden kann"* (Döderlein).
Weitgehende Stille hatte sich ebenfalls ausgebreitet über andere „notwendig werdende Unterbrechungen der Schwangerschaft", über die Döderlein schweigt, wenngleich sie

in seiner Klinik ebenfalls durchgeführt worden sein dürften: Abtreibungen aus sog. „rassischen" und eugenischen Gründen, letztere im Zusammenhang mit Zwangssterilisation[23]. Um diese geht es im fogenden Abschnitt.

Abtreibung zu „Heilzwecken" des „Volkskörpers": eugenische Indikation

„Unfruchtbarmachung und Schwangerschaftsunterbrechung aus eugenischen Gründen . . . sind Maßnahmen, die mit dem Gedanken, die das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses zugrundelegt, aufs engste zusammenhängen. Stets handelt es sich darum, die deutsche Volkskraft vor biologisch und sittlich minderwertigen Einflüssen zu bewahren, . . . stets handelt es sich um Personen mit sittlich oder biologisch verwerflichem Erbgut. Auf anderem Gebiete liegen die Maßnahmen, die aus gesundheitlichen Gründen gerechtfertigt sind. Hier handelt es sich um Eingriffe an Personen, die keineswegs eine für die Allgemeinheit gefährliche Veranlagung aufweisen müssen, sondern es geht darum, vom gesunden Menschen eine ernste Gefahr für *sein* Leben und *seine* Gesundheit abzuwenden." (Wagner im Dt. Ärzteblatt Nr. 32, 1935, Hervorhebungen von mir, G. C.).
Das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses" vom 14. Juli 1933 hatte die Zwangssterilisation aus eugenischen Gründen eingeführt[24], die eugenisch indizierte Schwangerschaftsunterbrechung hingegen war „aus politischen Erwägungen zurückgestellt" worden (Vermerk Linden, RMdI, v. 30. 5. 1934, ZStA 15. 01. 26 251). Ausschlaggebend dafür waren taktische Gründe. Das Sterilisationsgesetz sollte vorerst nicht damit „belastet" werden, denn nach weitverbreiteter Ansicht, bis hin zur Evangelischen Kirche (Nowak 1978), galt die sterilisierende Operation gegenüber der Abtreibung als weniger schwerwiegend, da sie als „Präventivmaßnahme" „*nur* die Entstehung" von „erbkrankem und lebensuntüchtigem Leben" verhindere und in dieser Hinsicht z. T. sogar mit dem staatlichen Impfzwang gleichgesetzt wurde, während mit einer Schwangerschaftsunterbrechung „keimendes Leben getötet" werde[25]. In durchaus kontrovers geführten Diskussionen einer breiten, vor allem ärztlichen Berufsöffentlichkeit der Jahre 1932 und 1933 über diese Frage waren bereits die fehlende Verknüpfung von rassenhygienischer Sterilisation und gleichzeitiger Schwangerschaftsunterbrechung als Inkonsequenz kritisiert und Vorschläge für entsprechende Gesetzesänderungen unterbreitet worden[26]. Ab Januar 1934, als die Untersuchungen und Verfahren zur Einleitung der Zwangssterilisation begannen, erhielt die Frage der eugenischen Abtreibung eine höchst praktische Brisanz, denn unter den Frauen, die der Sterilisierung unterworfen werden sollten, gab es solche, die schwanger waren[27].
Während das RMdI auf Anfragen und Vorschläge von Kreisärzten und sog. „Erbgesundheits"-Richtern[28], die größtenteils auf einer gesetzlichen Regelung der eugenischen Schwangerschaftsunterbrechung drangen, in den ersten Monaten gemäß der skizzierten politischen Taktik stets auf die „Unerlaubtheit" derselben hinwies — den gleichzeitigen operativen Eingriff, also Sterilisation *und* Abbruch einer Schwangerschaft, jedoch für zulässig erklärte, wenn letzterer auch medizinisch indiziert sei und Andeutungen über möglicherweise illegale, eugenische Abtreibungen nicht weiter verfolgte —, sah es sich schon gegen Ende des Jahres 1934 gezwungen, seine Taktik aufzugeben und neben der medizinischen auch die eugenische Indikation für Schwangerschaftsunterbrechung in den Entwurf des „Gesetzes gegen Mißstände im Gesundheitswesen" aufzunehmen. Eine Abtreibung sollte hiernach bei einer zwangszusterilisierenden Frau zulässig sein, wenn sie ihre Einwilligung für die Schwangerschaftsunterbrechung gab und der sechste Schwangerschaftsmonat noch nicht überschritten war. Der Grund für die Änderung der staatlichen Taktik war folgender: Wagner hatte in einem mit dem Vermerk „vertraulich" versehenen Rundschreiben an die Gauamtsleiter des Amtes für Volksgesundheit und die Amtsleiter der Landes- und Provinzstellen der KVD (s. Anm. 20 vom 13. 9. 1934) die Ärzteschaft unter Zusicherung von Straffreiheit

(!) dazu aufgefordert, an „erbkranken Schwangeren" im Zusammenhang mit deren gerichtlich angeordneter Zwangssterilisation die Schwangerschaft trotz des Fehlens einer gesetzlichen Grundlage zu unterbrechen. Desgleichen sollten Abtreibungen an „erbgesunden" Frauen vorgenommen werden, wenn der „Vater des Kindes erbkrank (ist)", wobei Wagner darauf hinwies, daß „die letzteren Fälle . . . natürlich außerordentlich selten sein (werden)". Unter Verweis auf die „Lücke" im Sterilisationsgesetz begründete er diese Anordnung folgendermaßen: „Solange nicht alle Erbkranke (sic) sterilisiert sind, wird der Sinn des Gesetzes, erbkranken Nachwuchs nicht zur Welt kommen zu lassen, nur erreicht, wenn man neben der Sterilisierung auch die Schwangerschaftsunterbrechung aus eugenischen Gründen zuläßt. Es wäre nicht verständlich, wenn auf der einen Seite derjenige sterilisiert wird, der erbkrank ist und wenn man auf der anderen Seite erbkranke Kinder zur Welt kommen läßt. . . . Alle derartigen Fälle" sollten „bis zu einer gesetzlichen Regelung . . . mit einem genauen Bericht" an Wagners Amtssitz in München gemeldet werden. „Die offizielle Genehmigung für die vorgenommene (!! G. C.) oder vorzunehmende Schwangerschaftsunterbrechung", so heißt es in dem Rundschreiben weiter, „wird dann von hier aus erfolgen". Es schließt mit dem Satz: „Über dem toten Paragraphen steht für uns Nationalsozialisten das Wohl des Volkes" (BAK R 18/5585).

