

(Aus den thüringischen Landesheilanstalten in Stadtroda. [Direktor: Professor Dr. W. Jacobi].)

## Arbeiten zur Frage des angeborenen Schwachsinn.

### IV. Mitteilung.

#### Zum Problem der Sterilisation.

Von

**M. Hielscher.**

*(Eingegangen am 24. Januar 1930.)*

#### Disposition.

Die Sterilisation — eine Maßnahme gegen die Untergrabung der Volksgesundheit und Belastung der Allgemeinheit.

Die größte Belastung droht dem Staate von seiten der erblich Belasteten, der Schwachsinnigen.

Hilfsschüler.

Idioten.

Fürsorgezöglinge.

Andere Asoziale (Bettler, Vagabunden, Verbrecher).

Zahl der Schwachsinnigen.

Große Fruchtbarkeit der Schwachsinnigen.

Ätiologie des Schwachsinn.

Erblichkeit.

Exogene Faktoren.

Encephalitis.

Alkoholismus.

Lues.

Tuberkulose.

Trauma.

Welche Schutzmaßnahmen kann der Staat gegen diese Ballastexistenzen ergreifen?

Ausstoßung.

Tötung.

Asylierung.

Eheberatung und Eheverbote.

Sterilisation.

Geschichtlicher Überblick.

Sterilisationsmethoden.

Indikationen.

Zur Sterilisierung geeignete Erkrankungsformen.

27 praktische Fälle.

Das Recht des Arztes zur Unfruchtbarmachung nach bestehendem Gesetz.

Medizinische Indikation.

Soziale und eugenische Indikation.

Entwürfe zu einem neuen Strafgesetzbuch.

Forderungen der nächsten Zukunft.

Niemals stand wohl das Sterilisationsproblem mehr im Mittelpunkt des Interesses, als in der jüngsten Gegenwart. Gerade in den letzten Jahren haben sich Mediziner und Juristen in gleicher Weise damit befaßt, und in ernster Forschung suchte man nach Argumenten zur Begründung der Notwendigkeit einer so eingreifenden Maßnahme, wie die Unfruchtbarmachung sie darstellt. Vom national- und sozialbiologischen Standpunkt aus sucht man durch diese Maßnahme vor allem diejenigen Individuen zu erfassen, die die Volksgesundheit untergraben, und die eine soziale Belastung der Allgemeinheit darstellen. Dabei wird in erster Linie an die erblichen Minderwertigkeiten gedacht. „Eine weite Verbreitung minderwertiger Anlagen wirkt stets wirtschaftlich und kulturell belastend und zwar viel belastender, als etwa eine große Anzahl von Menschen, die durch erworbene Krankheit oder durch Unfall körperlich oder geistig minderwertig geworden sind. Denn diese Minderwertigkeit ist eine einmalige, die mit ihrem Träger ausstirbt, jene aber eine ohne besondere Maßnahme auch in Zukunft lebendige, weil sie auf dem Wege der Vererbung den kommenden Generationen weitergegeben wird“ (*Winkler*). Welche erblichen Minderwertigkeiten müssen nun vor allem von dieser Maßnahme erfaßt werden, weil sie sozialbiologisch bedeutungsvoll sind und unheilvoll auf Volksgesundheit und Wirtschaft einwirken? Bei Beantwortung dieser Frage können die körperlichen Minderwertigkeiten außer Betracht gelassen werden, da nur ein geringer Teil erblich bedingt ist und ihre Träger nur in wenigen Fällen die Allgemeinheit belasten. Auch die Nervenkrankheiten, die zwar in einem erheblichen Prozentsatz erblich bedingt sind, fallen praktisch wegen ihres seltenen Auftretens wenig ins Gewicht. Die größte Wichtigkeit muß den Geisteskrankheiten, und unter diesen vor allem dem Schwachsinn, beigemessen werden, weil bei ihnen wohl in den meisten Fällen Erblichkeit eine große Rolle spielt, weil ihre Verbreitung eine sehr große ist, und weil sie eine außerordentliche Belastung für die Allgemeinheit darstellen. Während die übrigen Geisteskrankheiten in vielen Fällen erst im späteren Lebensalter auftreten, also relativ spät dem Staate Kosten verursachen, fallen die Schwachsinnigen oft schon

von frühster Jugend an der Allgemeinheit zur Last. Im vorschulpflichtigen Alter sind mit Ausnahme der schwersten Formen wohl selten die Schwachsinnigen zu erfassen, da die häufig selbst schwachsinnigen Eltern den geistigen Defekt ihrer Kinder nicht zu erkennen imstande sind. Erst während des Unterrichts in der Normalschule macht sich je nach den Anforderungen der Schule der Defekt mehr oder weniger geltend. Die schwachsinnigen Kinder, die natürlich dem allgemeinen Unterricht nicht zu folgen imstande sind, bilden mehr oder weniger ein Hemmnis für die übrigen Schüler. Sie selbst profitieren absolut nichts vom Unterricht und werden schließlich, sofern sie nicht anstaltspflegebedürftig sind oder infolge charakterlicher Schwierigkeiten Aufnahme in einem Erziehungsheim finden, der Hilfsschule überwiesen. Mit diesem Zeitpunkt setzt nun die Fürsorge des Staates ein.

Die Einrichtung der Hilfsschulen besteht in Deutschland schon seit mehr als 35 Jahren. Nach *Strohmayer* waren im Jahre 1893/94 schon in 32 deutschen Städten 110 Hilfsschulklassen mit 2290 Kindern vorhanden. Schon im Jahre 1906/07 hat sich die Zahl der die Hilfsschule besuchenden Kinder nahezu verzehnfacht. Und 1925/26 sollen in 585 Orten 3226 Klassen mit 67 105 Kindern im Gange sein. Gegenwärtig werden in den deutschen Hilfsschulen über 70 000 Kinder unterrichtet. Welchen Prozentsatz der schulpflichtigen Kinder machen nun die Hilfsschulkinder aus? Darüber schwanken die einzelnen Zahlenangaben ganz beträchtlich. In den ersten Jahren seit Bestehen der Hilfsschulen werden auffallend niedrige Prozentzahlen angegeben (0,36%—1,5%). Es liegt aber sehr wohl die Annahme nahe, daß diese Angaben zu tief gegriffen sind. Neuere Untersuchungen in den größeren Städten Thüringens kommen zu dem Ergebnis, daß der Prozentsatz der Hilfsschulkinder 2,2%—2,7% beträgt. Wie sind nun diese Zahlen praktisch zu verwerten? Man denke nur daran, daß die Hilfsschüler durch besonders ausgebildete und entsprechend höher besoldete Lehrer in kleinen Klassen unterrichtet werden. Dementsprechend darf man sich nicht wundern, wenn der preußische Staat für einen Hilfsschüler jährlich 250.—RM ausgeben muß, während die Kosten für einen normalen Volksschüler nur 125.—RM, also die Hälfte betragen. Es ist nun nicht schwer, zu errechnen, wieviel Kosten dem Staate allein während der Schuljahre bei Hilfsschülern mehr erwachsen als bei normalen Schulkindern.

In diesem Zusammenhang ist noch an eine Gruppe der Schwachsinnigen, die Idioten, zu denken. Die Idiotie wird häufig schon im Spielalter des Kindes erkannt, und die Kinder werden — in den weitaus meisten Fällen auch auf Kosten des Staates, bzw. der Allgemeinheit — einer Idiotenanstalt überwiesen. Diese tiefstehenden Schwachsinnigen bedürfen größtenteils völliger Wartung und Pflege und bleiben eventuell ihr Leben lang interniert, wodurch dem Staate nicht unbeträchtliche Kosten erwachsen.

Nun sind aber bei weitem nicht alle Schwachsinnigen im Spielalter oder im schulpflichtigen Alter zu erfassen. Entweder die Forderungen der Schule sind so gering, daß der Schwachsinnige als schlechtester Schüler gerade noch mitkommt, oder weder Lehrer noch Eltern zeigen genügend Interesse oder Verständnis für den vorhandenen geistigen Defekt. Erst wenn dann die Jugendlichen mit dem Gesetz in Konflikt kommen, wenn sie zu einer Gefahr für ihre Umgebung oder die Allgemeinheit werden, wenn sie eventuell mit einem oder mehreren unehelichen Kindern dem Armenhause zur Last fallen, mit einem Wort, wenn sie verwahrlost sind, wird die Aufmerksamkeit des Staates auf sie gelenkt, der in den meisten Fällen Fürsorgeerziehung anordnet.

Spielt nun der Schwachsinn bei den Fürsorgezöglingen eine bedeutende Rolle? Genaue Untersuchungen darüber finden wir bei *Gruhle*, der 19,05% der Fürsorgezöglinge der Flehinger Anstalten als imbezill bezeichnet. In anderen Anstalten kam man noch zu höheren Prozentzahlen. So fand *Mönkemüller* unter den Knaben eines Berliner Erziehungshauses für verwahrloste Kinder 34% angeboren schwachsinnige. Man sieht also, daß ein nicht unbeträchtlicher Prozentsatz der Fürsorgezöglinge sich aus den Schwachsinnigen rekrutiert. Und diese Fürsorgezöglinge verursachen dem Staate oft jahrelang erhebliche Kosten.

Aber nicht nur die Fürsorgezöglinge rekrutieren sich zum Teil aus den Schwachsinnigen, sondern auch noch andere asoziale Elemente, z. B. Bettler, Vagabunden und Verbrecher. Aus den Untersuchungen *Bonhoeffers* geht hervor, daß bei 31% der Bettler und bei 16% der Vagabunden angeborener Schwachsinn zweifellos festgestellt wurde. Auch Kriminalstatistiken geben ein ähnliches Bild. So berichtet *Kley*: „Unter preußischen Zwangszöglingen im Durchschnitt der Jahre 1895—1900 befanden sich nur 38 v. H. mit voller Volksschulbildung, 47,6 v. H. mit Fähigkeit im Lesen, Schreiben und Rechnen bis 100, 52,2 v. H. mit unfertiger Schulbildung und 6,0 v. H. ohne Schulbildung“.

Aus vorstehenden Ausführungen ersehen wir, daß sowohl die Hilfschüler, wie auch die Zöglinge von Erziehungsanstalten dem Staate und somit der Allgemeinheit, die zur Steuerzahlung herangezogen wird, beträchtliche Kosten verursachen. Und was haben wir dann im günstigsten Falle erreicht? Mit allen Finessen der modernen Heilpädagogik haben wir nach *Meltzer* die schwachsinnigen Elemente zu Viertels- und Halben- Kräften, ja zu etwa 30 v. H. zu richtig erwerbsfähigen Menschen herangebildet. Ist dann das Ziel der Anstalt erreicht und die Altersgrenze überschritten, so wird der größte Teil dieser leicht und mittel Schwachsinnigen — nur ein ganz geringer Teil kann in den großen Missionsanstalten Deutschlands asyliert bleiben und das Gelernte für die Anstalt nutzbar machen — entlassen und muß nun den Kampf mit dem Leben aufnehmen, dem sie nur in den wenigsten Fällen völlig gewachsen sind. Nicht immer ist es möglich, das Leben dieser entlassenen

leicht schwachsinnigen Hilfsschüler weiter zu verfolgen. Trotz aller Außenfürsorge entziehen sie sich oft durch Verzug an andere Orte weiterer Beobachtung. So viel aber steht fest, daß diese vor allem durch ihren hemmungslosen Geschlechtstrieb und ihre überdurchschnittliche Fruchtbarkeit, wie weiter unten näher ausgeführt wird, eine schwere Gefahr für unseren Volksbestand bedeuten.

