



universität  
wien

# MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

## Zwangsterilisationen am Erbgesundheitsgericht Wien (1940– 1945)

Eine soziologische Analyse ärztlicher Entscheidungs- und Handlungsspielräume

verfasst von / submitted by

Daniel Gaubinger BA BA MSc (WU)

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of

Master of Arts (MA)

Wien, 2021

Studienkennzahl lt. Studienblatt /  
degree programme code as it appears on  
the student record sheet:

UA 066 905

Studienrichtung lt. Studienblatt /  
degree programme as it appears on  
the student record sheet:

Masterstudium Soziologie

Betreut von / Supervisor:

ao. Univ.-Prof. Mag. Dr. Christoph Reinprecht



# Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	iii
Danksagung.....	iv
Anmerkungen zur verwendeten Sprache.....	v
1. Einleitung.....	1
1.1. Entscheidungs- und Handlungsspielräume ärztlicher Beisitzer.....	3
1.2. Ärzte und die „Lenkung der Rechtsprechung“.....	6
2. Soziologie und Nationalsozialismus.....	10
2.1. Soziologische Ansätze zum Holocaust.....	11
2.2. Mitgliedschaft, Motive und Verhaltenserwartungen.....	13
2.2.1. Motivationsmittel.....	14
2.2.2. Generalisierung von Verhaltenserwartungen.....	18
2.2.2.1. <i>Zeitliche Generalisierung</i> .....	19
2.2.2.2. <i>Soziale Generalisierung</i> .....	20
2.2.2.3. <i>Sachliche Generalisierung</i> .....	21
2.3. Zusammenfassung, Fragen und erste Hypothesen.....	24
3. Das GzVeN und die Motivation sich zu beteiligen.....	28
3.1. Das GzVeN und dessen Umsetzung.....	29
3.1.1. Anzeige einer <i>Erbkrankheit</i> und Antrag einer Zwangssterilisation.....	30
3.1.2. Erbkrankheiten und soziale Kriterien im Gesetzeskommentar.....	33
3.1.3. Zusammenfassung soziale Kriterien und Ergänzung der Hypothesen.....	35
3.2. Zur Motivation und Mitgliedschaften der Ärzte.....	39
3.2.1. Der Zweck und die Mittel: <i>Eugenischer</i> Diskurs vor 1933.....	40
3.2.1.1. <i>Internationaler Eugenischer Diskurs vor 1933</i> .....	41
3.2.1.2. <i>Eugenische Diskurse in Österreich vor 1938</i> .....	43
3.2.2. Bestellung der Ärzte und deren NS-Mitgliedschaften.....	47
4. Ärztliche Beisitzer und die Anordnung einer Zwangssterilisation.....	53
4.1. Prozessakten und die darin enthaltenen Informationen.....	55
4.2. „Lenkungsmaßnahmen“ und die Anordnung einer Zwangssterilisation.....	64
4.2.1. Ärztliche Beisitzer und deren „Anordnungspraxis“.....	64
4.2.1.1. <i>NS-Mitgliedschaft(en) und die Anordnung einer Zwangssterilisation</i> .....	65
4.2.1.2. <i>NS-Mitgliedschaft(en) und die Anforderung von Gutachtern</i> .....	66
4.2.1.3. <i>NS-Mitgliedschaft(en) und die weitere „Absicherung“ der Ärzte</i> .....	68
4.2.1.4. <i>Ärztliche Beisitzer und die Aufmerksamkeit einer Nichtanordnung</i> .....	70
4.2.2. Anordnung einer Zwangssterilisation.....	72

4.2.2.1.	... und der Vermerk sozialer Kriterien.....	72
4.2.2.2.	... und soziodemographische/-ökonomische Merkmale betroffener Personen.....	78
4.2.2.3.	... und die genannte Diagnose .....	85
4.3.	Einflüsse auf die Entscheidung einer Anordnung .....	89
5.	Conclusio und Ausblick .....	98
6.	Literaturverzeichnis .....	103
7.	Quellenverzeichnis.....	108
8.	Appendix.....	109
8.1.	Zusammenfassung .....	109
8.2.	Amtsärztliches-Ärztliches-Gutachten .....	110
8.3.	Beispiel für Gerichtsentscheid .....	113
8.4.	Logistische Regressionsmodelle .....	115
8.5.	Codebuch.....	118
8.6.	STATA Do-File.....	122

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ärztliche Beisitzer am EGG Wien und deren NS-Mitgliedschaften.....	50
Tabelle 2: NS-Mitgliedschaft an Prozess beteiligten ärztlicher Beisitzer nach Jahr.....	52
Tabelle 3: Anordnungen einer Zwangssterilisation am EGG Wien.....	55
Tabelle 4: Genannte Diagnosen am EGG Wien.....	56
Tabelle 5: Vermerk einer Sippenbelastung am EGG Wien .....	57
Tabelle 6: Vermerk eines Anstaltsaufenthalts am EGG Wien .....	58
Tabelle 7: Vermerk einer gesetzliche Vertretung am EGG Wien.....	58
Tabelle 8: Beruf der betroffenen Personen am EGG Wien.....	59
Tabelle 9: Vermerk einer Fortpflanzungsgefahr/Lebensbewährung am EGG Wien.....	60
Tabelle 10: Vermerk einer Elternschaft/Schwangerschaft am EGG Wien .....	61
Tabelle 11: Familienstand betroffene Person .....	61
Tabelle 12: Geschlecht der betroffenen Personen am EGG Wien .....	62
Tabelle 13: Alter der betroffenen Personen am EGG Wien.....	62
Tabelle 14: Anforderung Gutachter am EGG Wien.....	64
Tabelle 15: Beschwerdeverfahren am Erbgesundheitsobergericht Wien.....	64
Tabelle 16: NS-Mitgliedschaften ärztlicher Beisitzer und Anordnung Zwangssterilisation ...	66
Tabelle 17: NS-Mitgliedschaften ärztlicher Beisitzer und Anforderung eines Gutachters.....	67
Tabelle 18: Anordnung einer Zwangssterilisation und Anforderung eines Gutachters .....	68
Tabelle 19: Vermerk Fortpflanzungsgefahr/Lebensbewährung und NS-Mitgliedschaft ärztlicher Beisitzer.....	69
Tabelle 20: Beschwerdeverfahren EOG und Anordnung Zwangssterilisation .....	71
Tabelle 21: Anordnung einer Zwangssterilisation und Vermerk Fortpflanzungsgefahr/Lebensbewährung bzw. -wissen .....	73
Tabelle 22: Vermerk Fortpflanzungsgefahr/Lebensbewährung bzw. -wissen und Geschlecht der betroffenen Person .....	75
Tabelle 23: Anordnung einer Zwangssterilisation und Vermerk einer Sippenbelastung.....	76
Tabelle 24: Anordnung einer Zwangssterilisation und Vermerk eines Anstaltsaufenthalts ....	77
Tabelle 25: Anordnung einer Zwangssterilisation und Vermerk einer gesetzlichen Vertretung .....	78
Tabelle 26: Alter und Geschlecht der betroffenen Person und Anordnung einer Zwangssterilisation.....	80
Tabelle 27: Anordnung einer Zwangssterilisation und Beruf der betroffenen Person.....	83
Tabelle 28: Anordnung einer Zwangssterilisation und Elternschaft/Schwangerschaft der betroffenen Person.....	84
Tabelle 29: Anordnung einer Zwangssterilisation und Familienstand der betroffenen Person	85
Tabelle 30: Anordnung Zwangssterilisation und vermerkte Diagnose .....	87
Tabelle 31: Log. Regression Einflüsse auf die Entscheidung der ärztlichen Beisitzer.....	93

## Danksagung

Diese Arbeit hat nicht nur mich, sondern auch mein Umfeld nun einige Jahre begleitet. Ich möchte daher die nächsten Zeilen dafür nutzen, um Danke zu sagen.

Ich bedanke mich herzlich bei Christoph Reinprecht für die Betreuung dieser Arbeit und seine hilfreichen Anmerkungen.

Michael Hubenstorf gilt mein besonderer Dank, dass er mir großzügiger Weise seine umfassenden Recherchen zu den ärztlichen Beisitzern zu Verfügung stellte, die einen wichtigen Teil dieser Arbeit ausmachen. Danke auch an Ina Friedmann und Herwig Czech, die für meine Fragen offen waren und Zeit fanden, diese zu beantworten oder wichtige Hinweise gaben.

Einen großen Dank möchte ich Claudia Spring aussprechen. Sie war Anstoß, immerwährende Anlaufstelle, Feedback-Geberin und – auch wenn ihr das vielleicht nicht bewusst war – durch ihr großes Engagement für dieses Thema, oftmals Quell meiner Motivation. Claudia, vielen Dank!

Ich möchte mich auch bei Christoph, Patrick und Simone bedanken, die Zeit fanden wichtige Anmerkungen zu dieser Arbeit zu machen. Vielen Dank auch an Sophie und Jakob, die nicht nur wichtiges Feedback gaben, sondern auch stets mit Rat und Tat zur Stelle waren.

Meinen Eltern Berti und Karl kann ich nicht genug danken, dass sie mir nicht nur ermöglicht haben, meine mich interessierenden Studien zu absolvieren, sondern auch, dass sie dabei – und auch sonst immer – stets ein großer Rückhalt waren und sind. Vielen Dank euch beiden!

Zuletzt, Julia. Vielen Dank, dass du mich nun schon seit langer Zeit aushältst, mich immer unterstützt, mich auch mal aus meinem Tunnel holst und immer für mich da bist. Und vor allem, dass du mich trotz allem noch immer heiraten möchtest.

## Anmerkungen zur verwendeten Sprache

In einer Arbeit, die das Thema des Nationalsozialismus innehat, ist wohl noch stärker auf die verwendete Sprache zu achten als bei anderen Themen. Um ein genaueres Bild der Prozesse am Erbgesundheitsgericht Wien und der Gerichtsentscheide der ärztlichen Beisitzer vermitteln zu können, werden in der vorliegenden Arbeit einige direkte Zitate aus unterschiedlichen Quellen abgebildet, die somit auch den damaligen sprachlichen Umgang mit Personen, die als *erbkrank* kategorisiert wurden, verdeutlichen sollen. In Abgrenzung zu den verwendeten Worten aus der Zeit des Nationalsozialismus, aber auch, wie zu sehen ist, aus der Zeit davor, werden diese in der vorliegenden Masterarbeit entsprechend durch kursive Schreibweise – auch in direkten Zitaten – hervorgehoben. Hierdurch soll dafür Sorge getragen werden, dass eine gewisse Distanz gewahrt wird. Sollten Hervorhebungen in direkten Zitaten aus dem Original stammen, so wird dies vermerkt.

Hinsichtlich der verwendeten geschlechtsspezifischen Sprache sei zudem vermerkt, dass auf eine solche geachtet wird. Wird demgegenüber nur von „Amtsärzten“, „ärztlichen Beisitzern“ und „Richtern“ etc. geschrieben, so ist dies dem Umstand geschuldet, dass nach bisherigem Forschungsstand nur männliche Akteure in diesen Positionen tätig waren.

Die Sprache im Zusammenhang mit der quantitativen Analyse in dieser Arbeit wirkt bzw. ist zum Teil technisch, ist aber für die korrekte Beschreibung der Methode – insbesondere der abschließenden logistischen Regressionsanalyse – und Interpretation der Ergebnisse erforderlich. Durch Verweise auf einzelne Gerichtsakte habe ich versucht, dieser möglichen zu weit reichenden „Versachlichung“ der betroffenen Personen zu entgegnen.



*„Unser Volk geht unweigerlich einer starken Überalterung und Vergreisung entgegen. [...] Doch es ist ja nicht nur die Zahl, die zu Bedenken Anlaß gibt, sondern in gleichem Maße die Güte und Beschaffenheit unserer deutschen Bevölkerung. [...] Während man die Fälle von schweren körperlichen oder geistigen Erleiden mit 500 000 etwa annehmen kann, sind die Zahlen der leichteren Fälle erheblich höher. Es gibt Autoren, die bereits 20 % der deutschen Bevölkerung als erbbiologisch geschädigt ansehen, von denen dann also Nachwuchs nicht mehr erwünscht sei. Es kommt hinzu, daß gerade oft schwachsinnige und minderwertige Personen eine überdurchschnittlich große Fortpflanzung aufweisen.“*

Reichsinnenminister Wilhelm Frick in einer Rede zur Bevölkerungs- und Rassenpolitik am 28. Juni 1933 (Frick 1933: 6f.)

## 1. Einleitung

Mit seiner Rede über „Bevölkerungs- und Rassenpolitik“ bereitete der Reichsinnenminister Wilhelm Frick Ende Juni 1933 die deutsche Bevölkerung auf das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ (GzVeN) vor, das kurze Zeit später am 14. Juli 1933 verabschiedet wurde und mit 1. Jänner 1934 in Kraft trat. In der *Ostmark* (Österreich) wurde es im Jänner 1940 geltendes Recht. Bereits seit der Jahrhundertwende wurde die Forderung nach einer solchen Gesetzgebung zur Sterilisation von *erbkranken* Menschen laut. Ab Mitte der zwanziger Jahre und vor allem mit Einsetzen der Weltwirtschaftskrise verstärkte sich dies (vgl. Bock 2008: 85). Zu diesem Zeitpunkt bestanden bereits rechtliche Regelungen zu Sterilisationen in verschiedenen Industrienationen bzw. Teilen davon<sup>1</sup> wie auch ein breiter internationaler *eugenischer* Diskurs (vgl. Kesper-Biermann 2008: 11). Dieser kann anhand von Gründungen unterschiedlicher *eugenischer* Organisationen zu Beginn des 20. Jahrhunderts verstanden werden – wie z.B. die „Gesellschaft für Rassenhygiene“ 1905 in Berlin, deren Ableger, die „Schwedische Gesellschaft für Rassenhygiene“ 1909, die „Eugenics Education

---

<sup>1</sup> In den USA gab es bereits 1907 in Indiana ein Sterilisationsgesetz, zwei Jahre später folgten Washington, Kalifornien und Connecticut. In Europa wurden Gesetze zum Beispiel in der Schweiz und Dänemark (1929), in Schweden und Norwegen (1934), in Finnland (1935), Estland (1936), Lettland (1937) und Island (1938) verabschiedet.

Society“ 1907 in England und die „International Federation of Eugenic Organizations“ 1922 in Brüssel (vgl. Roelcke 2002: 1022).<sup>2</sup>

Durch das GzVeN wurde per Gesetz ermöglicht, dass anscheinend *erbkrank* Personen (zwangs-)sterilisiert werden konnten, „wenn nach den Erfahrungen der ärztlichen Wissenschaft mit großer Wahrscheinlichkeit zu erwarten“ war, dass „seine Nachkommen an schweren körperlichen oder geistigen *Erbschwächen* leiden werden.“ Als *erbkrank* wurden darin – wie weiters aus § 1 des GzVeN zu entnehmen ist – Personen verstanden, bei denen *angeborener Schwachsinn, Schizophrenie, zirkuläres (manisch-depressives) Irresein, erbliche Fallsucht, erblicher Veitstanz, erbliche Blindheit, erbliche Taubheit, schwere erbliche körperliche Missbildung oder schwerer Alkoholismus*<sup>3</sup> diagnostiziert wurde.<sup>4</sup> Der Zwangscharakter der Sterilisationen ergab sich daraus, dass, wenn „das Gericht die Unfruchtbarmachung endgültig“ beschlossen hatte, „sie auch gegen den Willen des Unfruchtbarzumachenden auszuführen“ sei. Hierdurch wurde folglich die „Anwendung unmittelbaren Zwanges zulässig“.<sup>5</sup>

Nach der Anzeige einer solchen *Erbkrankheit* wurde an Erbgesundheitsgerichten (EGGs) über eine mögliche Zwangssterilisation entschieden. Neben einem vorsitzenden Richter bestand das EGG aus „einem beamteten Arzt und einem weiteren für das Deutsche Reich approbierten Arzt, der mit der *Erbgesundheitslehre* besonders vertraut“ war.<sup>6</sup> Auffallend war hierbei, dass, obwohl ein richterlicher Vorsitz festgeschrieben war, dieser nur die formale Verfahrensführung zu verantworten hatte. Die zentralen Entscheidungsträger darüber, ob eine Zwangssterilisation angeordnet wurde oder nicht, waren die beiden beteiligten ärztlichen Beisitzer (vgl. Spring 2009: 17). Konnten sich die beiden Ärzte hinsichtlich der Diagnosen oder der Anordnung nicht einigen, bestand für sie die Möglichkeit einen weiteren Arzt als Gutachter heranzuziehen.<sup>7</sup> Insgesamt kann festgehalten werden, dass somit „Ärzte zu Richtern“ wurden (Bock 2010: 211).

Gisela Bock, eine der ersten, die sich mit ihrer Arbeit zu „Zwangssterilisationen im Nationalsozialismus“ (1986, 2010) mit dieser Thematik in NS-Deutschland und den besetzten Gebieten beschäftigte, schätzt, dass im *Altreich* (Deutschland in den Grenzen von 1937) zwischen 1934 bis 1945 etwa 360.000 und außerhalb dieser Grenzen rund 40.000 Menschen

---

<sup>2</sup> Überblick zur Entstehung *eugenischer* bzw. rassenhygienischer Bewegungen siehe u.a. bei Proctor (1995): 10-45; Weindling (1989); Weingart et al. (1988).

<sup>3</sup> § 1, Abs. 2, Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933, RGBl. I 86/1933, 25.7.1933, 529–531, hier: 529.

<sup>4</sup> Eine ausführliche und kritische Darstellung aller im GzVeN genannten Erbkrankheiten, deren Symptome, Verläufe und weitere medizinische Erläuterungen findet sich u.a. bei Ley (2004: 50-63) und Link (1999: 221-335).

<sup>5</sup> § 12, Abs. 1, GzVeN, 530.

<sup>6</sup> § 6, Abs. 1, GzVeN, 529.

<sup>7</sup> § 7, Abs. 2, GzVeN, 530.; Ausführlich zur Rolle der Gutachter bzw. „medizinischen Sachverständigen“ siehe Einhaus (2006).

aufgrund einer *Erbkrankheit* zwangssterilisiert wurden (Bock 2010: 255). Neuere Schätzungen gehen von 294.000 Opfern im *Altreich* aus (vgl. Benzenhöfer/ Ackermann zit. nach Klein 2020: 7).

### 1.1. Entscheidungs- und Handlungsspielräume ärztlicher Beisitzer

Diese Zwangssterilisationen, die an Erbgesundheitsgerichten und – im Fall einer Beschwerde innerhalb einer einmonatigen Frist<sup>8</sup> – in zweiter Instanz an Erbgesundheitsobergerichten (EOG) prozessiert wurden, stellen einen besonderen Fall innerhalb der nationalsozialistischen *Erb- und Rassenpflege* dar. Zum einen da – wie bereits angemerkt – auf einen breiten internationalen *eugenischen* Diskurs aufgebaut werden konnte (siehe hierzu ausführlicher Punkt 3.2.1). Zum anderen (oder auch gerade deshalb) gründeten die Zwangssterilisationen auf einem öffentlich verlautbartem Gesetz, wodurch sich ein Unterschied zu *Euthanasie*programmen zeigt, die versucht wurden geheim zu halten (vgl. Spring 2009: 61; vgl. Bock 2008: 96).

Unter Berufung auf das GzVeN wurde demnach unter richterlichem Vorsitz und ärztlichen Beisitzern über Zwangssterilisationen Gericht gehalten, über dessen Beschlüsse in einer zweiten Instanz Beschwerde eingereicht werden konnte. Besonders auffallend ist hierbei nicht nur die zentrale Bedeutung der ärztlichen Beisitzer, die innerhalb der Gerichtsverfahren die eigentliche Entscheidungsgewalt über die Anordnung einer Zwangssterilisation hatten. Vor allem fallen die ihnen hierfür zugesprochenen Entscheidungs- und Handlungsspielräume auf: demnach oblag es (1) den ärztlichen Beisitzern eine mögliche, im GzVeN vermerkte, *Erbkrankheit* festzustellen und zu diagnostizieren. Hierbei können diese Spielräume insbesondere in den „unbestimmten und willkürlichen Kriterien zur Definition dieser Fälle“ verstanden werden (Evans 2008: 34). Zudem flossen nicht nur medizinische, sondern auch soziale Kriterien, wie „*Lebensbewahrung, Asozialität bzw. Verwertbarkeit* für den NS-Staat“ sowie geschlechtsspezifische Aspekte in die Entscheidungsfindung der ärztlichen Beisitzer ein (Spring 2009: 21, Herv.i.O.). Nach einem Erlass des Reichsministers für Inneres aus dem Jahr 1934 war z.B. bei Frauen über 45 Jahren „zur Vermeidung unnötiger Schreibaarbeit“ von einer Anzeige abzusehen, da diese als „unfruchtbar“ angesehen wurden (Gütt et al. 1936: 210).

Weitere Entscheidungs- und Handlungsspielräume lagen (2) in der, auf Grundlage der diagnostizierten *Erbkrankheit*, möglichen Anordnung einer Zwangssterilisation. Dies ist insofern zu verstehen, als § 1 des GzVeN festschrieb, dass eine Zwangssterilisation angeordnet werden konnte – nicht musste (vgl. Spring 2009: 60). Diese Spielräume und die Tatsache, dass

---

<sup>8</sup> § 9, GzVeN, 530.

hierbei auch soziale und teilweise rein oberflächliche Kriterien herangezogen wurden, können anhand von drei Beispielen aus den für diese Arbeit relevanten Akten (siehe ausführlich Punkt 4.1) exemplarisch verdeutlicht werden.

Laut den ärztlichen Beisitzern Alfred Auersperg und Rudolf Hutter unter Vorsitz von Richter Anton Rolleder galt bei Marie K. keine dringende *Fortpflanzungsgefahr*, die nach einer Verordnung (VO) aus dem Jahr 1939<sup>9</sup> für einen Antrag vorgesehen war. Die beiden Ärzte ordneten daher keine Zwangssterilisation an. Begründet wurde diese Entscheidung durch das Erscheinungsbild der – wie in den Akten genannten – *Beantragten*:

„nämlich das Bild eines armseligen, kleinen, verschämten, scheuen, in sich verkrampften, Persönchens, das nicht die geringe Selbstständigkeit im Handeln glaubhaft machen könnte und das Übrigens seinem ganzen Aussehen nach kaum jemals zum Objekt der Lust eines Andersgeschlechtlichen werden könnte.“<sup>10</sup>

Eine in den Diagnosen des GzVeN enthaltene Erbkrankheit wurde im Akt von Marie K. nicht vermerkt.

Anders wurde von den Beisitzern Felix Schindlmaisser und Rudolf Hutter unter Vorsitz von Anton Rolleder bei Ludmilla H. argumentiert, die laut Prozessakt an *erblicher Fallsucht* litt. Überdies geht daraus hervor, dass die *Beantragte* in der Gastwirtschaft tätig und ein „gut entwickeltes junges Mädchen mit ansprechendem Äusseren“ war. Hieraus schlossen Schindlmaisser und Hutter, dass von einer *Fortpflanzungsgefahr* ausgegangen werden kann und ordneten eine Zwangsterilisation an.<sup>11</sup>

Ein weiteres Beispiel für die erwähnten Entscheidungs- und Handlungsspielräume der ärztlichen Beisitzer kann innerhalb des Verfahrens gegen Ignaz K. veranschaulicht werden. Hierbei stellten August Krzizek und Alfred Auersperg unter Vorsitz von Anton Rolleder einen *erblichen* bzw. *angeborenen Schwachsinn* fest. Aus den Angaben des *Beantragten*, „aus den Angaben des Kurators, sowie insbesondere aus der Krankengeschichte“ ging jedoch „hervor, dass K. homosexuell veranlagt ist und den Verkehr mit Mädchen seit jeher abgelehnt“ hatte. Deshalb schlussfolgerten die beiden Ärzte, „dass von einer besonders grossen

---

<sup>9</sup> § 1, Abs. 1, Verordnung zur Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses und des Ehegesundheitsgesetzes vom 31. August 1939, RGBl 157/1939, 31.8.1939, 1560f.

<sup>10</sup> WSTLA Bestand 2.3.15 Erbgesundheitsgericht, 1 XIII 38/41.

<sup>11</sup> 1 XIII 68/41.

*Fortpflanzungsgefahr* [...] keine Rede sein kann.“<sup>12</sup> In diesem Fall wurde keine Zwangssterilisation angeordnet.<sup>13</sup>

Insgesamt, so kann unter Verweis auf unterschiedliche regionale Studien zu einzelnen Erbgesundheitsgerichten festgestellt werden, wurden trotz (oder aufgrund) der Entscheidungs- und Handlungsspielräume der Ärzte in einem Großteil der Fälle eine Zwangssterilisation angeordnet – und dies konstant über die verschiedenen Regionen. Für das Reichsgau Oberdonau hält Josef Goldberger (2002: 136) fest, dass in rund 90 % der Fälle eine Zwangssterilisation angeordnet wurde. In Frankfurt am Main, so Monika Daum und Hans-Ulrich Deppe (1991: 120), entschieden die ärztlichen Beisitzer in 79 % der Fälle auf Zwangssterilisation der betroffenen Person; ähnlich in Hamburg mit 85 %, wie Christiane Rothmaler (1991: 128) oder Carola Einhaus (2006: 3) für Bonn mit etwa 90 % und Horst Heitzer (2005: 293) mit etwa 84 % für Passau festhalten. Für das Erbgesundheitsgericht Wien ergab die Untersuchung von Claudia Spring (2009: 144), dass in 72 % der Fälle eine Zwangssterilisation angeordnet wurde. Hierbei ist jedoch zu berücksichtigen, dass in 11 % der Fälle kein Beschluss erfolgte und der Prozess stattdessen z.B. abgebrochen oder zurückgestellt wurde. Werden nur jene Fälle betrachtet, für die ein Gerichtsentscheid vorliegt – folglich, in denen eine Zwangssterilisation angeordnet (1.223) oder abgelehnt (292) wurde – ergibt sich ein Anteil von rund 81 %. Innerhalb der Arbeit wird sich mit eben diesem Erbgesundheitsgericht in Wien zwischen 1940 und 1945 beschäftigt, da es durch die umfangreiche Grundlagenforschung von Claudia Spring und die Zugänglichkeit der Akten, die am Wiener Stadt- und Landesarchiv liegen, erst ermöglicht wird, dass ein bestimmter Aspekt dieser Thematik herausgegriffen und einer näheren Analyse unterzogen wird.

Obwohl folglich ärztlichen Beisitzern große Entscheidungs- und Handlungsspielräume bei der Anordnung bzw. Nichtanordnung von Zwangssterilisationen durch das GzVeN zukamen, endete ein durchwegs hoher Anteil der Prozesse mit einer Anordnung. Die forschungsleitende Frage, die sich hieraus ableitet und auf die im Zuge dieser Masterarbeit eine Antwort gefunden werden soll, lautet: *„Warum haben ärztliche Beisitzer am Erbgesundheitsgericht Wien zwischen 1940 und 1945 in rund 80 % der Beschlüsse eine Zwangssterilisation angeordnet?“*

---

<sup>12</sup> 1 XIII 204/41.

<sup>13</sup> Gegen dieses Urteil wurde jedoch Beschwerde eingelegt, weshalb der Akt an das Erbgesundheitsobergericht ging. Hier wurde das Urteil des EGG revidiert und eine Zwangssterilisation angeordnet (siehe auch Spring 2009: 210f.).

## 1.2.Ärzte und die „Lenkung der Rechtsprechung“

Ein möglicher Anhaltspunkt für eine Antwort auf diese Frage ist, dass versucht wurde, die erwähnten Entscheidungs- und Handlungsspielräume in eine gewisse Richtung zu „lenken“. In diesem Zusammenhang stellt der von Arthur Gütt, Ernst Rüdin und Ralf Ruttke (1936) verfasste Gesetzeskommentar zum GzVeN eine wichtige Quelle dar. Hierin wurden die im GzVeN genannten *Erbkrankheiten* genauestens beschrieben und zudem festgehalten, auf welche medizinischen aber auch sozialen Kriterien die ärztlichen Beisitzer als auch das weitere medizinische Personal bei der Anzeige einer Erbkrankheit und die Amtsärzte beim Antrag auf Unfruchtbarmachung achten sollten. Insgesamt verfolgten die drei Autoren damit das Ziel, „dem Arzt wie dem Richter Anhaltspunkte für ihre Entscheidungen und Richtlinien für ihr Handeln“ zu geben, „da der Gesetzgeber den Erbgesundheitsgerichten die Entscheidung über die Zulässigkeit des Eingriffs ohne allzu viele formale Bindung vertrauensvoll in die Hand gegeben“ hatte (ebd.: 6).