Mit dieser Anordnung, die Wagner ohne vorherige Information, geschweige denn Beteiligung der zuständigen Ministerien getroffen hatte, wurden nicht nur Ärzte zu — nach immer noch geltendem Recht — illegalem Handeln angehalten, sondern in Form selbstherrlicher, aber quasi geheimer Rechtsschöpfung auch eine neue Instanz geschaffen, die „offizielle Genehmigungen" für einzelne Akte dieses illegalen Handelns erteilte und „volle Gewähr dafür" versprach, „daß kein Arzt bestraft wird, der die Schwangerschaft unter obigen Voraussetzungen aus eugenischen Gründen unterbricht" — ohne daß die Staatsanwaltschaften überhaupt davon wußten. De facto deckte Wagner mit diesem Rundschreiben jede Zwangsabtreibung an einer schwangeren Frau, ganz gleich, in welchem Stadium der Schwangerschaft sie sich befand, sobald nur ein „Erbgesundheitsgericht" ihre Sterilisation beschlossen hatte. Zugleich setzte der sog. „Reichsärzteführer" mit dieser Aufforderung den Staat unter Handlungsdruck, die eugenische Zwangsabtreibung gesetzlich zu regeln. Aufgrund der Machtposition Wagners konnte die Ministerialbürokratie seine Anordnung weder übergehen noch rückgängig machen, zumal Hitler als Parteiführer *und* Reichskanzler auf Seiten Wagners stand, und der Leiter der Abteilung Volksgesundheit im RMdI, Gütt, sich vergeblich um ein Gespräch mit ihm bemühte. Der vom RMdI vorgelegte Entwurf wich jedoch in drei Punkten von Wagners Rundschreiben ab. Zunächst sollte eine eugenisch indizierte Abtreibung allein dann erfolgen, wenn die schwangere Frau selbst laut Gerichtsbeschluß „erbkrank" und demnach zu sterilisieren war, nicht jedoch in dem Fall, wenn sie als „erbgesund", der Mann aber als „erbkrank" klassifiziert wurde. Nach Ansicht des RMdI hätte die Zulassung der Schwangerschaftsunterbrechung für die zuletzt skizzierte Konstellation die „Gefahr des Mißbrauchs" dieser Bestimmung zu „reinen Abtreibungszwecken" hervorgerufen, insbesondere bei unverheirateten Frauen. Eine Beschränkung auf Ehefrauen hingegen hätte eine Ungleichbehandlung ehelicher und nichtehelicher Schwangerer bedeutet, was ebenfalls vermieden werden mußte. „Pater semper incertus" (d. h. die Vaterschaft bzw. der Vater ist immer unsicher) — mit diesem alten Furcht- und Rechtfertigungssatz patriarchaler Unterdrückung von Seiten des Referenten aus dem Reichsjustizministerium wurde diese wie auch die anfänglich erwogene Zulassung der ethischen Indikation (Abtreibung nach Vergewaltigung) fallengelassen. Wagner war mit dieser Änderung einverstanden. Eine Schwangerschaftsunterbrechung aus eugenischen Gründen war folglich immer mit der Zwangssterilisation der betreffenden Frau verknüpft. Auch der zeitlichen Eingrenzung des Eingriffs stimmte er zu, obwohl er eine gesetzliche Regelung hier nicht für erforderlich hielt (die von ihm gegründete Kommission genehmigte diese Art von Eingriffen noch im siebten und achten Monat der Schwangerschaft auch noch *nach* dieser Sitzung, s. u.).

Über die Frage Zwangssterilisierung oder Abtreibung nur mit Einwilligung der

schwangeren Frau jedoch kam es zu monatelangen Auseinandersetzungen zwischen Staat und Partei: der Ministerialbürokratie des Inneren — insbesondere Gütt, dem Leiter der Abteilung Volksgesundheit — und der Justiz und Wagner. Wagner bestand auf der Durchführung von Zwangsabtreibungen. Gütt hingegen sah bei einer zwangsweisen Durchführung eugenischer Schwangerschaftsunterbrechungen knapp ein Jahr nach Anlaufen des Sterilisationsgesetzes dessen zügige Abwicklung gefährdet. Er warnte vor dem massiven Widerstand der Bevölkerung und der Kirchen sowie scharfer Kritik aus dem Ausland. Er verwies darauf, daß Sterilisierungen aus eugenischen Gründen auch in anderen Ländern auf gesetzlicher Grundlage durchgeführt würden (vgl. Gütt, Rüdin, Ruttke 1936), nicht aber Schwangerschaftsunterbrechungen. Überdies werde dies selbst von Vererbungsforschern nicht gefordert, weil bei dem derzeitigen (= damaligen) Stand der Wissenschaft nur in wenigen Fällen voraussagbar sei, „ob ein *bestimmtes* Kind erbkrank" sein werde (hervorgehoben von mir, G. C.). Eine „zwangsweise Vernichtung (bereits entstandenen Lebens) (könne) nur in Frage kommen, wenn mit annähernder Sicherheit vorausgesagt werden (könne), daß das Kind erbkrank (sei)". Außerdem bedeute eine Abtreibung ohne Einwilligung eine „wesentliche Erhöhung der Operationsgefahr", wie sie „für Frauen schon bei der Unfruchtbarmachung" bestehe. In diesem Zusammenhang wies Gütt auf bereits 50 „Todesfälle" hin, „eine Zahl, die sich dann wesentlich erhöhen dürfte" — ohne auf die Bedingungen des Zwangs der Sterilisationsoperation als eine m. E. wesentliche Ursache dafür einzugehen. „Bei richtiger Anwendung des GzVeN", so argumentierte er weiter, würden „die Unfruchtbarzumachenden so früh erfaßt werden, daß ihre Fortpflanzung nicht möglich (sei). Durch die Errichtung der Gesundheitsämter (werde) die Erfassung . . . stark gefördert werden. Es (sei) daher zu erwarten, daß in wenigen Jahren die Antragstellung auf Unfruchtbarmachung in der Hauptsache vor der Pubertät" erfolge. (Die Zwangssterilisation war ab dem 15. Lebensjahr, die „freiwillige", d. h. mit Zustimmung der Eltern oder des Vormunds, bei zehnjährigen Kindern möglich.) Letztendlich halte sich „die Zahl der Fälle, bei denen wegen Schwangerschaft die Vornahme des Eingriffs (d. h. der Zwangssterilisation, G. C.) ausgesetzt werden (müsse), . . . in bescheidenen Grenzen" (s. Anm. 27). Bei einer Nichtzustimmung zur Abtreibung von Seiten der Frau sei es „mit Hilfe der Gesundheitsämter möglich, die geborenen Kinder für eine etwaige spätere Unfruchtbarmachung vorzumerken". Aus diesen Gründen bestand die Abteilung Volksgesundheit des RMdI auf der Einwilligung der schwangeren zwangszusterilisierenden Frau zur eugenischen Abtreibung „ . . . eine Herausforderung des Widerstandes der Bevölkerung durch die zwangsweise Schwangerschaftsunterbrechung (würde) das Endziel, nämlich die Unfruchtbarmachung aller Erbkranken, weit mehr verzögern als fördern" (Gütt s. Anm. 27).