Es interessiert nun zu wissen, wie groß die Zahl der Schwachsinnigen in Deutschland ist. Die Schwierigkeit, darüber genaue Zahlenangaben zu erhalten, liegt darin, daß nur die amtlich feststellbaren Fälle erfaßt werden können, daß viele Imbezille nicht interniert sind und sich somit einer sicheren Zählung entziehen. Die erlangten statistischen Zahlenwerte haben also nur einen bedingten Anspruch auf Genauigkeit, sie stellen mit großer Wahrscheinlichkeit nur Minimalzahlen dar. *Lenz* berichtet, daß bei der Volkszählung von 1910 in Deutschland 392 Geistesranke und Geistesschwache auf 100 000 Einwohner gezählt wurden, was für das Reich mehr als  $\frac{1}{4}$  Million ergibt. Nach *Meltzer* soll es im ganzen deutschen Reich schätzungsweise 2—300 000 Schwachsinnige und 75 000 Idioten geben. *Ziehen* schätzt ihre Zahl für die letzte Zeit vor dem Kriege noch viel höher und zwar auf wenigstens 600 000, so daß auf ungefähr 100 Einwohner 1 Schwachsinniger kommt. Von allen Geborenen sind 1—2% schwachsinnig und  $\frac{1}{4}$ % idiotisch. Diese Zahlen zeigen mit großer Deutlichkeit, „daß der Schwachsinnigenbestandteil unseres Volkes entsetzlich groß ist“ (*Meltzer*). Und er wird aller Wahrscheinlichkeit nach noch größer werden, wenn wir nicht auf durchführbare Mittel sinnen, dies zu verhindern. Denn gerade von den leicht Schwachsinnigen droht für die Tüchtigkeit der Rasse die größere Gefahr, da diese eine überdurchschnittliche Fortpflanzung haben. Bei ihnen fallen alle Hemmungen fort, ohne Verantwortungsgefühl setzen sie Kinder in die Welt, unbekümmert darum, ob sie diese ernähren oder erziehen können. Die Untersuchungen von *Reiter* und *Osthoff* an der Rostocker Hilfsschule ergaben eine doppelt so große Fruchtbarkeit der Schwachsinnigen, als der Normalen. Übereinstimmend mit dieser Angabe nimmt auch *Dirksen* an, daß sich geistig Kranke und Defekte ungefähr doppelt so rasch fortpflanzen als Normale. *Lenz* stellte an Münchener schwachsinnigen Hilfsschulkindern fest, daß deren Familien sich um 55—60% stärker fortpflanzen als die Münchener Durchschnittsbewölkerung.

Und worauf weist uns nun diese überdurchschnittliche Fruchtbarkeit der Schwachsinnigen hin? Sie weist uns unbedingt darauf hin, nachzuforschen, auf welcher geistigen Stufe diese Nachkommen stehen, oder umgekehrt zu untersuchen, ob sich etwa auch schon bei den Eltern Schwachsinn findet. Und wiederum zeigen uns die Untersuchungen von *Reiter* und *Osthoff*, daß 67,6% der Rostocker Hilfsschulkinder durch Schwachsinn eines oder beider Erzeuger belastet sind. Daneben finden

sie aber auch Fälle, in denen anscheinend nur exogene Faktoren das Zustandekommen von Schwachsinn bedingen.

Uns interessiert vor allem, die angeborenen Schwachsinnfälle möglichst von den exogen bedingten trennen zu können, was nicht in jedem einzelnen Falle möglich sein wird. Man wird sich oft mit der größeren Wahrscheinlichkeit der Zugehörigkeit zu einer dieser Hauptgruppen begnügen müssen, wenn man nicht, wie *Schott*, der Ansicht ist, daß mehrere ursächliche Momente zum Zustandekommen des Schwachsinn vorhanden sein müssen. Bisher steht aber *Schott* mit seiner Meinung, es handle sich um eine ererbte Schwäche des Zentralnervensystems, welche durch das Hinzutreten von Schädigungen in früher Jugend zu ausgesprochenem Schwachsinn führt, wohl noch allein. Seine statistischen Erhebungen beweisen auch keineswegs die Richtigkeit seiner Ansicht, fand er doch in einem erheblichen Prozentsatz erbliche Belastung als alleinige Ursache. Nach *Ziehen* spielt bei den Ursachen des Schwachsinn die Erblichkeit sogar die wichtigste Rolle. Und *Goddard* fand, daß mindestens  $\frac{2}{3}$  aller Fälle von Schwachsinn erblich bedingt sind.

Von ganz besonderem Interesse ist nun die Frage, ob die Vererbung des Schwachsinn den *Mendelschen* Gesetzen folgt. Bisher sind erst wenige Versuche darüber bekannt. *Goddard* untersuchte als erster nach mendelistischen Gesichtspunkten die Nachkommenschaft eines gewissen *Martin Kallikak*, der unehelich mit einem schwachsinnigen Mädchen einen Sohn erzeugte. Dessen Nachkommen waren größtenteils schwachsinnig oder psychopathisch. Nur weniger als 10% waren normal. In 41 Ehen waren beide Eltern schwachsinnig, aus diesen 41 Ehen gingen 220 schwachsinnige und nur 2 anscheinend normale Kinder hervor. Derselbe *Martin Kallikak* zeugte legitimerweise mit einer geistig gesunden Frau 10 Kinder, unter deren sämtlichen Abkömmlingen kein Schwachsinniger, kein Epileptiker, kein Verbrecher, keine Prostituierte sich befindet. Nur ein einziger Fall von Geisteskrankheit wurde in dieser Linie ermittelt, der auch von einer verschwägerten Familie herrühren kann. Auf Grund dieses Untersuchungsergebnisses nahm *Goddard* eine dominante Vererbung des Schwachsinn an.

Auch die Untersuchungen von *Reiter* und *Osthoff* berechtigen, nach *Lenz*, zu der Annahme, daß der Schwachsinn sich dominant vererbe. 67,6% der untersuchten Kinder waren mit Schwachsinn eines oder beider Eltern belastet. Alle Kinder, bei denen Schwachsinn beider Eltern vorlag, hatten noch schwachsinnige Geschwister. Allerdings die Tatsache, daß die Kinder, bei deren Eltern kein Schwachsinn nachgewiesen werden konnte, noch 64% schwachsinnige Geschwister hatten, brachte *Lenz* zu der Annahme der Mitwirkung recessiver Erbanlagen bei der Entstehung des angeborenen Schwachsinn. Bei recessivem Erbgang sind ja in der Regel die Eltern gesund. *Lenz* kommt somit zu der Ansicht, daß es sowohl einen dominanten wie einen recessiven Erbgang beim

Schwachsinn geben müsse, und zwar gehen die leichten Formen dominant, die schweren recessiv.

*Davenport* und *Danielson* kamen auf Grund ihrer Feststellungen zu dem Resultat, daß der Schwachsinn sich recessiv vererbe. Bei recessivem Erbgang müßten zwar sämtliche Kinder zweier schwachsinniger Eltern schwachsinnig sein, *Davenport* und *Danielson* fanden jedoch nur  $\frac{3}{4}$  der Kinder aus der Ehe zweier Schwachsinniger auch schwachsinnig.

*Rüdin* hat Fälle beobachtet, wo zwei schwachsinnige Eltern gar keine schwachsinnigen Kinder hatten und andererseits Familien, in denen alle Kinder zweier schwachsinniger Eltern auch angeboren schwachsinnig waren. Diese Beobachtungen ließen ihn erbliche und nicht erbliche Formen des Schwachsinnns vermuten und unter den erblichen wiederum idiotypisch verschiedene Arten.

Bei dem noch verhältnismäßig geringen Material, das auf seine Erblichkeit nach mendelistischen Gesichtspunkten hin erforscht worden ist, kann die Frage, ob beim Schwachsinn ein dominanter oder recessiver Erbgang vorliegt, noch nicht eindeutig beantwortet werden. Jedoch ist die Tatsache, daß es eine Vererbung von Schwachsinn überhaupt gibt, heute nicht mehr anzuzweifeln.

Neben der Vererbung werden noch die verschiedenlichsten ätiologischen Faktoren für das Zustandekommen von Schwachsinn angenommen, denen aber gegenüber der Vererbung eine geringe Bedeutung zukommt. Was zunächst die Encephalitis anbelangt, so tasten wir noch völlig im unklaren. Wer kann mit Sicherheit entscheiden, ob ein Schwachsinniger ohne die in frühester Jugend durchgemachte Encephalitis nicht auch schwachsinnig geworden wäre? In diesem Falle hat die Encephalitis nur den Wert eines zufälligen Nebebefundes. Andererseits ist es durchaus möglich, daß die bei einer Schwachsinnigenanlage auftretende Encephalitis das auslösende Moment für das Zustandekommen des Schwachsinnns überhaupt darstellt, und daß ohne die Encephalitis der Schwachsinn überhaupt nicht zustande gekommen wäre.

Auch der so oft als ätiologische Faktor zitierte Alkoholismus der Erzeuger spielt eine untergeordnete Rolle. Hier tritt uns die erste Schwierigkeit bei der Abgrenzung des Begriffes Alkoholismus entgegen, dessen Grenzfeststellung absolut nicht festliegt und sehr dem subjektiven Urteil unterworfen ist. Weiterhin ist oft nicht zu erfahren, ob ein Trinker nicht noch nebenbei schwachsinnig ist. „Die weitaus meisten Trinker sind nicht minderwertig, weil sie saufen, sondern sie saufen, weil sie minderwertig sind, weil sie Psychopathen, schwachsinnig oder debil sind“ (*Bender*). Dann glaubt *Strohmayer*, daß die keimschädigende Wirkung des Alkohols nicht exakt festgestellt werden kann. Jedoch geht aus Tierexperimenten und Descendenzuntersuchungen an Alkohol-delirenten von *Pohlisch* hervor, daß sich keine Keimschädigung durch Alkohol nachweisen läßt. Die verschiedenen statistischen Angaben

über Alkoholismus der Erzeuger als einziges ätiologisches Moment für das Zustandekommen des Schwachsinn sind daher wohl mit ziemlicher Skepsis aufzunehmen.

Völlig unklar ist auch noch der ursächliche Zusammenhang zwischen Lues und Schwachsinn. Vor der Serodiagnostik wurden schätzungsweise 10—15% des kindlichen Schwachsinn als durch Lues der Eltern bedingt angesehen. Jetzt sind bei genauen Untersuchungen nur in 3—5% positive Blut- und Liquorreaktionen bei Schwachsinnigen gefunden worden. Und selbst in diesen Fällen (bei positivem Wassermann) ist der Zusammenhang zwischen Lues und Schwachsinn nur wahrscheinlich.

Auch die Tuberkulose wird als Entstehungsursache für Schwachsinn angeführt. Ihre Bedeutung ist aber recht strittig. Bei der Verbreitung der Tuberkulose überhaupt kann ihre keimschädigende Wirkung nur dann mit Sicherheit festgestellt werden, wenn die Tuberkulose unter den Eltern Schwachsinniger häufiger auftritt als in der Durchschnittsbevölkerung. Darüber fehlen aber bisher jegliche Untersuchungen.

Eine wichtige ätiologische Rolle wird nach *Strohmayer* heute wieder dem Geburtstrauma zugeteilt. *Reiter* und *Osthoff* fanden zwar so wenig zahlreiche Fälle, in denen es die einzige Ursache darstellt, daß sie ihm nur eine untergeordnete Wichtigkeit beimessen. *Wulff* hat bei 14% der untersuchten imbezillen Kinder eine traumatische Ätiologie festgestellt, davon war jedoch die Hälfte belastet. *Ziehen* fand bei asphyktisch geborenen Kindern häufiger Imbezillität als bei normal geborenen. Möglicherweise kann ja der asphyktische Zustand zu ernsteren Schädigungen des Gehirns führen und das Entstehen von Schwachsinn begünstigen. *Schott* traf bei den untersuchten schwachsinnigen Kindern 13,63% Geburtsschädigungen an, aber nur in 2,81% kamen sie als alleinige Ursache in Betracht. Demnach kann man vielleicht die Annahme vertreten, daß bei erblich belasteten Menschen Traumen häufig Störungen hervorrufen, die zu Schwachsinn führen, während dieselben Traumen bei nicht belasteten Individuen keinerlei dauernde Schädigung hinterlassen. Aber bewiesen ist diese Annahme noch nicht, es wird auch schwerlich ein sicherer Beweis dafür zu erbringen sein. Zu erwähnen sind hier noch die postnatal auf das kindliche Hirn einwirkenden Schädigungen, z. B. Fall oder Schlag in den ersten Lebensjahren. Wir müssen sicher die Möglichkeit zugeben, daß nach einem erheblichen Trauma tatsächlich Schwachsinn entstehen kann. Ein unzweideutiges Beispiel dafür führt *Ziehen* an. Jedoch werden bei exakter Nachforschung derartige Fälle relativ selten sein.