Der Einfluss dieses Gesetzeskommentars dürfte daher, so Astrid Ley (2004: 47), „kaum zu überschätzen sein“ – vor allem vor dem Hintergrund, dass die drei Autoren auch maßgeblich an den vorausgegangenen Beratungen des GzVeN beteiligt waren. Demnach wurde nicht nur in der psychiatrischen Fachpresse die „besondere Autorität“ des Gesetzeskommentars hervorgehoben, er wurde zudem von Juristen und Ärzten als „unentbehrliches Hilfsmittel“ betrachtet (vgl. ebd.).

Auch Christian Ganssmüller (1987) geht in seiner rechtshistorischen Studie zur „Erbgesundheitspolitik des Dritten Reiches“ u.a. auf das GzVeN ein, wobei er auch auf „[b]egleitende Maßnahmen zur reibungslosen Durchsetzung“ dessen verweist. Neben der „Anpassung der Ärzte“, z.B. durch Schulungen und Fortbildungen aber auch durch „Säuberung“ der Ärzteschaft – dass es folglich jüdischen Ärzten verboten wurde zu praktizieren –, werden hinsichtlich der „Anpassung der Justiz“ auch Lenkungsmaßnahmen innerhalb der Rechtsprechung genannt. Ein zentraler Punkt dieser „Lenkung der Rechtsprechung“, so Ganssmüller, stellte eben jener Gesetzeskommentar von Gütt et al. dar. Darüber hinaus beschreibt Ganssmüller die Diskussionen in juristischen Zeitschriften der 1930er Jahre in Zusammenhang mit den „Ermessensspielräumen“, die Richter und Ärzte an den Erbgesundheitsgerichten hatten. Vor allem die bereits beschriebene Kann-Funktion, dass demnach die Ärzte eine Zwangssterilisation anordnen konnten – nicht mussten –, wurde zentral diskutiert (vgl. Ganssmüller 1987: 51-69).

Auf die „Schlüsselstellung“, die vor allem Ärzte innerhalb der Verfahren an Erbgesundheitsgerichten innehatten, verweist Christoph Braß (2004). Durch die starke

Eingebundenheit der Ärzte innerhalb verschiedener Funktionen, durch das Einbringen von Anzeigen bzw. das Stellen eines Antrags auf *Unfruchtbarmachung*, als ärztliche Beisitzer und Gutachter bis hin zur Durchführung des Eingriffs stellt Braß fest, dass „Ärzte bei der Realisierung des hygienischen Rassismus die Funktion des Ermittlers, des Anklägers, des Zeugen, des Richters und des Vollstreckers ausübten“ (Braß 2004: 173). Insbesondere durch die bereits erwähnten unscharfen Kriterien bei der Diagnostizierung von *Erbkrankheiten* fielen folglich den Ärzten „Ermessensspielräume“ zu, die, so Braß, von Ärzten bei der Anzeige einer *Erbkrankheit* und dem Antrag auf Zwangssterilisation wohl auch genutzt wurden. In diesem Zusammenhang stellt Braß für das Saarland fest, dass „auffällige regionale Unterschiede bei der Antragshäufigkeit“ auftraten und sich überdies nur eine kleine Gruppe von Ärzten aktiv an den Verfahren im Zuge des GzVeN beteiligte (vgl. Braß 2004: 174). Ähnliches arbeitet Goldberger für das Reichsgau *Oberdonau* (Oberösterreich) heraus (vgl. Goldberger 2002: 125, 127). Die Ärzteschaft kann folglich nicht als homogene Gruppe verstanden werden, „in der ein »eugenischer Konsens« über die Zwangssterilisation herrschte“ (Braß 2004: 174). Michael Kater (2002) schreibt diesbezüglich, dass nicht ein „jeder Arzt in der Hitlerzeit so pervertiert wurde, daß er bereit war, Morde zu begehen“ – oder, hinsichtlich des Themas dieser Arbeit, bereit war eine *Erbkrankheit* anzuzeigen und eine Zwangssterilisation anzuordnen. Die große Mehrheit von Ärzten „gingen nicht so weit, sondern machten in diesen Jahren und danach so weiter wie bisher“ (Kater 2002: 32; Herv.i.O).

Hierin sind wohl auch die von Astrid Ley (2004) unterschiedenen Motive zu verstehen, warum sich einzelne Teile der Ärzteschaft an der Umsetzung des GzVeN beteiligten bzw. nicht beteiligten. Ley versteht die Ärzteschaft auch hinsichtlich der Eingebundenheit in die Verfahren des GzVeN nicht als homogene Gruppe, wobei sie zwischen niedergelassenen Allgemeinen- und Fachärzten, Fürsorgeärzten und klinischen Psychiatern unterscheidet. Sie geht in Bezug auf die niedergelassenen Ärzte z.B. davon aus, dass neben einer persönlichen Beziehung zwischen diesen und Ihren Patientinnen und Patienten auch eine wirtschaftliche Abhängigkeit zu eben jenen bestand. Blieben Patientinnen und Patienten aufgrund von Misstrauen, dass sie wegen einer möglichen *Erbkrankheit* angezeigt werden könnten, der Praxis fern, würde der Arzt kein Honorar beziehen (vgl. Ley 2004: 135-139; vgl. Bock 2010: 319). Hinsichtlich der oben erwähnten regionalen Unterschiede ließe sich folglich ergänzen, dass diese wohl auch aus unterschiedlichen Motivlagen innerhalb der nicht homogenen Ärzteschaft resultieren konnten. Wird demgegenüber der durchwegs hohe Anteil an Anordnungen von Zwangssterilisationen an den verschiedenen EGGs – auch in Wien – bedacht, stellt sich die Frage, welche Motive die bestellten ärztlichen Beisitzer hatten und ob diesbezüglich Gemeinsamkeiten bestanden.

Eben diese Motive können mittels des, aus der Luhmann'schen Systemtheorie kommenden Konzepts der Motivationsmittel in den Fokus gerückt werden. Demzufolge stehen einer Organisation verschiedene Motivationsmittel (z.B. Geld, Zwang und Zweckidentifikation) zu Verfügung um Personen dazu zu bewegen, Mitglied der Organisation zu werden, von der Organisation geforderte bzw. erwartete Handlungen zu setzen oder Mitglieder an sich zu binden (vgl. Kühl 2018: 84-86; vgl. Gruber und Kühl 2015: 11). Vor allem zweiteres ist auch insofern zu verstehen, als durch die Organisationsmitgliedschaft Verhaltenserwartungen gegenüber einer Person formalisiert werden. Will sie demnach Mitglied bleiben, muss sie diese Erwartungen erfüllen bzw. befolgen (vgl. Luhmann 1995: 60). Soll geklärt werden, warum ärztliche Beisitzer am Wiener Erbgesundheitsgericht in rund 80 % der Beschlüsse eine Zwangssterilisation anordneten, ist somit zum einen die Frage der eingesetzten Motivationsmittel und zum anderen der Verhaltenserwartungen zu klären. Im Kontext des Themas dieser Arbeit kann die zu erfüllende Erwartung wohl innerhalb der Ziele bzw. der amtlichen Begründung des GzVeN gesehen werden, nämlich „biologisch *minderwertiges* Erbgut auszuschalten“ wodurch dem „fortschreitende[n] Verlust wertvoller Erbmasse“ entgegengewirkt werden sollte (Gütt et al. 1936: 77). Eben jene Verhaltenserwartung kann unterschiedlich generalisiert werden, unter anderem auf sachlicher Ebene durch Personen (wer waren folglich die bestellten Ärzte und gibt es Gemeinsamkeiten?) oder Programme, wie dem GzVeN und dem genannten Gesetzeskommentar von Gütt et al. (vgl. Gruber und Kühl 2015: 10; vgl. Luhmann 1995: 61).

Um nun die forschungsleitende Frage beantwortet zu können, warum ärztliche Beisitzer in rund 80 % der Fälle am EGG Wien eine Zwangssterilisation anordneten, ist es erforderlich das Konzept der Motivationsmittel, wie auch der Generalisierung von Verhaltenserwartungen heranzuziehen. Hieraus ergeben sich folgende Forschungsfragen: „*Welche Motivationsmittel und Formen der Generalisierung von Verhaltenserwartungen können für das Erbgesundheitsgericht Wien ausgemacht werden und welchen Einfluss hatten sie auf die Anordnung einer Zwangssterilisation?*“ Mit anderen Worten kann somit auch der Frage nachgegangen werden, wie die ärztlichen Entscheidungen versucht wurden zu lenken.

Eine wohl dauerhafte Relevanz erfahren beide Fragestellungen vor allem dadurch, dass die Republik Österreich erst 1995 den Verfolgungsgrund der Behinderung in das Opferfürsorgegesetz aufnahm und erst 10 weitere Jahre später, 2005, Zwangssterilisationen als NS-Verfolgung verankerte. Somit wurden die betroffenen Personen in Österreich erst 2005 überhaupt als Opfer des Nationalsozialismus und dessen *Erb- und Rassenpflege* anerkannt. Demgegenüber wurden beteiligte Richter und Ärzte noch in den 1960er Jahren für ihre

besonderen Verdienste ausgezeichnet. Richter Anton Rolleder z.B. erhielt 1962 für seine *erbbiologischen Verdienste* das „Österreichische Ehrenkreuz für Wissenschaft und Kunst“ (vgl. Spring 2009: 279-304; vgl. Weindling 2008).

Durch den oben vorgebrachten Forschungsstand wurde gezeigt, dass es sich hierbei insbesondere um historische Grundlagenforschung handelt.<sup>14</sup> Mit deren Hilfe kann bereits sehr präzise nachgezeichnet werden, wie die Umsetzung des GzVeN im Allgemeinen und in verschiedenen Regionen im Speziellen verlief, als auch welche Rolle unterschiedliche Organisationen innerhalb der Umsetzung des GzVeN – siehe Herwig Czech (2003) zum Wiener Gesundheitsamt – und innerhalb der Gerichtsverfahren – zur Universität Innsbruck siehe Ina Friedmann (2019) – einnahmen. In diesem Sinne ist auch Erich Loewy zu verstehen, wenn er schreibt: „Die Vergangenheit aufzudecken, Details ausfindig zu machen, Vorgänge zu beschreiben“, sei die Aufgabe von Historikerinnen und Historikern. „Der Versuch, das Geschehene zu erklären und es zu verstehen (nicht zu entschuldigen, zu verstehen), ist die nächste sich auf historische Tatsachen stützende Aufgabe.“ Eben dies sei die Aufgabe u.a. von Soziologinnen und Soziologen“ (Loewy 2002: 23f.). Dieses „Geschehene“, dieses Unrecht noch näher zu erklären und versuchen zu verstehen ist das Ziel der vorliegenden Masterarbeit – auch bzw. vor allem, da nach bisherigem Forschungsstand noch keine soziologische Auseinandersetzung mit diesem Thema vorliegt. Durch eine eben solche soziologische Analyse der Entscheidungs- und Handlungsspielräume der ärztlichen Beisitzer, soll mithilfe des vorhandenen soziologischen Instrumentariums – theoretisch wie auch methodisch – dazu beitragen werden, einen anderen Blick auf bereits vorhandenes Wissen zu werfen. Hierdurch ist es möglich, dieses Wissen zu systematisieren und zudem teils weniger beachtete Umstände (z.B. die Mitgliedschaft der ärztlichen Beisitzer in NS-Organisationen) zu beleuchten sowie andere (v.a. der Einfluss des Gesetzeskommentars von Gütt et al.) zu vertiefen (vgl. Suderland und Christ 2019: 65; vgl. Gruber und Kühl 2015: 25).

Um dies zu gewährleisten, wird in einem ersten Schritt diskutiert, warum ein solcher systemtheoretischer Zugang, der den beiden anzuwendenden Konzepten zugrunde liegt, gewählt wurde. Überdies werden die Motivationsmittel und Möglichkeiten der Generalisierung von Verhaltenserwartungen in bzw. durch Organisationen beschrieben (Kapitel 2) und auf das Erbgesundheitsgericht Wien angewandt (Kapitel 3). Darauf aufbauend werden in einem

---

<sup>14</sup> Ein umfangreicher Literaturüberblick zu „Eugenik, Rassenhygiene, Zwangssterilisationen, NS-, Euthanasie“ und deren Strafverfolgung nach 1945“ findet sich bei Jana Wolf (2008).

nächsten Schritt die Prozessakten bzw. die Entscheide des EGG Wien<sup>15</sup> durch deskriptive, uni- und bivariate (Häufigkeiten und Kreuztabellen) und abschließend multivariate (binäre logistische Regressionsmodelle) Methoden analysiert (Kapitel 4).

## 2. Soziologie und Nationalsozialismus

Eine soziologische Auseinandersetzung mit Zwangssterilisationen in der NS-Zeit liegt nach bisherigem Forschungsstand nicht vor. In diesem Zusammenhang ist generell festzustellen, dass das Forschungsfeld des Nationalsozialismus in der Soziologie lange Zeit ein randständiges Thema darstellte (vgl. Christ 2011: 407; vgl. Becker 2014b: 251f.; vgl. Christ und Suderland 2014: 14; vgl. Kranebitter und Reinprecht 2019: 10). Obwohl es während der, in Deutschland zwölf und in Österreich sieben Jahre andauernden NS-Diktatur weitreichende soziale Prozesse, wie zum Beispiel erzwungene Emigration, Flucht, Gewalt bis hin zur Tötung mehrerer Millionen Jüdinnen und Juden stattfanden, kam es in der Nachkriegszeit innerhalb der Soziologie – der „Wissenschaft von der Gesellschaft“ – nur zu wenigen Untersuchungen, die zudem häufig im Exil verfasst wurden. Hierzu können zum Beispiel Max Horkheimer und Theodor Adorno (1950, 1969), Ralf Dahrendorf (1965), Zygmunt Bauman (1989) oder auch Rainer Lepsius (1993) und Wolfgang Sofsky (1993) gezählt werden (vgl. Christ 2011: 408f.; vgl. Christ und Suderland 2014: 14). Gründe, warum es nur selten zu einer soziologischen Beschäftigung mit dem Nationalsozialismus kam bzw. kommt, können in der Geschichte der Disziplin (auch im deutschsprachigen Raum) – während und nach der NS-Zeit –, als auch in den soziologischen Forschungsprogrammen und Paradigmen gefunden werden (vgl. Kranebitter und Reinprecht 2019: 10f.; vgl. Christ und Suderland 2014: 17).

Eine zunehmende soziologische Auseinandersetzung mit dem Forschungsgegenstand des Nationalsozialismus und des Holocaust im deutschsprachigen Raum kann seit den 1990er Jahren beobachtet werden. Da eine soziologische Analyse zum Thema Zwangssterilisationen, wie erwähnt, nach bisherigem Forschungsstand noch nicht besteht, wird im Folgenden eine Auswahl verschiedener soziologischer (und geschichtswissenschaftlicher) Untersuchungen des Holocaust und den dabei gewählten Zugängen beschrieben. Hierdurch sollen diese und deren unterschiedlicher Fokus nicht nur ausgeführt und diskutiert, sondern auf Grundlage dessen auch

---

<sup>15</sup> WSTLA, 2.3.15 Erbgesundheitsgericht (A 1/1, Verfahren mit der Geschäftszahl 1 XIII 1940–1945; A1/2, Verfahren mit der Geschäftszahl 2 XIII 1940–1945; A 1/3, Verfahren mit der Geschäftszahl XIII 1945; A 2, Verfahren mit der Geschäftszahl Nc, Hc 1940–1945).

geklärt werden, warum für diese Masterarbeit die systemtheoretischen Konzepte der Motivationsmittel und Generalisierung von Verhaltenserwartungen gewählt wurden. Eine Übersicht und daher auch Grundlage für diese Ausführungen bietet Michael Becker (2014a).

## 2.1. Soziologische Ansätze zum Holocaust

Peter Imbusch (2005) geht davon aus, dass weder Fremdenfeindlichkeit, Antisemitismus noch Rassismus zu einem Verbrechen wie dem Holocaust führen können. Für Imbusch ist hierfür vielmehr eine moderne Bürokratie, arbeitsteilige Organisationsstrukturen und ein effizienter Einsatz von Ressourcen ausschlaggebend – mit anderen Worten: erst durch Grundelemente der Moderne war der Holocaust möglich. Bach und Breuer (2010), wie auch später Bach (2012), wählen einen anderen soziologischen Zugang und sehen vor allem Max Webers „charismatische Herrschaft“ von zentraler Bedeutung. Bach rückt dabei in erster Linie „spezifische Herrschaftsverhältnisse und Machtprozesse im Hitler-Regime in den Fokus“ seiner Untersuchungen bzw. „die Strukturbedingungen und Entwicklungsprozesse politischer Herrschaft“ (Bach 2012: 22). Stefan Friedrich (2012) wählt einen strukturfunktionalistischen und konflikttheoretischen Zugang. Hierdurch versteht er den Auslöser des Genozids in Prozessen des sozialen Wandels und somit „als Abweichung von einem gesellschaftlichen Normalzustand“ (Friedrich 2012 zit. nach Becker 2014a: 205). Franz Janka (1997) geht der spezifischen Gesellschaftsform des nationalsozialistischen Deutschlands nach, die er als „Volksgemeinschaft“ versteht. Die zentrale Forderung Jankas liegt darin, dass die konstitutiven Elemente jener „Volksgemeinschaft“ untersucht werden müssen – zum Beispiel rassistische und eugenische Ausgrenzungsmaßnahmen, wie sie Zwangssterilisationen darstellen. Einen anderen, nämlich militärsoziologischen Zugang, wählt Ulrich Bröckling (1997), der eine „kumulative Radikalisierung“ der Gesellschaft beschreibt. Bröckling geht dabei von einer militarisierten Gesellschaft aus und sieht somit – ähnlich wie Jankas Begriff der „Volksgemeinschaft“ – strukturelle Elemente für den Holocaust verantwortlich. In ähnlicher Weise argumentiert Christopher Browning (1993), der strukturelle Elemente wie Entmenschlichung, Kollegialität und Autoritätshörigkeit als Erklärung dafür sieht, warum sich „ganz normale Männer“ am Holocaust beteiligten. Analysegegenstand für Browning ist dabei das Hamburger Reserve-Polizeibataillon 101 (wie auch bei Goldhagen und Kühl, worauf noch eingegangen wird).

Werden nun diese genannten Studien betrachtet, fällt auf, dass die Erklärung des Holocaust vor allem in Strukturen gesehen wird. Antworten findet sich nach diesen strukturalistischen Ansätzen somit in den „Rahmenbedingungen einer dominanten

antisemitischen Ideologie, de[m] Zwangscharakter der NS-Organisationen, de[m] Gruppendruck in den militärisch ausgerichteten NS-Organisationen oder [der] Brutalisierung durch den Krieg“ (Gruber und Kühl 2015: 16).

Einen gänzlich anderen Zugang wählt Daniel Goldhagen (1996), der ebenfalls die Beteiligung der Mitglieder des Hamburger Polizei-Reservebataillons 101 am Holocaust zu erklären versucht. Dabei versteht er dessen Mitglieder als Individuen, die ihre eigenen Überzeugungen hatten, die in der Lage waren die Politik des NS-Staats zu bewerten und hiernach auch ihre eigenen Entscheidungen trafen. Daher schließt er, dass sie sich aus freiwilligen Stücken aufgrund ihrer Überzeugung an Tötungen, Folterungen und Erniedrigungen beteiligten. Neben dem oben skizzierten strukturalistischen Ansatz kann somit ein voluntaristischer ausgemacht werden, durch den der Holocaust und die Beteiligung von Teilen der Bevölkerung daran versucht wird zu erklären.

Warum von Ärzten am Erbgesundheitsgericht Wien zwischen 1940 bis 1945 in rund 80 % der Entscheide eine Anordnung auf Zwangssterilisation der betroffenen Person erfolgte, ließe sich wohl zum Teil durch die skizzierten „Lenkungsmaßnahmen“, folglich durch Strukturen beschreiben. Hinsichtlich der Nutzung der Entscheidungs- und Handlungsspielräume, die anhand der drei genannten Beispiele veranschaulicht werden konnten, kann jedoch auch argumentiert werden, dass die Ärzte freiwillig eine Zwangssterilisation anordneten.

Eben diese beiden Ansätze zu verknüpfen und hierdurch zu klären, warum es zum Holocaust kam, versucht Stefan Kühl ([2014] 2018) anhand eines organisationssoziologischen – systemtheoretischen – Ansatzes zu beantworten. Seine Hypothese und auch Antwort auf diese Frage liegt in den jeweiligen Organisationen, da, so Kühl, „erst im Rahmen von Organisationsmitgliedschaften die Bereitschaft“ entstand, sich an „Deportationen, Ghettoräumungen und Massenerschießungen“ zu beteiligen (ebd.: 33f.). Den Ausgangspunkt seiner These beschreibt er insofern, „dass mehr als 99 % aller Tötungen von Juden durch Mitglieder *staatlicher Gewaltorganisationen* durchgeführt wurden.“ Als staatliche Gewaltorganisation versteht er dabei „Organisationen wie Armeen, Milizen und Polizeien [...], die Gewalt androhen und einsetzen, um staatliche Entscheidungen durchzusetzen“, die „ihre Handlungen mit der Durchsetzung von staatlich legitimierten Ansprüchen begründen können“ (ebd.: 22; Herv.i.O.). In diesem Zusammenhang kann auch das Erbgesundheitsgericht als „staatliche Gewaltorganisation“ verstanden werden, da hierdurch Gewalt – folglich eine Zwangssterilisation – nicht nur angedroht, sondern auch durchgesetzt wurde, wobei eine

staatliche Entscheidung – das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ – vollstreckt wurde.

Obwohl sich Kühl durchaus mit Kritik konfrontiert sieht, die insbesondere darauf abzielt, dass eine Erklärung des Holocaust auf Mikro-, Meso- und Makro-Ebene erfolgen muss (vgl. Holzinger 2018), Kühls Argumentation der Motivationsmittel jedoch nicht über die Mikro-Ebene reicht (vgl. Knödl 2017: 20), dienen seine Ausführungen doch als Ansporn für Ausschlussforschung und neue Perspektiven (siehe u.a. Höbel 2014; Christ 2016; Eden et al. 2018). Zudem veranschaulicht Kühl, dass mithilfe eines systemtheoretischen Zugangs sowohl strukturalistische wie auch voluntaristische Aspekte analysiert werden können, wobei das Konzept der Motivationsmittel (vgl. Kühl 2018) und jenes der Generalisierung von Verhaltenserwartungen (vgl. Gruber und Kühl 2015) von zentraler Bedeutung sind. Daran anknüpfend wird auch in dieser Arbeit eine solche Perspektive eingenommen, wodurch bestehendes Wissen kontextualisiert und zusammengefügt wird und einzelne Aspekte in den Fokus rücken.

## 2.2. Mitgliedschaft, Motive und Verhaltenserwartungen

Die Organisationsmitgliedschaft stellt neben dem Zweck und der Hierarchie eines der zentralen Merkmale einer Organisation dar (vgl. Kühl 2011: 23; vgl. Preisendörfer 2016: 18). Eben diese Mitgliedschaft ist deshalb von so zentraler Bedeutung, da es hierdurch möglich ist, Erwartungen innerhalb einer Organisation zu formalisieren, folglich „ihre Anerkennung zur Mitgliedschaftsbedingung [zu] machen“ (Luhmann 1995: 60). Mit dem Eintritt in eine Organisation werden somit Erwartungen, wie sich diese zu verhalten haben, an die Mitglieder gestellt. Wird dem nicht folgegeleistet, riskiert das Mitglied aus der Organisation ausgeschlossen zu werden (vgl. ebd.: 42). Werden demnach Verhaltenserwartungen über die Mitgliedschaft formalisiert, ist es möglich eben diese Erwartungen auf drei Ebenen zu generalisieren: (1) auf der zeitlichen Ebene durch Normen, (2) auf der sozialen Ebene durch die Institutionalisierung von Verhaltenserwartungen und (3) auf der sachlichen Ebene durch Personen, Rollen, Programme und Werte (vgl. ebd.: 61; vgl. Gruber und Kühl 2015: 10).

Bevor diese drei Ebenen der Generalisierung von Verhaltenserwartungen in Organisationen näher beschrieben werden, wird im Folgenden auf die Mitgliedschaft eingegangen, da diese, wie beschrieben, für die Formalisierung von (Verhaltens-)Erwartungen zentral ist. Hierbei wird es vor allem darum gehen aufzuzeigen, welche Motivationsmittel eine Organisation nutzen kann, um eine Person zu motivieren: zum einen um in dieser Mitglied zu werden (Mitgliedschaftsmotivation) und zum anderen zur Durchführung von Handlungen, die

von der Organisation gefordert bzw. erwartet werden (Leistungsmotivation), als auch zur Bindung an die Organisation (vgl. Kühl 2018: 84-86; vgl. Gruber und Kühl 2015: 11). Anstatt, so Kühl, „über die wahren Motive der »ganz normalen Männer« nur zu spekulieren“, kann aufgezeigt werden, welche Motivationsmittel vom Erbgesundheitsgericht bzw. dem für die Bestellung der ärztlichen Beisitzer zuständigen Reichsministerium des Innern<sup>16</sup>, eingesetzt wurden.

### 2.2.1. Motivationsmittel

Motivationsmittel können „auf idealer Gesinnung oder Zwang, wirtschaftlichen Vorteilen oder persönlichem Charm, auf verständigem Überzeugtsein oder auf emotionalem Mitgerissensein beruhen“ (Luhmann 1995: 132f.). Hieraus kann abgeleitet werden, dass ein erstes Motivationsmittel in der Identifikation mit dem Zweck der Organisation liegt. Dies kann insofern verstanden werden, dass es einer Organisation durch einen attraktiven Zweck möglich ist, Organisationsmitglieder günstig oder auch kostenlos zu rekrutieren und an sich zu binden – weil sich diese mit dem Zweck identifizieren können. Ein Vorteil für die Organisation liegt hierbei darin, dass durch die Identifikation mit dem Organisationzweck kein hoher Kontrollaufwand betrieben werden muss, um die Mitglieder zu den geforderten Handlungen zu motivieren (vgl. Kühl 2018: 86). Hinsichtlich des Forschungsgegenstands dieser Arbeit kann festgestellt werden, dass das Reichministerium des Innern bei der Rekrutierung bzw. Bestellung der ärztlichen Beisitzer auf eben diese Identifikation mit dem Zweck des Erbgesundheitsgerichtes – die *Gesundung des Volkskörpers* durch die Zwangssterilisation von als *erbkrank* angesehenen Personen – ein Augenmerk legen sollte (vgl. Spring 2009: 61). Zum einen wurde durch das GzVeN festgeschrieben, dass neben einem beamteten Arzt ein zweiter, „für das Deutsche Reich approbierter Arzt, der mit der *Erbgesundheitslehre* besonders vertraut“ war, zu bestellen sei.<sup>17</sup> Zum anderen, und dies ist besonders hervorzuheben, wurde im Gesetzeskommentar vermerkt, dass bei „der Auswahl der Ärzte [...] besonders darauf zu achten“ sei, dass „diese Ärzte auf dem Boden der nationalsozialistischen Weltanschauung stehen“ (Gütt et al. 1936: 224). Diesbezüglich ist darauf zu verweisen, dass von den rund 40 am EGG Wien tätigen ärztlichen Beisitzern zumindest 16 in mindestens einer NS-Organisation – zum Beispiel der „Nationalsozialistischen Deutsche Arbeiterpartei“ (NSDAP), der „Sturmabteilung“ (SA) oder der „Schutzstaffel“ (SS) – Mitglied waren (vgl. Spring 2009: 85).

---

<sup>16</sup> Das Reichsministerium des Innern war demnach für die Erbgesundheitsgerichtsbarkeit zuständig und genehmigte in dieser Funktion die bestellten ärztlichen Beisitzer. Für die Bestellung der vorsitzenden Richter und die Einrichtung der Gerichte war das Reichsjustizministerium zuständig (vgl. Spring 2009: 61).

<sup>17</sup> § 6, Abs. 1, GzVeN, 529.

Hieraus kann darauf geschlossen werden, dass versucht wurde, ärztlichen Beisitzern – demnach Mitglieder der Erbgesundheitsgerichte – durch eine Zweckidentifikation zu rekrutieren, sowie – in Bezug auf das Thema dieser Arbeit – die Gerichtsentscheidungen, im Sinne der nationalsozialistischen *Erb- und Rassenpflege* zu lenken. In diesem Zusammenhang ist auch auf den in der Einleitung erwähnten eugenischen Diskurs Ende des 19. bzw. Anfang des 20. Jahrhunderts zu verweisen, der eine breite öffentliche Akzeptanz erfuhr und gegen eine „Kontraselektion“ auf- und für die *Ausmerze von Minderwertigen* eintrat (vgl. Roelcke 2002: 1020f.; vgl. Henke 2008: 12f.; vgl. Kühl 2014: 69).