Noch im April 1935 indes beharrte Wagner auf der Durchführung eugenischer Zwangsabtreibungen, wenn nicht legal, also qua Gesetzesbestimmung, dann eben ohne eine solche, wie aus einem Vermerk in den Akten des RMJ hervorgeht: „ . . . Falls gegen die Einführung der zwangsweisen Schwangerschaftsunterbrechung (in den Gesetzentwurf, G. C.) zur Zeit politische Bedenken bestehen könnten, wünscht der Reichsärzteführer . . . , daß von einer gesetzlichen Regelung überhaupt abgesehen wird, damit die Ärzte unter stillschweigender Duldung der Behörden Schwangerschaftsunterbrechungen aus eugenischer Indikation vornehmen können." Auch dazu habe er die Genehmigung Hitlers erhalten (Vermerk Massfeller, RMJ, v. 23. 4. 1935, ZStA, 30. 01, 10160). Zwei Monate später war dieser Machtkampf zwischen Gütt und Wagner zu Ende. Auf den Druck des „Ärzteführers" hin war die gesetzliche Zulassung mit Zwangssterilisation eher durchgesetzt worden, als es den staatlichen Gesundheits- und Bevölkerungspolitikern genehm war — auf der anderen Seite gab Wagner hinsichtlich der Einwilligung der Frau nach. Ob diese Bestimmungen in der Praxis tatsächlich auch eingehalten worden sind, läßt sich anhand der Akten kaum erschließen. Vor allem bleibt verborgen, wie die Einwilligung, wenn sie gegeben wurde, zustande kam. In diesem Zusammenhang sind Bemühungen des RMdI und des RMJ
92 von 1938 aufschlußreich, eine Änderung der gesetzlichen Vorschriften dahingehend zu

erlassen, daß die einmal gegebene Zustimmung einer schwangeren Frau zur eugenischen Abtreibung nicht widerrufen werden könne.
Daß es nicht erst des Wagnerschen Rundschreibens oder der Gesetzesänderung bedurfte, um gleichzeitig mit der Zwangssterilisation auch eugenische Schwangerschaftsunterbrechungen vorzunehmen, belegen einige Schreiben an das RMdI schon im ersten Halbjahr 1934. Sie zeigen, wie selbstverständlich nicht wenigen Ärzten, allen voran den Funktionsträgern des NSDÄB und auch der KVD, bis hin zu beamteten Ärzten, diese Verknüpfung war, wie wenig sie sich hier an die gesetzlichen Vorschriften gebunden fühlten oder sie kaum als Hindernis für ärztliche Eingriffe betrachteten. So berichtet der Vorsitzende des Lübecker „Erbgesundheitsgerichts" bereits am 2. 2. 1934: „Es gehen eine ganze Reihe von Anträgen ein, bei denen von den approbierten Ärzten und auch von Amtsärzten Beschleunigung (der Gerichtsentscheidung über eine Sterilisation, G. C.) gefordert wird, weil eine Schwangerschaft bei unfruchtbarzumachenden Antragstellerinnen besteht. Die Ärzte sind der Auffassung, daß beide Eingriffe miteinander verbunden werden müßten bzw. könnten. . . . Es wird damit zu rechnen sein, daß viele Ärzte die angeordnete Unfruchtbarmachung dazu benutzen, die Schwangerschaft zu unterbrechen" (ZStA, 15.01, 26250).
Auch das „Erbgesundheitsgericht" in Hamburg hatte bis Febrar 1935 in mindestens drei Fällen die Koppelung der Sterilisations- mit der Abtreibungsoperation für zulässig erklärt, jeweils mit Einwilligung der schwangeren zu sterilisierenden Frau, soweit dies aus den schriftlichen Unterlagen hervorgeht[29]. „Da schon eine Schwangerschaft, die das Leben der Mutter ernstlich gefährdet, unterbrochen werden darf, ist es erst recht zulässig, zu unterbrechen, wenn durch das zu erwartende Kind Leben und Gesundheit des Volkes gefährdet werden würden" (zit. nach Brücks/Rothmaler 1985), heißt es in einem Gerichtsbeschluß vom Oktober 1934, aufgrund dessen eine „Schwangerschaftsunterbrechung" noch im siebten Monat durchgeführt wurde. Die vorgesetzten Behörden erfuhren über die Beschlüsse erst über Dritte oder gar aus der Zeitung. Während in den Akten des RMdI keine kritischen Stellungnahmen zu finden sind[30], hielten die Referenten des RMJ die Entscheidungen für „bedenklich" — allerdings aus rein formaljuristischen Gründen: das Gericht greife damit dem Gesetzgeber vor, da Schwangerschaftsunterbrechungen durch das Sterilisationsgesetz nicht gestattet seien. „Im Interesse der Rechtssicherheit" sei „eine gesetzliche Regelung erwünscht" (ZStA, 30.01, 10160, Vermerk Massfeller v. 23. 4. 1935). In der 2. Auflage des Kommentars zum „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses" hingegen wurde die Hamburger Gerichtspraxis — hier eine ausführliche begründete Entscheidung des vorsitzenden Richters Meinhof[31] — gepriesen als „ein Musterbeispiel für Rechtsfindung nach nationalsozialistischen Gesichtspunkten. . . . Daß bald darauf das Gesetz in entsprechender Weise umgeändert wurde, (sei) ein schönes Beispiel dafür, wie im nationalsozialistischen Staat die Rechtspflege sich der Entwicklung des Rechtsempfindes im Volke (! G. C.) (anpasse) und ihm (folge)" (Gütt, Rüdin, Ruttke 1936).
Die Hausangestellte Hedwig L. aus München sollte auf Beschluß des Erbgesundheitsgerichts München wegen Schizophrenie unfruchtbar gemacht werden. Rechtskraft des Beschlusses: 17. 5. 35. Bei der Operation am 29. 5. 35 wurde nicht nur die Unfruchtbarmachung, sondern gleichzeitig auch durch Kaiserschnitt Schwangerschaftsunterbrechung ausgeführt. Nach Angabe der Krankenanstalt hatte vorher der Amtsarzt beim Leiter des Hauptamts für Volksgesundheit die Unterbrechung beantragt und diesem Antrag war stattgegeben worden. Infolge des Kaiserschnitts trat eine starke Blutung ein, die zum Tode der Schwangeren führte. Auch das Kind starb. Die L. war im 7. bis 8. Monat schwanger. Der vorläufige Vormund der Verstorbenen erstattete bei der Staatsanwaltschaft München Strafanzeige. Er behauptet darin, daß das Kind eine halbe Stunde gelebt habe und möglicherweise infolge Nichtgewährung von Geburtshilfe (Reinigen der Atemwege, Abbinden der Nabelschnur) gestorben sei.
Der Generalstaatsanwalt München legt die Akten mit der Bitte um Entschließung vor. In dem Bericht ist ausgeführt: Die Unterbrechung soll auf das Gutachten einer unter dem Vorsitz des Herrn Reichsärzteführers Dr. Wagner stehenden Kommission erfolgt