Können auch fötale Ernährungsstörungen das Zustandekommen von Schwachsinn bedingen? *Strohmayer* mißt auf Grund seiner Erfahrungen diesen „nutritiven Einflüssen“ eine große Bedeutung für die Entstehung des Schwachsinn bei. *Dollinger* dagegen erkennt nur toxische oder



infektiöse Schädigungen an, im übrigen lehnt er die Bedeutung nutritiver Einflüsse im Sinne *Strohmayers* ab.

Welcher Ansicht sich der einzelne auch anschließt, welchen ätiologischen Momenten er auch die größere Bedeutung beimißt, so läßt sich doch die Tatsache nicht aus der Welt schaffen, daß in einem erheblichen Prozentsatz der Schwachsinn durch erbliche Belastung bedingt ist. Und diese Tatsache muß auch genügen, um darauf Maßnahmen aufzubauen gegen die weitere Ausbreitung des Schwachsinnns. Schließlich kommt es ja nicht darauf an, wie der Schwachsinn sich vererbt, sondern daß er sich überhaupt vererbt. Bei allen geplanten Schutzmaßnahmen werden immer wieder die verschiedenlichsten Einwände dagegen vorgebracht. Und diese unsere Unzulänglichkeit des Wissens über die Erblichkeitseinflüsse beim Schwachsinn und deren gesetzmäßiges Wiedereintreten werden uns immer wieder vorgehalten, wenn wir Vorschläge zur Ausmerzung des Schwachsinnns einbringen. Unsere Kenntnis von den Vererbungsgesetzen beim Menschen sei noch zu gering, wir könnten nicht mit absoluter Sicherheit eine Erbprognose stellen, wir würden bei unserem Ausmerzungskampf zugleich mit den Schwachsinnigen auch Gesunde treffen, dies sind einige der am häufigsten geäußerten Einwände. Wenn wir auch nicht mit absoluter Sicherheit bei einem erblich belasteten schwachsinnigen Individuum eine wiederum schwachsinnige Nachkommenschaft voraussagen können, so ist die Wahrscheinlichkeit nach den bisher bekannten Vererbungsgesetzen doch sehr groß. „Und was will es dann sagen, wenn etwa unter 100 solcher Fälle in wenigen die Prognose nicht eintrifft gegenüber dem unendlichen Nutzen, den wir in den übrigen Fällen für das allgemeine Wohl schaffen“ (*Naেকে*). Wir müssen den Nutzen und den Schaden gegeneinander abwägen, wir müssen nach der größten Wahrscheinlichkeit gehen. Und wenn eine an Gewißheit grenzende Wahrscheinlichkeit erreicht ist, muß es genügen, um Maßnahmen gegen die Fortpflanzung Schwachsinniger, die als schädlicher Ballast unserer Wirtschaftslage zu bezeichnen sind, zu ergreifen und den Staat und die Allgemeinheit, die mit an der finanziellen Last zu tragen hat, gegen das Überhandnehmen der Schwachsinnigen zu schützen.

Wie kann sich der Staat nun gegen solche Ballastexistenzen schützen? In den ältesten Zeiten war es üblich, Anormale in abgesonderte Gegenden auszustoßen, wo sich nur noch selten ein Mensch um sie gekümmert hat. Doch hat die Kirche bald diese grausame Art der Ausschaltung bekämpft.

Ganz radikale Forderungen stellten 1920 der Leipziger Kriminalist *Binding* und der Freiburger Psychiater *Hoche*, indem sie die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens verlangten. Ihre Broschüre erregte außerordentlich großes Aufsehen, aber Anklang gefunden haben ihre Forderungen nicht. Widerspricht nicht auch die Tötung dieser

unschuldigen Unglücklichen unserem Empfinden? Mit Recht sagt *Grotjahn*: „Der Arzt sollte der letzte sein, der sich über das anerkannteste aller Sittengesetze: „Du sollst nicht töten!“ hinwegzusetzen erlauben dürfte“. Wenn wir nach *Bindings* Vorschlag unser Volk von den „leeren Menschenhülsen“ befreien wollten, so würden wir wieder auf die Stufe niedrigstehender Völker herabsinken. „Unabsehbarer Schaden würde der Volksmoral zugefügt werden“ meint *Meltzer*, der den Vorschlag der Tötung von Idioten und Geisteskranken aus rechtlichen und ethischen Gründen ablehnt.

Dagegen scheint dem Staate ein anderer Weg offen zu stehen, sich gegen Anormale zu schützen und deren Fortpflanzung zu verhindern: Die dauernde Asylierung, gegen deren sittliche Erlaubtheit wohl keine ernsthaften Bedenken bestehen. Wichtig ist vor allem die rechtzeitige und dauernde Absonderung von der Außenwelt, wenn man sich überhaupt einen Erfolg von dieser Maßnahme versprechen will. Viele Gründe sind dafür und dagegen angeführt worden. Zunächst scheint die Kostenfrage dagegen zu sprechen. *Grotjahn* sieht jedoch im Kostenpunkt kein Hindernis, und auch *Dirksen* behauptet, „die Nachkommenschaft eines schwachsinnigen Paares zu unterhalten, ist dreimal so teuer, als das Paar abzusondern“. Dann muß aber zugegeben werden, daß für manche Anormale die dauernde Absonderung eine unnötige Härte bedeuten würde, ganz abgesehen davon, daß bei gelegentlichen Beurlaubungen immer noch die Gefahr der Kindererzeugung bestehen bleibt. Auch würde die dauernde Asylierung den neuesten Heilmethoden entgegenarbeiten, die gerade auf die Familienpflege besonderen Wert legen.

In diesem Zusammenhang ist noch auf eine negative Maßnahme zur Verhinderung der Fortpflanzung Minderwertiger hinzuweisen, die Eheberatung, eine Einrichtung, die zwar in Deutschland bei weitem nicht allgemeine Verbreitung gefunden hat, die aber in anderen Staaten schon zum Gesetz (Eheverbot) erhoben worden ist. So finden sich in einigen Staaten Amerikas gesetzliche Bestimmungen, die unter schweren Strafandrohungen die Ehe zeugungsfähiger Geisteskranker, Epileptiker oder Idioten verbieten. Auch in der Schweiz sind Geisteskranke und Blödsinnige von der Ehe ausgeschlossen. Ähnliche Gesetze sollen auch in Schottland, Schweden, Bulgarien, Rußland und Armenien bestehen (*Mayer*). In Deutschland finden wir schon einen Vorläufer dazu, ein Merkblatt, das auf Anregung des Eugenikers *E. Schubert* durch Gesetz vom 11. Juni 1920 eingeführt worden ist und allen Verlobten auf dem Standesamt ausgehändigt werden soll. Es weist die Betroffenen auf die ärztliche Beratung vor der Ehe hin, auf die Notwendigkeit der Ausheilung bestehender Krankheiten vor der Ehe und schließlich auf die Möglichkeit der Erzeugung minderwertiger Nachkommenschaft. Zwar besteht in Deutschland noch kein Zwang, sich der Eheberatungsstellen zu bedienen, demnach ist auch bis jetzt ihr Wert ein zweifelhafter; denn

gerade die Verantwortungslosen werden von dieser Einrichtung wenig oder keinen Gebrauch machen, oder sie werden den eingeholten Rat nicht befolgen und vielleicht auch dann auf illegitime Art Kinder in die Welt setzen. Aus diesen Erwägungen heraus werden wohl auch Eheverbote den beabsichtigten Zweck nicht erfüllen. Zu demselben Resultat kommt *Gaupp*, wenn er sagt: „Eheverbote bei erhaltener Fortpflanzungsfähigkeit sind ein Schlag ins Wasser; das Bild ändert sich aber sofort, wenn wir die Eheerlaubnis für Erbuntüchtige, Schwachsinnige und andere endogen Defekte an die Forderung vorausgehender Sterilisierung knüpfen“.

Somit kommen wir sogleich auf eine andere und wohl die wichtigste Form der Ausmerzung minderwertiger Volksmitglieder, die Sterilisation.

Die Geschichte der Unfruchtbarmachung Minderwertiger läßt sich bis in das Altertum zurückverfolgen. Schon in den ältesten Zeiten wurden in einzelnen Fällen Minderwertige und erblich Belastete kastriert, um die Zeugung einer schwächlichen Nachkommenschaft zu verhindern. Später wurde die Kastration als Strafe für Notzuchtverbrecher und Diebe angewandt, oder zur vollkommenen Austilgung besiegtter Volksstämme. Im Orient bürgerte sich die Sitte ein, die Haremswächter zu kastrieren. Und selbst die Kirche, die immer konsequent gegen die Unfruchtbarmachung Stellung nahm, duldete im 18. Jahrhundert stillschweigend die Kastration der Sängerknaben unter gewissen Bedingungen, da die Erhaltung der männlichen Diskantstimmen zum Lobe Gottes und für das allgemeine Wohl nützlich erschien.

In der neueren Zeit hören wir zuerst in Schottland von einem Gesetz, nach welchem Epileptische, Irrsinnige und Gichtische sollen kastriert worden sein. Später finden wir vor allem in Amerika das größte Verständnis für die Frage der Unfruchtbarmachung. Schon 1855 war in Kansas ein Gesetz bekannt, nach welchem Neger und Mulatten, die weiße Frauen mißbrauchten oder zur Heirat zu zwingen versuchten, zur Kastration verurteilt wurden. Damals spielte noch immer der Vergeltungsgedanke eine große Rolle, wonach der Rechtsbrecher an dem Organ bestraft werden sollte, mit dem er gesündigt hatte. Aber schon 1893 steht der eugenische Gesichtspunkt im Mittelpunkt des Interesses, als nämlich die Unfruchtbarmachung erstmalig im Hinblick auf „den besonderen Zweck ihrer Anwendung auf Rassenverbesserung und Gesellschaftsschutz“ gefordert wurde. Um die gleiche Zeit tauchte der Gedanke auf, die Unfruchtbarmachung herbeizuführen unter Erhaltung der für die innere Sekretion wichtigen Keimdrüsen. *Harry Sharp*, Gefängnisarzt in Jeffersonville im Staate Indiana, gebührt das Verdienst, diesen Gedanken in die Wirklichkeit umgesetzt zu haben. Er führte die Operation, für welche er eine einwandfreie Technik ausgearbeitet hatte, zur Heilung von sexuell Entarteten aus, bei denen er gleichzeitig Fortpflanzungsverhinderung erreichen wollte. In allen Fällen lag die frei-

willige Meldung zur Operation vor, und bei allen soll er günstige Heilerfolge erzielt haben.

Im Jahre 1907 wurde in Indiana ein eugenisches Sterilisierungsgesetz angenommen, dem bis 1920 in weiteren 14 Staaten Gesetze folgten, die die Sterilisierung teils aus therapeutischen, teils aus eugenischen Gründen forderten. Nur in einigen Staaten gelangten die Gesetze regelmäßig zur Ausführung, nur in 8 Staaten sollen sie noch Geltung haben (*Mayer*). Auf Grund der Gesetze sollen in Amerika von 1907 bis 31. Dezember 1920 im ganzen 3233 Unfruchtbarmachungen vorgenommen worden sein, und zwar wurde die Operation an 2700 Geisteskranken, 403 Schwachsinnigen und 130 Verbrechern ausgeführt. Bis 1. Januar 1926 sind in Amerika 6244 Sterilisierungsfälle feststellbar, wie Prof. *B. Matjuschenko* (Prag) auf dem 1. internationalen Sexualforscherkongreß in Berlin 1926 mitgeteilt hat.