Neben der Zweckidentifikation besteht ein zweites Motivationsmittel in der Attraktivität der Tätigkeiten, die durch eine Organisation angeboten werden. Dies kann folglich insofern verstanden werden, dass „die Ausübung der Tätigkeit geradezu den Grund für die Mitgliedschaft“ darstellt (Kühl 2018: 88). Demzufolge wäre es die Tätigkeit als ärztlicher Beisitzer, die den beteiligten Ärzten die Möglichkeit gab, sich aktiv an der Umsetzung von *eugenischen* Maßnahmen zu beteiligen und ihnen hierbei zudem große Entscheidungs- und Handlungsspielräume einräumte, die die Organisation als Motivationsmittel einsetzen konnte. Eine solche Attraktivität der Tätigkeit kann vor allem für Psychiater darin gesehen werden, dass sie als ärztliche Beisitzer oder Gutachter am EGG Daten für wissenschaftliche Arbeiten sammeln bzw. erhalten konnten (vgl. Spring 2009: 136). Vor allem mit Verweis darauf, dass in rund 90 % der Fälle die Diagnosen *erblicher/angeborener Schwachsinn, Schizophrenie, manisch-depressives Irresein* oder *erbliche Fallsucht* – somit psychiatrische Krankheitsbilder – genannt wurden, war die Tätigkeit als Beisitzer oder Gutachter für Psychiater wohl durchaus attraktiv. Wird jedoch bedacht, dass unter den ärztlichen Beisitzer – anders als bei den Gutachtern – zum größten Teil praktische Ärzte als auch Chirurgen und Orthopäden waren und nur in wenigen Fällen Psychiater, kann dieses Motivationsmittel wohl zumindest für ärztliche Beisitzer am Erbgesundheitsgericht ausgeschlossen werden (vgl. ebd.: 83).

Wurde in den obigen Ausführungen zur Zweckidentifikation beschrieben, dass es hierdurch möglich ist Mitglieder oftmals günstig oder auch kostenlos zu rekrutieren bzw. an die Organisation zu binden, liegt ein drittes Motivationsmittel in der entgegengesetzten Richtung. Besteht nämlich zum Beispiel kein Zweck, mit dem sich eine Person identifiziert, kann die Organisation Geld bzw. einen „wirtschaftlichen Vorteil“ anbieten. Mit anderen Worten: Organisationen können auch für unattraktive Tätigkeiten Mitglieder rekrutieren, zur Ausführung dieser motivieren und an sich binden, wenn sie dafür entsprechend bezahlen. Neben direkten Geldleistungen wie Lohn, Gehalt oder Prämien ist es zudem möglich, dass Geldzahlungen auch nur in Aussicht gestellt werden (vgl. Kühl 2018: 88). Hinsichtlich der

EGGs sollte die Tätigkeit als ärztlicher Beisitzer jedoch „keinen Verdienst einbringen“, da sie „im Interesse der *Volksgemeinschaft*“ erfolgte und deshalb keine „Verdienstquelle“ sein sollte. Somit kann an dieser Stelle bereits festgestellt werden, dass bei der Bestellung, Bindung und Motivation der ärztlichen Beisitzer, nicht auf dieses Motivationsmittel vertraut wurde.<sup>18</sup> Damit den Ärzten durch ihre „ehrenamtlichen Tätigkeit“ aber kein wirtschaftlicher Schaden entstand, wurde eine „Pauschalvergütung für Verdienstaussfall“ festgesetzt. Dies galt jedoch nicht für „Ärzte, die in einem festen besoldeten Beamten- oder Angestelltenverhältnis“ standen, wie zum Beispiel Amtsärzte, da hier kein „Verdienstaussfall“ bestand. Ärzte, die einer „freien Erwerbstätigkeit“ nachgingen und „wenn sich die Dienstleistung innerhalb des Besoldungsverhältnisses zur öffentlichen Hand nicht als eine im Wesentlichen die volle Arbeitskraft beanspruchende Tätigkeit“ darstellte, sollte demgegenüber eine Entschädigungszahlung zustehen (Gütt et al. 1936: 231). Hiervon waren folglich Ärzte in Teilzeitbeschäftigung betroffen, die eine eigene Praxis hatten (vgl. Spring 2009: 82). Bei der Entschädigung handelte es sich zum einen um eine „Reisekostenvergütung“ und einen „Verdienstaussfall [...] in Höhe von drei Reichsmark für jede angefangene Stunde der Sitzungsdauer.“<sup>19</sup> Dieser Verdienstaussfall wurde später auf die „Vorbereitung auf die Sitzung“ ausgeweitet.<sup>20</sup> Heitzer (2005) hält hierzu fest, dass es durchaus niedergelassene Ärzte gab, die die Berufung als ärztlicher Beisitzer ablehnten, da sie einen finanziellen Schaden fürchteten. Anhand dieser Feststellung lässt sich ableiten, dass es durchaus möglich war einer Berufung an das Erbgesundheitsgericht nicht nachzukommen. Wenngleich eine solche Ablehnung „nicht mit einer grundsätzlichen Gegnerschaft der *Erb- und Rassenpflege* begründet“ werden durfte. Wurde demnach z.B. auf Basis eines möglichen finanziellen Schadens argumentiert, „blieb der Arzt unbehelligt und konnte seinen Beruf ohne Einschränkung weiter ausüben“ (Heitzer 2005: 176).

Dass es für niedergelassene Ärzte somit möglich war, aufgrund von ökonomischen – nicht ideologischen – Bedenken eine Bestellung als ärztlicher Beisitzer abzulehnen, zeigt, dass ein viertes Motivationsmittel, Zwang, nicht angewandt wurde. Dies ist insofern zu verstehen, als es einer Organisation hiernach möglich wäre, hinsichtlich der Rekrutierung als auch des Verbleibs bzw. des Austritts, Zwang auszuüben. Durch Zwang werden von Seiten der

---

<sup>18</sup> Anders verhielt es sich bei Gutachtern, die im Falle von Uneinigkeit der beiden ärztlichen Beisitzer herangezogen werden konnten. Für häufig beauftragte Gutachter, die zwischen 30 und 90 Reichsmark erhielten, war es nicht nur finanziell von Vorteil, sondern auch hinsichtlich wissenschaftlicher Ergebnisse für deren Arbeit (vgl. Spring 2009: 136).

<sup>19</sup> Art. 2, Abs. 2, Zweite Verordnung zur Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 29. Mai 1934, RGBl. I 62/1934, 8.6.1934, 475f., hier: 476.

<sup>20</sup> Art. 3, Dritte Verordnung zur Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 25. Februar 1935, RGBl. I 22/1935, 28.2.1935, 289–292, hier: 290.

Organisation die Kosten für das Verlassen selbiger durch ein Mitglied so hoch angesetzt, dass der Austritt „in der Regel als eine nicht ernst zu nehmende Option betrachtet“ wird. Um dies umzusetzen, werden häufig organisationsinterne Polizei, Gerichtsbarkeit oder eigene Gefängnisse betrieben (Kühl 2011: 39). Möchte sich ein zwangsrekrutiertes Mitglied demnach der Organisation entziehen, muss es damit rechnen von der organisationsinternen Polizei abgeholt und vor Gericht gestellt zu werden – folglich Kosten, die dafür Sorge tragen sollen, dass einer solchen Zwangsrekrutieren nachgekommen wird. Wie bereits erwähnt, traf dies innerhalb der Rekrutierung, des Verbleibs und Austritts am Erbgesundheitsgericht bei ärztlichen Beisitzer nicht zu, da sie aufgrund eines möglichen finanziellen Schadens eine Bestellung ablehnen konnten.

Ein fünftes Motivationsmittel – weniger für das Rekrutieren von Mitgliedern, als mehr zur Herstellung einer Organisationsbindung und der Leistungsmotivation – stellt die Kollegialität dar: Mitglieder einer Organisation fühlen sich dieser verbunden bzw. gehen Tätigkeiten mit besonderer Motivation nach, da sie sich ihren Kolleginnen und Kollegen dazu verpflichtet fühlen. Shils und Janowitz (1945) stellten durch Befragungen von deutschen Soldaten der Wehrmacht fest, dass deren Bereitschaft, zum Beispiel zu Kampfhandlungen, zu einem Großteil daher rührt, dass sie sich ihren Kameraden<sup>21</sup> gegenüber dazu verpflichtet fühlten (vgl. Kühl 2011: 44; vgl. Kühl 2018: 87). Ob sich zwischen den jeweiligen zwei ärztlichen Beisitzern eine Art Kollegialität entwickelte, lässt sich aufgrund der Aktenlage (siehe Punkt 4.1) nicht feststellen. Wenn auch bestimmte „Konstellationen“ von Ärzten häufiger auftraten als andere, bestand doch wenig Kontinuität – sei es aufgrund der Vorschrift, dass antragsstellende Ärzte am Verfahren nicht beteiligt sein durften, wie auch aufgrund des Krieges, zum Beispiel durch Einberufung von Ärzten in den Wehrdienst (vgl. Spring 2009: 80; 82f.).

Anhand dieser Erläuterungen und konkreten Verweise auf die Erbgesundheitsgerichte im Allgemeinen und das Wiener Erbgesundheitsgericht im Speziellen, lässt sich somit eine erste Zwischenbilanz ziehen. Nämlich, dass versucht wurde, Mitglieder vor allem durch eine Zweckidentifikation zu rekrutieren, an die Organisation zu binden und zu motivieren, Erwartungen ihnen gegenüber nachzukommen. Diesbezüglich wurde bereits erwähnt, dass zumindest 16 der rund 40 am EGG Wien als Beisitzer tätigen Ärzte Mitglied der NSDAP oder einer anderen NS-Organisation waren. Auch das Motivationsmittel der attraktiven Tätigkeit

---

<sup>21</sup> Da weder Kollegialität noch Kameradschaft in dieser Arbeit weiter ausgeführt werden, wird auf deren Unterschied nicht weiter eingegangen. Zum Unterschied beider siehe Kühl (2018: 152-154).

fand wohl Anwendung, jedoch vor allem bei Psychiatern, die überwiegend als Gutachter und weniger als Beisitzer fungierten. Aus diesem Grund wird insbesondere die Zweckidentifikation als Motivationsmittel am EGG Wien als zentral angesehen, womit auch ein erster Teil der Forschungsfrage beantwortet werden kann. Um einen möglichen Einfluss auf die Anordnung einer Zwangssterilisation ausmachen zu können und hierdurch auch zeigen zu können, wie Gerichtsentscheide versucht wurden zu lenken, stellt sich die Frage, ob noch weitere Ärzte eine Mitgliedschaft in der NSDAP oder anderen NS-Organisation hatten. Insbesondere im Zusammenhang mit der Anordnung von Zwangssterilisationen ist dabei von Interesse, wie sich die Ärztekonstellationen in Bezug auf deren Mitgliedschaft in der NSDAP oder anderen NS-Organisationen darstellten und ob es hierbei Unterschiede gab: wurden zum Beispiel in Verfahren, in denen beide Ärzte (oder zumindest einer davon) eine Mitgliedschaft in einer NS-Organisation und/oder NSDAP hatten, häufiger eine Zwangssterilisation angeordnet – oder gab es keine Unterschiede? Diesbezüglich ist auch das Heranziehen eines Gutachters von Interesse, der bei Uneinigkeit zwischen den beiden ärztlichen Beisitzern konsultiert werden konnte. Die hier zu stellende Frage ist folglich: waren sich Ärztekonstellationen, in denen beide Ärzte einer NS-Organisation angehörten, häufiger einig als andere?

Nachdem somit ein erstes konkretes Motivationsmittel ausgemacht werden konnte, wird im folgenden Abschnitt auf den zweiten Teil der Forschungsfrage eingegangen: die Formen der Generalisierung von Verhaltenserwartungen. Hierdurch werden weitere Fragen aufgeworfen, die zu einem genaueren Bild über Bestellung, Besetzung und Tätigkeit der ärztlichen Beisitzer beitragen und so zur Beantwortung der Forschungsfrage verhelfen.

### 2.2.2. Generalisierung von Verhaltenserwartungen

Konnte eine Organisation (das Erbgesundheitsgericht Wien bzw. Reichsministerium des Innern) Mitglieder (ärztliche Beisitzer) rekrutieren/bestellen, war es – wie einleitend zu diesem Kapitel erwähnt – möglich, an diese Mitgliedschaft bestimmte Erwartungen zu knüpfen. Innerhalb dieser Arbeit ist vor allem von Interesse, ob bzw. inwieweit der Erwartung folgegeleistet wurde, die aus den Begründungen des GzVeN abgeleitet werden kann: nämlich im Sinne der nationalsozialistischen *Erb- und Rassenpflege* „biologisch *minderwertiges* Erbgut auszuschalten“, somit eine Zwangssterilisation anzuordnen. Diese Erwartungen können, wie ebenfalls bereits angemerkt, auf zeitlicher, sachlicher und sozialer Ebene generalisiert werden. Was darunter konkret verstanden werden kann und wie dies bewerkstelligt wurde, wird im Folgenden ausgeführt. Ziel ist es dabei die beschriebene „Lenkung der Rechtsprechung“ einer weiterführenden systematischen Auseinandersetzung und Verortung zu unterziehen.

### 2.2.2.1. Zeitliche Generalisierung

Auf Ebene der zeitlichen Generalisierung interessiert vor allem die Frage, wie Erwartungen über eine längere Dauer aufrecht gehalten werden können – auch, wenn sie eine Enttäuschung erfahren. Luhmann unterscheidet in diesem Zusammenhang zwischen kognitiven und normativen Erwartungen. Erstere werden „im Falle der Enttäuschung an die Wirklichkeit angepaßt“, letztere werden demgegenüber nicht fallengelassen, wenn ihnen zuwidergehandelt wird. Normativen Erwartungen – Normen – ist die Entschlossenheit eigen, „aus Enttäuschungen nicht zu lernen. Der Enttäuschungsfall wird als möglich vorausgesehen [...], wird aber im voraus als für das Erwarten irrelevant angesehen“. Hiernach können Normen als „*kontrafaktisch stabilisierte Verhaltenserwartungen*“ verstanden werden (Luhmann 2008: 42f.; Herv.i.O.). Widerfahren einer Norm einzelne Enttäuschungen, stellt dies noch kein Problem für sie dar – erst die anhaltende Enttäuschung bzw. Verletzung der Norm lässt sie erodieren, da sie in diesem Fall „schließlich vom Erwartenden selbst nicht mehr geglaubt“ wird (ebd.: 58; vgl. Gruber und Kühl 2015: 14). Um dies zu vermeiden, werden „Rechtfertigungen, Entschuldigungen und Ausreden gefordert und gegeben und abgenommen“, wodurch die Abweichung symbolisch neutralisiert wird (Luhmann 2008: 59f.). War die Abweichung jedoch zu offenkundig und wurde sie auch von Umstehenden als solche gesehen und verstanden, kann die enttäuschende Person sanktioniert werden – durch Blicke, Gesten, Worte oder durch Handlungen: „sei es, um ihn zu erwartungsgemäßem Verhalten zu motivieren, sei es auch nur, um seine Erwartung demonstrativ über die Enttäuschung hinwegzubringen“ (ebd.: 60). Neben der Sanktion bestehen jedoch noch weitere Möglichkeiten mit Enttäuschungen umzugehen, zum Beispiel durch Entschuldigung, Übersehen des Normverstoßes oder darin, dass die enttäuschende Person in dem Maße dargestellt wird, dass sie der Norm „nichts anhaben kann“ (vgl. ebd.: 61).

Wird demnach angenommen, dass die normative Erwartung bzw. Norm, die es am Erbgesundheitsgericht zu erfüllen galt, die *Erb- und Rassenpflege* war und in diesem Zusammenhang die *Gesundung des Volkskörpers* durch die Zwangssterilisation von als *erbkrank* angesehenen Personen zu gewährleisten (somit der Zweck der Organisation), kann die Nichtanordnung einer Zwangssterilisation als Enttäuschung dieser Norm verstanden werden. Bei zu häufiger Zuwiderhandlung hätte dies somit auch eine Sanktion nach sich ziehen können. Es stellt sich folglich zum einen die Frage, ob Ärzte bei der Nichtanordnung – somit einer möglichen Normabweichung versuchten – sich durch das Hinzuziehen von Gutachtern abzusichern. Sah auch ein Gutachter das Vorliegen einer *Erbkrankheit* als nicht gegeben an,

konnten die Beisitzer folgerichtig keine Zwangssterilisation anordnen – wie § 1 des GzVeN im Umkehrschluss zu verstehen ist. In diesem Fall hätte es sich somit nicht um eine Normabweichung gehandelt.

Von Interesse ist überdies, ob sich bestimmte Ärzte durch den expliziten Hinweis auf das Vorliegen z.B. einer *Fortpflanzungsgefahr* ebenfalls versuchten abzusichern – obwohl dies bereits Voraussetzung für einen Antrag auf Unfruchtbarmachung war. Zum anderen ist von Interesse, ob bei bestimmten Ärzten oder Ärztekonstellationen eine häufigere Nichtanordnung bzw. Ablehnung einer Zwangssterilisation festzustellen ist. Dass es zu einer Abberufung kam, kann mit Verweis auf Spring nicht bestätigt werden (vgl. Spring 2009: 80-83). Aufgrund der Tatsache, dass ärztliche Beisitzer für die Dauer von zwei und Richter für ein Jahr bestellt wurden, wäre jedoch möglich gewesen, diese Befristung bei Ärzten, die häufig eine Zwangssterilisation ablehnten, nicht mehr zu verlängern (vgl. Gütt et al. 1936: 231).

#### 2.2.2.2. *Soziale Generalisierung*

Ähnlich der zeitlichen Generalisierung verläuft die Fragestellung, wenn auf die soziale Generalisierung von Verhaltenserwartungen eingegangen wird. Nämlich in jener Hinsicht, dass innerhalb einer Organisation „Konsens mit den formalen Erwartungen bei allen Mitgliedern ungeachtet ihrer individuellen Einstellungen unterstellt werden kann“ (Luhmann 2008: 68). Erwartungen werden im Verständnis der sozialen Generalisierung demnach in einer Organisation institutionalisiert. Soll also heißen, dass Erwartungen auch durch Mitglieder getragen werden, die damit nicht direkt in Verbindung stehen – folglich durch Dritte. „Die formale Autorität eines Vorgesetzten wird nicht nur durch den Gehorsam seiner Untergebenen begründet und getragen [...], sondern durch die Mitglieder der Gesamtorganisation“ (ebd.: 69; vgl. ebd.: 68f.). Werden Erwartungen an ein Organisationsmitglied durch eben diese Formalisierung – somit die Anerkennung jener Erwartungen zur Voraussetzung für die Mitgliedschaft – gerichtet, sorgt die Institutionalisierung dieser dafür, dass alle Mitglieder – auch jene, die nicht direkt davon betroffen sind – dieser folgeleisten. Ähnlich der oben erläuterten Enttäuschungen, ist es auch hier möglich, gegen institutionalisierte Verhaltenserwartungen zu protestieren – vor allem am Beginn der Mitgliedschaft. Ein dauerhaftes Auflehnen kann jedoch dazu führen, dass die sich auflehrende Person am Ende doch der Erwartung nachkommt, die Organisation verlässt bzw. ausgeschlossen wird. Oder sie bewirkt durch „das richtige Wort“, einer Begründung bzw. häufig durch einen Ersatzvorschlag, eine Änderung der Erwartung (vgl. ebd.: 68-70). Es obliegt folglich dem Organisationsmitglied

„im Geborgenen unsichtbar zu bleiben oder riskant hervorzutreten“: „In jedem Fall lenkt, wer Abweichungen oder Änderungen vorschlägt, die Aufmerksamkeit auf sich selbst“ (ebd.: 70).

Im Zusammenhang mit der Erwartbarkeit der Anordnung von Zwangssterilisationen stellt sich die Frage, ob eine Nichtanordnung als eine eben solche Auflehnung einer Verhaltenserwartung zu verstehen ist, die in weiterer Folge Aufmerksamkeit auf die beteiligten Ärzte lenkte. Relevanz erfährt diese Frage aufgrund der Tatsache, dass innerhalb einer einmonatigen Frist Beschwerde gegen ein Urteil eingebracht werden konnte – sowohl durch den antragstellenden Arzt (Amtsarzt oder Anstaltsleiter), den Amtsarzt und durch die betroffene Person bzw. deren Vertretung. Traf dies zu, wurde am Erbgesundheitsobergericht in zweiter Instanz entschieden.<sup>22</sup> Wurde demnach zum Beispiel eine Zwangssterilisation von den ärztlichen Beisitzern am Erbgesundheitsgericht abgelehnt, konnte der antragstellende Arzt oder der Amtsarzt innerhalb von einem Monat Beschwerde gegen diesen Entscheid einlegen, wodurch der Fall in zweiter Instanz am Erbgesundheitsobergericht verhandelt wurde – die beiden ärztlichen Beisitzer des EGG lenkten somit Aufmerksamkeit auf sich.

Wie erläutert, dürfte dies bei wenigen „Auffälligkeiten“ kein Problem dargestellt haben. Wichen Beisitzer jedoch häufig von der Verhaltenserwartung ab, konnte dies möglicherweise den Ausschluss bedeuten. Zusammengefasst lässt sich somit die Frage formulieren, ob es bei bestimmten Ärztekonstellationen zu einer Häufung von Nichtanordnungen einer Zwangssterilisation kam und ob dies Aufmerksamkeit erregte – folglich eine Beschwerde eingereicht und der Gang zum Erbgesundheitsobergericht begangen wurde. Um hierbei konkret die Verhaltenserwartung des Erbgesundheitsgerichts herauszuarbeiten, ist es zudem von Interesse, bei welchen Entscheiden eher Beschwerde eingereicht wurde: bei einer Ablehnung, durch den antragstellenden Arzt, oder bei einer Anordnung, durch die betroffene Person bzw. deren Vertretung?

#### 2.2.2.3. *Sachliche Generalisierung*

Auf sachlicher Ebene kann zwischen vier Formen der Bündelung von Verhaltenserwartungen unterschieden werden: Personen, Rollen, Programmen und Werten, die verschiedene Stufen der Generalisierung darstellen und von Personen zu Werten in ihrer Abstraktheit zunehmen (vgl. ebd.: 89).

Die Generalisierung von Verhaltenserwartungen durch Personen findet vor allem in Intimgruppen, zum Beispiel in Familien, statt und bezieht sich darauf, was „einem konkreten Menschen als Erleben und Handeln zugerechnet werden kann“ (ebd.: 95). Außerhalb von

---

<sup>22</sup> § 9, GzVeN; 530.

Intimgruppen wird diese Art der Generalisierung im Zusammenhang mit „Höchstleistungen“ vorgefunden: zeigt eine Person in einer bestimmten Sportart oder auch hinsichtlich fachlicher Kompetenz „Höchstleistungen“, wird diese Leistung auf die Person normiert. Der Person „werden entsprechende Fähigkeiten zugeschrieben, deren Nichtverwirklichung dann übelgenommen werden kann“ (ebd.: 86). Hierzu ist auf die bereits innerhalb der Ausführungen zu Zweckidentifikation beschriebene „Anforderung“ an die zu bestellenden Ärzte zu verweisen, dass diese nämlich auf dem „Boden der nationalsozialistischen Weltanschauung stehen“, als auch auf die Zuschreibung, dass sie „mit der *Erbgesundheitslehre* besonders vertraut“ sein sollten. Es kann folglich angenommen werden, dass die ärztlichen Beisitzer bei ihrer Bestellung beiden „Leistungen“ entsprachen und daher auch angenommen wurde, dass sie die ihnen entgegengebrachte Erwartung erfüllen werden.

Auf einer nächsten Abstraktionsebene werden Erwartungen anhand von Rollen generalisiert, die von Personen eingenommen werden. Hierdurch bestehen Erwartungen folglich nicht mehr gegenüber einer bestimmten Person, sondern gegenüber einer bestimmten Rolle. Nachdem eine Rolle von mehreren Personen ausgeübt werden kann, können „Erwartungen von Person zu Person übertragen“ werden (ebd.: 86). Wird dies auf das Erbgesundheitsgericht Wien angewandt, ist die zentrale Rolle, die von rund 40 Ärzten (Personen) ausgeübt wurde, jene des ärztlichen Beisitzers. Da sich ein jeder Arzt in seiner Rolle als Beisitzer somit der gleichen Erwartung gegenüber sah – nämlich im Sinne der *Erb- und Rassenpflege* zu entscheiden –, kann geschlussfolgert werden, dass als *erbkrank* kategorisierte Personen vor dem Erbgesundheitsgericht davon ausgehen mussten, dass sich die ärztlichen Beisitzer ihnen gegenüber ähnlich verhalten würden. Ungeachtet dessen, welche Person konkret als Beisitzer fungierte, wurde doch dieselbe Rolle eingenommen (vgl. Gruber und Kühl 2015: 10).

Eine weitere Form der sachlichen Generalisierung von Verhaltenserwartungen erfolgt durch Programme, wodurch Erwartungen nicht mehr auf eine bestimmte Person oder Rolle gerichtet werden, „sondern nur noch auf eine verbal fixierte Entscheidungsregel, deren Anwendung durch Institutionalisierung garantiert ist“ (Luhmann 2008: 88). Solche Regeln bzw. Programme leisten in Organisationen nicht nur Entscheidungs- sondern auch Erwartungshilfen. Ersteres kann innerhalb von Konditionalprogrammen verstanden werden, „die bestimmte Ursachen als Auslöser bestimmten Handelns in einem Wenn/Dann-Schema festlegen“; letzteres sind Zweckprogramme, „die bestimmte Wirkungen und Nebenbedingungen zu erwartenden Handeln fixieren“ (ebd.). Beiden ist gemein, dass, wenn eine Handlung einem Programm entspricht, diese Handlung in der Organisation als „richtig“

gewertet wird (vgl. ebd.). Wie dies – auch hinsichtlich des Erbgesundheitsgerichts – interpretiert werden kann, wird im Folgenden durch die nähere Betrachtung von Konditional- und Zweckprogrammen verdeutlicht.

Konditionalprogramme bestehen, wie erwähnt, aus einer Wenn/Dann-Funktion, folglich: wenn ein bestimmter Sachverhalt vorliegt, dann kann eine entsprechende Handlung getätigt werden bzw. ist diese erlaubt. Eine eben solche Wenn/Dann-Funktion wurde bereits beschrieben, lautet doch § 1 des GzVeN, dass, wenn eine der angeführten *Erbkrankheiten* vorlag, dann konnte eine Zwangssterilisation angeordnet werden. Dabei zeigt sich ein weiteres Merkmal von Konditionalprogrammen: sie schließen nicht aus, „dass Unbestimmtheiten eingebaut werden können.“ Liegt sie in der Dann-Funktion, „ist die zu treffende Entscheidung nicht eindeutig festgelegt“ (Luhmann 2000: 264). Innerhalb des GzVeN besteht die Unbestimmtheit in der Wenn-Funktion: obwohl mit *angeborenem Schwachsinn, Schizophrenie, zirkuläres (manisch-depressives) Irresein, erblicher Fallsucht, erblichem Veitstanz, erblicher Blindheit, erblicher Taubheit, schwerer erblicher körperlicher Missbildung* oder *schwerem Alkoholismus* die Wenn-Funktion hinsichtlich der *Erbkrankheiten* festgeschrieben wurde, liegt keine konkrete Diagnostizierung bzw. Interpretation eben jener *Erbkrankheiten* vor. Existieren innerhalb von Konditionalprogrammen eine gewisse Zeit Unbestimmtheiten, werden sich, so Luhmann, „Ausfüllungsnormen“, zum Beispiel Gesetzeskommentare, entwickeln – wie dies auch in Bezug auf das GzVeN geschah. Das Gesetz trat in NS-Deutschland mit 1. Jänner 1934 in Kraft, der Gesetzeskommentar von Gütt und Kollegen wurde in einer ersten Auflage Anfang 1934 und in einer zweiten ausführlichen neubearbeiteten Auflage Mitte 1936 veröffentlicht (vgl. Ley 2004: 48f.). Wird von einer solchen „informal eingespielten Gepflogenheit“ abgewichen, muss die abweichende Person im Normalfall Rechenschaftspflicht ablegen (Luhmann 2000: 264; vgl. ebd.: 263f.). Hieraus lässt sich die Frage ableiten, inwiefern sich die ärztlichen Beisitzer wirklich an diesen orientiert bzw. gehalten haben und somit, soziale Kriterien bei der Begründung der Anordnung einer Zwangssterilisation herangezogen wurden.