sein, die die Genehmigung zu derartigen Schwangerschaftsunterbrechungen aus rassebiologischen Gründen erteile. Das Vorhandensein einer solchen Kommission sei allerdings dem Beisitzer des Erbgesundheitsobergerichts Landgerichtsarzt, Universitätsprofessor Dr. M., unbekannt. Die außerordentlich zurückhaltenden Andeutungen anderer Gerichtsärzte hätten ergeben, daß bei weiteren Erhebungen mit Schwierigkeiten zu rechnen sei. Der Fall sei von grundsätzlicher Bedeutung und dürfe geeignet sein, das Sterilisationsgesetz aufs Schwerste in Verruf zu bringen. Der Oberstaatsanwalt bittet um Auskunft, ob das Vorhandensein des Ausschusses dem RMJ bekannt sei. Er habe bisher nicht angenommen, daß die Genehmigung zu einem derart gefährlichen Eingriff in einem so vorgerückten Schwangerschaftsstadium erteilt werden könne.
Der Sachverhalt wird näherer Aufklärung bedürfen. Objektiv betrachtet, hat der operierende Arzt sich der Abtreibung, vielleicht auch der fahrlässigen Tötung schuldig gemacht. Ein etwa vorliegender Ausschußbeschluß würde dann objektiv nichts ändern, aber der Arzt würde sich mit Erfolg darauf berufen können, daß er in dem Ausschußbeschluß einen Rechtfertigungsgrund für sein Handeln gesehen habe. . . . Es wird aber weiter zu prüfen sein, ob der etwaige Beschluß wirklich auch die Schwangerschaftsunterbrechung bei einer derartig hochgradig Schwangeren gestattete, ob nicht vielmehr auch dieser Beschluß davon ausging, daß der Arzt im Einzelfalle prüfen müsse, ob die Operation eine Lebensgefahr für die Schwangere bedeute. Es fragt sich weiter, ob und wieweit die Personen sich strafbar gemacht haben, die den Beschluß gefaßt haben. Man würde sie unter Umständen als mittelbare Täter der bei dem Operateur nun aus subjektiven Gründen nicht verfolgbaren Abtreibung machen können. Ob auch bei ihnen Schuldausschließungsgründe vorhanden sind, läßt sich schwer sagen. (Vermerk Massfeller, RMJ, v. 23. 8. 1935, ZStA, 30.01, 10161).
Die weitere Entwicklung ist aus den Akten des RMJ nicht zu entnehmen bis auf einen Vermerk vom 21. 2. 1936 darüber, daß das Verfahren von dem Oberstaatsanwalt des Landgerichts München I sowie aufgrund einer Verfügung der Zentralen Staatsgewalt im RMJ mit Einverständnis des Ministers eingestellt worden sei. (ZStA, 30.01, 10162).

Anmerkungen

1) *Die zuvor vom Bundestag verabschiedete „Fristenlösung", welche die Entscheidung über einen Schwangerschaftsabbruch innerhalb der ersten drei Monate in das Ermessen der Frau selbst gelegt hätte, wurde im Februar 1975 vom Bundesverfassungsgericht als verfassungswidrig verworfen.*

2) *Der Preußische Landesgesundheitsrat diskutierte im Juli 1932 über „Eugenik im Dienst der Volkswohlfahrt" und arbeitete eine Gesetzesvorlage für ein Sterilisationsgesetz aus. Dieses war die Grundlage des knapp ein Jahr später erlassenen „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses", welches — im Gegensatz zum preußischen Entwurf — die zwangsweise Sterilisierung vorsah (Grossmann 1984).*

3) *Die Vererblichkeit von Tuberkulose war allerdings umstritten und im Nationalsozialismus keine Sterilisationsindikation, wohl aber ein Grund für Eheverbote.*

4) *Vgl. hierzu Hausen (1984), bes. den Abschnitt „Mütter in der Weimarer Zeit" und hier S. 508-513 über die Hygienisierung der Gesellschaft, steigende Kleidungsstandards, lebenserhaltenden Pflegeaufwand für Säuglinge u. a. m.*

5) *Mason vertritt diese These unter explizitem Ausschluß der Zwangssterilisation als soziales Repressionsinstrument (vgl. Bock 1979) und der Verkennung der Funktion des öffentlichen Gesundheitswesens als Kontroll- und Selektionsinstanz insbesondere für Frauen.*

6) *Die Fabrikarbeit von Müttern begann sich erst in der Weimarer Zeit im Zuge der Rationalisierungswelle der Industrie durchzusetzen. Mütter in den Unterschichten trugen zwar schon immer durch außerhäusliche Arbeit zum Familieneinkommen bei, in der Regel jedoch, zumal wenn sie mehrere Kinder hatten, durch stundenweise Arbeit als Putzfrau, Waschfrau, Büglerin u. ä., bei der sie die Kinder z. T. mit beaufsichtigen konnten, nicht aber ganztags in Fabriken, auch wenn sie dort bis zur Geburt des ersten oder zweiten Kindes gearbeitet hatten. Zur Schaffung des weiblichen Rationalisierungsproletariats im Nationalsozialismus (vgl. Tröger 1981), insbesondere die Abschnitte: Die biologische Qualifizierung zur Fließbandarbeit, Die Mutter am Fließband, Von Hitlers Reservearmee zur psychotrainierten Mutter (S. 264 ff.)*

7) *Ein Gesetzentwurf mit diesem Titel wurde zwischen Juli und Oktober 1933 erarbeitet und im „Sachverständigenausschuß für Bevölkerungs- und Rassenpolitik" beraten. Eine erste Erwähnung in den*

Akten findet sich im Protokoll der Kabinettssitzung vom 14. 7. 1933, im Zusammenhang mit der Beschlußfassung über die Zwangssterilisation: „Der Stellvertreter des Reichskanzlers ... würde es begrüßen, wenn der Reichsminister des Innern sich entschließen würde, eine Bestrafung für Benutzung von Empfängnisverhütungsmitteln zu erwägen" (Bundesarchiv (BA), R 43II/720). Damit schoß er allerdings über das Ziel hinaus: eine strafrechtliche Verfolgung einzelner „Täterinnen" und „Täter" ist hier schlechterdings unmöglich!