In Europa war es die Schweiz, die zuerst dem Beispiel Amerikas folgte. *E. Oberholzer* beschreibt eingehend 19 Fälle von Unfruchtbarmachung, bei denen in jedem einzelnen Falle die Zweckmäßigkeit der Operation nach gewissenhafter Prüfung zweifelsfrei festgestellt worden ist. Sein Vorgehen beruhte nicht auf gesetzlicher Grundlage, es handelte sich vielmehr um fakultative Sterilisierung Anormaler, für die auch später auf der Kreuzlinger Versammlung am 14. Juni 1925 die Schweizer Psychiater im allgemeinen eingetreten sind. *Oberholzer* hält die Sterilisierung bei eigentlichen „Verbrecherfamilien“ für besonders bedeutungsvoll, sind doch in der Literatur einzelne solche Stammbäume beschrieben worden, man denke nur an die Familien *Zero* und *Juke*.

Auch in den folgenden Jahren ruhte in der Schweiz die Frage der Sterilisation nicht. In der neuesten Zeit, 3. September 1928 wurde für den Kanton Waadt ein Gesetz erlassen, das die Sterilisation Geisteskranker und Geistesschwacher erlaubt, wenn sie unheilbar sind und wenn mit Sicherheit mit einer minderwertigen Nachkommenschaft zu rechnen ist. Die Genehmigung zur Operation hängt von dem übereinstimmenden Zeugnis zweier vom Gesundheitsrat ernannter Ärzte ab.

In Deutschland tauchte der Gedanke der Unfruchtbarmachung schon im 18. Jahrhundert auf. *Johann Peter Frank* erkannte in seinem „System einer vollständigen medizinischen Polizey“ bereits im Jahre 1779 den Nachteil, der dem Staate aus der Fortpflanzung Gebrechlicher erwuchs, und forderte Eheverbote und Rücksichtnahme auf die Qualität der Nachkommenschaft (*Mayer*). Seitdem traten immer wieder deutsche Mediziner für die Unfruchtbarmachung ein. Zunächst ließ man neben der medizinischen Indikation noch soziale und schließlich sogar eugenische Gesichtspunkte gelten. Vor allem die Schule *Krönig* erweiterte ihre Indikationsstellung mehr und mehr, während dagegen die *Wintersche* Schule sehr zurückhaltend blieb und niemals die Unfruchtbarmachung wegen einer Psychose oder Neurose vorgenommen haben soll.

Aber kein Zweig der Medizin wies früher auf die Wichtigkeit eugenischer Gesichtspunkte bei der Indikationsstellung hin als die Psychiatrie. Schon im Jahre 1899 forderte der Psychiater *Naecke* die künstliche Unfruchtbarmachung im Interesse der Gesellschaft „bei gewissen Klassen von Degenerierten als wirksamen sozialen Schutz“. Seine Forderung fand jedoch damals wenig Anklang. Erst als er 10 Jahre später auf die ersten Schweizer Kastrationen aus sozialen Gründen hinwies, und als er eine Reihe von Geisteskrankheiten aufzählte, bei denen auch im Interesse der Nachkommenschaft die Sterilisation angebracht erschien, beschäftigten sich Mediziner und Juristen näher mit dieser Frage. Und seitdem ist die Forderung der Unfruchtbarmachung Minderwertiger nie wieder ganz verstummt. Trotzdem erregte es großes Aufsehen, als der Zwickauer Bezirksarzt *Boeters* seine 9 Leitsätze dem sächsischen Ministerium unterbreitete, als er sich mit seinen Forderungen an die gesamte deutsche Ärzteschaft wandte, und als er schließlich seine „Lex Zwickau“ als Entwurf zu einem Gesetz über „die Verhütung unwerten Lebens durch operative Maßnahmen“ dem Reichstag vorlegte. In stark abgeschwächter Form wurden seine Vorschläge vom sächsischen Ministerium befürwortend dem Reichsjustizministerium weitergegeben. Im allgemeinen erkannte man den gesunden Kern in seinen Vorschlägen an, jedoch schien die Aufstellung schematischer Richtlinien im Sinne *Boeters* nach Ansicht der obersten sächsischen Gesundheitsbehörde unmöglich.

Auch in verschiedenen anderen europäischen Ländern steht die Frage der Sterilisierung von Geistesschwachen, Irrsinnigen und Epileptikern im Mittelpunkt des Interesses. So wurden in Schweden schon 1923 vom staatlichen Forschungsinstitut für Rassenbiologie Leitsätze für ein zu schaffendes Gesetz für die Sterilisierung von Geisteskranken aufgestellt. Und in der letzten Zeit sind sowohl von der schwedischen, wie auch von der finnischen Regierung Kommissionen eingesetzt worden, welche die zur gesetzlichen Regelung erforderlichen Vorarbeiten erledigen sollen.

„Für Ungarn hat *Namenyi* weitgehende Forderungen auf Sterilisierung der angeboren Schwachsinnigen und der degenerativen Psychopathen in leichteren und mittelschweren Fällen, die außerhalb der Anstalten leben, gestellt“ (*Gaupp*).

Selbst in Rußland sind Bestrebungen zum Schutze gegen das Überhandnehmen der kriminellen und minderwertigen Elemente im Gange. So hat sich „Prof. Dr. med. *Orschansky* in Leningrad, Direktor des gerichtspsychiatrischen Instituts und wissenschaftlicher Leiter des russischen kriminologischen Kabinetts, eingehend über die Lex Zwickau orientiert, um für die Einführung eines ähnlichen Gesetzes in Rußland einzutreten“.

Auch in der Tschechoslowakei beschäftigt man sich mit dem Problem der Sterilisierung zur Verhinderung geisteskranker Nachkommenschaft.

So hielt 1926 der Prager Universitätsprofessor *Matjuschenko* in Berlin einen Vortrag über die „Eugenische Sterilisierung“.

In Dänemark wurde unter dem 9. Oktober 1928 dem Folketing ein Gesetzentwurf vorgelegt, nach welchem die freiwillige Sterilisierung oder Kastrierung zur Beseitigung eines abnormen Geschlechtstriebes mit Genehmigung des Justizministers vorgenommen werden kann. Nach diesem Entwurf kann fernerhin vom Justizminister die Sterilisierung psychisch abnormer Personen gestattet werden, wenn im Interesse der Gesellschaft die Verhinderung der Fortpflanzung wünschenswert erscheint. Die Nichttinehaltung genauer gesetzlicher Vorschriften soll eine Geldstrafe bis zu 5000 Kronen nach sich ziehen. Dieser Entwurf ist am 1. Juni 1929 zum Gesetz erhoben worden. Somit ist Dänemark das erste europäische Land, in dem die operative Unfruchtbarmachung aus eugenischer Indikation gesetzlich zulässig ist.

Unfruchtbarmachung kann auf operativem Wege oder mittels Röntgen- oder Radiumstrahlen herbeigeführt werden.

Die operativen Methoden zur Sterilisation des Mannes sind heute im wesentlichen noch dieselben wie früher. Sie bezwecken alle Unwegsamkeit des Samenleiters (vas deferens) entweder durch Unterbindung allein (Vasoligatur) oder durch Samenleiterdurchschneidung (Vasektomie) mit Resektion eines kleinen Stückes des vas deferens. Die heute gebräuchlichste Methode ist die Samenleiterdurchschneidung in Verbindung mit Resektion und Ligatur. Die Operation wird in Lokalanästhesie ausgeführt und wird beim Manne als durchaus harmlos angesehen.

Bei der Frau gestaltet sich der Eingriff etwas schwieriger, da jetzt gewöhnlich die Operation per laparotomiam ausgeführt wird. Zwar beschreibt *Kehrer*, der Entdecker des Eileiterschnittes, den *Winter* den „geistigen Vater der modernen Sterilisation“ nennt, eine Operation per colpotomiam. Jedoch soll das vaginale Vorgehen nach *Küstner* das Heilresultat beeinträchtigen. *Kehrer* gab später noch verschiedentliche Verfahren an: Durchschneidung der Tuben und Ligatur, Kauterisierung des uterinen Stumpfes und Versenkung in das Parametrium, schließlich nähte er zur Sicherheit noch die Blätter des Ligamentum latum über die Tubenstümpfe. Seitdem sind immer wieder neue Sterilisationsmethoden vorgeschlagen worden, da bei einigen Methoden vereinzelt Gravidität eintrat. Nach *Engelmann* wird jetzt als empfehlenswerteste Methode zur operativen Sterilisation die Verlagerung der Tuben nach *Fritsch* angesehen. Schnitt wie zur *Alexander-Adamschen* Operation, Einnähen der Tuben in die Bauchdecken).

In der neueren Zeit wird neben der operativen Unfruchtbarmachung eine Methode propagiert, bei der durch Bestrahlung der Keimdrüsen mit Röntgen- oder Radiumstrahlen dauernde Sterilisierung erreicht werden kann. Dabei muß man aber auch, nach *Engelmann*, „natürlich

die Nachteile der Röntgenkastration mit in Kauf nehmen“. Die Anwendung dieser Methode ist daher nur bei Frauen nahe dem Klimakterium zu empfehlen; denn es ist nicht ganz von der Hand zu weisen, daß bei einem allerdings sehr kleinen Prozentsatz der Röntgenkastrierten Folgeerscheinungen mehr oder weniger schwerer Art auftreten können, wenn auch von den Röntgenologen das Auftreten psychischer Störungen nach Röntgenkastration bestritten wird.

Aus welchen Gründen sind nun bisher Sterilisationen vorgenommen worden und werden noch heute vorgenommen? Vor Beantwortung dieser Frage muß man sich über die einzelnen Indikationsstellungen vollkommen klar sein. Am geeignetsten erscheint die Einteilung in 3 Arten von Indikationen:

1. Die medizinische Indikation, die die Operation lediglich zu direkten Heilzwecken ausgeführt haben will, teils therapeutisch zur Heilung eines bestehenden Leidens, teils prophylaktisch zur Verhütung einer Gefahr für Leben oder Gesundheit.

2. Die soziale Indikation, die entweder aus Rücksicht auf das Individuum selbst (wirtschaftliche Not, große Kinderzahl, gesellschaftliche Stellung) oder zum Schutze der Gesellschaft (um verbrecherische oder gemeingefährliche Triebe zu beseitigen) die Sterilisation vorschlägt.

3. Die eugenische Indikation, die einen kranken, verbrecherischen, degenerierten oder geisteskranken Nachwuchs verhindern will.