Anders als Konditionalprogramme, die sich folglich an einem bestimmten Input orientieren und zwischen Bedingungen und Konsequenzen unterscheiden, sind Zweckprogramme Output-orientiert und unterscheiden zwischen Zweck und Mittel (vgl. ebd.: 261). Durch sie wird folglich ein Output – Zweck bzw. Ziel – festgelegt, der durch die Anwendung vorgegebener Mittel zu erfüllen ist. Zweckprogramme können daher auch als Zukunftsprogramme verstanden werden (vgl. ebd.: 265f.). Wie bereits in den Ausführungen zu den verschiedenen Motivationsmitteln einer Organisation erwähnt, kann im Zusammenhang mit dem Thema dieser Masterarbeit der Zweck bzw. das Ziel in der *Gesundung der*

*Volksgesundheit* verstanden werden, als auch in der Umsetzung des international verbreiteten *eugenischen* Diskurses, deren Erfüllung an den Erbgesundheitsgerichten durch das Mittel der Zwangssterilisationen von als *erbkrank* angesehenen Personen gewährleistet werden sollte.

Die vierte und abstrakteste Form der sachlichen Generalisierung von Verhaltenserwartungen repräsentieren Werte, die als „Gesichtspunkte der Vorziehenswürdigkeit von Handlungen“ verstanden werden können (Luhmann 2008: 88). Anders als jedoch zum Beispiel bei Konditionalprogrammen, bei denen (meist) klar vorgegeben ist, welche Konsequenz bzw. welche Erwartung aus einer bestimmten Bedingung resultiert, bleibt es bei Werten unklar, welche Handlung gesetzt wird oder in welcher Reihenfolge Handlungen zu erfolgen haben. Daher geben sie auch „nur sehr unbestimmte Anhaltspunkte für die Bildung und Interpretation von Erwartungen“ (ebd.). Als Beispiel für Werte können zum einen Menschenwürde oder Gleichberechtigung genannt werden, jedoch zum anderen auch Rassismus oder die bei der Bestellung der ärztlichen Beisitzer gewünschte „nationalsozialistische Weltanschauung“.

Bei den vier Formen der sachlichen Generalisierung handelt es sich um die Bündelung von Verhaltenserwartungen, was suggeriert, dass die vier genannten Ebenen (Personen, Rollen, Programme und Werte) nicht für sich allein stehen, sondern sich gegenseitig voraussetzen und bedingen. So muss „zum Beispiel die Institutionalisierung von Werten beim Entwurf und bei der Auslegung von Programmen vorausgesetzt werden“ (ebd.: 89). Zwischen Werten und Programmen besteht jedoch auch in umgekehrter Form eine Abhängigkeit, da sich Werte nur institutionalisieren lassen, wenn Programme für deren Umsetzung bestehen. Dass zwischen Person und Rolle insofern eine Abhängigkeit besteht, als es für die Ausübung einer Rolle einer Person bedarf, wurde bereits erwähnt. Durch die Rolle wird das Individuum von „personaler Verantwortung für die Erwartungen anderer“ entlastet, sie setzt jedoch auch voraus, dass es erwartbar wird, wie eine Rolle aufgefasst und ausgeführt wird. Hieraus resultiert, dass, auch mit einem Personalwechsel innerhalb einer Rolle, die Erwartungen gegenüber dieser Rolle bestehen bleiben (vgl. ebd.).

### 2.3. Zusammenfassung, Fragen und erste Hypothesen

An verschiedenen Erbgesundheitsgerichten – so auch in Wien – wurde in einem Großteil der dort prozessierten Fälle eine Zwangssterilisation einer als *erbkrank* kategorisierten Person angeordnet. Bei dieser Anordnung nahmen die beiden ärztlichen Beisitzer eine wichtige Stellung ein, waren es doch sie, die nach § 1 des GzVeN eine solche Anordnung aussprechen

konnten – nicht mussten. Aufgrund des hohen Anteils von Anordnungen einer Zwangssterilisation – in Wien waren es rund 80 % – und den Entscheidungs- und Handlungsspielräumen, die die involvierten Ärzte dabei hatten, wurde die Frage des Warums gestellt: *„Warum haben ärztliche Beisitzer am Erbgesundheitsgericht Wien zwischen 1940 und 1945 in rund 80 % der Beschlüsse eine Zwangssterilisation angeordnet?“*

Um diese forschungsleitende Frage beantworten zu können, wurden in dieser Arbeit das Konzept der Motivationsmittel und die Formen der Generalisierung von Verhaltenserwartungen herangezogen, wodurch folgende spezifische Forschungsfragen ausgearbeitet werden konnten: *„Welche Motivationsmittel und Formen der Generalisierung von Verhaltenserwartungen können für das Erbgesundheitsgericht Wien ausgemacht werden und welchen Einfluss hatten sie auf die Anordnung einer Zwangssterilisation?“*. Erst durch ihre Beantwortung wird es somit möglich, Antwort auf die Frage des Warum zu finden.

Anhand der obigen Ausführungen konnte bereits veranschaulicht werden, welche Motivationsmittel die Erbgesundheitsgerichte bzw. Reichsministerium des Innern im Allgemeinen und das EGG Wien im Speziellen einsetzten. Zudem konnten verschiedene Maßnahmen genannt werden, durch die Verhaltenserwartungen generalisiert wurden. Demnach konnten bereits erste Anhaltspunkte beschrieben werden, die zur Beantwortung der forschungsleitenden Frage, warum in einem so hohen Anteil der Fälle am Erbgesundheitsgericht Wien (und in anderen) eine Zwangssterilisation angeordnet wurde, beitragen – und somit auch, wie ärztliche Entscheidungen versucht wurden zu lenken.

Hinsichtlich der möglichen verwendeten Motivationsmittel konnte überdies aufgezeigt werden, dass es sich dabei wohl nicht um Geld und Zwang, als auch nur in wenigen Fällen um die Attraktivität der auszuführenden Handlung handelte. Vielmehr lag eine Zweckidentifikation vor. Um diesen Zweck der Organisation Erbgesundheitsgericht besser verstehen zu können, ist es in einem ersten Schritt notwendig, den mehrfach angesprochenen internationalen eugenischen Diskurs näher auszuführen. Hierdurch soll aufgezeigt werden, warum Ärzte das GzVeN und somit auch Zwangssterilisationen als notwendig erachten konnten. Darüber hinaus ist in einem weiteren Schritt abzuklären, ob neben den 16 bereits bekannten Ärzten mit einer Mitgliedschaft in einer NS-Organisation noch weitere Mitgliedschaften bestanden und somit eine Zweckidentifikation des jeweiligen Arztes angenommen werden kann. Neben dieser Zweckidentifikation als Motivationsmittel ist überdies von Interesse, inwieweit hierauf bei der Bestellung geachtet und somit von jenen Ärzten, denen eine solche „Leistung“ zugesprochen wurde, ein gewisses Verhalten erwartet wurde. Folglich, inwieweit eine Generalisierung auf sachlicher Ebene verfolgt wurde. Wie war dabei die Zusammenstellung von Arztpaaren? Wie

häufig wiesen beide, einer oder kein ärztlicher Beisitzer eine NS-Mitgliedschaft auf? Und, können diesbezüglich Unterschiede hinsichtlich der Anordnung einer Zwangssterilisation ausgemacht werden? Zusammengefasst lässt sich folgende Hypothese formulieren:

- Hypothese 1: „Wies zumindest einer der ärztlichen Beisitzer eine Mitgliedschaft in einer NS-Organisation auf, ordneten sie mit einer höheren Wahrscheinlichkeit eine Zwangssterilisation an.“<sup>23</sup>

Im Zusammenhang mit der Mitgliedschaft in einer NS-Organisation ist zudem von Interesse, wo am häufigsten Gutachter herangezogen wurden – welche Ärztekonstellationen sich bei der Diagnose oder der Anordnung einer Zwangssterilisation folglich am häufigsten uneins waren. Da angenommen werden kann, dass Ärzte mit einer Mitgliedschaft in einer NS-Organisation eher eine Zweckidentifikation aufweisen und sich somit auch hinsichtlich der Anordnung einer Zwangssterilisation einig waren, wird bei diesen Konstellationen seltener eine Konsultation eines Gutachters vermutet. Zusammengefasst kann folgende Hypothese abgeleitet werden:

- Hypothese 2.1: „Wiesen beide ärztliche Beisitzer eine Mitgliedschaft in einer NS-Organisation auf, konsultierten sie seltener einen Gutachter.“

Aus dem Verständnis der zeitlichen Generalisierung von Verhaltenserwartungen wurde zudem die Frage gestellt, ob sich ärztliche Beisitzer bei der Nichtanordnung einer Zwangssterilisation – somit bei der Abweichung der Norm – durch das Hinzuziehen eines Gutachters abzusichern versuchten. Hieraus kann folgende Hypothese formuliert werden:

- Hypothese 2.2: „Ordneten die ärztlichen Beisitzer keine Zwangssterilisation an, konsultierten sie mit höherer Wahrscheinlichkeit einen Gutachter.“

---

<sup>23</sup> Anm.: In dieser, wie auch in weiteren Hypothesen, wird aufgrund der zu schätzenden logistischen Regressionsmodelle (Punkt 4.3) von der Wahrscheinlichkeit der Anordnung einer Zwangssterilisation gesprochen. Es handelt sich somit um die zu erklärende Variable Anordnung einer Zwangssterilisation (ja/nein). Werden hingegen in Hypothesen Annahmen getroffen, ob ein Umstand „seltener“ etc. eintritt, würde eine andere erklärende Variable bestehen. Da in dieser Arbeit jedoch das Augenmerk auf der (Nicht-)Anordnung einer Zwangssterilisation liegt, werden jene Hypothesen nicht auch im Zuge einer logistischen Regressionsanalyse geprüft, sondern wird sich auf deskriptive Analysen beschränkt.

Aus dieser Formulierung ergibt sich bereits, dass Hypothese 2.2 als zusätzliche Überprüfung der Hypothesen 1 und 2.1 zu verstehen ist – leitet sich doch deren Beantwortung zum Teil aus diesen beiden Hypothesen ab. Ordneten folglich Ärztekonstellationen mit zumindest einem Beisitzer als Mitglieder einer NS-Organisation mit höherer Wahrscheinlichkeit eine Zwangssterilisation an (Hypothese 1) und forderten sie zudem seltener einen Gutachter an (Hypothese 2.1), ergibt sich im Umkehrschluss, dass sie bei der Entscheidung gegen eine Zwangssterilisation wohl auch mit einer höheren Wahrscheinlichkeit einen Gutachter heranzogen (Hypothese 2.2). Nichtsdestotrotz erscheint die Formulierung dieser Hypothese aus einem theoretischen Verständnis als sinnvoll und kann auch zum besseren Verständnis beitragen.

Eine weitere Frage im Zusammenhang der zeitlichen Generalisierung von Verhaltenserwartungen war, ob sich hier Ärzte mit einem expliziten Verweis auf das Vorliegen einer *Fortpflanzungsgefahr* versuchten abzusichern. Diesbezüglich kann anhand der obigen Ausführungen angenommen werden, dass sich Ärzte ohne NS-Mitgliedschaft – die sich somit vielleicht weniger stark mit dem Zweck der Organisation identifizieren konnten – eher mit einem solchen Verweis absichern wollten. Wie bereits beschrieben wurde, war das Vorliegen einer *Fortpflanzungsgefahr* Voraussetzung für einen Antrag auf Unfruchtbarmachung – es muss somit davon ausgegangen werden, dass eine solche bei einer jeden betroffenen Person bereits vom Amtsarzt festgestellt wurde. Zusammengefasst lässt sich folgende Hypothese formulieren:

- Hypothese 2.3: „Wiesen beide ärztliche Beisitzer eine Mitgliedschaft in einer NS-Organisation auf, verwiesen sie seltener auf das Vorliegen einer *Fortpflanzungsgefahr*.“

Hinsichtlich der sozialen Generalisierung von Verhaltenserwartungen wurde argumentiert, dass die Nichtbefolgung der Erwartung Aufmerksamkeit erregen kann. Diesbezüglich stellte sich die Frage, ob bei einer Nichtanordnung einer Zwangssterilisation eher Beschwerde eingereicht und das Erbgesundheitsobergericht angerufen wurde. Hieraus lässt sich folgende Hypothese formulieren:

- Hypothese 2.4: „Ordneten die ärztlichen Beisitzer keine Zwangssterilisation an, wurde eher Beschwerde eingereicht.“

Eine weitere Form der sachlichen Generalisierung erfolgt über Programme, wobei hierzu bereits auf das GzVeN als ein eben solches Programm verwiesen wurde. In diesem Zusammenhang konnten dessen Ungenauigkeiten innerhalb der Diagnostizierung einer Erbkrankheit, somit der Wenn-Funktion, herausgearbeitet werden. Um diese zu konkretisieren und auch hinsichtlich der Diagnostizierung für Klarheit zu sorgen, wurde daher von Gütt et al. ein Gesetzeskommentar verfasst.

Um zu klären, welche Formen der Generalisierung von Verhaltenserwartungen am Erbgesundheitsgericht Wien ausgemacht werden können und vor allem zu zeigen, ob bzw. inwiefern ein Einfluss dieser auf die Anordnung einer Zwangssterilisation bestand, ist es nötig die relevanten Passagen des GzVeN wie auch die Ausführungen im Gesetzeskommentar näher darzustellen. Von Interesse sind hierbei insbesondere die genannten sozialen Kriterien, die im Gesetzeskommentar beschrieben wurden und zur Diagnostizierung von *Erbkrankheiten* als auch zur Entscheidungsfindung für oder gegen eine Anordnung herangezogen werden sollten. Hierdurch soll es folglich möglich sein zu beschreiben, inwiefern sich die ärztlichen Beisitzer an das GzVeN (= Programm) und insbesondere an den Gesetzeskommentar (= Konkretisierung der Wenn-Funktion) hielten bzw. sich an diesen orientierten und somit vor allem in Bezug auf den Gesetzeskommentar von einer Lenkung der Gerichtsentscheide ausgegangen werden kann.

### 3. Das GzVeN und die Motivation sich zu beteiligen

Nachdem nun Fragen ausgearbeitet und erste Hypothesen formuliert werden konnten, wird sich in den nächsten beiden Kapitel deren Beantwortung bzw. Verifizierung und Falsifizierung gewidmet. Da das GzVeN und der dazugehörige Gesetzeskommentar als Programm identifiziert wurden, mittels derer eine Generalisierung der Verhaltenserwartung stattfand, ist es nötig das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ und dessen formalen Ablauf darzustellen. Hierdurch wird ein Überblick von der Anzeige über einen Antrag bis hin zum Prozess am Erbgesundheitsgericht gegeben und gezeigt, worauf Ärzte bei der Diagnostizierung einer *Erbkrankheit* besonders achten sollten. Demnach, was hierzu im Gesetzeskommentar festgehalten wurde. Letzteres ist vor allem dahingehend von Bedeutung, da konkrete soziale Kriterien herausgearbeitet und benannt, sowie Annahmen hinsichtlich deren Einfluss auf die Entscheidung für oder gegen die Anordnung einer Zwangssterilisation getroffen und überprüft werden können.

Darüber hinaus wird auf die Bestellung der ärztlichen Beisitzer einzugehen sein. In diesem Zusammenhang wird die sachliche Generalisierung durch eine Person und das herausgearbeitete Motivationsmittel der Zweckidentifikation noch näher beleuchtet. Wie bereits beschrieben, wird dies insbesondere innerhalb des *eugenischen* Diskurses und der Mitgliedschaft der ärztlichen Beisitzer in NS-Organisationen verstanden. Konkretes Ziel der Beschreibung des *eugenischen* Diskurses ist es darstellen zu können, dass Zwangssterilisationen auch vor 1933 in bestimmten Personenkreisen eine breite Akzeptanz erfuhren, wodurch eine Identifikation mit dem Zweck des GzVeN angenommen werden kann. Durch den genaueren Blick auf Mitgliedschaften der ärztlichen Beisitzer in NS-Organisationen wird zum einen angenommen, dass sich Ärzte, die eine NS-Mitgliedschaft aufwiesen, mit dem Zweck des GzVeN, „biologisch *minderwertiges* Erbgut auszuschalten“, identifizierten. Zum anderen kann jedoch auch nachgezeichnet werden, inwiefern bereits bei der Bestellung der Beisitzer tatsächlich auf deren nationalsozialistischen Weltanschauung (demnach einer Person zugesprochene „Leistung“) geachtet wurde – wie von Gütt et al. gefordert. Dadurch soll geklärt werden, ob die Mitgliedschaft in einer NS-Organisation in diesem Zusammenhang als Indikator einer Zweckidentifikation angenommen werden kann.

### 3.1. Das GzVeN und dessen Umsetzung

In der amtlichen Begründung wurde die Notwendigkeit eines solchen Gesetzes, das die Zwangssterilisation von als *erbkrank* angesehenen Personen vorsah, darin gesehen, dass „nicht nur der Rückgang in der Volkszahl“ Anlass „zu den schwersten Bedenken“ gibt, „sondern in gleichem Maße die mehr und mehr in Erscheinung tretende Beschaffenheit der Erbverfassung unseres Volkes“ – wie dies auch Frick in seiner Rede anmerkte. Während demnach „die gesunde deutsche Familie, besonders der gebildeten Schichten, nur etwa zwei Kinder im Durchschnitt hat, weisen *Schwachsinnige* und andere erblich *Minderwertige* durchschnittlich Geburtenziffern von drei bis vier Kindern pro Ehe auf“ (Gütt et al. 1936: 77, Her.i.O.). In der „bevölkerungspolitischen Begründung“ des GzVeN, die sich – wie auch die amtliche Begründung – in der ausführlichen zweiten Auflage des Gesetzeskommentars von Gütt et al. findet, wird ebenfalls auf diesen Umstand verwiesen. Darüber hinaus, so die Autoren, würde durch „die Errungenschaften der Zivilisation“ (ob in der Medizin oder in Fürsorgemaßnahmen) der Einfluss „auf die natürlichen Kräfte der Vererbung und Auslese“ geschwächt, wodurch es zu einer „Gegenauslese“ komme (ebd.: 51f.). „Ferner war auch der moderne Krieg ein Mittel der Gegenauslese [...], da wertvolle und gesunde Männer im Felde

gefallen sind, während kranke und schwächliche Personen in der Heimat blieben und zur Familiengründung kommen durften“ (ebd.: 53).

Aufgrund dieser Umstände, so wird in der amtlichen Begründung geschlossen, „soll die Unfruchtbarmachung eine allmähliche Reinigung des *Volkskörpers* und die *Ausmerz*ung von krankhaften Erbanlagen bewirken“ (ebd.: 77). Die Sterilisation – auch unter Anwendung von Zwang – wurde somit als das „einzig sichere Mittel“ angesehen, „um die weitere Vererbung von Geisteskrankheiten und schweren Erbleiden zu verhüten“, weshalb sie auch „als eine Tat der Nächstenliebe und Vorsorge für die kommende Generation angesehen“ wurde (ebd.: 77, Herv.i.O.).

Das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ trat, wie bereits beschrieben, mit 1. Jänner 1934 in NS-Deutschland und mit Jänner 1940 in Österreich, der *Ostmark*, in Kraft. Auf Grundlage des GzVeN wurde in Erbgesundheitsgerichten über die Zwangssterilisation betroffener Personen entschieden. In Wien tagte das EGG in zwei Kammern, die an das Amtsgericht Wien-Innere Stadt in der Riemergasse 7 und das Amtsgericht Wien-Margareten am Mittersteig 25 angegliedert wurden (vgl. Spring 2009: 75). Bevor es jedoch zu einem Verfahren am Erbgesundheitsgericht kam, musste eine Anzeige einer *Erbkrankheit* eingebracht werden, die zu einem Antrag auf Zwangssterilisation des Amtsarztes führen konnte.

### 3.1.1. Anzeige einer *Erbkrankheit* und Antrag einer Zwangssterilisation

Wurde „einem approbierten Arzt in seiner Berufstätigkeit eine Person bekannt, die an einer *Erbkrankheit* [...] oder an schwerem Alkoholismus leidet“, war er dazu verpflichtet, unverzüglich eine Anzeige beim zuständigen Amtsarzt einzureichen. Wurde dem nicht folgegeleistet, drohte eine Strafe von 150 RM (vgl. Bock 2010: 319). Darüber hinaus waren auch „sonstige Personen“ von dieser Anzeigepflicht betroffen, „die sich mit der Heilbehandlung, Untersuchung oder Beratung von Kranken befassten“. War die betroffene Person Insasse bzw. Insassin einer Anstalt wurde überdies festgelegt, dass der jeweilige Anstaltsleiter zur Anzeige verpflichtet war.<sup>24</sup> Alle anzeigepflichtigen Personen, sowie Ärzte, die als Zeugen als auch Sachverständige im Zuge eines Verfahrens vernommen wurden, waren zudem von ihrem Berufsgeheimnis entbunden.<sup>25</sup>

Bestand somit eine *Erbkrankheit*, musste dies durch die anzeigepflichtigen Personen dem zuständigen Amtsarzt gemeldet werden. Hierzu wurde in den Erläuterungen zum Gesetz vermerkt, dass diese Meldung zu erfolgen habe, und zwar „ohne Rücksicht darauf [...], ob es

---

<sup>24</sup> Art. 3, Verordnung zur Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 5. Dezember 1933, RGB I 138/1933, 7.12.1933, 1021f., hier: 1021.

<sup>25</sup> § 7, Abs. 2, GzVeN, 530; Art. 1, Abs. 3, Zweite VO GzVeN, 475.

sich um ein Kind unter 10 Jahren oder um eine Person in hohem Alter handelt, oder ob der Antrag beim Erbgesundheitsgericht noch nicht gestellt werden kann [...].“ Einzige Ausnahme sollten Frauen über 45 Jahre sein, da diese als „unfruchtbar“ angesehen wurden und somit „unnötige Schreibearbeit“ vermieden werden sollte (Gütt et al. 1936: 210). Durch eine solche breit angelegte Anzeigepflicht ging einher, dass nicht jede Anzeige in einem Verfahren endete. Nichtsdestotrotz wurde hiermit ein weitreichendes Ziel zu erfüllen gedacht: „alle erbkranken Personen zu erfassen und listenmäßig zu führen“ (Ley 2004: 70).

Wurde eine Anzeige einer Erbkrankheit eingebracht, war in einem nächsten Schritt ein Antrag auf „Unfruchtbarmachung“ zu stellen, der zum einen von jener Person, die „unfruchtbar gemacht werden soll“ bzw., falls diese Person gesetzlich vertreten wurde, von der gesetzlichen Vertreterin oder dem gesetzlichen Vertreter eingereicht werden konnte. Eine solche Vertretung war möglich, wenn bei einer Person eine „Geschäftsunfähigkeit“ oder „Geistesschwäche“ festgestellt wurde, oder weil die betroffene Person „das achtzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet“ hatte.<sup>26</sup>

Wie bereits angemerkt, waren die Anzeigen einem Amtsarzt zu melden, der folglich ebenfalls berechtigt war, einen Antrag zu stellen – wie auch Anstaltsleiter von „Kranken-, Heil- und Pflegeanstalten oder einer Strafanstalt“.<sup>27</sup> Bei der Antragsstellung war zudem, wie bereits angemerkt wurde, darauf zu achten bzw. zu prüfen, ob eine „besonders große Fortpflanzungsgefahr“ bestand.

Wurde ein Antrag auf „Unfruchtbarmachung“ schließlich eingereicht, mussten die „dem Antrag zu Grunde liegende Tatsachen [...] durch ein ärztlichen Gutachten [...] glaubhaft“ gemacht werden.<sup>28</sup> Wie wichtig der Antrag und insbesondere das dabei auszustellende Gutachten innerhalb des GzVeN und der *Erb- und Rassenpflege* im Allgemeinen war, wird auch daran deutlich, dass von Gütt et al. festgehalten wurde, dass die „auf sorgfältige Ausarbeitung des Gutachtens verwandte Zeit [...] sich durch schnellere Durchführung des Verfahrens belohnen“ wird. Diese Sorgfalt in der Ausarbeitung des Gutachtens ist insofern zu verstehen, dass darauf zu achten war, alle „nötigen Unterlagen für die Überprüfung der Diagnose und für weitere Nachforschungen“ beizufügen (Gütt et al. 1936: 216).

Die für das Gutachten vorgesehene Untersuchung war vom örtlich zuständigen Amtsarzt durchzuführen, wobei die betroffene Person hierfür aufgefordert wurde, sich bei diesem zu melden – die Untersuchungen fanden folglich häufig in Gesundheitsämtern statt. Wurde dieser Aufforderung jedoch nicht Folge geleistet, konnte eine Zwangsvorführung durch

---

<sup>26</sup> § 2, Abs. 1, GzVeN, 529.

<sup>27</sup> § 3, GzVeN, 529.

<sup>28</sup> § 4, GzVeN, 529.

die „Ortspolizeibehörde“ ergehen. Im Zuge derer sollte jedoch so verfahren werden, „daß das Gefühl einer Ehrenkränkung bei dem Vorzuführenden möglichst vermieden wird“ (Gütt et al. 1936: 214). War die betroffene Person in einer Anstalt untergebracht, ging die Zuständigkeit der Untersuchung auf den Anstaltsleiter der jeweiligen Einrichtung oder einen anderen dort beschäftigten Arzt über (vgl. ebd.: 215).

Für die Durchführung dieser Untersuchung stand den verantwortlichen Ärzten mit dem „Amtsärztlichen-Ärztlichen-Gutachten“ (siehe Appendix 8.2) ein standardisiertes Formular zu Verfügung. Anhand dieses Formulars ist ersichtlich, dass sich – nach allgemeinen Informationen zur betroffenen Person, wie z.B. Name, Geburtsdatum, Wohnort, Beruf und Anzahl der Kinder – die Untersuchung in einem ersten Teil auf „Angaben über die näheren Familienangehörigen“ konzentrierte. Hierin wurde u.a. der Frage nachgegangen, ob die Eltern der betroffenen Person blutsverwandt waren, ob Vater oder Mutter eine der im GzVeN genannten und oben beschriebenen Krankheiten oder Zustände aufwies oder ob „sonstige körperliche oder geistige Leiden oder *Abnormalitäten erblicher* oder *nichterblicher* Natur vorgekommen sind“.<sup>29</sup> Ein zweiter Teil befasste sich mit der betroffenen Person: z.B. welche „körperliche Krankheiten“ diese durchgemacht hatte, wie „die geistige Entwicklung“ war, „Angaben über das Sexualleben“, wie die „soziale Entwicklung“ verlief – demnach „Berufsausbildung, Erfolge bzw. Mißerfolge im Berufsleben“ –, ob sie mit dem Strafgesetz in Berührung kam als auch Angaben zu „Alkoholismus [und] Mißbrauch von Rauschgiften“. Zudem wurde die „Entwicklung des Leidens, das Anlaß zum Antrag auf Unfruchtbarmachung“ untersucht.<sup>30</sup> Somit wurden die ersten beiden Teile dieses Gutachtens vor allem dazu verwendet, verschiedene soziale Merkmale der *beantragten* Person zusammenzutragen – erst der dritte Teil sollte Befunde zur momentanen körperlichen und psychischen Verfassung der betroffenen Person beinhalten.

Durch diese Ausführungen kann bereits verdeutlicht werden, dass erstens, soziale Kriterien als Grundlage für die Diagnose einer *Erbkrankheit* herangezogen werden sollten und zweitens, dass Beruf und Alter – vor allem bei Frauen – sowie Krankheiten in der Familie als erste konkreten Merkmale für eine weitere Analyse abgeleitet werden können. Hervorzuheben ist, dass Letzteres in allen Ausführungen zur Diagnostizierung einer Erbkrankheit im Gesetzeskommentar von Gütt et al. Erwähnung findet, sollte hierdurch doch die *Erblichkeit* nachgewiesen werden (vgl. ebd.: 138; 140; 146; 154; 165; 171).

---

<sup>29</sup> Amtsärztliches-Ärztliches-Gutachten, RGB I 1933, 1026-1031, hier: 1026f.

<sup>30</sup> ebd.: 1028.

Neben Richtlinien, worauf Ärzte bei der Anzeige und dem Antrag ihr Augenmerk legen sollten, gaben Gütt et al. folglich auch konkrete Hinweise, wie bei der Diagnostizierung einer *Erbkrankheit* zu verfahren und worauf auch hier zu achten war. Im Folgenden wird sich mit eben diesen Ausführungen noch näher beschäftigt und versucht, weitere soziale Kriterien herauszuarbeiten. Hierbei wird vor allem auf *erblichen* bzw. *angeboren Schwachsinn* und *Schizophrenie* eingegangen, da beide Diagnosen bei rund 70 % aller am Erbgesundheitsgericht Wien getroffenen Entscheidungen genannt wurden.