8) *Nach einem Reichsgerichtsurteil vom 11. 3. 1927 war die Vornahme der medizinisch indizierten Schwangerschaftsunterbrechung als „übergesetzlicher Notstand" von den Strafverfolgungsbehörden anerkannt. Der am 26. Mai 1933 wiedereingeführte §219 Strafgesetzbuch (StGB) über das Verbot von Abtreibungsgegenständen nahm ausdrücklich solche für ärztliche Eingriffe aus, was einer indirekten gesetzlichen Zulassung der medizinischen, aber auch der eugenischen Indikation gleichkam. Bis 1935 hatten die medizinische und eugenische Indikation für Schwangerschaftsunterbrechungen keine direkte gesetzliche Grundlage. Sie wurde erst im Zusammenhang mit dem hier im Mittelpunkt stehenden Gesetzentwurf geschaffen.*

9) *Die Anzeigepflicht für jede operative „Unfruchtbarmachung" auch aus anderen Gründen als den im Sterilisationsgesetz angegebenen, also z. B. Gebärmutterentfernungen, war bereits durch das GzVeN im Juli 1933 vorgeschrieben.*

10) *im Unterschied zur von den Strafgerichten verhängbaren Kastration als Strafe oder als sog. „Maßregel der Sicherung und Besserung" und der Zwangssterilisation.*

11) *1. Änderungsgesetz des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses v. 26. 6. 1935 und 4. Durchführungsverordnung v. 18. 7. 1935, RGBl I, S. 773 und 1035.*

12) *zur rassistischen Abtreibungs„indikation" und erzwungenen Sterilisationen (vgl. Bock 1979, 1985).*

13) *Max Marcuse führt 1931 nach einer Zusammenstellung von Annemarie Durand-Wever allein 77 chemische Verhütungsmittel (Pasten, Salben, Zäpfchen etc.) auf, deren chemische Zusammensetzung bekannt war. Zur Verbreitung und staatlichen Überwachung der Aktivitäten der Laiengruppen der Sexualreformbewegung (vgl. Grossmann 1983 a und 1984).*

14) *Diese Fachkonferenzen waren 1930 und 1931 von der „Arbeitsgemeinschaft für Volksgesundung" und dem „Bevölkerungspolitischen Ausschuß" (des Reichstages?) einberufen worden. Eingeladen waren „neben einer Reihe führender Gynäkologen und Universitätslehrer einige der bekanntesten Berliner Frauenärztinnen und einige Sozialhygieniker" (Archiv 1931).*

15) *Vgl. hierzu Leibfried, Tennstedt (1981), Pross, Winau (1984)*

16) *Interne Statistiken im Nationalsozialismus wiesen die Hebammen als die am meisten an Abtreibungen beteiligte Berufsgruppe von Heilpersonen aus. Wieweit dies ein traditionell höherer Anteil ist oder ob er durch den „Ausfall" verfolgter und emigrierter Ärzte bedingt ist, läßt sich kaum abschätzen. Zu Methoden der Selbstabtreibung vgl. Bergmann (1983).*

17) *nach der Aufhebung der parlamentarischen Demokratie das gesetzgebende und gesetzausführende politische Gremium (vgl. Broszat 1969).*

18) *Ein entsprechender Paragraph war jedoch zur Aufnahme in das geplante neue „Volksstrafgesetzbuch" vorgesehen, das nie verabschiedet wurde.*

19) *Die Sterilisierung wie die Schwangerschaftsunterbrechung aus gesundheitlichen Gründen sind von denselben Eingriffen aus rassenhygienischen bzw. eugenischen Gründen strikt zu trennen. Nach den Richtlinien (1936) war die medizinische Indikation für Sterilisation gegeben „bei Vorhandensein eines das Leben und die Gesundheit erheblich gefährdenden Leidens: a) wenn dieses Leiden Ausheilung oder auch nur zeitweiligen Stillstand nicht mehr erwarten läßt, b) wenn das Leiden erfahrungsgemäß durch eine Schwangerschaft verschlimmert wird, oder in einer vorausgegangenen verschlimmert worden ist. In jedem Falle", so heißt es hier weiter, „muß der psychischen Einstellung der Kranken zur Frage der dauernden Unfruchtbarmachung Rechnung getragen werden. Falls der Wunsch nach Kindern stark in der Kranken verankert ist, muß unter allen Umständen von einer operativen Dauersterilisierung Abstand genommen werden, auch auf die Gefahr hin, daß bei Versagen der Präventivmaßnahmen einmal eine Unterbrechung notwendig werden könnte". Für die „operative Dauersterilisierung" aus eugenischen Gründen hingegen war die „psychische Einstellung" der Betroffenen vollkommen belanglos. Sie wurde — von wenigen Ausnahmen in den ersten Monaten abgesehen (Bock 1979) — zwangsweise durchgeführt.*

20) *Bis zur Gründung der Reichsärztekammer (RÄK) waren die Gutachterstellen bei den örtlichen Stellen der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands (KVD) angeschlossen. Zur Gleichschaltung der ärztlichen Standesverbände vgl. Baader (1984), der diesen Prozeß charakterisiert als „zumindest im gleichen Maße (wie der Druck von außen, G. C.) Selbstgleichschaltung und Selbstreinigung".*

21) *In der ärztlichen Standesordnung vom 5. 9. 1926 heißt es: „§ 1 Abs. g. Es ist die Pflicht des Arztes, das keimende Leben zu erhalten, soweit dem nicht lebensgefährliche Zustände der Mutter entgegentreten. Ohne zwingende Gründe darf er niemals die Fortpflanzungsfähigkeit vernichten" (zitiert aus Deutsches Ärzteblatt Nr. 19, 1935, S. 462).*

22) *„(Die vitale Indikation) kommt in Frage bei 1) echter Hyperemesis (unstillbarem Erbrechen), 2) ausgebrochener Eklampsie (schweren Krämpfen), 3) Präeklampsie und Schwangerschaftsnephropathie (= relative vitale Indikation) (schwere Nierenerkrankung), 4) Herzerkrankungen bei schwerster Dekompensation, 5) Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit), 6) neurologischen Erkrankungen, a. Epilepsie, b. Schwangerschaftschorea, 7) genitalen Erkrankungen wie Retroflexio uteri incarcerata (Abknickung der graviden und fixierten Gebärmutter, führt bei Erreichen einer bestimmten Größe des Uterus zu Einklemmungserscheinungen), Myome mit Stieldrehung (gutartigem Geschwulst), 8) chirurgischen Erkrankungen, wenn die schwangere Gebärmutter die eilige Operation technisch unmöglich macht, wie z. B. bei gewissen Beckentumoren . . . usw." (Stadler 1938a) „Alle anderen Erkrankungen können ohne Bedenken von der sofortigen Unterbrechung ausgeschlossen und dem . . . heute obligatorischen Gutachterverfahren zugeleitet werden" (Stadler 1938 b). (Die Erklärungen in Klammern sind verkürzt entnommen aus Willibald Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 1977).*

23) *Neben dem absoluten Verbot einer Schwangerschaftsunterbrechung aus sozialen oder wirtschaftlichen Gründen existierten während des Nationalsozialismus vier „Indikationen": neben der medizinischen und eugenischen die sog. „rassische" für jüdische Frauen (ab 1938), für polnische, russische und andere Zwangsarbeiterinnen oder deutsche Frauen, die von einem Mann aus diesen Länder schwanger waren (Sonderbestimmungen für Polen) (ab 1943) (vgl. Bock 1979) und die ethische Indikation (Abtreibung nach Vergewaltigung), verbunden mit der Zulassung eugenischer Schwangerschaftsunterbrechungen bei sog. „erbgesunden" Frauen, wenn der „Erzeuger" nachgewiesenermaßen der Vergewaltiger, „erbkrank" oder „asozial" war. Die letzten Indikationen beruhten auf Geheimerlassen.*