In der ersten Zeit wurde die Sterilisation lediglich aus medizinischer Indikation ausgeführt. Vor knapp 30 Jahren gab *Kehrer* als Hauptindikation für die Sterilisation höhere Grade von Beckenverengung an. Im Laufe der Jahre änderte sich die Indikationsstellung, und die tuberkulösen Erkrankungen der Lunge und des Kehlkopfes nehmen jetzt bei weitem die erste Stelle ein. Einig sind sich alle Autoren über die Berechtigung der Operation bei Erkrankungen der Fortpflanzungsorgane. Als weitere Indikationen gelten einzelne Herzkrankheiten, Nierenkrankheiten, Bluterkrankungen, Stoffwechselkrankheiten, schließlich psychische Erkrankungen, Psychoneurosen und organische Erkrankungen des Zentralnervensystems. Einige Autoren ziehen die Grenzen der Indikationsstellung außerordentlich eng, wie z. B. *Winter* und seine Schule, während dagegen die Schule *Krönig* ihre Indikation allmählich erweiterte und zunächst noch soziale Verhältnisse neben der rein medizinischen Indikation gelten ließ. Über die Berechtigung der Sterilisation in den Fällen, wo lediglich eine soziale Indikation vorliegt, gehen die Meinungen der einzelnen Autoren sehr auseinander. Auf der einen Seite wird „die Unfruchtbarmachung aus sozial-politischen Gründen“ warm befürwortet, so von *Naecke*, *Loewenfeld*, *Lenz*, *Krönig*, *Wilhelm*, auf der anderen Seite wird eindringlich davor gewarnt; so lehnt sie *Grotjahn* ab mit der Begründung, daß „auf andere Weise geholfen werden

müsse“. Desgleichen sind *Naujoks* und *van Calker* Gegner der rein sozialen Indikation, und auch die Schweizer Gynäkologen sollen auf der Versammlung zu Lausanne 1922 „jede Sterilisation aus sozialen Gründen“ einmütig verworfen haben (*Mayer*). Die Tatsache, daß der Staat, wie später noch näher erörtert wird, die Berechtigung der Sterilisation aus rein sozialer Indikation nicht anerkennt, hat sicher verschiedene Autoren dazu bewogen, die soziale Indikation so ungünstig zu beurteilen. Nichtsdestoweniger läßt es sich nicht leugnen, daß oft die Indikationsstellung durch soziale Momente beeinflusst wird in dem Sinne, daß man sich eher zur Sterilisation aus medizinischen Gründen entschließen wird, wenn neben dem Gesundheitszustand der Frau noch schlechte wirtschaftliche oder soziale Verhältnisse vorliegen. Nach *Engelmann* ist also die „eigentliche Ursache in einem solchen Falle nicht die Krankheit allein, sondern beide Faktoren zusammen“.

Weit schwieriger liegen die Verhältnisse bei der eugenischen Indikation, die nach *G. Winter* darauf hinausgeht, „einen voraussichtlich kranken oder minderwertigen Nachwuchs auszuschalten, um den Eltern die Quelle schwerer Sorge und Trauer zu nehmen, ein Individuum, welches somatisch oder psychisch ein weder für sich, noch für seine nächste Umgebung brauchbares oder nur lebenswertes Dasein führen kann, nicht zur Entwicklung kommen zu lassen, oder um den Staat von gefährlichen, unbrauchbaren oder sehr kostspieligen Mitgliedern zu befreien“. Für diese Frage sind wohl am meisten die Psychiater interessiert. Wenn auch aus anderen Gebieten der Medizin die Sterilisation aus eugenischen Gründen gefordert wird, so sind die dafür geeigneten Fälle relativ so selten, daß sie praktisch kaum ins Gewicht fallen. Anders steht es mit den psychisch Kranken, aus deren Reihen weitaus am häufigsten diejenigen hervorgehen, die die Eugenik zu erfassen sucht, nämlich die geistig und moralisch Minderwertigen. Die erste Forderung, die Minderwertigen im Interesse der Gesellschaft und des Staates von dem Zeugungsgeschäft auszuschließen, geht von dem Psychiater *Naecke* aus, der schon vor etwa 25 Jahren das Interesse des Allgemeinwohles höher stellte als das des Einzelindividuums. Er zählte schon damals eine Reihe von Geisteskrankheiten auf, bei denen im Interesse des Allgemeinwohles die Sterilisation angebracht erschien. Dieselbe Frage stand 1905 auf der Jahresversammlung schweizerischer Irrenärzte zur Diskussion, und allen erschien die Sterilisation Geisteskranker wünschenswert. Seitdem forderten immer wieder deutsche Psychiater wie *Friedel*, *Hirsch*, *Juliusburger* die Unfruchtbarmachung minderwertiger Volkselemente aus eugenischen Gründen. Aber erst als 1923 durch *Boeters* das Problem von neuem aufgerollt wurde, kam die Frage richtig in Fluß. Viel ist seitdem dafür und dagegen geschrieben worden. Daran aber, daß die Sache nicht so recht vorwärts geht, ist wohl die heutige Rechtsprechung schuld, die zu großer Zurückhaltung mahnt. Immerhin müßte auch jetzt schon



die fakultative Sterilisation geistig minderwertiger aus eugenischer Indikation ernstlich erwogen werden.

Bei welchen Erkrankungsformen ist nun die Sterilisation aus eugenischen Gründen vorgesehen? Halten wir uns zunächst an die Aufstellung von *Naecke*, der Sterilisation vorschlug bei

1. Gewohnheitsverbrechern, auch Sittlichkeitsverbrechern,
2. Imbezillen vor Entlassung aus der Anstalt,
3. Epileptikern,
4. Chronisch Geisteskranken.
5. Unheilbaren Trinkern,
6. Gewissen schweren Fällen von Hysterie, Neurasthenie, Chorea.

Mit diesen Vorschlägen war auch *Loewenfeld* im wesentlichen einverstanden, nur sah er bei Trinkern schon die 2. Anstaltsaufnahme als Voraussetzung für die Sterilisation an und lehnte Hysterie und Neurasthenie als ungeeignet ab (*Strohmayer*). Im allgemeinen werden noch heute die meisten der von *Naecke* vorgeschlagenen Erkrankungsformen für mehr oder weniger zur Sterilisation geeignet gehalten. Geht man aber von sehr sorgfältiger Prüfung der einzelnen Formen aus, so stellt sich heraus, daß sich die unbedingte Notwendigkeit der operativen Unfruchtbarmachung nur in relativ wenigen Fällen ergibt, ausgenommen die 2. Gruppe. Für die praktische Durchführung aller bisherigen Sterilisationsvorschläge stellen die Schwachsinnigen weitaus das größte Kontingent. Sind sich die Psychiater auch über die Notwendigkeit der Sterilisation bei den einzelnen psychischen Erkrankungen nicht völlig einig, so kehrt doch bei allen ihren Vorschlägen immer der Gedanke wieder, die Unfruchtbarmachung beim Schwachsinn zu fordern. Schon 1911 machte *Eugen Wilhelm* praktische Sterilisationsvorschläge de lege ferenda bei gewissen Psychosen und nannte an erster Stelle hochgradig Schwachsinnige. Auch *Friedel* wünschte in erster Linie die Schwachsinnigen berücksichtigt zu wissen. Selbst der Gynäkologe *Engelmann* weist als in Frage kommende Erkrankungen vor allem auf Idiotie und Geistesschwäche hin. Und in jüngster Zeit wurde gelegentlich der Gründung der forensisch-psychiatrischen Gesellschaft in Breslau am 15. November 1928 in einem Vortrage darauf aufmerksam gemacht, daß „wohl überhaupt die wichtigste Gruppe für Sterilisierungsprobleme das zahllose Heer der leicht Schwachsinnigen und Debilen“ ist (*Bender*). Wie schon oben näher ausgeführt wurde, sind die Schwachsinnigen diejenigen, die von frühester Jugend an mehr oder weniger die Fürsorge des Staates in Anspruch nehmen und der Allgemeinheit erhebliche Kosten verursachen. Über ihre Leistungsfähigkeit nach abgeschlossener Schul- oder Berufsausbildung gehen die Meinungen noch auseinander. Jedenfalls scheint festzustehen, daß sie trotz aller hohen Aufziehungs- und Ausbildungskosten nicht als vollwertige Arbeitskräfte zu bewerten sind.

Dazu kommt noch, daß sie eine schwere Gefahr für unseren Volksbestand bedeuten, indem sie sowohl im außerehelichen Verkehr als auch bei eventueller Verheiratung eine Unmenge entarteter Keime ausstreuen. Man denke nur an den von *Gaupp* angeführten Fall, wo eine Imbezille von verschiedenen Männern 7 Kinder bekam, die alle der staatlichen Fürsorge zur Last fielen. Oder soll man weiter tatenlos zusehen, wenn ein schwachsinniger Bauernbursche seine beiden schwachsinnigen Schwestern schwängert? Derartige Beispiele lassen sich beliebig vermehren. Gerade die Psychiater wissen davon zu berichten und haben auch oft einen harten Kampf gegen die uneinsichtigen Eltern zu bestehen, die mit allen Mitteln die Entlassung ihres schwachsinnigen Kindes zu erreichen versuchen, obwohl die Entlassung mit größter Wahrscheinlichkeit eine uneheliche Schwängerung zur Folge hätte. Und wegen der Gefahr der Schwängerung müssen solche im übrigen meist harmlose schwachsinnige Individuen dauernd interniert bleiben. Die Schwängerung könnte mit absoluter Sicherheit verhindert werden, wenn die Betreffenden sterilisiert würden, und damit fiel auch in den meisten Fällen der Grund zur dauernden Internierung fort und dem Staate blieben weitere Kosten erspart. Aus vorstehenden Ausführungen geht hervor, daß für Sterilisierungsprobleme vor allem die weiblichen Schwachsinnigen in Betracht kommen. Aus dieser Erwägung heraus sind an den hiesigen Anstalten in den Jahren 1924—1926 eine Reihe von Unfruchtbarmachungen vorgenommen worden. Es handelte sich in allen 27 Fällen um Schwachsinnige und zwar vorwiegend weibliche Schwachsinnige, zum Teil mit, zum Teil ohne moralischen Defekt. In 24 Fällen liegt erbliche Belastung vor, in zwei Fällen ist nichts Näheres darüber bekannt, in 2 Fällen scheint die Familie gesund. In keinem Falle konnte zwar mit absoluter Sicherheit für die Qualität der Nachkommenschaft garantiert werden, es bestand jedoch in jedem Falle die Gefahr kranker, bzw. belasteter Nachkommenschaft, umsomehr, da ja, wie genugsam bekannt, als Schwängerer derartiger schwachsinniger Mädchen leicht auch wieder Minderwertige in Frage kommen. Alle waren wirtschaftlich so gestellt, daß sie kaum sich selbst ernähren, geschweige denn uneheliche Kinder aufziehen konnten, außerdem wohl auch infolge ihres Schwachsinn unfähig dazu. Das aber müssen wir uns klar vor Augen halten, daß sie, wie schon an anderer Stelle erwähnt, Vernunftgründen gegenüber völlig unzugänglich sind, ja daß sie vielmehr glauben, nicht enthaltsam leben zu können. Und was wäre aus der mit großer Wahrscheinlichkeit wiederum minderwertigen Nachkommenschaft geworden? Man geht wohl nicht fehl, anzunehmen, daß sie mit ziemlicher Sicherheit der Allgemeinheit zur Last gefallen wäre, die schon aus Billigkeitsgründen des Schutzes vor unnötiger wirtschaftlicher Belastung bedarf. Die Sterilisation in den vorliegenden Fällen wurde aus sozialer oder eugenischer Indikation vorgeschlagen resp. vorgenommen. In jedem einzelnen Falle

lag die Genehmigung des Betreffenden selbst oder seines gesetzlichen Vertreters vor, daneben ist aus Prinzipiengründen die Einwilligung des Ministeriums zur Sterilisation beigeht worden. In 4 Fällen begnügte man sich nicht mit der Sterilisation, sondern es wurde die Kastration vorgenommen, da durch diesen Eingriff eine Abnahme des abnorm gesteigerten Geschlechtstriebes erwartet wurde und man zugleich heilend einwirken wollte. Was ist nun praktisch dabei herausgekommen? In 15 Fällen konnte nach erfolgter Unfruchtbarmachung von weiterer Anstaltsunterbringung abgesehen, und die Betreffenden konnten zu Hause oder in Pflege- bzw. Dienststellen untergebracht werden. Es interessiert nun vor allem die Frage: haben die schon vor der Sterilisation mit Gonorrhoe infizierten 4 Fälle nach dem Eingriff und der darauf erfolgten Entlassung zur Weiterverbreitung von Geschlechtskrankheiten, wie immer befürchtet wird, besonders beigetragen? Die von der Beratungszentrale Weimar erhaltene Auskunft ist außerordentlich günstig ausgefallen, keiner der 4 Fälle ist als Ansteckungsquelle für Neuinfektionen bekannt. Diese Auskunft besagt zwar noch nicht, ob in der Tat eine Weiterverbreitung von Geschlechtskrankheiten durch diese 4 Betreffenden nicht stattgefunden hat, soviel jedoch ist wohl anzunehmen, daß sie nicht mehr wie die Durchschnittsbevölkerung zur Übertragung venerischer Krankheiten beigetragen haben.