### 3.1.2. Erbkrankheiten und soziale Kriterien im Gesetzeskommentar

*Angeborener* oder *erblicher Schwachsinn*<sup>31</sup> sollte in erster Linie durch eine *Intelligenzprüfung*, die im Zuge der Untersuchung des „Amtsärztlichen-Ärztlichen-Gutachtens“ erfolgte, festgestellt werden. „Gerade mit Rücksicht auf die beim *Schwachsinn* vorliegende seelische Allgemeinstörung kann aber die Intelligenzprobe häufig nicht als allein entscheidend für die Diagnose angesehen werden“, so Gütt und Kollegen (1936: 124). Als Ergänzung sollte demnach eine „*Lebensbewährung*“ festgestellt werden: „Ergibt sich hier, daß er [die betroffene Person; dg] einen Beruf ausfüllt, der selbstständige, ein gewisses eigenes Urteilsvermögen bedingende Leistungen verlangt“, liege kein *Schwachsinn* vor. Falls es sich jedoch „nur“ um „ständig und gleichmäßig wiederkehrende mechanische Arbeiten“ handelte, keine Motivation zur Leistungssteigerung vorlag „und eine gewisse Intelligenzschwäche“ hinzukam, „wird dagegen die Diagnose ‚*Schwachsinn*‘ sehr nahe liegen“ (ebd.: 124f.). Ob sich die betroffene Person mittels ihres Berufs „durchs Leben bringen“ konnte, war insofern von Belang, als dass das erfolgreiche „Durchbringen“ noch kein Indiz für das Nichtvorliegen der Diagnose *Schwachsinn* war. Sehr wohl jedoch, „wenn der Betreffende nicht fähig ist, in einem geordneten Berufsleben seinen eigenen Unterhalt zu verdienen, noch sonst sich sozial einzufügen“ – in diesem Fall lag „mit größter Wahrscheinlichkeit [...] *Schwachsinn* vor“. Bei Letzterem wird von einer „*asozialen Lebensführung*“ ausgegangen, wobei dies durch „eine kümmerliche Entwicklung und Verbildung [der] sittlichen Begriffswelt“, wie auch durch die „Unfähigkeit, sich eine richtige Einsicht in die Ordnung der menschlichen Gesellschaft zu bilden“, beschrieben wird (ebd.: 125).

Als drittes Merkmal sollte die Familienanamnese herangezogen werden, jedoch erst, wenn weder *Intelligenzprüfung* noch die Feststellung einer *Lebensbewährung* „Klarheit über das Vorliegen eines *Schwachsinn*s“ ergaben (ebd.: 126).

---

<sup>31</sup> Der Unterschied wird bei Gütt et al. (1936: 120) ausgeführt, ist jedoch in dieser Arbeit nicht relevant.

Wie bereits angemerkt wurde, war durch eine Verordnung aus dem Jahr 1939 festgeschrieben worden, dass nur mehr Anträge bei Fällen mit dringender *Fortpflanzungsgefahr* gestellt werden sollten. Diesbezüglich hielten Gütt et al. bereits 1936 fest, dass „es gerade bei weiblichen Schwachsinnigen wünschenswert“ sei, „die Unfruchtbarmachung so früh wie möglich vorzunehmen, weil bei keiner anderen Erbkrankheit die *Fortpflanzungsgefahr* so groß ist wie gerade hier.“ Die Definition „so früh wie möglich“ verstanden die Autoren insofern, als es bei Mädchen, bei denen der gesetzliche Vertreter einen „freiwilligen“ Antrag stellte, bereits mit 10 Jahren möglich war eine Unfruchtbarmachung durchzuführen – die Möglichkeit einer Zwangssterilisation war generell ab 14 Jahren vorgesehen (vgl. ebd.: 129). Hinsichtlich des Alters wurde weiters festgehalten, dass „leicht- und mittelschwachsinnige Mädchen schon frühzeitig geschwängert werden“ würden (ebd.). In diesem Zusammenhang wurde im Allgemeinen „eine unterschiedliche Beurteilung der *Fortpflanzungsgefahr* bei Männern und Frauen“ empfohlen, da „ein Grad der Idiotie, der beim Manne bereits die *Fortpflanzungsgefahr* mit Sicherheit ausschließt, [...] bei einer Frau immerhin noch die Möglichkeit dafür offen“ lässt (ebd.: 121). Bock (1986) konnte diesbezüglich herausarbeiten, dass von Gesundheits- und Sozialbehörden angenommen wurde, dass die betroffenen Frauen „nicht selten Opfer sexueller Gewalt“ waren. (vgl. Bock 1986 zit. nach Ley 2004: 53). Dieser Umstand fand jedoch bei Gütt et al. keine Erwähnung.

Für die zweite im GzVeN genannte *Erbkrankheit, Schizophrenie*, verwiesen Gütt et al. darauf, dass die betroffenen Personen „oft genug ihrem bisherigen Beruf nicht mehr nachgehen“ können und dass diese Erbkrankheit in „mehr als 2/3 aller Fälle zwischen dem 15. und 30. Altersjahr (3/4 von diesen wiederum zwischen dem 20. und 25. Jahr)“ auftreten würde – „also in den Beginn des fortpflanzungsfähigen Lebensabschnittes von Mann und Frau“ fiel. Zudem hielten sie fest, dass diese „Krankheit [...] auch in der Freizeit reichlich“ vorkomme, sich jedoch die betroffenen Personen vorübergehend oder dauerhaft in „Nervenkliniken, *Irrenanstalten*, Privatsanatorien und Kuranstalten“ befinden, weshalb „sie eine wahre Plage für die Menschheit“ bedeuten würden (Gütt et al. 1936: 131f.).

Da das Krankheitsbild der Schizophrenie schubweise auftrat und hierdurch eine genaue Diagnose oftmals schwierig war, konnten im Zweifelsfall Fachpsychiater betraut werden, „die nach den bewährten und allgemein anerkannten Prinzipien der Diagnostik zu einem Urteil kommen“ sollten (ebd.: 134). Konnte nichtsdestotrotz bei der Anzeige – oder auch vor dem Erbgesundheitsgericht – nicht mit Sicherheit die Diagnose *Schizophrenie* festgestellt werden, bestand nach Gütt et al. „doch gewöhnlich vollständige Klarheit [...], daß irgendeine endogene, anlagenbedingte Störung vorhanden ist“ (ebd.: 133). Waren sich die Ärzte folglich nicht sicher

ob es sich um *Schizophrenie* handelt, konnten bzw. sollten sie dennoch davon ausgehen, dass eine andere *Erbkrankheit*, z.B. *erblicher* bzw. *angeborener Schwachsinn* oder *manisch-depressives Irresein* – die dritte Diagnose im GzVeN – vorlag. Aus diesem Verständnis war es somit nicht von Bedeutung, welche konkrete Diagnose vorlag, da alle drei Diagnosen durch das GzVeN abgedeckt wurden und zur Anordnung einer Zwangssterilisation führen konnten (vgl. ebd.: 133; 135).

### 3.1.3. Zusammenfassung soziale Kriterien und Ergänzung der Hypothesen

Das GzVeN als auch der Gesetzeskommentar können als Programm bzw. Konditionalprogramm verstanden werden, anhand derer eine Generalisierung von Verhaltenserwartungen möglich ist. Um den Einfluss dieser auf die Entscheidung der ärztlichen Beisitzer für oder gegen die Anordnung einer Zwangssterilisation testen zu können, wurde durch die obigen Ausführungen veranschaulicht, auf was sie laut dem GzVeN und vor allem dem Gesetzeskommentar hinsichtlich der Diagnostizierung einer *Erbkrankheit* und innerhalb eines Prozesses am EGG achten sollten. Hierdurch können nun nicht nur soziale Kriterien abgeleitet, sondern auch konkrete Annahmen diesbezüglich getroffen werden. In Bezug auf das Alter und das Geschlecht wurde festgehalten, dass *Schizophrenie* vor allem zwischen dem 15. und 30. Lebensjahr auftreten würde und dass bei Frauen bzw. Mädchen mit der Diagnose *erblicher/angeborener Schwachsinn* eine Unfruchtbarmachung so früh wie möglich durchzuführen sei. Folgende Hypothesen können somit formuliert werden:

- Hypothese 3.1: „Ärztliche Beisitzer ordneten bei Prozessen, in denen die betroffene Person jünger als 30 Jahre alt war, mit einer höheren Wahrscheinlichkeit eine Zwangssterilisation an.“
- Hypothese 3.2: „Ärztliche Beisitzer ordneten bei Prozessen, in denen die betroffene Person weiblich und jünger als 30 Jahre alt war, mit einer höheren Wahrscheinlichkeit eine Zwangssterilisation an.“

Generell kann aufgrund der Ausführungen im Zusammenhang mit dem Geschlecht der betroffenen Personen festgestellt werden, dass Frauen im Allgemeinen wohl eher von einer Zwangssterilisation betroffen waren. Hieraus lässt sich folgende Hypothese formulieren:

- Hypothese 3.3: „Ärztliche Beisitzer ordneten bei Prozessen, in denen die betroffene Person weiblich war, mit einer höheren Wahrscheinlichkeit eine Zwangssterilisation an.“

Anhand des Gesetzeskommentars konnte gezeigt werden, dass wohl nicht nur in Bezug auf das Alter eine geschlechtsspezifische Unterscheidung vorgenommen wurde, sondern auch hinsichtlich der Beurteilung der *Fortpflanzungsgefahr*: wurde doch bei Frauen mit der Diagnose *erblicher* bzw. *angeborener Schwachsinn* auch dann noch eine *Fortpflanzungsgefahr* angenommen, wenn bei Männern laut Gütt et al. eine solche nicht mehr vorlag. Daraus lassen sich zwei Annahmen ableiten, wobei die erste allgemeiner formulierte Hypothese lautet:

- Hypothese 4.1: „Ärztliche Beisitzer ordneten bei Prozessen, in denen sie gegenüber der betroffenen Person eine *Fortpflanzungsgefahr* feststellten, mit einer höheren Wahrscheinlichkeit eine Zwangssterilisation an.“

Im Zusammenhang mit dem oben beschriebenen Unterschied, dass eine Frau auch dann noch als *fortpflanzungsgefährlich* galt, wenn dies bei einem Mann nicht mehr angenommen wurde, kann eine weitere Hypothese formuliert werden:

- Hypothese 4.2: „Ärztliche Beisitzer stellten bei Prozessen, in denen die betroffene Person weiblich war, eher eine *Fortpflanzungsgefahr* fest.“

Um die *Erblichkeit* festzustellen, sollte auch auf Krankheiten innerhalb der Familie geachtet werden. Wurde eine *Erbkrankheit* in der Familie – eine sogenannte *Sippenbelastung* – festgestellt, konnte folglich von einer solchen *Erblichkeit* ausgegangen werden. Daraus lässt sich folgende Hypothese ableiten:

- Hypothese 5: „Ärztliche Beisitzer ordneten bei Prozessen, in denen sie gegenüber der betroffenen Person eine *Sippenbelastung* feststellten, mit einer höheren Wahrscheinlichkeit eine Zwangssterilisation an.“

Der Beruf einer Person sollte, so wurde ausgeführt, vor allem für die Feststellung ihrer *Lebensbewahrung* herangezogen werden. Dabei war nicht nur die Frage ausschlaggebend, ob ein Beruf ausgeführt wurde, sondern auch, um welche Tätigkeit es sich hierbei handelte –

insbesondere zur Diagnose eines möglichen *erblichen/angeborenen Schwachsinn*s sollte hierauf geachtet werden. Die daraus abzuleitende Hypothese lautet:

- Hypothese 6.1: „Ärztliche Beisitzer ordneten bei Prozessen, in denen die betroffene Person eine einfache berufliche Tätigkeit ausübte oder ohne Beruf war, mit einer höheren Wahrscheinlichkeit eine Zwangssterilisation an.“

Nichtsdestotrotz, so wird noch in Punkt 4.1 zu zeigen sein, verwiesen die Beisitzer in den Prozessakten explizit auf das Vorhandensein bzw. Nichtvorhandensein einer *Lebensbewährung* bzw. von *Lebenswissen*. Daher ist auch dies innerhalb einer Hypothese abzubilden wobei die Richtung der Annahme dieselbe bleibt:

- Hypothese 6.2: „Ärztliche Beisitzer ordneten bei Prozessen, in denen sie gegenüber der betroffenen Person keine *Lebensbewährung* bzw. kein *Lebenswissen* feststellten, mit einer höheren Wahrscheinlichkeit eine Zwangssterilisation an.“

Da der Gesetzeskommentar festhielt, dass der Großteil von Personen mit *Schizophrenie* bereits in einer Anstalt untergebracht war und sie daher „eine wahre Plage der Menschheit“ bedeuten würden, wird auch dieses Merkmal näher zu untersuchen sein. Aus den obigen Darstellungen kann dabei angenommen werden, dass sich die ärztlichen Beisitzer bei einem Anstaltsaufenthalt der betroffenen Person eher für die Anordnung einer Zwangssterilisation entschieden, sollte doch eine Fortpflanzung verhindert werden.

- Hypothese 7: „Ärztliche Beisitzer ordneten bei Prozessen, in denen die betroffene Person zur Zeit des Prozesses in einer Anstalt untergebracht war, mit einer höheren Wahrscheinlichkeit eine Zwangssterilisation an.“

Hinsichtlich einer möglichen bestehenden Elternschaft der betroffenen Personen sollte es weder bei Männern noch bei Frauen von Bedeutung sein, ob diese bereits Kinder hatten bzw. ob bei Kindern eine vorliegende *Erbkrankheit* festgestellt wurde (vgl. ebd.: 116). Nichtsdestotrotz soll in dieser Arbeit auch dieses Merkmal und dessen Einfluss auf die Entscheidung für oder gegen die Anordnung einer Zwangssterilisation näher analysiert werden. Begründet kann dies insofern werden, als aus Akten hervorgeht, dass z.B. Schwangerschaften als Indiz für die *Fortpflanzungsgefährlichkeit* einer Person herangezogen wurden. Die beiden

ärztlichen Beisitzer Alois Kittinger und Erich Sobotka sahen z.B. eine eben solche *Fortpflanzungsgefährlichkeit* bei Stefanie H. und begründeten dies mit dem Umstand, dass „sie bereits zweimal schwanger war.“<sup>32</sup> Inwiefern die Elternschaft bzw. Schwangerschaft mit der Nennung einer *Fortpflanzungsgefahr* in Zusammenhang steht, wird noch zu analysieren sein. Als Hypothese kann an dieser Stelle jedoch folgendes formuliert werden:

- Hypothese 8: „Ärztliche Beisitzer ordneten bei Prozessen, in denen sie eine Elternschaft/Schwangerschaft der betroffenen Person vermerkten, mit einer höheren Wahrscheinlichkeit eine Zwangssterilisation an.“

Darauf bezugnehmend ist auch zu hinterfragen, ob bzw. inwiefern der Familienstand Einfluss auf eine Anordnung hatte. Wurde z.B. bei Personen, die bereits verheiratet waren – bei denen es somit wahrscheinlich war, dass sie Kinder bekommen wollten – eher eine *Fortpflanzungsgefahr* festgestellt und somit auch eine Zwangssterilisation angeordnet? Aus dieser Überlegung lässt sich folgende Hypothese formulieren:

- Hypothese 9: „Ärztliche Beisitzer ordneten bei Prozessen, in denen die betroffene Person verheiratet war, mit einer höheren Wahrscheinlichkeit eine Zwangssterilisation an.“

Da zudem an früherer Stelle angemerkt wurde, dass auch der gesetzliche Vertreter bzw. die gesetzliche Vertreterin einen Antrag einreichen konnte, stellt sich die Frage, ob dies in weiterer Folge innerhalb des Prozesses am EGG als auch bei der Anordnung einer Zwangssterilisation eine Rolle spielte – im Gesetzeskommentar wurde diesbezüglich nur festgehalten, wann eine Person gesetzlich zu vertreten und wer hierzu heranzuziehen war (vgl. ebd.: 187-191). Wird bedacht, dass eine gesetzliche Vertretung bei Personen eingesetzt werden konnte, die „geschäftsunfähig“ waren oder bei denen eine „*Geistesschwäche*“ festgestellt wurde, kann auch hier angenommen werden, dass die Beisitzer bei Personen mit gesetzlicher Vertretung eher eine Zwangssterilisation anordneten. Vor allem da aufgrund dieser „*Geistesschwäche*“ auf eine *Fortpflanzungsgefahr* geschlossen wurde, wie im Prozessakt von Marie H. zu finden ist. Hier wurde im Gerichtsentscheid – mit Beisitz von Josef Egermann und August Krzizek – festgehalten, dass sie aufgrund ihrer „*Geistesschwäche*“ offensichtlich keinen

---

<sup>32</sup> 1 XIII 216/41.

entsprechenden Widerstand leisten dürfte“ und es daher leicht möglich sei, dass „sie zum Objekt eines [Geschlechtsverkehrs] wird.“<sup>33</sup> Hieraus ergibt sich folgende Hypothese:

- Hypothese 10: „Ärztliche Beisitzer ordneten bei Prozessen, in denen sie eine gesetzliche Vertretung der betroffenen Person vermerkten, mit einer höheren Wahrscheinlichkeit eine Zwangssterilisation an.“

Das GzVeN und der Gesetzeskommentar können, wie beschrieben, als Programm bzw. Konditionalprogramm verstanden werden und somit zur Generalisierung von Verhaltenserwartungen auf sachlicher Ebene beitragen. Durch die Darstellung beider war es möglich, Merkmale auszuarbeiten und Hypothesen abzuleiten, die dafür herangezogen werden können, den Einfluss dieser auf die Entscheidung der ärztlichen Beisitzer für oder gegen eine Zwangssterilisation zu überprüfen.

### 3.2. Zur Motivation und Mitgliedschaften der Ärzte

Um der Frage nachzugehen, warum ärztliche Beisitzer am Erbgesundheitsgericht Wien zwischen 1940 und 1945 in rund 80 % der Beschlüsse eine Zwangssterilisation anordneten, wurden die verschiedenen Motivationsmittel beschrieben, die einer Organisation zu Verfügung stehen, um Mitglieder zu rekrutieren, an die Organisation zu binden und damit geforderte bzw. erwartete Handlungen auch durchgeführt werden. Wie bereits mehrfach festgehalten wurde, sollte bei der Rekrutierung bzw. Bestellung der ärztlichen Beisitzer vor allem darauf geachtet werden, dass sie auf dem „Boden der nationalsozialistischen Weltanschauung“ stehen. Hinsichtlich der beschriebenen Motivationsmitteln kann dies insofern verstanden werden, als dass sich die Ärzte mit dem Zweck der Organisation, dem EGG, identifizieren können sollten. Darüber hinaus kann durch eine solche „Anforderung“ bzw. – in weiterer Folge – Zuschreibung, dass bestellte Ärzte folglich mit dem Nationalsozialismus sympathisierten oder zumindest kooperierten, eine Art Kompetenz ausgemacht werden. Wie dazu unter Punkt 2.2.2.3 beschrieben wurde, werden einer Person im Zuge der sachlichen Generalisierung von Verhaltenserwartungen „Fähigkeiten zugeschrieben, deren Nichtverwirklichung dann übelgenommen werden kann“ (Luhmann 2008: 86). In diesem Zusammenhang wurde bereits darauf hingewiesen, dass zumindest 16 ärztliche Beisitzer eine Mitgliedschaft in einer NS-Organisation aufwiesen. Um der sachlichen Generalisierung und somit der Anforderung, dass

---

<sup>33</sup> 1 XIII 64/40; Vielen Dank an Claudia Spring, die mit ihrer Datenbankabfrage den Kontext dieses Zitats wiederherstellen konnte.

Ärzte auf „Boden der nationalsozialistischen Weltanschauung“ stehen sollten, nachzugehen, ist es erforderlich, die Mitgliedschaften der anderen ärztlichen Beisitzern am EGG Wien zu untersuchen – sofern vorhanden. Können bei weiteren Ärzten solche ausgemacht werden, kann wohl davon ausgegangen werden, dass von Seiten des Reichsministeriums des Innern durchaus darauf geachtet wurde, dass eine solche Weltanschauung vorlag und folglich diese Anforderung zutraf. Die Mitgliedschaft in einer NS-Organisation könnte demnach als Indiz für diesen Umstand herangezogen worden sein. Hierdurch wird es in einem nächsten Schritt zudem möglich, den Einfluss dieses Motivationsmittels bzw. dieser Form der Generalisierung von Verhaltenserwartungen auf die Anordnung einer Zwangssterilisation zu überprüfen – und somit auch die Hypothesen 1 und 2 zu testen.

Um eine mögliche Zweckidentifikation zu verdeutlichen, wird zudem auf den bereits vor 1933 weit verbreiteten *eugenischen* Diskurs eingegangen. Durch dessen Darstellung soll herausgearbeitet werden, dass *eugenisches* Denken und Ideen bereits vor der nationalsozialistischen Machtergreifung 1933 in Deutschland und 1938 in Österreich in weiten Teilen der Gesellschaft verbreitet und auch akzeptiert wurden. Auch wenn deren Einfluss auf die Anordnung einer Zwangssterilisation nicht weiter überprüft werden kann, soll hierdurch doch die Grundlage dessen beschrieben werden, warum dieses Unrecht der Zwangssterilisation von als *erbkrank* kategorisierten Personen eine breite öffentliche Akzeptanz erfuhr und Ärzte bereit waren sich daran zu beteiligen.

### 3.2.1. Der Zweck und die Mittel: *Eugenischer* Diskurs vor 1933

Das GzVeN war ein für den Nationalsozialismus spezifisches Gesetz: nur in NS-Deutschland und den besetzten Gebieten „wurde die Gesamtbevölkerung ins Visier genommen [...], nur hier wurde Zwang so konsequent angewandt, nirgendwo anders gab es eine derart umfassende und effiziente *rassenhygienische* Bürokratie, und nur hier wurde die *Eugenik* in die Theorie und Praxis einer zentralisierten und institutionalisierten *Rassenpolitik* integriert“ (Bock 2008: 90). Nichtsdestotrotz ist festzuhalten, dass *eugenische* Maßnahmen – bis hin zur Sterilisation – bereits vor der nationalsozialistischen Machtergreifung bestanden. So gab es zu Beginn des 20. Jahrhunderts bereits entsprechende Gesetzgebungen in anderen Industrienationen. Bevor der *eugenische* Diskurs in Österreich beschrieben wird, wird daher ein Überblick des internationalen *eugenischen* Diskurses vor 1933 gegeben.

### 3.2.1.1. *Internationaler Eugenischer Diskurs vor 1933*

Die Eugenik war, wie bereits darauf hingewiesen wurde, keine „Erfindung“ des Nationalsozialismus, sondern geht auf Francis Galton – ein Cousin von Charles Darwin – zurück, der unter dem von ihm 1883 geprägten Begriff „Eugenik“ eine „science of human improvement“ verstand. Galton und seine Anhänger sahen hierbei die kollektive Gesundheit durch sogenannte „*Rassengifte*“ – z.B. die Zunahme von Alkoholismus und Geschlechtskrankheiten als auch Tuberkulose – gefährdet, wobei eine „natürliche Selektion“, wie sie Darwin verstand, aufgrund von sozialen und medizinischen Fortschritten nicht mehr eintrete. Hieraus resultiere eine „*Kontraselektion*“, die zu einem Anstieg des Anteils biologisch „*Minderwertiger*“ in einer Gesellschaft führe (vgl. Roelcke 2002: 1020f.).

Ein solches Verständnis ist auch insofern zu erklären, als bereits ab der Mitte des 19. Jahrhunderts bzw. dessen zweiten Hälfte ein biologistisches Paradigma einsetzte, das sozial verursachte Krisen wie zum Beispiel Armut aber auch den genannten Alkoholismus, Kriminalität, Prostitution, Landstreicherei, „Armutsscheue“ oder „geistige und moralische *Minderwertige*“ biologisch zu begründen versuchte und somit auch als vererbbar ansah (vgl. Henke 2008: 13; vgl. Evans 2008: 31). Daraus ergab sich, dass bereits in den 1890er Jahren vor allem unter Psychiatern und Neurologen – demnach Teile einer gebildeten Schicht – Stimmen laut wurden, die „erblich Belastete und andere Personengruppen“ von der Fortpflanzung ausschließen wollten, da sie anderenfalls „die biologische Beschaffenheit der Bevölkerung“ bedroht sahen. Nichtsdestotrotz war Galton selbst kein Befürworter von Sterilisationen (vgl. Roelcke 2002: 1022).

Es lag folglich nicht nur an Galton und dessen Anhängern, dass sich ein *eugenisches* Denken zu Beginn des 20. Jahrhunderts verbreitete. Durch den genannten wissenschaftlichen Fortschritt und voranschreitender Forschung wurden die Ursachen von zahlreichen Krankheiten wie Tuberkulose und Cholera entdeckt. Die Bevölkerung von Großstädten konnte zunehmend mit sauberem Trinkwasser versorgt werden und Krankenversicherungen erfuhren eine schnelle Verbreitung. *Eugenische* Überlegungen erreichten daher sozialdarwinistisch denkende Mediziner, die die Ansicht vertraten, dass Schwache, Kranke und „geistig oder körperlich Behinderte“, somit die „Untauglichen, [...] anstatt im Kampf ums Dasein zugrunde zu gehen, wie in einem Naturstand der Gesellschaft zu erwarten wäre, nicht nur fortlebten, sondern sich auch fortpflanzten“, was zu einem Anstieg von biologisch *minderwertigen* Menschen führe (Evans 2008: 31). In diesem Zusammenhang kann wohl auch das Entstehen der ersten *eugenischen* Organisation zu Beginn des 20. Jahrhunderts verstanden werden, wie in der Einleitung beschrieben. Zudem verdeutlichen sich bereits an dieser Stelle die großen

Überschneidungen der Argumente des genannten biologistischen Paradigmas und z.B. der ebenfalls in der Einleitung abgebildeten Rede von Reichsinnenminister Frick bzw. der Begründung zur Einführung des GzVeN.

Ein entscheidender Faktor bei der Verbreitung, Etablierung und auch Radikalisierung von *eugenischen* Ideen und Organisationen kann mit dem Ersten Weltkrieg genannt werden, da sich hierdurch die Ansicht verfestigte, dass „Untaugliche“ nicht mehr „im Kampf ums Dasein zugrunde“ gingen (vgl. Kühl 2014: 56; vgl. Peter 2018: 9; vgl. Kesper-Biermann 2008: 8; vgl. Baader 2007: 136). Demnach würden „die Besten des Volkes nachkommenlos auf dem Felde“ fallen, „während sich die in der Etappe verbliebenen Kranken, Untauglichen und »Minderwertigen« vermehrten“, was zu einer „permanenten Degeneration der Bevölkerung“ führen würde. Der Erste Weltkrieg hatte dieser Auffassung nach eine „negative selektorische Wirkung“, der durch „gezielte »volksgesundheitliche«, bevölkerungspolitische Maßnahmen entgegnet werden“ sollte (Neugebauer 2005: 54). Auch Alfred Ploetz, Begründer der „Rassenhygiene“ – die als „eine auf den menschlichen Fortpflanzungsprozeß bezogene Hygiene interpretiert wurde“ (Weingart et al. 1988: 41) – und der angeführten „Gesellschaft für Rassenhygiene“ wie auch der „Deutschen Gesellschaft für Rassenhygiene“ von 1910, stellte ebenfalls eine solche „kontraselektive Wirkung des Ersten Weltkrieges fest (vgl. Kühl 2014: 60; vgl. Roelcke 2002: 1021). Dieser rassenhygienischen Perspektive zufolge sei die Hungersnot, die durch den Krieg in Deutschland und Österreich ausgelöst wurde, aus *eugenischer* Sicht durchaus förderlich gewesen. Nichtsdestotrotz überwog ihrer Einschätzung nach die „Kontraselektion“ entscheidend gegenüber „der positiv zu bewertenden »Ausmerze« von Behinderten und sozial Schwachen“ (Kühl 2014: 71). Es waren somit die Auswirkungen des Ersten Weltkrieges, durch die es ermöglicht wurde, „in Europa den Schritt von einer rein intellektuellen Auseinandersetzung über die Möglichkeiten der *Rassenaufartung* hin zu einer konkreten Umsetzung *eugenischer* Konzepte in die politische Praxis“ umzusetzen (Kühl 2014: 69).