24) *Sterilisationsgründe waren: „angeborener Schwachsinn, Schizophrenie, zirkuläres (manisch-depressivers) Irresein, erbliche Fallsucht (Epilepsie, G. C.), erblicher Veitstanz (Huntingtonsche Chorea, G. C.), erbliche Blindheit, erbliche Taubheit, schwere erbliche körperliche Mißbildung (z. B. Klumpfuß oder Buckel und Hüftgelenksverrenkung, G. C.), schwerer Alkoholismus" (Gütt, Rüdin, Ruttke 1936).*

25) *Dieser „Wesensunterschied" muß als typisches Produkt männlicher „Kopfgeburt" (Fischer-Homberger 1984) angesehen werden, denn eine Sterilisation ist ein weitaus tiefgreifenderer Eingriff als eine Schwangerschaftsunterbrechung, da sie die potentielle Gebärfähigkeit irreversibel außer Kraft setzt. Selbstverständlich abzulehnen sind natürlich beide Eingriffe, wenn sie unter Zwang durchgesetzt werden. Unabdingbar sind im Gegenteil — weltweit — gesellschaftliche Strukturen, die Frauen die Entscheidung zu Kindern oder keinen zugestehen, ohne sie zu diskriminieren (vgl. hierzu die Aufsätze in Arditti u. a. 1985). Zur Sterilisation als Genozid im Nationalsozialismus vgl. Mitscherlich, Mielke (1979); zum Zusammenhang von eugenischer Schwangerschaftsunterbrechung, Sterilisation und der „Vernichtung lebensunwerten Lebens" vgl. Nowak (1978).*

26) *vgl. hierzu die von März bis September 1933 im Deutschen Ärzteblatt ausgetragene Kontroverse in den Nr. 9, 15, 18, 22 (62. Jg.) und 13 (63. Jg.).*

27) *Über genaue Zahlen geben die von mir eingesehenen Akten keine Auskunft. Das Reichsministerium des Innern (RMdI) ging für die „Übergangsperiode", d. h. bis alle „Erbkranken" erfaßt und sterilisiert sein würden, von höchstens 5% „Schwangerschaftsfällen" aus. Berechnet auf die im ersten Jahr zwangssterilisierten Frauen ergibt sich so die Zahl von etwa 1800 (Manuskript Gütt, Febr. 1935, „ Soll die Unterbrechung der Schwangerschaft bei erbkranken Frauen mit oder ohne deren Einwilligung erfolgen?" BA, R 18/5585).*

28) *Bis zur Schaffung des zentral gesteuerten staatlichen Gesundheitswesens im Jahr 1935 stellten Kreis- und Amtsärzte die Anträge auf Sterilisation bei den neu geschaffenen sog. „Erbgesundheitsgerichten", die jeweils mit einem Juristen und zwei Ärzten besetzt waren und über die Vornahme einer Sterilisation entschieden. Nach 1935 stellten allein die Amtsärzte die Anträge. Für die gesamte Ärzteschaft bestand Anzeigepflicht bei den Amtsärzten (vgl. Gütt, Rüdin, Ruttke 1936).*

29) *Drei Beschlüsse sind in den Akten der Reichsministerien enthalten, vom 16. 3. und 17. 10. 1934 und vom 11. 2. 1935. Es müssen jedoch mehr gewesen sein, vgl. Brücks, Rothmaler 1984).*

30) *Das RMdI billigte den Beschluß vom 16. 3. 1934 wegen der von der Frau aufgrund ihrer Schwangerschaft glaubhaft gemachten Suizidabsichten. Aus diesem Grunde stelle der Abbruch zugleich eine Heilbehandlung dar und sei insofern nicht rechtswidrig. Damit folgte es der von der Ärzteschaft in der Weimarer Zeit weitgehend anerkannten psychiatrisch-medizinischen Indikation für eine Schwangerschaftsunterbrechung bei Selbstmordgefahr, was allerdings in den 1936 erscheinenden „Richtlinien" als medizinischer Unterbrechungsgrund abgelehnt wurde. Suizidgefährdete schwangere Frauen, so heißt es dort sinngemäß, gehörten — wenn sie nicht unter die psychiatrischen Indikationen des Sterilisationsgesetzes fielen — zur „Selbstmordverhütung" in die psychiatrische Anstalt und hätten die Schwangerschaft auszutragen. (Über die beiden anderen Beschlüsse des Hamburger Gerichts sind in den Akten des RMdI keine Unterlagen vorhanden.)*

31) *abgedruckt in der Juristischen Wochenschrift 1935, S. 215*

Literatur

ARCHIV FÜR BEVÖLKERUNGSPOLITIK, SEXUALETHIK UND FAMILIENKUNDE, 1/1931, S. 72-78

ARDITTI, Rita/DUELLI-KLEIN, Renate/MINDEN, Shelly: Retortenmütter. Frauen in den Labors der Menschenzüchter, Reinbek 1985

BAADER, Gerhard: Die Medizin im Nationalsozialismus. Ihre Wurzeln und die erste Periode ihrer Realisierung 1933-1938, in: Pross/Winau 1984, S. 61-106

BERGMANN, Anneliese: Frauen, Männer, Sexualität und Geburtenkontrolle. Zur „Gebärstreikdebatte" der SPD 1913, in: Karin Hausen (Hrsg.): Frauen suchen ihre Geschichte, München 1983, S. 81-108

dies.: Von der „unbefleckten Empfängnis" zur „Rationalisierung des Geschlechtslebens". Gedanken zur Debatte um den Geburtenrückgang am Vorabend des Ersten Weltkrieges, in Christine Kulke (Hrsg.): Rationalitätsprinzip und sinnliche Vernunft, Berlin 1985 (erscheint demnächst)

BOCK, Gisela: Frauen und ihre Arbeit im Nationalsozialismus, in: Annette Kuhn/Gerhard Schneider (Hrsg.): Frauen in der Geschichte, Düsseldorf 1979, S. 113-149

dies.: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus. Untersuchungen zur Rassenpolitik und Frauenpolitik, erscheint demnächst im Westdeutschen Verlag, Opladen

BROSZAT, Martin: Der Staat Hitlers. Grundlegung und Entwicklung seiner inneren Verfassung, München (3) 1973 (dtv-Weltgeschichte des 20. Jahrhunderts Band 9)

BRÜCKS, Andrea/ROTHMALER, Christiane: „In dubio pro Volksgemeinschaft". Das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses" in Hamburg, in: Angelika Ebbinghaus, Heidrun Kaupen-Haas, Karl Heinz Roth: Heilen und Vernichten im Mustergau Hamburg. Bevölkerungs- und Gesundheitspolitik im Dritten Reich, Hamburg 1984, S. 30-36

CHASE, Allan: The Legacy of Malthus. The Social Costs of the New Scientific Racism, New York 1977

CZARNOWSKI, Gabriele: Familienpolitik als Geschlechterpolitik, in: Hans Uwe Otto, Heinz Sünker (Hrsg.): Sozialarbeit als Volkswohlfahrt: Fürsorge-, gesundheits- und familienpolitische Strategien zur Durchsetzung nationalsozialistischer Herrschaft, erscheint demnächst im Juventa Verlag, Weinheim

DAMMER, Susanna: Kinder, Küche, Kriegsarbeit — Die Schulung der Frauen durch die NS-Frauenschaft, in: Frauengruppe Faschismusforschung: Mutterkreuz und Arbeitsbuch. Zur Geschichte der Frauen in der Weimarer Republik und im Nationalsozialismus, Frankfurt 1981, S. 215-245

DEUTSCHES ÄRZTEBLATT, 62. und 63. Jg. 1933, 65. Jg. 1935

DÖDERLEIN, G.: Vermiedene Schwangerschaftsunterbrechungen. Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin, Sitzung am 7. 3. 1941, in: Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, 123 (1941), S. 115f.