Nun bleibt noch zu erörtern, ob die entlassenen Schwachsinnigen nach erfolgter Unfruchtbarmachung besonders oft straffällig geworden sind. Die uns von der Staatsanwaltschaft überlassenen Strafregistrauszüge bringen uns folgende Tatsachen: nach erfolgter Sterilisierung bzw. Kastrierung ist keiner der 27 Fälle straffällig geworden. Die Fälle 1, 6 und 19 sind, wie schon bekannt war, vor ihrer Unfruchtbarmachung mit dem Gesetz in Konflikt geraten. Über spätere Straftaten auch dieser 3 Fälle ist nichts bekannt. Aus unseren Akten geht noch hervor, daß H. V. (Fall 1) sich nach ihrer Entlassung hat einen Diebstahl zuschulden kommen lassen, sie ist aber laut Ausweis der Strafregistrauszüge nicht bestraft worden. Über die Führung von B. L. (Fall 6) wird in den Akten nach ihrer Entlassung in Familienpflege nichts Ungünstiges berichtet. Über R. T. (Fall 19) findet sich keine Notiz.

Zusammenfassend ist demnach zu sagen: von den 27 Fällen, die infolge ihres Schwachsinn oder ihres moralischen Defektes hätten auf Kosten der Allgemeinheit dauernd interniert bleiben müssen, sind nach erfolgter Unfruchtbarmachung 15 zu Haus oder in Pflege- oder Dienststellen untergebracht. Die 3 schon vor der Unfruchtbarmachung straffällig gewesenen Fälle sind bisher nicht wieder mit dem Gesetz in Konflikt geraten. Von den übrigen Fällen, die vielleicht auf Grund ihrer Veranlagung hätten straffällig werden können, sind bisher keine Verurteilungen bekannt. Die 4 schon vor der Unfruchtbarmachung mit Gonorrhoe infizierten Fälle werden nicht als Infektionsquelle venerischer

Krankheiten genannt. Diese Resultate bei der noch relativ geringen Zahl der Unfruchtbarmachungen müßten doch nur dazu ermutigen, für die gesetzliche Zulässigkeit dieses Eingriffs einzutreten.

Zur besseren Übersicht folgt eine tabellarische Aufstellung der 27 hier sterilisierten resp. kastrierten Fälle (cf. s. S. 100 ff.).

Hat der Arzt nach bestehendem Gesetz überhaupt ein Recht, die Sterilisierung auszuführen? Wir müssen uns immer darüber klar sein, daß die künstliche Unfruchtbarmachung wie jeder andere ärztliche Eingriff eine Körperverletzung und somit eine strafbare Handlung ist. Erschwerend tritt noch hinzu, daß die Folgen (Verlust der Zeugungsfähigkeit) beabsichtigt sind, so daß die Sterilisierung eine objektiv rechtswidrige schwere Körperverletzung darstellt, die ohne Zulassung mildernder Umstände nach § 225 Str.G.B. mit Zuchthaus von 2—10 Jahren bestraft wird. Die Rechtswidrigkeit fehlt aber, wenn der Eingriff nach den Regeln der medizinischen Wissenschaft und Praxis lediglich im gesundheitlichen Interesse des Betreffenden, also zu reinen Heilzwecken, mit Einwilligung des Kranken oder seines gesetzlichen Vertreters vorgenommen wird. Jeder Arzt, der also aus rein medizinischer Indikation mit Einwilligung des Kranken oder seines gesetzlichen Vertreters eine Sterilisierung vornimmt, ist demnach straffrei. Wird die Sterilisierung aus rein medizinischer Indikation, aber ohne oder gegen den Willen des Kranken oder seines gesetzlichen Vertreters ausgeführt, so liegt Körperverletzung im Sinne des § 224 Str.G.B. vor. Erscheint der Heilzweck nur als Vorwand, so wird die Rechtswidrigkeit des Eingriffes auch durch die Einwilligung des Betreffenden nicht beseitigt. Liegt also eine rein medizinische Indikation vor, so ist die Berechtigung des Eingriffes vom Staate anerkannt.

Bei weitem nicht geklärt ist aber die Rechtslage bei Sterilisierungen aus sozialer oder eugenischer Indikation. Bewirkt auch bei derartigen Eingriffen die Einwilligung des zu Sterilisierenden oder seines gesetzlichen Vertreters Straffreiheit für den Arzt? Wenn man an das Vorgehen von *Boeters* denkt, könnte man fast zu dieser Annahme kommen, *Boeters* selbst glaubt diese Frage ohne weiteres bejahen zu können. Die Meinungen der Juristen gehen jedoch weit auseinander. Zwar sagt *Ebermayer*: „Das Recht des Menschen an seinem eigenen Körper ist unbestreitbar. Wenn er von diesem Recht nicht in frivoler, Dritte oder die Allgemeinheit schädigender, sondern, wie hier, der Allgemeinheit nützender Weise Gebrauch macht, hat der Staat kein Interesse, ihn daran zu hindern. Doch das ist nur meine rein private Meinung und niemand kann wissen, wie die gerichtliche Entscheidung fallen würde“. Dieser letzte Satz, der seine persönliche Überzeugung ausdrückt, birgt jedoch eine Warnung vor übereiltem Handeln und deutet zu gleicher Zeit darauf hin, daß eine verschiedene Auslegung des im Str.G.B. Festgelegten möglich ist. Einige Juristen geben der Einwilligung des Betreffenden strafbefreiende

Fall	Geburts- tag	Ehe- lich	Erbliche Belastung	Geschwister	Geisteszustand
1. H. V.	4. 2. 99	ja	Nichts bekannt	1 ♀ Zwilling ge- sund, 1 ♂ Stief- bruder gesund, 1 ♂ Stiefbruder gest.	Imbezillität. Nei- gung zum Vagabun- dieren und Prostitu- tion
2. K. S.	18. 1. 17	nein	Sein Vater ist der Vater der Mutter. Mutter unsittlichen Lebenswandel, hat noch 2 uneheliche Kinder	2 uneheliche Geschwister	Imbezillität
3. M. D.	25. 2. 15	ja	Vater leichtsinnig		Degenerierte mit nymphomanen und sadistischen Anlagen
4. E. R.	14. 7. 14	ja	Vater jähzornig und wenig intelligent. Mutter sittlich nicht einwandfrei	1 Stiefbruder	Intellektuell und mor- alisch Debile mit hysterischen Zügen
5. R. W.	1. 10. 10	nein	Mutter schwachsinn- ig, hat noch ein uneheliches Kind	1 unehelich ♀	Imbezillität
6. B. L.	27. 5. 05	ja	Nichts bekannt	1 ♂ gesund	Imbezillität. Nei- gung zu Diebstählen und Herumstreichen
7. F. S.	18. 11. 06	ja	Eltern geistig min- derwertig. Vater im Zuchthaus wegen Brandstiftung	1 ♂ gest. Suizid, 1 ♂ schwach- sinnig, 2 ♀ schwach- sinnig	Imbezillität. Sexuelle Verwahr- losung
8. A. P.	11. 10. 08	ja	Mutter nerven- leidend		Imbezillität
9. F. E.	5. 8. 08	nein	Mutter geistes- schwach		Imbezillität
10. R. M.	4. 8. 12	ja	Vater progressive Paralyse. Mutter Krämpfe	2 Schwestern gesund	Imbezillität
11. P. L.	17. 4. 09	ja	Mutter führt unsitt- lichen, liederlichen Lebenswandel. Va- ter hat die Familie verlassen	2 Schwestern stumm, 1 ♀ schwach- sinnig, 1 ♀, 1 ♂ gesund	Imbezillität
12. H. D.	7. 2. 09	ja	Mutter schmutzig und liederlich	4 Geschwister	Imbezillität. Nei- gung zu Diebstahl und unsittlichen Handlungen
13. H. B.	8. 4. 08	ja	Vater nicht sehr be- gab, trank früher	4 Geschwister, davon 2 mehr- mals sitzen ge- blieben	Imbezillität. Moralische Minder- wertigkeit
14. W. W.	30. 7. 03	ja	Familie gesund	1 gesunde Schwester, 3 gesunde Stief- geschwister	Imbezillität. Starke Sexualität. Neigung zu Dieb- stahl

Fürsorge- erziehung	Geschlechts- krankheiten	Kinder	Datum des Eingriffs	Entlassen
nein	Gonorrhöe	1	24. 7. 24	5. 12. 24 Familienpflege
ja	—	—	26. 7. 24	16. 7. 27 Anna-Luisenstift, Bad Blankenburg
nein	—	—	18. 8. 24	3. 9. 24 Wilhelmstift Franken- hausen
ja	—	—	1. 9. 24	17. 9. 24 Georg-Marienhau Meuselwitz
nein	—	—	27. 1. 25	17. 3. 25 Dienststelle
ja	Gonorrhöe	—	27. 1. 25	19. 3. 25 Familienpflege
ja	Lues, Gonorrhöe	—	5. 2. 25	30. 4. 25 in Stellung 3. 6. 25 Erziehungsheim 25. 8. 25 Irrenabteilung
ja	—	—	28. 2. 25	25. 4. 25 Dienststelle
nein	—	—	18. 3. 25	28. 8. 25 Familienpflege
nein	—	—	23. 3. 25	8. 3. 26 zur Großmutter 1. 5. 28 Erziehungsheim Altengeseß
ja	—	—	11. 5. 25	28. 5. 25 Dienststelle
ja	—	—	6. 6. 25	4. 8. 25 Langenhain 19. 6. 26 Blankenhain
ja	Gonorrhöe	—	3. 7. 25	22. 7. 25 Dienststelle
nein	—	—	1. 8. 25	17. 8. 25 nach Hause 23. 3. 27 Irrenabteilung 7. 10. 29 Versorgungsheim Rudolstadt

Fall	Geburts- tag	Ehe- lich	Erbliche Belastung	Geschwister	Geisteszustand
15. E. H.	8. 11. 10	ja	Vater geistig be- schränkt, 2 mal we- gen Diebstahls be- straft	6 Geschwister, 5 beschränkt, 1 Schwester psychiatrische Klinik Jena, 1 uneheliches Kind. 3 Brüder Diebstähle, 1 Schwester 1 uneheliches Kind, 1 ♂ gesund 1 ♀ unehelich	Imbezillität
16. K. U.	27. 12. 12	nein	Mutter geistes- schwach. Vater minderbefähigt, Sprachfehler. Groß- vater Potator, we- gen Verschwendung entmündigt. Ver- dacht der Blut- schande		Degenerative Debile
17. A. Ö.	3. 4. 07	ja	Mutter ist unehelich geboren	2 Geschwister gesund 1 ♀ gest.	Imbezillität
18. E. St.	10. 10. 07	ja	Mutter beschränkt, Tante gest., Suizid	1 Bruder Idiot, 1 Schwester gesund	Idiotie
19. R. T.	29. 1. 80	ja	Keine	5 ♂ und 4 ♀, 1 ♀ gest. (Partus)	Imbezillität. Nei- gung zu alkoholi- schen Exzessen. Brandstiftung. Sitt- lichkeitsvergehen
20. G. T.	21. 5. 10	ja	Beide Eltern Tuber- kulose	2 Geschwister schwachsinnig	Imbezillität mit ge- steigerter Sexualität
21. M. K.	5. 8. 11	ja	Großmutter bö- sartig, aufgeregt, Sprachstörung. Mutter beschränkt, gedankenschwach	1 ♂ und 1 ♀ zurückgeblieben 1 ♂ und 1 ♀ gesund	Imbezillität mit vor- zeitiger sexueller Entwicklung und Mißbrauch
22. L. F.	3. 7. 10	nein	Mutter schwach- sinnig		Imbezillität
23. H. G.	10. 9. 10	ja	Mutter geistig min- derwertig. Vater soll getrunken haben. Gest. an Tuberku- lose		Idiotie. Sittliche Verwahrlosung
24. H. K.	21. 8. 87	ja	Vater Alkoholismus und senile Demenz. 1 Kusine taubstumm	9 Geschwister, 7 Geschwister leben, davon 1 Bruder Imbezillität, 1 Schwester mongoloide Idiotie (s. 25)	Imbezillität. Ge- steigerte Sexualität