Diese „Möglichkeiten der Rassenaufartung“ werden zwischen einer positiven und einer negativen Eugenik unterschieden. Ersteres sind u.a. pronatalistische Maßnahmen, die zur „Aufartung“ der Bevölkerung beitragen sollten (Henke 2008: 12). Hiernach sollten Menschen mit als „gut definierten *Erbanlagen*“ dazu angehalten werden, diese weiterzugeben, da sie als „förderungswürdig“ angesehen wurden (Spring 2009: 31, Herv. i. O.). Weitere fördernde Maßnahmen waren „Schulgesundheitsprogramme und -mahlzeiten, systematische Gymnastik“ und „pädagogische Selektion durch IQ-Tests“ (Roelcke 2002: 1022). Demgegenüber fallen unter eine negative *Eugenik* antinatalistische Maßnahmen, die unerwünschtes Erbgut

„ausmerzen“ sollten. „In diesem Denkhorizont war eine Höherentwicklung der menschlichen Art oder einer bestimmten ‚Rasse‘ nur herbeizuführen, wenn man Menschen, die nicht in das *eugenische* Positivschema passten, an der Fortpflanzung hinderte“ (Henke 2008: 13). Dies wurde zum Beispiel durch (Zwangs-)Sterilisation oder Gesundheitsprüfungen vor der Eheschließung versucht sicherzustellen (vgl. Roelcke 2002: 1022)<sup>34</sup>. Auch hinsichtlich dieser vorgeschlagenen Maßnahmen stellt der Erste Weltkrieg bzw. dessen Auswirkungen in der Zwischenkriegszeit einen Umbruch dar, da hierdurch vor allem die negative *Eugenik* und deren antinatalistische Maßnahmen eine verstärkte gesellschaftliche Akzeptanz erfuhren und so zur „Leitdisziplin für gesundheitspolitische und gesellschaftliche Fragen“ wurde (Baader 2007: 136).

Die beschriebenen *eugenischen* bzw. rassenhygienischen Entwicklungen und in weiterer Folge Forderungen, waren folglich kein Spezifikum der Zwischenkriegszeit auf dem Gebiet des späteren Deutschen Reichs. Viel mehr erfuhren sie auf internationaler Ebene – wie auch anhand der Gesetzgebungen zu (Zwangs-)Sterilisation in der Einleitung gezeigt – eine breite öffentliche Akzeptanz.<sup>35</sup> Auch in Österreich entwickelten sich bereits vor 1938 unterschiedliche *eugenische* Diskurse, an und in denen sich mitunter die Ärzteschaft beteiligte und einbrachte. Anders als jedoch in Deutschland zur Zeit der Weimarer Republik, wo der rassenhygienische Diskurs durchaus als „tendenziell Einheit stiftendes Projekt beschrieben“ werden konnte und die Begünstigung der Frühehe, den sozialen Wohnbau sowie die Förderung von kinderreichen Familien forcierte, war der *eugenische* Diskurs in Österreich sehr viel heterogener (Hubenstorf 2007: 9; vgl. Weindling 1989: 399-439; vgl. Peter 2018: 9).

### 3.2.1.2. *Eugenische Diskurse in Österreich vor 1938*

Neben rassenhygienischen Gesellschaften, die auch in Österreich gegründet wurden – wenn auch später als in Deutschland – und einem deutschnationalen Diskurs zugerechnet werden können, bestanden ein sozialistischer und ein katholischer *eugenischer* Diskurs. Bevor auf den deutschnationalen Diskurs eingegangen wird, der aufgrund seiner Nähe zum Nationalsozialismus in dieser Arbeit von besonderem Interesse ist, werden im Folgenden auch der sozialistische und katholische Diskurs in Österreich skizziert, wobei der Fokus auf Wien liegt.

Sozialismus und *Eugenik*, so lautete lange Zeit die These, stünden sich widersprüchlich gegenüber (vgl. Schwartz 1995 zit. nach Baader 2007: 66). Nichtsdestoweniger sind sich beide

---

<sup>34</sup> Eine ausführliche Auseinandersetzung pro- und antinatalistischer Maßnahmen (im Nationalsozialismus) bei Bock (2010): 153-283.

<sup>35</sup> Für eine ausführliche Darstellung des internationalen *eugenischen* Diskurs siehe Kühl (1994; 2014).

in ihrem jeweiligen Fortschrittsoptimismus, wenn auch inhaltlich verschieden, ähnlich, stellen sie doch Konzepte zu Errichtung einer „vollkommenen Gesellschaft“ dar. Auf der einen Seite eine klassenlose Gesellschaft, auf der anderen eine *erbgesunde* Gesellschaft. Zudem kam es insofern zu Überschneidungen, als hinsichtlich bevölkerungspolitischer Fragen eine sozialistische Eugenik entstand, die u.a. Unterschiede zwischen dem Proletariat und einem als asozial geltenden „Lumpenproletariat“ wissenschaftlich abzusichern versuchte. Diese sozialistische Eugenik verstand sich zu Beginn hauptsächlich in pronatalistischen Maßnahmen, die der Geburtenförderung dienen sollten und somit der positiven Eugenik zugeschrieben werden konnten. Mit einem vermehrten Fokus auf das „Volksganze“ wurden jedoch spätestens 1926 auch Zwangssterilisationen von „Schwachsinnigen und Epileptikern“ als adäquates Mittel angesehen (vgl. Baader 2007: 73-79; 134f.). Ein Vertreter einer solchen sozialistischen Eugenik, der auch für die „Unfruchtbarmachung der Minderwertigen“ eintrat, kann mit Julius Tandler genannt werden (Tandler 1929 zit. nach Spring 2009: 53).

Ein weiterer wichtiger Vertreter einer sozialistischen *Eugenik* war der Soziologe Rudolf Goldscheid. Als zu Beginn des 20. Jahrhunderts die Geburtenrate in Europa rückläufig war, waren sowohl die Rassenhygiene als auch die Soziologie bzw. die Sozialwissenschaften um die Deutungshoheit innerhalb der Sozialplanung, Demografie und sozialen Wohlfahrt bemüht (vgl. Baader 2007: 71). In eben dieser Auseinandersetzung konnte sich Goldscheid, der eine gute Bekanntschaft mit Ploetz pflegte, durch seine Kompetenz in Sozialbiologie einbinden. Nach der Gründung der „Deutschen Gesellschaft für Soziologie“ 1910 in München, die sich auch aus Diskussionen über Rasse und Gesellschaft konzipierte, gründete Goldscheid die „Gesellschaft für Soziologie“ in Wien. Innerhalb dieser richtete Goldscheid eine Sektion für Sozialbiologie ein, als deren Vorsitzenden er Tandler gewinnen konnte (vgl. ebd.: 96).

1922 wurde in Wien eine Eheberatungsstelle eingerichtet, die jedoch aufgrund des Angebots einer Sexualberatung bei bürgerlich-katholischen Kreisen auf Kritik stieß und in der Zeit des Austrofaschismus 1934 geschlossen wurde – ein symbolisches Ende des sozialistischen *eugenischen* Diskurses, das sich auch in Tandlers Emigration aus Österreich verdeutlichte (vgl. ebd.: 96-100; vgl. Weindling 1989: 140; vgl. Spring 2009: 53)<sup>36</sup>.

An der Ablehnung einer Sexualberatung zeigten sich katholische Traditionen wie „Sittlichkeit, Mäßigung und Keuschheit“, die vonseiten der katholischen Kirche bzw. von Teilen deren Mitgliedern innerhalb einer Rekatholisierung zu „erneuern“ versucht wurden. Zudem gab es Bestrebungen, sich innerhalb eines katholisch *eugenischen* Diskurses biopolitisch einzubringen und so auch das vorherrschende Bild als antimodern und

---

<sup>36</sup> Ausführlich zum sozialistischen *eugenischen* Diskurs siehe Schwartz (1995).

bildungsfeindlich abzustreifen. Die katholischen Ansichten sollten als die „besseren“ verankert werden, wobei insbesondere die katholische Sexualethik als zentral galt und naturwissenschaftlich legitimiert werden sollte. In diesem Zusammenhang sind auch die forcierten Maßnahmen der Sozial- und Familienpolitik zu verstehen, die einer positiven *Eugenik* zugerechnet werden können (vgl. Löscher 2007: 160f.). Nichtsdestotrotz gab es auch innerhalb des katholischen Diskurses Stimmen, die Maßnahmen der negativen *Eugenik* wie Sterilisierungen durchaus zu diskutieren bereit waren. Durch die von Papst Pius XI. erlassene Enzyklika „Casti connubii“, die mit ihrem Erscheinen 1930 als „Richtschnur“ im katholischen Diskurs galt, sollten diese Stimmen jedoch unterbunden werden (vgl. ebd.: 150; vgl. Klein 2020: 11; vgl. Richter 2001). Eben anhand dieser „Richtschnur“ wurde 1932 die „St. Lukas Gilde“ von katholischen Ärztinnen und Ärzten in Wien gegründet, die sich medizinethischen Fragen aus Perspektive der katholischen Morallehre widmete.

Bildete der Austrofaschismus das Ende des sozialistischen Diskurses, war es für den katholischen Diskurs – wie auch für die St. Lukas Gilde – der „Anschluss“ Österreichs und die Eingliederung in das Deutsche Reich als *Ostmark* 1938. Hierdurch setzte sich zudem ein deutschnationaler, rassenhygienischer *eugenischer* Diskurs durch (vgl. Löscher 2007: 161).

Eben dieser ist hinsichtlich des Themas der Masterarbeit insofern von besonderer Bedeutung, als dessen Vertreter von Beginn an in Kooperation mit dem Nationalsozialismus standen. Erste rassenhygienische Organisationen in Österreich können dabei mit der „Oberösterreichischen Gesellschaft für Rassenhygiene“ in Linz, sowie deren Grazer Ableger genannt werden, die beide 1923 gegründet wurden (vgl. Neugebauer 2005: 55; vgl. Mayer 2007: 165). Zur inhaltlichen Positionierung dieses *eugenischen* Diskursstrangs wurde bereits angemerkt, dass die Frühehe, der soziale Wohnungsbau und die Förderung von kinderreichen Familien zentral war. Ein weiterer entscheidender Punkt war, dass international die Kontrolle über die Fortpflanzung erhalten werden sollte, wobei dafür dezidiert – und hier unterscheidet sich dieser von den beiden oben genannten Diskurssträngen – Maßnahmen der negativen Eugenik zum Einsatz kommen sollten, wie zum Beispiel Eheverbote, Gesundheitszeugnisse wie auch (Zwangs-)Sterilisationen. Diese Ansicht wurde auch von den genannten rassenhygienischen Vereinen vertreten und verbreitet (vgl. Mayer 2007: 168).

Auffallend hinsichtlich dessen Verbreitung ist, dass versucht wurde, den deutschnationalen Diskurs auch auf universitärer Ebene zu institutionalisieren, wobei die 1924 gegründete „Wiener Gesellschaft für Rassenpflege (Rassenhygiene)“ hervorzuheben ist. Kooperierten doch deren Mitglieder – häufig Mediziner und Juristen – aus einem „beruflichen und gesellschaftlichen Selbstverständnis“ heraus, bereits vor 1938 mit der

nationalsozialistischen Bewegung (Hödl 2001: 137). In diesem Zusammenhang ist auch der Umstand zu verstehen, dass Mitglieder der Wiener Gesellschaft nach dem Anschluss Österreichs an NS-Deutschland einflussreiche Positionen innerhalb der staatlichen *Rassenpflege* bekleideten (vgl. Neugebauer 2005: 55). Ein solches Mitglied war Heinrich Reichel, ein Universitätsprofessor, Hygieniker und eine der „einflussreichsten Stimmen des deutschnationalen Diskurses der Zwischenkriegszeit“ (Spring 2009: 54). Reichel, der überdies als Stellvertreter des Vereinsvorsitzenden Otto Reche fungierte, hielt ab dem Sommersemester 1920 in Wien die Vorlesung „Rassenhygiene“ und konnte 1923 am Wiener Hygiene-Institut die „Abteilung für Sozialhygiene und amtsärztlichen Unterricht“ unter seiner Leitung etablieren (vgl. Mayer 2007: 177)<sup>37</sup>.

Obwohl diese erfolgreiche Institutionalisierung mit der Berufung Reichels an die Universität Graz 1933 endete und erst nach 1938 zwei Institute für *Erb- und Rassenbiologie* in Innsbruck und Wien gegründet wurden, konnten zwei Punkte veranschaulicht werden (vgl. ebd.: 180). Zum einen, dass in Österreich bereits vor 1938 ein breiter *eugenischer* Diskurs bestand, der auch Maßnahmen der negativen *Eugenik* wie Sterilisationen vorsah. Zum anderen, dass dabei Mediziner und Juristen mit der nationalsozialistischen Bewegung kooperierten. Hieraus kann angenommen werden, dass durchaus eine Zweckidentifikation in Teilen dieser Berufsgruppen vorherrschte. In diesem Zusammenhang kann auch Anton Rolleder genannt werden, dessen Mitgliedschaft in der „Wiener Gesellschaft für Rassenpflege (Rassenhygiene)“ spätestens 1938 dokumentiert ist (vgl. Mayer 2004: 194). Er fungierte ab 1940 als Richter am Erbgesundheitsgericht Wien, wo er diese Funktion in 54 % aller rekonstruierten Gerichtsverfahren (somit über 800 Fälle) inne hatte (vgl. Spring 2009: 77).

Als Beispiele von Medizinern, die bereits vor 1938 mit dem Nationalsozialismus kooperierten bzw. wohl dessen Anschauungen teilten, können Fritz Euler-Rolle, Erich Neusser und Ernst Pichler genannt werden. Ersichtlich wird dies darin, da sie bereits Anfang der 1930er Jahre Mitglieder der NSDAP waren. Folglich zu einer Zeit, in der die NSDAP in Österreich verboten war. Interessant ist dieser Umstand insofern, als alle drei Mediziner zu den ersten gehörten, die als ärztliche Beisitzer an das Erbgesundheitsgericht Wien berufen wurden (vgl. ebd.: 82-85). Vor dem Hintergrund, dass bei der Auswahl der Ärzte, die als Beisitzer ans Erbgesundheitsgericht berufen werden sollten, „besonders darauf zu achten“ war, dass „diese Ärzte auf dem Boden der nationalsozialistischen Weltanschauung“ standen, gewinnt dieser Umstand nochmals an Bedeutung (Gütt et al. 1936: 224). Ein genauerer Blick verrät zudem, dass Neusser 1940 mit 20 Beisitzern am häufigsten eingesetzt wurde, gefolgt von Alfred

---

<sup>37</sup> Eine ausführliche Auseinandersetzung mit Reichel ist bei Mayer (2005).

Auersperg mit 19 Beisitzern. Zu Auersperg ist an dieser Stelle zu vermerken, dass er ab 1938 NSDAP-Anwärter war (vgl. Spring 2009: 86). Euler-Rolle und Pichler fungierten bei elf bzw. zwölf Prozessen als Beisitzer, weshalb festzustellen ist, dass diese vier Ärzte bei etwa der Hälfte aller 1940 stattgefundenen Prozesse beteiligt waren. Es waren folglich vier Ärzte, die bereits vor 1938 mit der nationalsozialistischen Bewegung kooperierten bzw. sympathisierten. Insgesamt wiesen, wie bereits festgehalten, mindestens 16 der rund 40 ärztlichen Beisitzern am Erbgesundheitsgericht Wien eine Mitglieder in einer NS-Organisation auf.

### 3.2.2. Bestellung der Ärzte und deren NS-Mitgliedschaften

Wie ebenfalls bereits erwähnt, war für die Bestellung der ärztlichen Beisitzer in letzter Instanz das Reichsministerium des Innern zuständig, da hier die Genehmigung und abschließende Bestellung erfolgte. Eine Auswahl sollte von den „Landesregierungen“ getroffen werden, die hierbei den „NSD.-Ärztbund oder die ärztlichen Spitzenverbände hören“ mögen, wie aus einem Runderlass des Reichsministers des Innern 1934 hervorgeht (abgedruckt in Gütt 1939: 405f.). Die „ärztlichen Spitzenverbände“ gingen mit 1. April 1936 auf die Reichsärztekammer über, weshalb danach diese heranzuziehen waren (vgl. Gütt et al. 1936: 224). Bei der Auswahl und der abschließenden Bestellung der ärztlichen Beisitzer sollte, wie bereits mehrfach vermerkt wurde, darauf geachtet werden, dass sie „auf dem Boden der nationalsozialistischen Weltanschauung stehen“ als auch, dass der nicht-beamtete Arzt in der *Erbgesundheitslehre* besonders „versiert“ sein sollte. Wurden beamtete Ärzte bzw. Amtsärzte hierfür besonders geschult, ist nicht bekannt wie nicht-beamtete Ärzte diese Qualifikation nachzuweisen hatten (vgl. Bock 2010: 200f.; vgl. Einhaus 2006: 30). Hierzu könnte womöglich für Wien das Vereinsregister der „Wiener Gesellschaft für Rassenpflege (Rassenhygiene)“ Aufschluss geben, wurden doch durch diesen Verein Schulungen für Amtsärzte angeboten und Aufklärungsarbeit für das GzVeN geleistet, weshalb zumindest für Ärzte, die Vereinsmitglieder waren, eine solche „Qualifikation“ angenommen werden könnte (vgl. Mayer 2007: 182).

Durch den Fokus auf die verwendeten Motivationsmittel und Formen der Generalisierung von Verhaltenserwartungen ist es jedoch nicht von Interesse, ob und wodurch nicht-beamtete Ärzte auf dem Gebiet der *Erbgesundheitslehre* als „qualifiziert“ galten. Es ist auch nicht von Interesse, ob die Mitgliedschaft einer Person in einer NS-Organisation als Indikator dafür herangezogen werden kann, ob diese tatsächlich nationalsozialistische Überzeugungen teilten.<sup>38</sup> Vielmehr interessiert, inwiefern von Seiten der Organisation – dem Reichsministerium des Innern – bei der Bestellung der ärztlichen Beisitzer tatsächlich auf eine

---

<sup>38</sup> Ausführlich zu dieser Diskussion und der NSDAP-Mitgliedschaft siehe Falter (2016).

mögliche nationalsozialistische Überzeugung der Ärzte geachtet und inwiefern hier die Mitgliedschaft in einer NS-Organisation berücksichtigt wurde. In diesem Zusammenhang wird auf die sachliche Generalisierung von Verhaltenserwartungen verwiesen, die, wie unter Punkt 2.2.2.3 beschrieben, auch über eine Person erfolgen kann, der eine bestimmte Leistung zugesprochen wird. Wurden folglich häufig Ärzte als Beisitzer bestellt, die durch eine Mitgliedschaft in einer NS-Organisation eine Nähe zum Nationalsozialismus aufwiesen, kann dies insofern verstanden werden, dass ihnen aufgrund dieser Zugehörigkeit bestimmte Fähigkeiten bzw. Einstellungen zugeschrieben und von ihnen erwartet wurden.

Claudia Spring (2009) geht davon aus, dass zumindest 16 der rund 40 Ärzte, die als Beisitzer am Erbgesundheitsgericht Wien fungierten, Mitglieder einer NS-Organisation, z.B. NSDAP, SS oder SA, waren. Hinsichtlich Hypothese 1 soll diesbezüglich auch getestet werden, ob ärztliche Beisitzer, wenn zumindest ein Arzt eine Mitgliedschaft in einer NS-Organisation aufwies, mit einer höheren Wahrscheinlichkeit eine Zwangssterilisation anordneten. Werden nun die Mitgliedschaften der 16 ärztlichen Beisitzer berücksichtigt, zeigt sich, dass bei zumindest 683 Prozessen sowohl der beamtete als auch der nicht-beamtete Arzt in einer NS-Organisation als Mitglied gemeldet waren. Bei 689 Prozessen war es einer der beiden und in 105 Fällen wies keiner der beiden ärztlichen Beisitzer einer Mitgliedschaft in einer NS-Organisation auf. In über 90 % der 1.477 Prozesse – aus deren Prozessakten abzulesen ist, welche Ärzte als Beisitzer fungierten – war somit nach dieser Beobachtung zumindest einer der beiden Beisitzer in der NSDAP (oder zumindest Anwärter), der SS oder der SA. Bei über 90 % der Fälle konnte das Reichsministerium des Innern daher wohl davon ausgehen, dass zumindest einer der beteiligten Ärzte „auf dem Boden der nationalsozialistischen Weltanschauung“ stand.

Da jedoch die Mitgliedschaft hinsichtlich der Zweckidentifikation in dieser Arbeit von großer Bedeutung ist, wurde versucht, ein noch genaueres Bild dieser zeichnen zu können. Durch die ausführliche Forschung zu den Biographien der ärztlichen Beisitzern an Erbgesundheitsgerichten in Österreich – der *Ostmark* – von Michael Hubenstorf, die zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht veröffentlicht ist, er für diese Arbeit aber dankenswerterweise zur Verfügung stellte, kann dies bewerkstelligt werden.<sup>39</sup> So waren es nicht 16 Ärzte am EGG Wien, die eine Mitgliedschaft in einer NS-Organisation aufwiesen, sondern zumindest 32 von 39 Ärzten, wie in Tabelle 1 auf Basis der Forschung von Hubenstorf veranschaulicht wird. Neben der Stellung bzw. dem Beruf der Ärzte werden hier auch die Mitgliedschaft(en) in NS-Organisation – falls dokumentiert – sowie die Anzahl der Beisitze dargestellt. Mitgliedschaften

---

<sup>39</sup> E-Mail von Michael Hubenstorf vom 10.6.2020 an den Verfasser dieser Arbeit.

bestanden demnach in der NSDAP, der SS, der SA, dem „Nationalsozialistischem Deutschen Ärztebund“ (NSDÄB) und dem „Nationalsozialistischem Kraftfahrkops“ (NSKK).

Hinsichtlich der Anzahl der beteiligten ärztlichen Beisitzer ist noch anzumerken, dass eher davon auszugehen ist, dass es nicht 39, sondern 37 Ärzte waren. So dürfte es sich bei Alois Breitenecker und Josef Sobotka um Schreibfehler handeln. Gemeint waren wohl Leopold Breitenecker und Erich Sobotka. Bei dem Namen A. Huter könnte es sich um Adolf Huber oder Alfred Hutter handeln – dies kann jedoch nicht abschließend bestimmt werden.

Von diesen 37 ärztlichen Beisitzern am EGG Wien kann folglich in 32 Fällen zumindest eine NS-Organisationsmitgliedschaft nachgewiesen werden – häufig auch mehrere, wie in Tabelle 1 veranschaulicht. Über 80 % der bestellten Ärzte waren demnach in einer NS-Organisation als Mitglied eingetragen. Werden insgesamt die Mitgliedschaften von Ärzten im Dritten Reich in der NSDAP – die für die Mitgliedschaft in anderen NS-Organisation häufig Voraussetzung war – herangezogen, zeigt sich, dass mit rund 45 % ein durchaus hoher Wert zu beobachten ist, dieser aber deutlich geringer ist als am EGG Wien (vgl. Kater 2002: 125f.; 394). Ärzte, die eine Mitgliedschaft in einer NS-Organisation aufwiesen, waren folglich am EGG Wien – wie auch in allen anderen Erbgesundheitsgerichten in der *Ostmark*<sup>40</sup> – überrepräsentiert. Ein weiteres Indiz dafür, dass bei der Bestellung der Ärzte auf deren Zweckidentifikation („nationalsozialistische Weltanschauung“) geachtet wurde.

---

<sup>40</sup> Dies geht ebenfalls aus der vorliegenden E-Mail von Michael Hubenstorf hervor.

Tabelle 1: Ärztliche Beisitzer am EGG Wien und deren NS-Mitgliedschaften

Name	Stellung	NS-Organisation	NSDÄB	Fälle
Krzizek, August	Amtsarzt	(Anwärter) NSDAP, SA	?	262
Breuning, Erich	Amtsarzt	NSDAP	1940	232
Neusser, Erich	Landesvertrauensarzt	NSDAP, SA, SS	1933	227
Kittinger, Alois	ärztl. Leiter KH	NSDAP, SA	?	216
Schmidt, Franz	Gemeindearzt	NDSAP, SS	?	189
Windholz, Karl	Amtsarzt	NSDAP, SA	1938	176
Lakatha, Heinrich	Amtsarzt	NSKK	?	135
Haidinger, Erwin	Amtsarzt	NSDAP, SA	1940	131
Fuchs, Adolf	Stabsarzt/Feldarzt	NSDAP, SA	?	130
Scholz, Lothar	Amtsarzt	NSDAP, SA	1940	115
Egermann, Josef	Kreisarzt	NSDAP, NSKK	?	109
Hickelsberger, Hans	Amtsarzt	NSDAP, SA	1940	98
Auersperg, Alfred	Leiter Nervenheilanstalt	(Anwärter) NSDAP, SS	1941	85
Hutter, Rudolf	Amtsarzt	?	1940 Aw	82
Schindlmaisser, Felix	Gemeindearzt	NSDAP, SA	?	79
Bertha, Hans	ärztl. Leiter Am Spiegelgrund	NSDAP, SS	?	77
Breitenecker, Leopold	Universität Wien	NSDAP	?	72
Tobis, Max	Wohlfahrtsref. KVD Wien & Kommissar für die jüdische „Krankenbehandler“	NSDAP	1932	66
Müller, Hermann	prakt. Arzt/Gemeindearzt	NSDAP, SA	1942	56
Illing, Ernst	ärztl. Leiter Am Spiegelgrund	NSDAP	1938	50
Sobotka, Erich	Hilfsarzt	NSKK	?	48
Sekyra, Hubert	???	NSDAP, SA	1940	39
Tacina, Gustav	Gemeindearzt	NSDAP	?	37
Sladek, Josef	Bahnarzt	?	?	36
Pichler, Ernst	Universitätsklinik	NSDAP, SS	1941	33
Killiches, Walter	Amtsarzt	NSKK (NSDAP?)	?	27
Zaussinger, Josef	prakt. Arzt/Gemeindearzt	NSDAP	?	24
Beck-Wiedmannstetter, Hans	Amtsarzt	NSDAP	1941	23
Bruha, Franz	Prim. Heil- und Pflegeanstalt Steinhof	NSDAP, SA	1941	20
Müller, Hans	FA Neurologie	?	?	15
Euler-Rolle, Fritz	Vertrauensarzt Krankenfürsorgeanstalt	NSDAP, SS	?	13
Sobotka, Josef	?	?	?	12
Schnaberth, Karl	Assistent der Orthopädie	NSDAP	1940	11
von Chiari, Karl	Orthopädische Station	NSDAP, SA	?	9
Hamminger, Otto	Amtsarzt	NSDAP	?	5
Viktor Schopf	Landessanitätsdirektion NÖ	?	?	5
Kokesch, Otto	?	NSDAP, SA	1940	4
A. Huter	?	?	?	2
Breitenecker, Alois	?	?	?	0

Quelle: E-Mail von Michael Hubenstorf vom 10.6.2020

Durch diese Auflistung kann auch das Verhältnis von Fällen mit keinem, einem oder beiden Beisitzern als Mitglied in einer NS-Organisation nachgeschärft werden. So kam es bei keinem einzigen der genannten 1.477 Prozesse vor, dass keiner der beiden Beisitzer Mitglied einer NS-Organisation war. Es waren demgegenüber bei 1.325 Fällen – etwa 90 % – beide Ärzte Mitglied in einer NS-Organisation. In den restlichen 152 ist bei einem der beiden Ärzte eine Mitgliedschaft dokumentiert. Tabelle 2 gibt eine Übersicht darüber, wie häufig ein bzw. beide ärztlichen Beisitzer zwischen 1940 bis 1945 zumindest eine NS-Mitgliedschaft hatten.

Ob dabei der betreffende Arzt zum Zeitpunkt des ersten Beisitzes und somit bei dessen Bestellung bereits Mitglied in einer NS-Organisation war, kann bei einigen Beisitzern nach bisherigem Wissensstand nicht mit Sicherheit bestimmt werden. Festzuhalten ist jedoch, dass Euler-Rolle, Neusser und Pichler bereits Anfang der 1930er Jahre Mitglieder der NSDAP waren – ebenso wie Bertha, Breitenecker, Breuning, Haidinger, Hickelsberger, Illing, Schmidt, Scholz und Windholz. Auersperg und Krzizek waren zumindest ab 1938 Anwärter. Darüber hinaus kann auch bei Bruha und Hermann Müller davon ausgegangen werden, dass sie bei ihrer Bestellung wohl Mitglied in der NSDAP waren. Anhaltspunkt für diese Annahme ist, dass sie zumindest ab 1941 bzw. 1942 Mitglieder des NSDÄB waren. Voraussetzung für eine Mitgliedschaft in dieser war die Mitgliedschaft in der NSDAP. Da aus den Prozessakten ersichtlich ist, dass Hermann Müller vor allem 1942 sowie 1943 und Bruha 1943 Beisitzer waren, kann diese Annahme insofern bestätigt werden, als die Beisitze somit zu einem Zeitpunkt erfolgten, wo eine Mitgliedschaft bereits mit großer Wahrscheinlichkeit bestand – waren sie zu diesem Zeitpunkt doch schon Mitglieder des NSDÄB.

Durch Tabelle 2 wird ersichtlich, dass 1940 in nur drei Fällen einer der beiden Beisitzer Mitglied einer NS-Organisation war. Demgegenüber bestand bei 115 Fällen – somit in etwa 97 % – bei beiden ärztlichen Beisitzern eine NS-Mitgliedschaft. Für die Jahre 1941 und 1942 ist der Anteil jener Fälle, bei denen beide Beisitzer eine NS-Mitgliedschaft aufwiesen mit rund 81 bzw. 90 % geringer. Diesbezüglich kann zum einen auf die hohe Anzahl an Prozessen verwiesen werden – lag sie doch in beiden Jahren bei knapp 500 – als auch auf kriegsbedingte Veränderungen. So wurde z.B. Euler-Rolle Anfang 1941 zur Waffen-SS einberufen und auch Killiches und Schnaberth fungierten nicht mehr länger als Beisitzer am Erbgesundheitsgericht Wien (vgl. Spring 2009: 83).