DUDEN, Barbara: „Keine Nachsicht gegen das schöne Geschlecht". Wie sich Ärzte die Kontrolle der Gebärmütter aneigneten, in: Susanne von Paczensky (Hrsg.): Wir sind keine Mörderinnen! Streitschrift gegen eine Einschüchterungskampagne, Reinbek 1980, S. 109-126

FISCHER-HOMBERGER, Esther: Krankheit Frau. Zur Geschichte der Einbildungen, Darmstadt und Neuwied 1984

GROSSMANN, Atina: The German Abortion Campaign, in: New German Critique, Herbst 1978

dies.: „Satisfaction Is Domestic Happiness": Mass Working-Class Sex Reform Organizations in the Weimar Republic, in: Dobkowski and Walliman (ed.): Towards the Holocaust. The Economic and Political Collapse of the Weimar Republic, New York 1983 (a), S. 265-293

dies.: The New Woman and the Rationalization of Sexuality in Weimar Germany, in: Ann Snitow, Christine Stansell, Sharon Thompson (ed.): Powers of Desire. The Politics of Sexuality, New York 1983 (b), S. 153ff.

dies.: The New Woman, the New Family and the Rationalization of Sexauality: The Sex Reform Movement in Germany 1928 to 1933, masch. Diss. Rutgers University New York 1984, erscheint demnächst in deutscher Übersetzung

GÜTT, Arthur/RÜDIN, Ernst/RUTTKE, Falk: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, München (2) 1936

HAUSEN, Karin: Mütter, Söhne und der Markt der Symbole und Waren: Der deutsche Muttertag 1923-1933, in Hans Medick, David Sabean, (Hrsg.): Emotionen und materielle Interessen. Sozialanthropologische und historische Beiträge zur Familienforschung, Göttingen 1984, S. 473-523

HUBBARD, Ruth: Kinderkriegen in den achtziger Jahren, in: Arditti u. a. (1985), S. 153-171

JANSSEN-JURREIT, Marielouise: Sexualreform und Geburtenrückgang — Über die Zusammenhänge von Bevölkerungspolitik und Frauenbewegung um die Jahrhundertwende, in: Annette Kuhn, Gerhard Schneider (Hrsg.): Frauen in der Geschichte, Düsseldorf 1979, S. 56-81

KAUPEN-HAAS, Heidrun: Bevölkerungstheorie aus feministischer Sicht — an kommentierten und systematisierten Dokumenten der nationalsozialistischen Bevölkerungspolitik, in: Medizinische Soziologie, Jahrbuch 2, Schwerpunktthema: Gesundheitspolitik, Frankfurt/New York 1982, S. 73-131

KNODEL, John E.: The Decline of Fertility in Germany 1871-1939, Princeton 1974

LEIBFRIED, Stephan/TENNSTEDT, Florian: Berufsverbote und Sozialpolitik 1933. Die Auswirkungen der nationalsozialistischen Machtergreifung auf die Krankenkassenverwaltung und die Kassenärzte. (Arbeitspapiere des Forschungsschwerpunktes Reproduktionsrisiken, soziale Bewegungen und Sozialpolitik der Universität Bremen Nr. 2), Bremen 1981

MARCUSE, Max: Der Präventivverkehr in der medizinischen Lehre und ärztlichen Praxis, Stuttgart (2) 1931

MASON, Tim: Zur Lage der Frauen in Deutschland 1930 bis 1940: Wohlfahrt, Arbeit und Familie, in: Gesellschaft. Beiträge zur Marxschen Theorie, Frankfurt 1976, S. 118-193

MITSCHERLICH, Alexander/MIELKE, Fred: Medizin ohne Menschlichkeit. Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses, Frankfurt 1979

NEISSER-SCHRÖTER, Lotte: Enquête über die Ehe- und Sexualberatungsstellen in Deutschland mit Berücksichtigung der Geburtenregelung, Berlin-Nikolassee 1929

NOWAK, Kurt: „Euthanasie" und Sterilisierung im „Dritten Reich". Die Konfrontation der evangelischen und katholischen Kirche mit dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses", Göttingen 1978

PROSS, Christian/WINAU, Rolf: Nicht mißhandeln. Das Krankenhaus Moabit. Berlin 1984 (Stätten der Geschichte Berlins Band 5)

REDAKTION KRITISCHE JUSTIZ (Hrsg.): Der Unrechtsstaat. Recht und Justiz im Nationalsozialismus, Frankfurt 1979 (Sonderheft der Kritischen Justiz)

REICHSGESETZBLATT I, 1933, 1935, 1941

RICHTLINIEN FÜR SCHWANGERSCHAFTSUNTERBRECHUNG UND UNFRUCHTBARMACHUNG AUS GESUNDHEITLICHEN GRÜNDEN, hrsg. v. d. Reichsärztekammer, bearbeitet von Dr. Hans Stadler, München 1936

SAXTON, Marsha: Was bedeuten die Reproduktionstechnologien für behinderte Menschen? in: Arditti u. a. (1985), S. 119-130

SIERCK, Udo/RADTKE, Nati: Die WohlTÄTER-Mafia. Vom Erbgesundheitsgericht zur Humangenetischen Beratung, Hamburg 1984

STADLER, Hans: Schutz des keimenden Lebens in Deutschland. Internationaler Kongreß für Geburtshilfe und Gynäkologie in Amsterdam vom 4.-7. Mai 1938, in: Zentralblatt für Gynäkologie Nr. 32, 1938 (a), S. 1788 f.

ders.: Alarmierende Symptome zur Notwendigkeit sofortiger Schwangerschaftsunterbrechung, in: Deutsche Medizinsiche Wochenschrift, 64. Jg. Nr. 26, 1938 (b), S. 949

STEPHENSON, Jill: Women in Nazi Society, London 1975

TRÖGER, Annemarie: Die Frau im wesensgemäßen Einsatz, in: Frauengruppe Faschismusforschung: Mutterkreuz und Arbeitsbuch, Frankfurt 1981

WOLLENWEBER: Das Gesundheitsamt im Kampfe gegen den Geburtenschwund, in: Der öffentliche Gesundheitsdienst 11, 1939/40, S. 447-459

ZIMMERMANN, Susan: Neomalthusianer auf den Kopf gestellt! Bevölkerungspolitik gegen die Frauen der ‚Dritten Welt' seit 1945 (Verein für Gesellschaftsgeschichte, Reihe Bevölkerungspolitik Heft 1), Wien 1984

sowie historische Quellen aus den Beständen des Bundesarchivs in Koblenz und dem Zentralen Staatsarchiv der DDR in Potsdam