Fürsorge- erziehung	Geschlechts- krankheiten	Kinder	Datum des Eingriffs	Entlassen
nein	—	—	1. 8. 25	25. 11. 26 Martinshaus
ja	—	—	10. 8. 25	24. 8. 25 Falksches Institut Weimar. Ostern 1927 Dienststelle. April 1928 Dienst. Bad Ber- ka, Invalidenheim
nein	—	—	15. 9. 25	2. 3. 26 Dienststelle 6. 3. 26 Irrenabteilung
nein	—	—	20. 10. 25	15. 4. 26 nach Hause
nein	—	—	27. 10. 25 Kastration	16. 3. 26 Dienststelle
nein	—	—	5. 1. 26	18. 2. 26 Familienpflege
nein	Gonorrhöe	—	30. 1. 26 Kastration	2. 8. 26 nach Hause
nein	—	—	12. 2. 26	7. 3. 26 zum Pflegevater
ja	—	—	19. 2. 26	25. 3. 26 Irrenabteilung 1. 10. 27 nach Hause
nein	—	—	19. 3. 26	28. 5. 26 Kreisversorgungsheim Schleiz 30. 5. 28 Fr. Ebertheim in Garbus



Fall	Geburts- tag	Ehe- lich	Erbliche Belastung	Geschwister	Geisteszustand
25. Fr. K.	17. 7. 99	ja	siehe H. K. (Nr. 24)	2 Geschwister Imbezillität	Mongolismus. Ge- steigerte Sexualität
26. O. K.	30. 11. 09	ja	Eltern beide schwachsinnig	2 Geschwister schwachsinnig	Imbezillität. Gestei- gerte Sexualität
27. L. K.	29. 8. 10	ja	Mutter beschränkt. 1 Onkel geistes- schwach, gelähmt, 1 Onkel Potator	1 Schwester Hilfsschule, 3 Geschwister gesund, 2 Geschwister gestorben	Imbezillität. Starke Sexualität. Neigung zum Um- hertreiben

Wirkung, andere dagegen lassen den Satz „volenti non fit injuria“ absolut nicht gelten. *Heimberger* spricht sich offen dafür aus, daß jede Sterilisierung aus anderer als medizinischer Indikation als Körperverletzung im Sinne des Str.G.B. gilt. *Niedermayer* warnt vor der Annahme, daß die Einwilligung den Arzt vor Strafe schützt. Und auch *Wilhelm* kommt zu dem Resultat, daß nach bestehendem Gesetz die Beseitigung der Zeugungsfähigkeit aus rein sozialpolitischen Gründen als schwere Körperverletzung strafbar ist. Demnach ist es also nach der jetzigen Rechtslage zweifelhaft, ob der Arzt bei Vornahme einer Sterilisierung aus eugenischen Gründen straffrei ausgeht.

Aus der Notwendigkeit, gerade in diese Angelegenheit Klarheit zu bringen und für Sterilisierungen aus sozialen oder eugenischen Gründen eine gesetzliche Grundlage zu schaffen, erstanden die verschiedentlichen Abänderungsvorschläge für das Str.G.B. Der Entwurf aus dem Jahre 1919 kommt der Sterilisierungsfrage schon etwas entgegen, insofern, als nach diesem Entwurf ärztliche Operationen, die mit Zustimmung des zu Operierenden kunstgerecht ausgeführt werden, keine Körperverletzung mehr darstellen. Die Anwendung dieses Paragraphen ist aber nur auf freiwillige Sterilisierungen möglich. Jedoch wäre damit wenigstens erreicht, daß Operationen zu Heilzwecken nicht mehr als schwere Körperverletzung gelten. Sehr viel wichtiger ist aber der im Entwurf vom Jahre 1925 vorgesehene § 238, der besagt: „Eingriffe und Behandlungsweisen, die der Übung eines gewissenhaften Arztes entsprechen, sind keine Körperverletzungen oder Mißhandlungen im Sinne des Gesetzes“. Die Geltung dieses Paragraphen erstreckt sich nicht nur auf Eingriffe zu Heilzwecken, wird doch in der Begründung dazu ausdrücklich gesagt: „Auf den Gesichtspunkt der ärztlichen Ethik wird es vor allem ankommen, wenn zu entscheiden ist, ob der Arzt eine Frau auf ihr Verlangen, aber ohne medizinische Notwendigkeit unfruchtbar machen durfte“. *Balser* ist der Ansicht, daß durch diesen Paragraphen die soziale Indikation

Fürsorge- erziehung	Geschlechts- krankheiten	Kinder	Datum des Eingriffs	Entlassen
nein	—	— 1	23. 3. 26	28. 5. 26 Kreisversorgungsheim Zeulenroda
nein	—	—	6. 5. 26 Kastration	4. 6. 26 Anstalt in Gnadenthal
nein	Gonorrhöe Lues	—	18. 6. 26 Kastration	27. 7. 26 Hautklinik Jena (Gonorrhöe) 23. 1. bis 5.3. 28 Hautklinik Jena 12. 7. 28 Dienststelle 30. 1. 29 Krankenhaus Erfurt (Gonorrhöe) 1. 2. 29 Irrenabteilung

für Sterilisierung einer gesunden Frau ausdrücklich anerkannt sei. Nun besagt aber der § 239 desselben Entwurfes: „Wer eine Körperverletzung mit Einwilligung des Verletzten vornimmt, wird nur bestraft, wenn die Tat trotz der Einwilligung gegen die guten Sitten verstößt“. Erkennt nun der Staat die Sterilisierung aus sozialen oder eugenischen Gründen als nicht „gegen die guten Sitten verstößend“ an? Diese Frage kann wohl nicht mit einem glatten „Ja“ beantwortet werden. Zwar ist diese Operation im Interesse des Staatswohles gelegen, zwar verletzt sie kein ethisches Grundgesetz, aber bisher sind soviel Einwände dagegen vorgebracht worden, daß wohl schwer eine eindeutige Antwort zu erreichen sein wird. Nach diesem Paragraphen wird also noch nicht absolut eindeutig die gesetzliche Anerkennung der sozialen und eugenischen Indikation zum Ausdruck gebracht.

Ein weiterer Angriffspunkt ist die Frage der Einwilligung des zu Sterilisierenden. Handelt es sich um einen erwachsenen geschäftsfähigen Menschen, so ist an der Gültigkeit seiner Einwilligung nicht zu zweifeln. Anders liegen die Verhältnisse beim Geisteskranken, dem die Geschäftsfähigkeit im Sinne des § 104 B.G.B. fehlt. Seine Einwilligung hat natürlich keine rechtliche Bedeutung und erwirkt dem Arzt keine Straffreiheit. Darf nun der gesetzliche Vertreter diese Einwilligung zur Sterilisierung aus eugenischen Gründen geben? *Boeters* erklärt die Zustimmung des gesetzlichen Vertreters zur Sterilisierung ohne weiteres für maßgebend. *Heimberger* dagegen gesteht dem gesetzlichen Vertreter nur die Sorge „für die Person des Vertretenen“ zu. Darunter fällt also auch die Genehmigung zu einer Operation aus rein medizinischer Indikation, keineswegs aber die „Genehmigung der Unfruchtbarmachung zu rassehygienischen Zwecken“. Also ergeben sich auch bei dem Gesetzentwurf von 1925 noch verschiedene Unklarheiten, wenn er auch den Bestrebungen der Eugenik schon etwas entgegenkommt. Im Entwurf des Reichsrates für ein Deutsches Strafgesetz vom Jahre 1927 finden wir in den

neuen Paragraphen 263 und 264 dem Wortlaut nach die Paragraphen 238 und 239 von 1925 wieder. 1928 hat *Boeters* noch einmal Vorschläge für einen neuen Gesetzentwurf gemacht, die zur Abänderung der bestehenden Landesgesetze führen sollen. Kein Land ist aber berechtigt, Gesetze einzuführen, die dem Reichsrecht widersprechen. Seine Vorschläge sind also somit schon hinfällig, wenn sie nicht dem Reichsjustizministerium vorgelegt werden. Dann treffen diese vorgeschlagenen Maßnahmen nicht den Kernpunkt der Angelegenheit, fordert er doch in seinem § 1 die Unfruchtbarmachung ausgewählter Anstaltsinsassen, die weder besonderer Pflege bedürfen noch als gemeingefährlich gelten, als Vorbedingung für ihre Entlassung. Diese Personen gegen ihren Willen in der Anstalt zurückzuhalten, haben wir aber kein Recht, folglich können wir an ihre Entlassung auch nicht die Bedingung der vorherigen Unfruchtbarmachung knüpfen. Die Durchführung der §§ 2 und 3 seines Entwurfes bedeutet keinen Vorteil für das Allgemeinwohl, da weder Strafgefangene noch Tuberkulöse durch Unfruchtbarmachung ungefährlich für die Allgemeinheit werden.

Vor einigen Monaten kamen vor dem strafrechtlichen Ausschuß des Reichstages die beiden §§ 263 und 264 des Entwurfes von 1927 zur Abstimmung. § 263 wurde angenommen, zwar in etwas abgeänderter Form. Durch die Annahme des § 263 wird die Strafbarkeit der ärztlichen Eingriffe wegen Verletzung der Körperintegrität verneint und zum ersten Male ausdrücklich bestimmt, daß lediglich zu Heilzwecken erfolgte ärztliche Eingriffe begrifflich und dem Tatbestande nach keine Körperverletzungen im Sinne des Gesetzes sind. Leider ist der § 264, der für ärztliche Eingriffe an Gesunden, sowie auch für die Sterilisation hätte Anwendung finden können, gestrichen worden. Somit sind wir, was die Sterilisation aus eugenischen oder sozialen Gründen anbelangt, leider keinen Schritt weitergekommen. Nach wie vor ist dieser Eingriff als schwere Körperverletzung strafbar, selbst wenn die Einwilligung des Betroffenen oder seines gesetzlichen Vertreters vorliegt. Wir werden daher immer wieder von neuem für eine Eugenikgesetzgebung kämpfen müssen. Mit einem gewissen Neid können wir nur auf Dänemark blicken, wo die operative Unfruchtbarmachung aus eugenischer Indikation durch das Gesetz vom 1. Juni 1929 zulässig ist, oder auf einige andere europäische Länder, wo die zu einer gesetzlichen Regelung erforderlichen Vorarbeiten schon in Angriff genommen werden. Zwar ist sich bei uns auch eine große Anzahl Ärzte einig, daß eine gesetzliche Regelung nur zu wünschen wäre, aber die meisten erklären die Maßnahme nur auf freiwilligen Antrag hin zulässig. Meines Erachtens kommen wir aber mit der Zulässigkeit der freiwilligen Sterilisierung nur einen ganz kleinen Schritt vorwärts. Vor allem entgehen gerade diejenigen dieser Maßnahme, deren Fortpflanzungsverhütung die Eugenik am meisten erstrebt. Finden wir schon bei geistig Höherstehenden wenig Verständnis für

eugenische Fragen, wieviel weniger noch bei den Minderwertigen. Und wer sollte bei den Jugendlichen diesen Antrag stellen? Zwar wird immer wieder gefordert, die Sterilisierung nicht vor dem 25. Lebensjahre vorzunehmen, jedoch ist die Notwendigkeit der Unfruchtbarmachung vor Eintritt in das zeugungsfähige Alter sehr groß.