1943 hatten von den 299 Prozessen, bei denen ein Gerichtsentscheid vorliegt, in rund 97 % der Fälle beide beteiligten ärztlichen Beisitzer zumindest eine NS-Mitgliedschaft. 1944 und 1945 waren in den 65 bzw. 6 Prozessen in allen Fällen beide Beisitzer Mitglied in einer NS-Organisation. Bezüglich der hier genannten Anzahl an Prozessen ist nochmals zu erwähnen,

dass nur Prozesse erfasst wurden, in denen ein Gerichtsentscheid vorliegt – wie noch in Punkt 4 ausführlicher dargestellt wird. Dies bedeutet jedoch nicht, dass es 1944 und 1945 „nur“ 65 bzw. 6 Prozesse gab. Spring geht viel eher davon aus, dass 1944 zumindest 200 und 1945 150 Prozesse stattfanden (vgl. ebd.: 46).

Tabelle 2: NS-Mitgliedschaft an Prozess beteiligten ärztlicher Beisitzer nach Jahr

NS-Mitgliedschaft ärztl. Beisitzer		Jahr						Gesamt
		1940	1941	1942	1943	1944	1945	
ein ärztl. Beisitzer	n	3	92	47	10	0	0	152
	%	2,54	18,51	9,55	3,34	0	0	10,29
beide ärztl. Beisitzer	n	115	405	445	289	65	6	1.325
	%	97,46	81,49	90,45	96,66	100	100	89,71
<b>Gesamt</b>	n	118	497	492	299	65	6	1.477
	%	100	100	100	100	100	100	100

Quelle: Verfahrensakten EGG Wien (eigene Erfassung)

Für die Formulierung von Hypothese 1 ist anfangs noch davon ausgegangen worden, dass zumindest 16 ärztliche Beisitzer am EGG Wien eine Mitgliedschaft in einer NS-Organisation hatten, wobei in 683 Fällen beide, in 689 einer und in 105 Fällen keiner der beiden Ärzte eine NS-Mitgliedschaft aufwies. Durch die umfangreiche Forschung von Hubenstorf konnte jedoch ein anderes Bild gezeigt werden, nämlich, dass nicht 16, sondern zumindest 32 Ärzte bestellt wurden, die eine solche Mitgliedschaft innehatten. Somit änderte sich auch die Zusammensetzung der Beisitzer hinsichtlich der vorgenommenen Dreiteilung – beide, einer und keiner der Ärzte als Mitglied in einer NS-Organisation. Es waren hiernach in 1.325 Fällen beide und in 152 Fällen einer der beiden Beisitzer Mitglied in der NSDAP, der SS, der SA, dem NSKK oder dem NSDÄB. In keinem der Prozesse kam es folglich vor, dass keiner der beiden Ärzte in einer dieser Organisationen Mitglied war. Aus diesem Grund ist Hypothese 1 in dieser Form nicht überprüfbar, fehlt doch der Vergleichswert von Prozessen ohne NS-Mitgliederbeteiligung. Dieser erste Kenntniserwerb der Masterarbeit verlangt folglich eine Adaptierung von Hypothese 1, wobei die Richtung der Annahme bestehen bleibt. Wiesen demnach beide Ärzte eine NS-Mitgliedschaft auf, war die Anordnung einer Zwangssterilisation wahrscheinlicher. Konkret wird Hypothese 1 wie folgt umformuliert:

- Hypothese 1: „Wiesen beiden ärztlichen Beisitzer eine Mitgliedschaft in einer NS-Organisation auf, ordneten sie mit einer höheren Wahrscheinlichkeit eine Zwangssterilisation an.“

Anhand der Ausführungen in diesem Kapitel konnten hinsichtlich der Mitgliedschaft der beteiligten ärztlichen Beisitzer demnach erste neue bzw. vertiefende Erkenntnisse hinsichtlich ihrer Mitgliedschaft in NS-Organisationen gewonnen werden. Zudem war es möglich, insgesamt 10 Hypothesen zu formulieren, deren Überprüfung zur Beantwortung der Forschungsfragen führen soll. Für diese Überprüfung ist es in einem nächsten Schritt nötig, die verwendeten Daten zu beschreiben und die in den Hypothesen genannten Merkmale zu operationalisieren – folglich aufzuzeigen, wie diese gemessen werden können. Diesbezüglich werden zudem erste deskriptive Analysen durchgeführt. Auf die Beschreibung der Daten und der genannten Merkmale aufbauend können für die Verifikation bzw. Falsifikation der Hypothesen verschiedene logistische Regressionsmodelle geschätzt werden. Durch diese Analysen wird es abschließend möglich sein, die Forschungsfragen – und somit auch die forschungsleitende Frage – zu beantworten.

#### 4. Ärztliche Beisitzer und die Anordnung einer Zwangssterilisation

Warum ordneten die ärztlichen Beisitzer am Erbgesundheitsgericht Wien zwischen 1940 und 1945 in rund 80 % der Fälle eine Zwangssterilisation an und welchen Einfluss hatten dabei die ausgearbeitete Zweckidentifikation und das GzVeN bzw. vor allem der dazugehörige Gesetzeskommentar? Kann hiernach von einer Lenkung der Gerichtsentscheide ausgegangen werden? Um dies feststellen zu können wurden die Prozessakten des Erbgesundheitsgerichts Wien aus den Jahren 1940 bis 1945 gesichtet und erfasst. Insgesamt handelt es sich hierbei um 1.682 Akten, die von Claudia Spring (2009) im Zuge ihrer Dissertation in mühsamer und langwieriger Arbeit zusammengetragen und einer deskriptiven Analyse unterzogen wurden. Es ist Claudia Spring zu verdanken, dass diese Akten für weitere Forschungen – wie diese – zugänglich gemacht wurden (zum beschwerlichen Zusammentragen der Akten siehe Spring 2009: 37-41). Die Akten liegen geordnet und um ein detailliertes Aktenverzeichnis ergänzt am Wiener Stadt- und Landesarchiv.<sup>41</sup>

---

<sup>41</sup> WSTLA, 2.3.15 Erbgesundheitsgericht (A 1/1, Verfahren mit der Geschäftszahl 1 XIII 1940–1945; A1/2, Verfahren mit der Geschäftszahl 2 XIII 1940–1945; A 1/3, Verfahren mit der Geschäftszahl XIII 1945; A 2, Verfahren mit der Geschäftszahl Nc, Hc 1940–1945).

Für diese Arbeit wurden schließlich 1.671 Akten mit den Signaturen A 1/1, A 1/2 und A 1/3 gesichtet<sup>42</sup>. Um dabei eine bestmögliche Vergleichbarkeit der Daten sicherzustellen, wurden nur die abschließenden, meist 2- bis 3-seitigen Entscheide des Erbgesundheitsgerichts Wien erfasst. Die Prozessakten sind teilweise umfangreicher und enthalten Gutachten, *Intelligenzprüfbögen*, *Sippentafeln* oder auch Fotos der betroffenen Person. Dass nur jene 2- bis 3-seitigen Entscheide herangezogen wurden bedeutet auch, dass Prozesse, in denen ein solcher Gerichtsentscheid nicht bzw. nicht mehr ausgestellt wurde, nicht berücksichtigt werden konnten – was vor allem die Jahre 1944 und 1945 betrifft. Für ein besseres Verständnis und eine Vorstellung darüber, wie ein Entscheid aussah, ist ein solcher in Appendix 8.3 abgebildet.

Da der Fokus somit nur auf den Entscheiden des Erbgesundheitsgerichts Wien liegt, wurden auch jene des Wiener Erbgesundheitsobergerichts nicht berücksichtigt. Anzumerken ist überdies, dass in den Prozessakten für das Jahr 1945 erstinstanzliche Urteile aus St. Pölten enthalten sind – auch diese wurden nicht in den Datensatz aufgenommen.

Insgesamt wurden somit 1.513 Prozessakte erfasst und in einem SPSS Daten-File abgespeichert. SPSS wurde deshalb gewählt, da es ein geläufigeres und benutzer- bzw. benutzerinnenfreundliches Format ist als z.B. STATA oder R. Dadurch soll vor allem gewährleistet werden, dass der erfasste Datensatz für eventuelle weitere Forschungen einem möglichst breiten Personenkreis zugänglich und einfach zu handhaben ist. Die verschiedenen Auswertungen wurden mit STATA 15.1 (IC) durchgeführt.

Durch eine Vollerhebung aller relevanter Gerichtsakte wird das Ziel verfolgt, dass hierdurch eine möglichst hohe Fallzahl erreicht werden kann und somit auch gewährleistet ist, dass unterschiedliche quantitative Analysen durchgeführt werden können.

Unter Punkt 2.3 und 3.1.3 wurden Hypothesen formuliert, für deren Überprüfung es noch notwendig ist, die verschiedenen darin genannten Merkmale messbar zu machen – folglich zu operationalisieren. Für die Mitgliedschaft der ärztlichen Beisitzer in einer NS-Organisation wurde dies bereits gemacht (siehe Tabelle 2). Weitere Merkmale – in der Reihenfolge der Hypothesen – sind: Bestellung eines Gutachters, Alter, Geschlecht, Verweis einer *Fortpflanzungsgefahr*, Verweis einer *Sippenbelastung*, Beruf, Verweis eines Anstaltsaufenthalts, Verweis auf Elternschaft/Schwangerschaft, Familienstand und gesetzliche Vertretung. Ein weiteres Merkmal ist zudem die genannte Diagnose einer *Erbkrankheit*. Überprüft werden alle Hypothesen hinsichtlich ihres Einflusses auf die Anordnung einer

---

<sup>42</sup> Die hier nicht berücksichtigten Akten mit der Signatur Nc, Hc haben wohl das GzVeN als Grundlage, beschäftigen sich aber nicht mit Zwangssterilisationen.

Zwangssterilisation. Um die Sichtung und Erfassung der Akten bestmöglich zu bewerkstelligen, wurde anhand dieser Merkmale und auf Grundlage der Arbeit von Spring (2009) ein Codebuch – siehe Appendix 8.5 – angefertigt.

#### 4.1. Prozessakten und die darin enthaltenen Informationen

Das im Zentrum stehende Merkmal dieser Masterarbeit ist, ob die ärztlichen Beisitzer eine Zwangssterilisation anordneten oder nicht. Neben der Anordnung bzw. dem Entscheid gegen eine Zwangssterilisation enthalten die Prozessakten auch Fälle, die zurückgestellt, abgebrochen oder wiederaufgenommen wurden. Aufgrund des Forschungsinteresses werden diese Fälle bei der Analyse nicht berücksichtigt. Somit umfassen die Daten insgesamt 1.486 Prozessakte, wobei sich die Beisitzer in 1.205 Fällen (rund 81 %) für die Anordnung einer Zwangssterilisation entschieden, in 281 Fällen (19 %) dagegen, wie in Tabelle 3 zu sehen.<sup>43</sup> Bei der Erfassung dieses Merkmals wurde die Anordnung einer Zwangssterilisation mit dem Wert 1 aufgenommen – wurde der Antrag abgewiesen, ordneten die beiden Ärzte folglich keine Zwangssterilisation an, der Wert 2. Für die abschließenden logistischen Regressionsmodelle, innerhalb derer geschätzt wird, ob ein Ereignis eintritt (Anordnung) oder nicht eintritt (Nichtanordnung), wurde dies umkodiert. Ordneten die ärztlichen Beisitzer demzufolge keine Zwangssterilisation an, erhält dies den Wert 0, die Anordnung einer Zwangssterilisation den Wert 1.

Tabelle 3: Anordnungen einer Zwangssterilisation am EGG Wien

Anordnung einer Zwangssterilisation	n	%	Kum.
Keine Anordnung	281	18.91	18.91
Anordnung	1.205	81.09	100.00
Gesamt	1486	100.00	

Quelle: Verfahrensakten EGG Wien (eigene Erfassung)

Neben der Entscheidung, ob es zu einer Anordnung einer Zwangssterilisation kam oder ob diese abgelehnt wurde, ist zudem die Diagnose von Relevanz: welche *Erbkrankheit* wurde folglich von den ärztlichen Beisitzern genannt. Wie bereits mehrfach erwähnt, konnte dies *erblicher/angeborener Schwachsinn, Schizophrenie, zirkuläres (manisch-depressives) Irresein, erbliche Fallsucht, erblicher Veitstanz, erbliche Blindheit, erbliche Taubheit, schwere erbliche körperliche Missbildung* oder *schwerer Alkoholismus* sein. In den Daten wurde die im Gerichtsentscheid genannte Diagnose (wenn vorhanden) aufgenommen – kam es zur Nennung

<sup>43</sup> Im Folgenden wird sich auf diese Grundgesamtheit berufen.

mehrerer *Erbkrankheiten*, wurde jedoch nur die Erstgenannte erfasst. Tabelle 4 veranschaulicht, dass im Großteil der 1.468 Fälle, in deren Gerichtsentscheid eine Diagnose enthalten war, bei rund 45 % der Fälle *erblicher/angeborener Schwachsinn*, bei etwa 26 % der Fälle *Schizophrenie* und in knapp 17 % der Fälle *erbliche Fallsucht* genannt wurde. Auch hier wurde beim Erfassen der Akten den verschiedenen Diagnosen ein Wert zugeordnet: in obiger Reihenfolge von 1 (*erblicher/angeborener Schwachsinn*) bis 10 (*schwerer Alkoholismus*).

Tabelle 4: Genannte Diagnosen am EGG Wien

Am EGG Wien genannte Diagnosen	n	%	Kum.
Erblicher/angeborener Schwachsinn	656	44.69	44.69
Schizophrenie	383	26.09	70.78
Zirkuläres (manisch-depressives) Irresein	52	3.54	74.32
Erbliche Fallsucht	243	16.55	90.87
Erbliche Veitstanz	4	0.27	91.14
Erbliche Blindheit	7	0.48	91.62
Erbliche Taubheit	33	2.25	93.87
Schwere erbliche körperliche Missbildung	50	3.41	97.28
Schwerer Alkoholismus	40	2.72	100.00
Gesamt	1468	100	

Quelle: Verfahrensakten EGG Wien (eigene Erfassung)

Wird in den Akten darauf verwiesen, dass in der Familie der betroffenen Person eine *Erbkrankheit* vorlag – es wird in den Prozessakten von *Sippenbelastung* geschrieben – wurde auch dies aufgenommen. Das Vorliegen eines solchen Verweises wurde mit dem Wert 1 aufgenommen. Ist demgegenüber explizit vermerkt, dass keine *Sippenbelastung* vorlag, wurde dies mit dem Wert 2 in die Daten aufgenommen. Ein Fehlen eines entsprechenden Verweises wurde ebenfalls festgehalten – als fehlender Wert („999“). Für die weitere Analyse wurde dies jedoch auf den Wert 0 umkodiert, damit jenes Fehlen in der logistischen Regression als Referenzkategorie fungiert.

Warum die ärztlichen Beisitzer eine *Sippenbelastung* feststellten, ist aufgrund der Eingrenzung durch die Forschungsfragen nicht festgehalten und erfährt somit auch keine weitere Analyse. Anzumerken ist jedoch, dass dies durchaus einer genaueren Auseinandersetzung bedürfe, fiel bei der Erfassung doch auf, dass teilweise sehr willkürlich argumentiert wurde. So reichte in manchen Prozessen, dass z.B. der Vater „Trinker gewesen sein“<sup>44</sup> soll oder, dass dieser „jähzornig und grob und der Vaters Vater Trinker“<sup>45</sup> war. In

<sup>44</sup> 1/2 XIII 159/42.

<sup>45</sup> 1/1 XIII 70/42.

anderen bestand als „erblichen Belastung [...] nur die Trunksucht des Grossvaters“<sup>46</sup>, was nicht für die Feststellung einer *Sippenbelastung* ausreichte. Entscheidungs- und Handlungsspielräume verdeutlichen sich folglich auch in diesem Zusammenhang.

Wie durch Tabelle 5 gezeigt werden kann, stellten die Beisitzer am Erbgesundheitsgericht Wien insgesamt in 709 Fälle eine solche *Sippenbelastung* fest. In 277 Fällen merkten sie explizit an, dass eine solche nicht vorlag. In genau 500 Fällen fand sich kein Verweis.

Tabelle 5: Vermerk einer Sippenbelastung am EGG Wien

<b>Vermerk Sippenbelastung</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Kum.</b>
Keine Angabe/Anmerkung	500	33.65	33.65
Keine <i>Sippenbelastung</i> vermerkt	277	18.64	52.29
<i>Sippenbelastung</i> vermerkt	709	47.71	100.00
Gesamt	1486	100.00	

Quelle: Verfahrensakten EGG Wien (eigene Erfassung)

Vor allem Personen mit *Schizophrenie*, so wurde bereits unter Verweis auf den Gesetzeskommentar von Gütt et al. beschrieben, seien zumindest vorübergehend oder auch dauerhaft in „Nervenkliniken, Irrenanstalten, Privatsanatorien und Kuranstalten“ untergebracht. Aus diesem Grund, so wurde weiters ausgeführt, seien „sie eine wahre Plage für die Menschheit“ (Gütt et al. 1936: 131f.). Hieraus konnte abgeleitet werden, dass ärztliche Beisitzer auch auf eine eventuelle Unterbringung der betroffenen Person in einer Anstalt zum Zeitpunkt des Prozesses achten sollten. Wie bei Spring (2009) bereits vermerkt, handelt es sich in den vorliegenden Akten vor allem um die Anstalten Am Steinhof, Gugging und Spiegelgrund (Spring 2009: 102-104). Da für die weitere Analyse jedoch nicht entscheidend ist, in welcher Anstalt die betroffene Person untergebracht war, sondern nur, ob es einen Anstaltsaufenthalt gab oder nicht, wurde insofern umkodiert. Lag ein Anstaltsaufenthalt vor, wurde dies mit Wert 1 kodiert – lag kein Aufenthalt vor bzw. hielten die Ärzte hierzu nichts fest, wurde Wert 0 zugeordnet.

Tabelle 6 zeigt, dass in 592 der 1.486 Prozessakte – somit 39,7 % – ein solcher Anstaltsaufenthalt vermerkt ist. In den restlichen 894 Fällen findet sich kein Verweis auf eine Unterbringung in einer Anstalt zum Zeitpunkt des Prozesses, weshalb davon ausgegangen wird, dass ein solcher nicht vorlag.

<sup>46</sup> 1/2 XIII 197/42.

Tabelle 6: Vermerk eines Anstaltsaufenthalts am EGG Wien

Vermerk Anstaltsaufenthalt	n	%	Kum.
Kein Aufenthalt vermerkt	896	60.30	60.30
Aufenthalt vermerkt	590	39.70	100.00
Gesamt	1486	100.00	

Quelle: Verfahrensakte EGG Wien (eigene Erfassung)

Um klären zu können, ob auch das Vorhandensein einer gesetzlichen Vertretung bei der Anordnung einer Zwangssterilisation eine Rolle spielte, wurde auch dieses Merkmal erfasst. Von Relevanz ist hierbei jedoch nur, ob eine gesetzliche Vertretung vermerkt ist oder nicht – und nicht, wer diese Person war. Wie bei Spring (2009) aufgelistet, handelte es sich meist um die Mutter bzw. den Vater der betroffenen Person als auch den Ehepartner, ein Familienmitglied, einen Pfleger oder eine Pflegerin oder einen Rechtsanwalt (vgl. ebd: 104-106). In 971 Fällen (etwa 65,3 %) ist angegeben, dass die betroffene Person eine gesetzliche Vertretung hatte. In den restlichen rund 34,7 % – 515 Fällen – findet sich kein Vermerk einer gesetzlichen Vertretung bzw. Vormundschaft, wie in Tabelle 7 zu sehen. Wie bereits im Zusammenhang mit dem Anstaltsaufenthalt einer betroffenen Person, ist auch bei diesem Merkmal das Vorliegen mit dem Wert 1, das Nichtvorliegen mit 0 kodiert

Tabelle 7: Vermerk einer gesetzlichen Vertretung am EGG Wien

Vermerk gesetzl. Vertretung	n	%	Kum.
Keine gesetzl. Vertretung	515	34.66	34.66
Gesetzl. Vertretung vermerkt	971	65.34	100.00
Gesamt	1486	100.00	

Quelle: Verfahrensakte EGG Wien (eigene Erfassung)

Wie in Punkt 3.1 ausgearbeitet wurde, war ein weiteres Merkmal, auf das die Ärzte achten sollten, der Beruf einer Person. Hierbei stand vor allem die Frage im Mittelpunkt, ob sie einer Person aufgrund ihres Berufs eine *Lebensbewährung* zu- bzw. absprachen. Diesbezüglich konnte des Weiteren ausgearbeitet werden, dass z.B. einfache, sich wiederholende Tätigkeiten gegen das Vorliegen einer solchen sprachen. Auf Grundlage der Ausführungen von Spring (2009: 101) wurde zwischen HilfsarbeiterIn, Haushalt<sup>47</sup>, Gewerbe, LandarbeiterIn/landw. Hilfsarbeit, in Ausbildung, Sonstiges/Pension und ohne Beruf unterschieden. Ist kein etwaiger Vermerk zu finden, wurde dies als fehlender Wert aufgenommen. Den verschiedenen Kategorien wurden Werte von 1 (HilfsarbeiterIn) bis 7 (ohne Beruf) zugeordnet – fehlende Werte wurden für die weitere Analyse zur Referenzkategorie mit dem Wert 0 umkodiert.

<sup>47</sup> Diese Kategorie wurde auch bei Frauen herangezogen, bei denen z.B. „Bäckergehilfengatten“ vermerkt wurde.

Tabelle 8 veranschaulicht, dass mit 423 (rund 28,5 %) die größte Berufsgruppe jene der Hilfsarbeiterinnen und Hilfsarbeiter war. In 183 Prozessakten (etwa 12,3 %) findet sich keine Erwähnung eines von der betroffenen Person ausgeübten Berufs. Auffallend ist jedoch, dass in 251 Fällen (etwa 16,9 %) explizit darauf verwiesen wurde, dass die Person „ohne Beruf“ war. Wird dies im Licht der Ausführungen unter Punkt 3.1 gesehen, kann ein solcher Verweis wohl insofern verstanden werden, dass in jenen 251 Fällen keine *Lebensbewährung* von den ärztlichen Beisitzern gesehen wurde – dies wird jedoch durch weitere Analysen zu klären sein.

Tabelle 8: Beruf der betroffenen Personen am EGG Wien

Beruf betroffene Personen	n	%	Kum.
Keine Angabe/Anmerkung	183	12.31	12.31
HilfsarbeiterIn	423	28.47	40.78
Haushalt	201	13.53	54.31
Gewerbe	234	15.75	70.05
LandarbeiterIn/landw. HilfsarbeiterIn	87	5.85	75.91
In Ausbildung	25	1.68	77.59
Sonstiges/Pension	82	5.52	83.11
Ohne Beruf	251	16.89	100.00
Gesamt	1486	100.00	

Quelle: Verfahrensakten EGG Wien (eigene Erfassung)

Ein weiteres Merkmal, auf das bereits im Zuge des Antrags auf eine Zwangssterilisation geachtet werden sollte, war die bestehende *Fortpflanzungsgefahr* einer Person. Diesbezüglich ist festgehalten worden, dass eine geschlechtsspezifische Unterscheidung von Seiten der Ärzte vorzunehmen war, da zum Beispiel ein bestimmter Grad von „Idiotie“ bei einem Mann bereits dessen *Fortpflanzungsgefahr* widerlege, diese beim selben Grad jedoch bei einer Frau weiterhin bestehen würde. Obwohl eine bestehende *Fortpflanzungsgefahr* vor allem bereits vor einem Prozess, nämlich beim Antrag auf Unfruchtbarmachung, ausschlaggebend war, wurde bei der Sichtung der Prozessakten auch darauf geachtet, ob eine *Fortpflanzungsgefahr*, *-gelegenheit* oder *-fähigkeit* vermerkt ist. Dadurch sollte bewerkstelligt werden, dass geprüft werden kann, ob auch ärztliche Beisitzer auf eine solche explizit Bezug nahmen und ob hier geschlechtsspezifische Unterscheidungen vorgenommen wurden.

Gleichzeitig mit einer möglichen *Fortpflanzungsgefahr* einer Person ist auch explizit auf deren *Lebensbewährung* bzw., wie ebenfalls in den Akten beschrieben, *Lebenswissen*, verwiesen. Wie angemerkt wurde, sollte hierbei wohl der Beruf einer Person ausschlaggebend sein, jedoch insofern, dass es nicht nur entscheidend war, ob ein Beruf ausgeübt wurde oder nicht, sondern auch um welche Art der Tätigkeit es sich handelte. In diesem Zusammenhang, ist noch zu überprüfen, ob es tatsächlich einen Zusammenhang zwischen dem Beruf einer

Person und dem Verweis auf (Nicht-)Vorliegen von *Lebensbewährung* bzw. (Nicht-)Vorhandensein von *Lebenswissen* gibt.

Sowohl das (Nicht-)Vorhandensein einer *Fortpflanzungsgefahr* sowie einer *Lebensbewährung* bzw. *Lebenswissen* wurde erfasst – wobei bei einer Doppelnennung das Erstgenannte in die Daten aufgenommen wurde. *Fortpflanzungsgefahr* wurde bei Personen vermerkt, bei denen dies explizit erwähnt bzw. auf eine *Fortpflanzungsgelegenheit* und -*fähigkeit* verwiesen wurde als auch bei Personen, die als „sexuell hemmungslos“<sup>48</sup> beschrieben wurden. Vermerkten die Beisitzer die *Lebensbewährung* bzw. das Vorhandensein von *Lebenswissen*, wurde auch dies aufgenommen. Darüber hinaus sind auch gegenteilige Verweise erfasst worden: wenn explizit festgehalten wurde, dass keine *Fortpflanzungsgefahr* bzw. keine oder nur geringe *Lebensbewährung/Lebenswissen* vorlagen. Vorhandensein einer *Fortpflanzungsgefahr* wurde mit dem Wert 1 erfasst, *Lebensbewährung/Lebenswissen* mit dem Wert 3 – gegenteiliges mit Wert 2 bzw. 4. Ist nichts dergleichen in den Gerichtsentscheiden festgehalten, wurde dies als fehlender Wert erfasst und für die weitere Analyse zur Referenzkategorie mit dem Wert 0 umkodiert.

In Tabelle 9 wird dargestellt, dass in mehr als der Hälfte der für diese Arbeit relevanten Prozessakten – in 837 Fällen (etwa 56,3 %) – kein diesbezüglicher Vermerk zu finden ist. In 248 Fällen (rund 16,7 %) stellten die Beisitzer eine (dringende) *Fortpflanzungsgefahr* der betroffenen Person fest – in 251 Fällen (ebenfalls etwa 16,9 %) sprachen sie ihr die *Lebensbewährung* bzw. das *Lebenswissen* ab. Dagegen wurde in 24 Fällen (rund 1,6 %) explizit von keiner *Fortpflanzungsgefahr* ausgegangen bzw. in 126 Fällen (etwa 8,5 %) auf das Vorhandensein von *Lebensbewährung/Lebenswissen* hingewiesen.

Tabelle 9: Vermerk einer Fortpflanzungsgefahr/Lebensbewährung am EGG Wien

Vermerk zu Gerichtsentscheid	n	%	Kum.
Keine Angabe/Anmerkung	837	56.33	56.33
(Dringende) <i>Fortpflanzungsgefahr</i>	248	16.69	73.01
Keine <i>Fortpflanzungsgefahr</i>	24	1.62	74.63
<i>Lebensbewährung/Lebenswissen</i>	126	8.48	83.11
Keine <i>Lebensbewährung/Lebenswissen</i>	251	16.89	100.00
Gesamt	1486	100.00	

Quelle: Verfahrensakten EGG Wien (eigene Erfassung)

Ob eine betroffene Person bereits Kinder hatte, sollte nicht von Belang sein. Dennoch, so konnte gezeigt werden, wurde z.B. eine Schwangerschaft als Begründung für das Vorliegen

<sup>48</sup> siehe z.B. in den Prozessakten mit den Nummern 1/1 XIII 247/41 und 1/1 XIII 261/41.

einer *Fortpflanzungsgefahr* herangezogen. Wie bereits vermerkt, ist einem möglichen Zusammenhang dieser beiden Merkmale noch nachzugehen.