Vorankündigung Heft 15

Frauen und Geld (Arbeitstitel)

Das Thema Frauen und Geld spielte in der feministischen Diskussion bisher nur eine marginale Rolle. Allenfalls in der Diskussion um Staatsknete und im Rahmen der feministischen Auseinandersetzung zum Mindesteinkommen wird die Geldfrage erörtert.
Wir haben uns das Ziel gesetzt, die feministische Gesellschafts- und Staatstheorie um die Geldfrage zu erweitern. Das heißt für uns, daß wir über strukturelle und aktuelle Frauenarmut hinaus die Geldfrage grundsätzlich erörtern wollen. Die Geldfrage stellen heißt daher für uns, die Frage nach der Verteilung von Ressourcen, Macht und Herrschaft zu stellen.
Uns erscheint es wichtig, die Entwicklung der Geldwirtschaft im historischen Prozeß aus Frauenperspektive aufzuarbeiten und die Zusammenhänge zur geschlechtlichen Arbeitsteilung, d. h. die Ausgrenzung von Frauen auf monetär unbewertete Arbeit (Subsistenzarbeit, Hausarbeit) aufzuweisen.
Geld als Metapher für Herrschaft verweist uns auch auf die Funktion des Geldes für die Entstehung und Aufrechterhaltung des patriarchalischen Kapitalismus.
Aus Frauenperspektive ist die Geldfrage bisher aus der Defizitsituation analysiert worden, Frauen als Nicht-Geldbesitzerinnen, als Abhängige, als Arme.
Der Mangel an Geld bedeutet für Frauen ökonomische und soziale Abhängigkeit und vor allen Dingen Arbeit und nochmals Arbeit, um die Geldlosigkeit durch vermehrte Subsistenz- und Hausarbeit zu kompensieren.
Wir wollen auch die Frage beantworten, welche Folgen sich aus dem gebrochenen Verhältnis von Frauen zu Geld ergeben. Wenn wir Arbeit aus Liebe verrichten und auf Entlohnung verzichten, erfüllen wir dann nicht genau die Funktion, die uns zugedacht ist, in falschverstandener weiblicher Bescheidenheit? Wenn wir uns dagegen wehren, alles in Geld aufzurechnen, wem nützt diese Haltung, wenn wir sie nicht verbinden mit Alternativstrategien in Richtung Reduzierung der Geldwirtschaft? Nur die wenigsten Frauen verfügen über „eigenes" Geld, die meisten leben vom Geld des Ehemannes, des Staates oder haben sogenannte abgeleitete Ansprüche auf Geld in Form von Renten, Unterhaltsansprüchen etc. Wir haben es weitgehend den Männern überlassen, welche Arbeit Geld „wert" ist und welche nicht. Die uns aufgezwungene Bescheidenheit hat uns verlernen lassen, Ansprüche und Maßstäbe zu entwickeln für eine gerechte Verteilung von gesellschaftlich notwendiger Arbeit und eigenständiger Existenzsicherung.
Auch unter Frauen ist das Geldthema weitgehend tabu. Wie gehen wir mit Geld um, mit eigenem Geld, mit fremden Geld, mit Reichtum, mit Armut? Haben wir was zu verschenken, können wir Geld annehmen, ohne in Abhängigkeit zu kommen? Wie können wir dem Dilemma entkommen, einerseits Geld zum Überleben zu brauchen und andererseits die kapitalistische Geldlogik als lebenszerstörend zu erfahren?
Wenn wir die interne Spaltung unter Frauen aufheben wollen — arme Frauen, reiche Frauen — müssen wir das Geldthema enttabuisieren.
Ansätze zu Gemeinsamkeiten bietet u. a. die Forderung nach einer eigenständigen monetären Existenzsicherung für Frauen. Uns ist es wichtig, das Thema Geld nicht losgelöst von den individuellen und gesellschaftlichen Lebensbedingungen zu diskutieren. Das heißt sowohl, daß wir nicht reich werden wollen auf Kosten Anderer (wie die Männer), das heißt aber auch, daß wir den Kampf um Geld verbinden müssen mit dem Kampf um bessere Lebensbedingungen, bei uns und in der Dritten Welt.
Wir hoffen auf viele Beiträge von Euch bis zum 30. 8. 85 (Redaktionsschluß).

Autorinnen

Gabriele Czarnowski, 36 Jahre, Studium der Germanistik und Politikwissenschaft, Arbeit an einer Dissertation über Geburtenpolitik im Nationalsozialismus.

Brigitte Holzer, 25 Jahre, studiert Soziologie in Bielefeld, Mitgründung und Mitarbeit im Frauenarchiv der Soziologischen Fakultät der Uni Bielefeld, Interessenschwerpunkte: feministische Forschung, türkische Frauen in Deutschland.

Gundula Kayer, 26 Jahre, studiert Soziologie in Bielefeld, Arbeitsschwerpunkte: neue Technologien, Bevölkerungspolitik, Zukunft der Frauenarbeit, Verhältnis „Erste Welt" und „Dritte Welt".

Silvia Kontos, 40 Jahre, Soziologin, mehrere Forschungsaufenthalte in Afrika, arbeitet an der Universität Frankfurt, Arbeitsschwerpunkt: Frauen in Afrika.

Maria Mies, 54 Jahre, Professorin für Soziologie am Fachbereich Sozialpädagogik, FH Köln, Arbeitsschwerpunkte: Frauen in der Dritten Welt, feministische Theorie und Methodologie. Von 1979 bis 1981 Aufbau des Schwerpunktes: „Women and Development" am Institute of Social Studies, Den Haag.

Vibhuti Patel, Sozialwissenschaftlerin und Frauenforscherin aus Bombay/Indien.

Ann Kathrin Scheerer, 30 Jahre, Sinologin, Studium der chinesischen Geschichte u. a. an der Universität Peking. Schwerpunkte: Frauengeschichte Chinas und Frauen- und Familienpolitik der VR China; arbeitet in der Erwachsenenbildung.

Doris Schubert, arbeitete in einem Forschungsprojekt zu Frauen in der Geschichte, z. Zt. Referendarin, Interessenschwerpunkte: historische Frauenforschung, Frauenarbeit nach 1945.

Ute Sprenger, 31 Jahre, Soziologin mit Schwerpunkten: Situation von Frauen in Afrika, Reproduktionstechnologien und Bevölkerungspolitik.

Helgard Ulshoefer, 44 Jahre, Diplomsoziologin, stellvertretende Vorsitzende des Bundesverbandes Alleinstehende Mütter und Väter; Referentin für Sozialpädagogik am Pädagogischen Zentrum Berlin.

Christa Wichterich, 35 Jahre, Soziologin und Germanistik, nach mehrjährigem Arbeitsaufenthalt in Indien z. Z. freiberufliche Journalistin, Schwerpunktthema: Frauen in der Dritten Welt.