Was wir zum mindesten fordern können und müssen, ist die gesetzliche Anerkennung der Zulässigkeit zwangsmäßiger Sterilisation in ausgewählten Fällen, bei denen auf Grund der bestehenden Vererbungsgesetze die Unfruchtbarmachung schon heute verantwortet werden kann. Und dabei kämen in erster Linie die Schwachsinnigen in Betracht. *Grotjahn* stellte schon 1926 die Forderung, vorwiegend die Imbezillen der Zwangssterilisierung zu unterwerfen. Er hält sie für absolut ungeeignet zur Fortpflanzung und will sie deshalb von dieser durch ärztliches Verbot ausschließen. Können wir auch nicht, wie schon an anderer Stelle erwähnt, in jedem Falle eine absolut exakte Erbprognose stellen, so bildet dieser Umstand doch keinen vernünftigen Grund gegen die Fortpflanzungsverhinderung der Schwachsinnigen; denn gerade beim Schwachsinn ist die Vererbungswissenschaft schon zu einer fast an Gewißheit grenzenden Wahrscheinlichkeit der Vorhersage der Qualität der Nachkommenschaft gelangt. Absolute Sicherheit wird aber wohl nie erreicht werden können. Die biologischen Gesetze sind eben keine Gesetze im Sinne der Physik (Mechanik) oder Chemie (Valenzgesetze) sondern lediglich Regeln. Und die Biologie wird wohl niemals auf Grund der Struktur ihres Gegenstandes zu Gesetzen im Sinne der exakten Naturwissenschaften kommen. Im übrigen richtet sich nicht nur unser ärztliches Handeln, sondern auch unser übriges alltägliches Handeln größtenteils nach Wahrscheinlichkeiten, und selbst Physik und Chemie rechnen in vielen Fällen mit Wahrscheinlichkeiten. Gerade beim Schwachsinn kann die Vererbungslehre schon heute als tragfähige Grundlage für eugenisches Handeln angesehen werden, und „die Sterilisation wäre mit tausend Freuden zu begrüßen als der Schritt, der vom ewigen Reden zur Tat führt“ (*Strohmayer*).

### Literaturverzeichnis.

<sup>1</sup> *Balser*: Berufstätigkeit des Arztes und der Entwurf zu einem neuen Strafgesetzbuch von 1925. Münch. med. Wschr. 1925, Nr 35. — <sup>2</sup> *Bender*: Die Unfruchtbarmachung minderwertiger Volkselemente. Sonderdruck aus Nr 8/9 (1928) der Schlesischen Ärzte-Korresp. — <sup>3</sup> *Binding* u. *Hoche*: Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form. Leipzig 1920. — <sup>4</sup> *Boeters*: Die Unfruchtbarmachung der geistig Minderwertigen. Sonderdruck aus der Monatsschrift für sexuelle Hygiene und Lebensreform e. V. 1925, 3. Jg, Nr 3. — <sup>5</sup> *Boeters*: Die Unfruchtbarmachung der geistig Minderwertigen und der neue Strafgesetzentwurf. Sonderdruck der Zwickauer Neueste Nachrichten. 1925, 33. Jg, Nr 121. — <sup>6</sup> *Dollinger*: Beiträge zur Ätiologie und Klinik der schweren Formen angeborener und

früh erworbener Schwachsinnzustände. Monographien Neur. 1921, H. 23. — <sup>7</sup> *Ebermayer*: Das Recht und die Sterilisation. Rechtsfragen aus der ärztlichen Praxis. Dtsch. med. Wschr. 1913, 564. — <sup>8</sup> *Ebermayer*: Rechtsfragen aus der ärztlichen Praxis. Dtsch. med. Wschr. 1920, 1395. — <sup>9</sup> *Ebermayer*: Rechtsfragen aus der ärztlichen Praxis. Dtsch. med. Wschr. 1924, 1659. — <sup>10</sup> *Ebermayer*: Rechtsfragen aus der ärztlichen Praxis. Dtsch. med. Wschr. 1926, 9. — <sup>11</sup> *Ebermayer*: Sterilisation und Gesetz. Nervenarzt 1, H. 7 (1928). — <sup>12</sup> *Engelmann*: Sterilität und Sterilisation. Handbuch der Gynäkologie von *Veit-Stoeckel*. Bd. 3. München 1927. <sup>13</sup> *Entres*: Vererbung, Keimschädigung. Handbuch der Geisteskrankheiten von *Bumke*. Bd. 1. Berlin 1928. — <sup>14</sup> *Friedel*: Die Sterilisierung Geisteskranker aus sozialer Indikation. Dtsch. med. Wschr. 1913, Nr 20. — <sup>15</sup> *Gaupp*: Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Dtsch. Strafrechtsztg, 7, H. 11/12. 1920. — <sup>16</sup> *Gaupp*: Die Unfruchtbarmachung geistig und sittlich Kranker und Minderwertiger. Referat vom Dtsch. Verein f. Psychiatrie, Kassel 2. Sept. 1925. — <sup>17</sup> *Grotjahn*: Die Hygiene der menschlichen Fortpflanzung. Versuch einer praktischen Eugenik. Berlin 1926. — <sup>18</sup> *Grubbe*: Die Ursachen der jugendlichen Verwahrlosung und Kriminalität. Berlin 1912. — <sup>19</sup> *Heimberger*: Sterilisierung und Strafrecht. Mschr. Kriminalpsychol. 15, H. 5/7 (1924). — <sup>20</sup> *Hesse*: Die Unfruchtbarmachung von Geisteskranken, geistig Minderwertigen und Verbrechern. Ärztl. Verbl. 58, Nr 1479 u. 1480 (1929). — <sup>21</sup> *Hirsch*: Die Frage der Kastration des Mannes vom psychiatrischen Standpunkt. Arch. f. Psychiatr. 64, 19. — <sup>22</sup> *Hische*: Der geistig Schwache in Schule und Beruf. Sonderdruck aus „Die Hilfsschule“, 20. Jg, H. 1/2. 1927. — <sup>23</sup> *Juliusburger*: Zur Frage der Kastration und Sterilisation von Verbrechern und Geisteskranken. Dtsch. med. Wschr. 1912, 417. — <sup>24</sup> *Kley*: Der geistig Schwache und das Strafgesetz. Sonderdruck aus „Die Hilfsschule“. 20. Jg, H. 1/2 (1927). — <sup>25</sup> *Krohne*: Künstliche Fehlgeburt und künstliche Unfruchtbarkeit vom Standpunkt des Staatsinteresses. Handbuch von *Placzek*. Leipzig 1918. — <sup>26</sup> *Lenz*: Verhütung der Fortpflanzung unfähiger Rasseelemente. Münch. med. Wschr. 1926, 10. — <sup>27</sup> *Lenz*: Menschliche Auslese und Rassenhygiene. Grundriß der menschlichen Erblichkeitslehre und Rassenhygiene von *Baur-Fischer-Lenz*. Bd. 2. München 1923. — <sup>28</sup> *Lilienthal*: Künstliche Fehlgeburt und künstliche Unfruchtbarmachung vom Standpunkt des Rechts. Handbuch von *Placzek*. Leipzig 1918. — <sup>29</sup> *Maier*: Die nordamerikanischen Gesetze gegen die Vererbung von Verbrechen und Geistesstörung. Jur.-psychiatr. Grenzfrag. 8, H. 1/3 (1911). — <sup>30</sup> *Mayer*: Gesetzliche Unfruchtbarmachung Geisteskranker. Freiburg 1927. — <sup>31</sup> *Meltzer*: Das Problem der Abkürzung „lebensunwerten“ Lebens. Halle 1925. — <sup>32</sup> *Meltzer*: Der derzeitige Stand der Frage der Unfruchtbarmachung Minderwertiger. Z. Behdlg Schwachsinnig. 48, H. 10/11 (1928). — <sup>33</sup> *Oberholzer*: Kastration und Sterilisation von Geisteskranken in der Schweiz. Jur.-psychiatr. Grenzfrag. 8, H. 1/3 (1911). — <sup>34</sup> *Placzek*: Künstliche Fehlgeburt und künstliche Unfruchtbarmachung vom Standpunkt der Neurologie. Handbuch von *Placzek*. Leipzig 1918. — <sup>35</sup> *Reiter u. Osthoff*: Die Bedeutung endogener und exogener Faktoren bei Kindern der Hilfsschule. Z. Hyg. 94 (1921). — <sup>36</sup> *Rössel*: Ein Beitrag zur Frage der Sterilisation geistig Minderwertiger und Schwachsinniger mit Bezug auf einige praktische Fälle. Inaug.-Diss. Jena 1927. — <sup>37</sup> *Rüdin*: Über die Vorhersage von Geistesstörung in der Nachkommenschaft. Arch. Rassenbiol. 20, 394 (1928). — <sup>38</sup> *Schallmayer*: Grundlinien der Vererbungslehre. Handbuch von *Placzek*. Leipzig 1918. — <sup>39</sup> *Schallmayer*: Vererbung und Auslese. Jena 1920. — <sup>40</sup> *Schott*: Über die Ursachen des Schwachsinn im jugendlichen Alter. Arch. f. Psychiatr. 61, 195 (1919). — <sup>41</sup> *Siemens*: Vererbungslehre, Rassenhygiene und Bevölkerungspolitik. München 1926. — <sup>42</sup> *Stelzner*: Ein Beitrag zur Materie von der Verhütung unwerten Lebens. Münch. med. Wschr. 1925, 28. — <sup>43</sup> *Stengel*: Die künstliche Sterilisierung der Frau vom psychiatrischen Standpunkt. Arch. f. Psychiatr. 61, 492. — <sup>44</sup> *Strohmayer*: Zur Frage der künstlichen Sterilisierung der Frau aus

eugenischer Indikation. Dtsch. med. Wschr. **1920**, 387. — <sup>45</sup> *Strohmayer*: Künstliche Fehlgeburt und künstliche Unfruchtbarmachung vom Standpunkt der Psychiatrie. Handbuch von *Placzek*. Leipzig 1918. — <sup>46</sup> *Strohmayer*: Angeborene und im frühen Kindesalter erworbene Schwachsinnzustände. Handbuch der Geisteskrankheiten von *Bumke*. Bd. 10. 1928. — <sup>47</sup> *Wilhelm*: Beseitigung der Zeugungsfähigkeit und Körperverletzung de lege lata und de lege ferenda. Jur.-psychiatr. Grenzfrag. **7**, H. 6/7 (1911). — <sup>48</sup> *Winkler*: National- und Sozialbiologie. Leipzig 1928. — <sup>49</sup> *Winter*: Die künstliche Sterilisation der Frau. Dtsch. med. Wschr. **1920**, 1/4. — <sup>50</sup> *Witzleben*: Psychische Veränderungen nach Röntgenkastration im Klimakterium. Arch. f. Psychiatr. **83** (1928). — <sup>51</sup> *Witzleben*: Röntgenkastration bei degenerativem Irresein. Nervenarzt **1**, H. 5 (1928). — <sup>52</sup> *Wollenberg*: Röntgensterilisierung und Libido. Arch. f. Psychiatr. **66**. — <sup>53</sup> *Ziehen*: Die Geisteskrankheiten des Kindesalters. Berlin 1926. — <sup>54</sup> Auszug aus der Begründung zu einem Gesetzentwurf, betreffend die Unfruchtbarmachung Geisteskranker, Schwachsinniger und Verbrecher aus Anlage unter Erhaltung der Keimdrüsen. (Sterilisation durch Vasektomie und Salpingektomie). Dtsch. med. Wschr. **1924**, 30. — <sup>55</sup> Originalberichte der 14. und 15. Reichstagssitzung der 6. Wahlperiode, 30. u. 31. Oktober 1928. — <sup>56</sup> *Ebermayer*: Operative Körperverletzung. Beiblatt des Berliner Tageblattes **1929**, Nr 414. — <sup>57</sup> *Hahn*: Untersuchungen über die rechtliche Natur ärztlicher Eingriffe. Inaug.-Diss. Breslau 1928. — <sup>58</sup> Dänisches Gesetz betreffs Zulässigkeit der Sterilisation. Dtsch. med. Wschr. **1929**, 1895. — <sup>59</sup> *Kankeleit*: Unfruchtbarmachung oder Internierung. Arch. f. Psychiatr. **86**, 818 (1929).

---