Aus diesem Verständnis wurde das Merkmal Elternschaft erfasst, das das Vorhandensein von Kindern und eine mögliche Schwangerschaft abbildet. Verwiesen die ärztlichen Beisitzer in ihrer Entscheidung folglich darauf, dass die betroffene Person bereits Kinder hatte oder dass die betroffene Frau schwanger war, wurde dies aufgenommen und der Wert 1 zugeteilt. Keine Anmerkung wurde als fehlender Wert erfasst und für die weitere Analyse zur Referenzkategorie mit dem Wert 0 umkodiert.

In 1.259 Prozessakten und somit rund 85,1 % ist, wie in Tabelle 10 veranschaulicht, keine Angabe bzw. Anmerkung hinsichtlich Kindern oder einer Schwangerschaft der betroffenen Person zu finden. In 220 Fällen – etwa 14,9 % – hielten die Ärzte fest, dass eine Schwangerschaft vorliegt oder dass die betroffene Person bereits Kinder hatte.

*Tabelle 10: Vermerk einer Elternschaft/Schwangerschaft am EGG Wien*

<b>Vermerk Elternschaft/Schwangerschaft</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Kum.</b>
Keine Angabe/Anmerkung	1259	85.13	85.13
Elternschaft/Schwangerschaft	220	14.87	100.00
Gesamt	1479	100.00	

Quelle: Verfahrensakten EGG Wien (eigene Erfassung)

Neben der Elternschaft einer Person wurde auch deren Familienstand erfasst. Wie Tabelle 11 zeigt, waren etwa 95 % der betroffenen Personen ledig oder verheiratet: 1.039 Personen und somit 72,45 % waren ledig (= Referenzkategorie mit Wert 0); 321 Personen, demnach etwa 22,4 % waren verheiratet (Wert 1). Die weiteren rund 5,1 % befanden sich in einer Lebensgemeinschaft, waren geschieden, verwitwet oder verlobt und wurden in der Kategorie „Sonstiges“ mit dem Wert 2 zusammengefasst.

*Tabelle 11: Familienstand betroffene Person*

<b>Familienstand betroffene Personen</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Kum.</b>
Ledig	1039	72.45	72.45
Verheiratet	321	22.38	94.84
Sonstiges	74	5.13	100.00
Gesamt	1434	100.00	

Quelle: Verfahrensakten EGG Wien (eigene Erfassung)

Um die genannten geschlechtsspezifischen Unterschiede aufzeigen zu können, wurden zudem das Geschlecht wie auch das Alter der betroffenen Personen erhoben. Diesbezüglich kann hinsichtlich der Anklage nicht festgestellt werden, dass bei Frauen sehr viel häufiger ein

Antrag auf Unfruchtbarmachung gestellt wurde und sie deshalb eher vor dem Erbgesundheitsgericht Wien standen als Männern. Von den 1.486 betroffenen Personen waren 791 Frauen (etwa 53,2 %) und 695 Männer (rund 46,8 %), wie Tabelle 12 zeigt. Für die weitere Analyse wurde Männern der Wert 0, Frauen der Wert 1 zugeteilt.

Tabelle 12: Geschlecht der betroffenen Personen am EGG Wien

Geschlecht betroffene Personen	n	%	Kum.
Männlich	695	46.77	46.77
Weiblich	791	53.23	100.00
Gesamt	1486	100.00	

Quelle: Verfahrensakte EGG Wien (eigene Erfassung)

Das Alter der betroffenen Person ist in den Prozessakten nicht gesondert angegeben, weshalb es anhand der Differenz aus Geburtsdatum und Prozessjahr berechnet wurde. Im Durchschnitt belief sich das Alter der betroffenen Personen am EGG Wien auf etwa 29 Jahre, wobei die jüngste Person 11, die älteste 67 Jahre alt war. Für eine bessere Übersicht und die Möglichkeit, Vergleiche bezugnehmend auf das Alter anzustellen, wurde dieses kategorisiert: bis 20 Jahre (Wert 1), von 21 bis 30 (2), von 31 bis 40 (3) und über 40 Jahre (Wert 4). Durch Tabelle 13 wird dargestellt, dass vor allem Personen zwischen 21 und 40 Jahren vor dem Erbgesundheitsgericht Wien standen: 498 Personen (rund 34 %) waren zwischen 21 und 30, 595 Personen (etwa 40 %) zwischen 31 und 40 Jahren. Die kleinste Gruppe stellen Personen über 40 Jahre dar. Hierbei ist zu bedenken, dass Frauen über 45 Jahren bereits als „unfruchtbar“ galten und hier keine Anzeige einer *Erbkrankheit* erfolgen sollte.

Tabelle 13: Alter der betroffenen Personen am EGG Wien

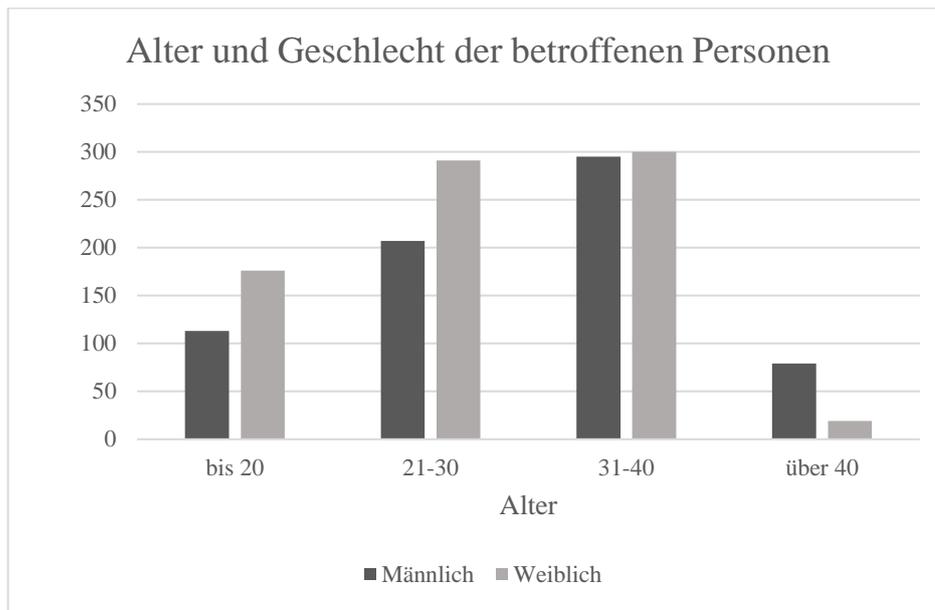
Alter betroffene Personen	n	%	Kum.
Bis 20 Jahre	289	19.53	19.53
21-30 Jahre	498	33.65	53.18
31-40 Jahre	595	40.20	93.38
40 Jahre und älter	98	6.62	100
Gesamt	1480	100.00	

Quelle: Verfahrensakte EGG Wien (eigene Erfassung)

Werden Alter und Geschlecht der betroffenen Personen betrachtet, ist anhand von Abbildung 1 zu sehen, dass Frauen eher in die beiden ersten Kategorien fallen als Männer, wogegen Männer in den beiden letzten häufiger vertreten waren. In Zusammenhang mit Hypothese 3.2, dass die ärztlichen Beisitzer bei Frauen unter 30 Jahren mit einer höheren Wahrscheinlichkeit eine Zwangssterilisation anordneten, kann an dieser Stelle somit bereits

festgehalten werden, dass Frauen nicht nur häufiger vor dem Erbgesundheitsgericht standen, wie in obiger Tabelle 12 gezeigt, sondern dass es sich hierbei vor allem um jüngere Frauen unter 30 Jahren handelte. Demnach liegt auch das Durchschnittsalter von Frauen bei rund 27,8 Jahren, bei Männern bei etwa 30,6.

Abbildung 1: Alter und Geschlecht der betroffenen Personen am EGG Wien



Quelle: Verfahrensakte EGG Wien (eigene Berechnung)

Damit auch aufgezeigt werden kann, wann die ärztlichen Beisitzer eher einen Gutachter heranzogen, ist auch dieses Merkmal erfasst worden. Hierdurch können die Hypothese 2.1 und 2.2 getestet werden. Auch dabei ist es aufgrund der Fragestellung nur relevant, ob ein Gutachter angefordert wurde oder nicht – und nicht, um welchen konkreten Gutachter es sich handelte (eine Auseinandersetzung mit den am EGG Wien tätigen Gutachtern findet sich bei Spring 2009: 132-139). Forderten die Beisitzer einen Gutachter an, ist dies in den Daten mit dem Wert 1 vermerkt – wurde kein Gutachter angefordert ist der Wert 0 zugeteilt.

Tabelle 14 zeigt, dass die involvierten Ärzte im Großteil der Prozesse am Erbgesundheitsgericht Wien, in denen die Gerichtsentscheide vorhanden sind, keinen Gutachter anforderten. Die Beisitzer waren sich folglich in 1.249 Fällen – rund 84 % – einig und ihrer Entscheidung sicher. In 237 Fällen und somit in rund 16 %, wurde dagegen ein Gutachter herangezogen.

Tabelle 14: Anforderung Gutachter am EGG Wien

<b>Gutachter angefordert</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Kum.</b>
Nicht angefordert	1249	84.05	84.05
Angefordert	237	15.95	100.00
Gesamt	1486	100.00	

Quelle: Verfahrensakte EGG Wien (eigene Erfassung)

Um zu prüfen, ob eher eine Beschwerde eingereicht und somit das Erbgesundheitsobergericht angerufen wurde, wenn die Beisitzer am EGG keine Anordnung einer Zwangssterilisation aussprachen, wurde auch erfasst, ob ein Entscheid des Erbgesundheitsobergerichts vorliegt. Ist dies der Fall, wurde der Wert 1 aufgenommen – bestand keine Beschwerde der Wert 0.

Tabelle 15 verdeutlicht, dass in 216 Fällen (etwa 15 %) gegen den Gerichtsentscheid der Ärzte am Erbgesundheitsgericht Beschwerde eingereicht und somit ein Verfahren am Erbgesundheitsobergericht geführt wurde. In 1.263 Fällen wurde keine Beschwerde gegen das Urteil des EGG Wien eingebracht – weder vom antragsstellenden Arzt noch von der betroffenen Person.

Tabelle 15: Beschwerdeverfahren am Erbgesundheitsobergericht Wien

<b>Verfahren am Erbgesundheitsobergericht</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Kum.</b>
Keine Beschwerde eingereicht	1263	85.40	85.40
Beschwerde eingereicht	216	14.60	100.00
Gesamt	1479	100.00	

Quelle: Verfahrensakte EGG Wien (eigene Erfassung)

## 4.2.,,Lenkungsmaßnahmen“ und die Anordnung einer Zwangssterilisation

Nachdem nun alle benötigten Merkmale messbar gemacht und beschrieben wurden, können in einem nächsten Schritt die formulierten Hypothesen einer deskriptiven Überprüfung unterzogen werden. Hierbei werden verschiedene Kreuztabellen berechnet und zudem unterschiedliche – je nach Skalenniveau der entsprechenden Merkmale bzw. Variablen – Zusammenhangsmaße ausgegeben.

### 4.2.1. Ärztliche Beisitzer und deren „Anordnungspraxis“

Wie gingen Ärzte bei der Anordnung einer Zwangssterilisation vor, können hierbei hinsichtlich der Mitgliedschaft in einer NS-Organisation und persönlicher Merkmale der betroffenen Person Unterschiede ausgemacht werden? Wie erwähnt, wird im Folgenden eine

deskriptive Überprüfung der Hypothesen vorgenommen. In einem ersten Schritt wird dabei der Fokus auf die ärztlichen Beisitzer, ihrer NS-Mitgliedschaft und „Anordnungspraxis“ gelegt. Darauf aufbauend werden die verschiedenen persönlichen Merkmale und sozialen Kriterien der betroffenen Personen betrachtet.

#### 4.2.1.1. *NS-Mitgliedschaft(en) und die Anordnung einer Zwangssterilisation*

Hinsichtlich der ärztlichen Beisitzer und deren Mitgliedschaft in zumindest einer NS-Organisation, als auch in Bezug auf deren „Anordnungspraxis“, wurden mehrere Hypothesen formuliert und somit Annahmen getroffen. Eine erste Annahme wurde in Bezug auf die Zweckidentifikation der Ärzte gemacht, wobei eine Mitgliedschaft in einer NS-Organisation als eben solche verstanden werden kann. Hieraus wurde folgende Hypothese formuliert:

- Hypothese 1: „Wiesen beiden ärztlichen Beisitzer eine Mitgliedschaft in einer NS-Organisation auf, ordneten sie mit einer höheren Wahrscheinlichkeit eine Zwangssterilisation an.“

Wie Tabelle 16 zeigt, war es in 150 Gerichtsprozessen der Fall, dass ein ärztlicher Beisitzer in einer NS-Organisation Mitglied war – gegenüber 1310 Prozessen, in denen beide Beisitzern Mitglied waren. In diesen 150 Fällen entschieden die Ärzte in 37 Prozessen – somit rund 25 % – keine Anordnung einer Zwangssterilisation auszusprechen. Waren beide Ärzte Mitglied in einer NS-Organisation, ist ein niedrigerer Anteil von Nichtanordnungen abzulesen: von 1.310 Fällen sprachen sie 241 Mal – folglich etwa 18 % – keine Anordnung aus. Somit kann hinsichtlich Hypothese 1 festgehalten werden, dass, wie angenommen, Ärztekonstellationen, in denen beide Beisitzer eine NS-Mitgliedschaft hatten, mit einer höheren relativen Häufigkeit eine Zwangssterilisation anordneten. Anzumerken ist jedoch, dass das Zusammenhangsmaß phi, das aufgrund der 2x2 Kreuztabellen mit zwei nominalen Variablen anzuwenden ist (vgl. Diaz-Bone 2019: 112), mit 0,0485 auf einen sehr geringen Zusammenhang beider Variablen schließen lässt. Dies kann wohl aufgrund der hohen Anzahl an Verfahren erklärt werden, an denen beide Ärzte eine NS-Mitgliedschaft aufwiesen.

Tabelle 16: NS-Mitgliedschaften ärztlicher Beisitzer und Anordnung Zwangssterilisation

NS-Mitgliedschaft ärztl. Beisitzer		Anordnung Zwangssterilisation		Gesamt
		Keine Anordnung	Anordnung	
Ein ärztl. Beisitzer	n	37	113	150
	%	24.67	75.33	100.00
Beide ärztl. Beisitzer	n	241	1069	1310
	%	18.40	81.60	100.00
Gesamt	n	278	1182	1460
	%	19.04	80.96	100.00

Quelle: Verfahrensakten EGG Wien (eigene Berechnung)

#### 4.2.1.2. NS-Mitgliedschaft(en) und die Anforderung von Gutachtern

Im Zusammenhang mit der möglichen NS-Mitgliedschaft der beiden bzw. einem der beiden ärztlichen Beisitzer wurde zudem die Annahme geäußert, dass sich Ärztekonstellationen, in denen beide Beisitzer eine Mitgliedschaft in einer NS-Organisation aufwiesen, eher einig waren. Als Konsequenz, so wurde weiter argumentiert, zogen diese Konstellationen seltener einen Gutachter heran. Die dazugehörige Hypothese lautet wie folgt:

- Hypothese 2.1: „Wiesen beide ärztliche Beisitzer eine Mitgliedschaft in einer NS-Organisation auf, konsultierten sie seltener einen Gutachter.“

Insgesamt, so lässt sich aus Tabelle 17 ablesen, forderten die ärztlichen Beisitzern in 232 der 1.459 Fälle einen Gutachter an – in 203 Prozessen waren beide Beisitzer Mitglied in einer NS-Organisation, in 29 Prozessen einer der beiden. Wird jedoch nicht die absolute Häufigkeit betrachtet, ob ein Gutachter angefordert wurde oder nicht, und ob dabei einer oder beide Beisitzer eine NS-Mitgliedschaft aufwiesen, sondern wird hinsichtlich der Mitgliedschaft unterschieden (siehe Zeilenwerte), kann obige Hypothese (zumindest teilweise) bestätigt werden. Demnach waren sich die ärztlichen Beisitzer – wenn nur einer von ihnen Mitglied in einer NS-Organisation war – in etwa 80 % einig und forderten keinen Gutachter an. Wiesen jedoch beide Ärzte eine NS-Mitgliedschaft auf, waren sie sich in rund 85 % der Prozesse einig. Nichtsdestotrotz ist auch hier mit einem phi von 0,0318 ein sehr geringer Zusammenhang der beiden Variablen festzustellen, was jedoch – wie bereits oben erwähnt – auch an der unterschiedlichen Verteilung hinsichtlich der ärztlichen Beisitzer liegen kann.

Tabelle 17: NS-Mitgliedschaften ärztlicher Beisitzer und Anforderung eines Gutachters

NS-Mitgliedschaft ärztl. Beisitzer		Gutachter angefordert		Gesamt
		Nicht angefordert	Angefordert	
Ein ärztl. Beisitzer	n	121	29	150
	%	80.67	19.33	100.00
Beide ärztl. Beisitzer	n	1106	203	1309
	%	84.49	15.51	100.00
Gesamt	n	1227	232	1459
	%	84.10	15.90	100.00

Quelle: Verfahrensakten EGG Wien (eigene Berechnung)

In Bezug auf das Heranziehen eines Gutachters konnte zudem argumentiert bzw. angenommen werden, dass sich Ärzte eher bei der Nichtanordnung einer Zwangssterilisation, die als mögliche Abweichung der Norm verstanden werden kann, einen solchen konsultierten – nämlich, um sich dadurch hinsichtlich der Erwartung abzusichern. Folgende Hypothese wurde formuliert:

- Hypothese 2.2: „Bei Prozessen, in denen die ärztlichen Beisitzer keine Zwangssterilisation anordneten, zogen sie mit höherer Wahrscheinlichkeit einen Gutachter heran.“

Bereits bei der Formulierung der Hypothesen ist vermerkt worden, dass aufgrund der obigen beiden Tabellen bzw. Hypothesen angenommen werden kann, dass bei Prozessen, in denen keine Anordnung einer Zwangssterilisation erfolgte, eher ein Gutachter herangezogen worden ist – forderten doch Ärztekongstellationen, bei denen beide Beisitzer in einer NS-Organisation Mitglied waren eher seltener einen Gutachter an und entschieden sich gleichzeitig häufiger für die Anordnung einer Zwangssterilisation. Nichtsdestotrotz wird auch Hypothese 2.2 noch ausgeführt und überprüft. Dies vor allem, um ein noch genaueres Bild der „Anordnungspraxis“ der ärztlichen Beisitzer zu zeichnen, und um die obigen beiden Hypothesen überprüfen zu können.

Wie schon bei Tabelle 17, können auch hier die relativen Häufigkeiten aus Tabelle 18 Aufschluss geben. Durch diese kann verdeutlicht werden, dass, wenn die Ärzte keine Zwangssterilisation anordneten, sie eher einen Gutachter heranzogen, als bei der Anordnung einer solchen. So wurde in rund 14 % der insgesamt 1.205 Fällen, in denen sich die ärztlichen Beisitzer für eine Zwangssterilisation entschieden, ein Gutachter konsultiert. Bei den 281 Fällen, in denen sich die ärztlichen Beisitzer gegen eine Anordnung einer Zwangssterilisation

aussprachen, wurde demgegenüber in etwa 26 % der Fälle ein Gutachter bestellt. Es lässt sich folglich zeigen, dass bei der möglichen Abweichung der Erwartung – demnach, wenn sich die Ärzte gegen eine Zwangssterilisation der betroffenen Person aussprachen – versucht wurde sich abzusichern, nämlich durch die Einbeziehung eines Gutachters.

Obwohl mit einem phi von 0,1276 ein höherer Zusammenhang der beiden Variablen als bei den obigen gezeigt werden kann, deutet dieser Wert dennoch auf einen geringen Zusammenhang hin.

Tabelle 18: Anordnung einer Zwangssterilisation und Anforderung eines Gutachters

Anordnung Zwangssterilisation		Gutachter angefordert		Gesamt
		Nicht angefordert	Angefordert	
Keine Anordnung	n	209	72	281
	%	74.38	25.62	100
Anordnung	n	1040	165	1205
	%	86.31	13.69	100
<b>Gesamt</b>	n	1249	237	1486
	%	84.05	15.95	100

Quelle: Verfahrensakten EGG Wien (eigene Berechnung)

#### 4.2.1.3. NS-Mitgliedschaft(en) und die weitere „Absicherung“ der Ärzte

Im Zusammenhang mit der Absicherung von Ärzten wurde eine weitere Annahme getroffen – jedoch nicht gegenüber der Nichteinhaltung der Erwartung, sondern eben aufgrund der Einhaltung dieser. Wie ausgeführt, war es aufgrund einer Verordnung für den Antrag auf Unfruchtbarmachung Voraussetzung, dass eine *Fortpflanzungsgefahr* der betroffenen Person vorlag. Wie jedoch durch Tabelle 9 gezeigt werden konnte, ist dennoch in 248 Prozessakten ein expliziter Vermerk auf das Vorliegen einer (dringenden) *Fortpflanzungsgefahr* zu finden. Diesbezüglich wird angenommen, dass sich vor allem Ärzte, die nicht in einer NS-Organisation Mitglied waren – und sich somit vielleicht auch weniger stark mit dem Zweck der Organisation identifizierten – mit einem solchen Verweis absichern wollten. Folgende Hypothese wurde formuliert:

- Hypothese 2.3: „Wiesen beide ärztliche Beisitzer eine Mitgliedschaft in einer NS-Organisation auf, verwiesen sie seltener auf das Vorliegen einer *Fortpflanzungsgefahr*.“

Werden abermals die relativen Häufigkeiten betrachtet – hier von Tabelle 19 – wird ersichtlich, dass in den 150 Prozessen, in denen nur einer der beiden ärztlichen Beisitzer

Mitglied einer NS-Organisation war, 41 Mal und somit in rund 27 % der Fälle auf eine (dringende) *Fortpflanzungsgefahr* der betroffenen Person verwiesen wurde. Waren demgegenüber beide ärztlichen Beisitzer in einer NS-Organisationsmitgliedschaft, beträgt dieser Anteil etwa 16 % – und ist somit deutlich geringer.

Hinsichtlich Hypothese 6.2, die die Überprüfung der Wahrscheinlichkeit einer Zwangssterilisation in Bezug auf einen Vermerk der *Lebensbewährung* zum Ziel hat, kann an dieser Stelle bereits festgehalten werden, dass auch hier Ärztekonstellationen mit zwei NS-Mitgliedern, eher vermerkten, dass eine solche nicht vorlag. In rund 18 % der Prozesse, in denen beide Ärzte Mitglied in einer NS-Organisation waren, vermerkten diese, dass die betroffene Person kein *Lebenswissen* habe bzw. keine *Lebensbewährung* aufwies. War nur ein Arzt Mitglied einer NS-Organisation, lag dieser Wert bei 10 %. Es kann somit festgestellt werden, dass sich Ärztekonstellationen mit nur einem Arzt als NS-Mitglied, häufiger durch den Verweis auf eine *Fortpflanzungsgefahr* oder das Fehlen von *Lebenswissen* bzw. *Lebensbewährung* wohl abzusichern versuchten. Dies deckt sich auch mit den Beobachtungen hinsichtlich der Bestellung von Gutachtern bei der Nichtanordnung einer Zwangssterilisation.

Wie bereits bei den vorigen Kreuztabellen, liegt auch hier mit 0,1102 ein geringes Zusammenhangsmaß vor. Da es sich um zwei nominale Variablen mit dichotomer bzw. polytomer Ausprägung handelt, wurde als Zusammenhangsmaß Cramer's V gewählt (vgl. Diaz-Bone 2019: 112).

Tabelle 19: Vermerk Fortpflanzungsgefahr/Lebensbewährung und NS-Mitgliedschaft ärztlicher Beisitzer

Vermerk zu Gerichtsentscheid		NS-Mitgliedschaft ärztl. Beisitzer		Gesamt
		Ein ärztl. Beisitzer	Beide ärztl. Beisitzer	
Keine Angabe/Anmerkung	n	76	738	814
	%	50.67	56.34	55.75
(Dringende) <i>Fortpflanzungsgefahr</i>	n	41	206	247
	%	27.33	15.73	16.92
Keine <i>Fortpflanzungsgefahr</i>	n	4	20	24
	%	2.67	1.53	1.64
<i>Lebensbewährung/Lebens- wissen</i>	n	14	110	124
	%	9.33	8.40	8.49
Keine <i>Lebensbewährung/ Lebenswissen</i>	n	15	236	251
	%	10.00	18.02	17.19
<b>Gesamt</b>	n	150	1310	1460
	%	100.00	100.00	100

Quelle: Verfahrensakten EGG Wien (eigene Berechnung)

#### 4.2.1.4. *Ärztliche Beisitzer und die Aufmerksamkeit einer Nichtanordnung*

Wird eine Erwartung nicht befolgt, kann dies, nach den Ausführungen der sozialen Generalisierung von Verhaltenserwartungen dazu führen, dass diese Nichtbefolgung Aufmerksamkeit erregt. Im Zusammenhang mit dem Erbgesundheitsgericht und der hier zu entscheidenden (Nicht-)Anordnung von Zwangssterilisationen, wird dieses Erregen von Aufmerksamkeit insofern verstanden, dass innerhalb einer vorgeschriebenen Frist Beschwerde gegen das Urteil eingereicht werden konnte. Da es sich um die mögliche Verletzung der Erwartung handelt, dass im Sinne der *Erb- und Rassenpflege* bei als *erbkrank* kategorisierten Personen eine Zwangssterilisation anzuordnen sei, wurde die Hypothese wie folgt formuliert:

- Hypothese 2.4: „Ordneten die ärztlichen Beisitzer keine Zwangssterilisation an, wurde eher Beschwerde eingereicht.“

Tabelle 20 veranschaulicht, dass von 1.480 Prozessen in 216 Fällen eine Beschwerde am Erbgesundheitsobergericht eingereicht wurde. Dabei belief sich die Beschwerde in 60 Fällen darauf, dass die Beisitzer am EGG Wien keine Anordnung einer Zwangssterilisation aussprachen und in 156 Fällen darauf, dass eine eben solche ausgesprochen wurde. Da jedoch insgesamt 1.200 Anordnungen gegenüber 280 Nichtanordnungen stehen, ist vor allem auf die Spaltenwerte zu achten. Hier zeigt sich, dass innerhalb jener Fälle, in denen sich die Ärzte gegen eine Anordnung entschieden – eben jene 280 Fälle – 220 Mal keine Beschwerde am EOG vorlag. In 60 Fällen – und somit bei ungefähr 21 % – wurde eine solche eingereicht. Wird dieser Wert für Beschwerden betrachtet, die gegen die Anordnung einer Zwangssterilisation eingebracht wurden, liegt dieser bei 13 %. Es zeigt sich somit, dass z.B. eher von Amtsärzten bzw. allgemeiner, antragsstellenden Ärzten Beschwerde gegen eine Nichtanordnung eingereicht wurde, als gegen eine Anordnung.

Wie bereits mehrfach beobachtet, ist auch hier mit einem phi von 0,0935 ein niedriger Zusammenhang festzustellen – wohl aufgrund der ungleichen Verteilung der Ausprägungen.

Tabelle 20: Beschwerdeverfahren EOG und Anordnung Zwangssterilisation

Verfahren am EOG		Anordnung Zwangssterilisation		Gesamt
		Keine Anordnung	Anordnung	
Keine Beschwerde eingereicht	n	220	1044	1264
	%	78.57	87.00	85.41
Beschwerde eingereicht	n	60	156	216
	%	21.43	13.00	14.59
<b>Gesamt</b>	n	280	1200	1480
	%	100	100	100

Quelle: Verfahrensakten EGG Wien (eigene Berechnung)

Obwohl, wie gezeigt, durchgehend niedrige Zusammenhangsmaße bestehen, die jedoch anhand der unterschiedlichen Gruppengrößen erklärt werden können, konnte die „Anordnungspraxis“ der ärztlichen Beisitzer beschrieben werden. Hierbei wurde deutlich, dass Ärztekonstellationen, in denen beide Beisitzer eine NS-Mitgliedschaft aufwiesen, eher eine Zwangssterilisation anordneten, wobei sich diese auch stärker in ihren Entscheidungen einig waren – folglich keinen Gutachter hinzuzogen. Hieraus schlussfolgernd konnte dargelegt werden, dass Gutachter vor allem dann bestellt wurden, wenn keine Anordnung einer Zwangssterilisation erfolgte und wenn nur einer der beiden involvierten Ärzte eine NS-Mitgliedschaft aufwies. Jene Ärztekonstellationen versuchten sich in diesen Fällen wohl zusätzlich „abzusichern“. Dies ist auch insofern zu verstehen, dass sie zudem häufiger explizit auf eine *Fortpflanzungsgefahr* verwiesen – somit auf ein Merkmal, das bereits für einen Antrag auf Unfruchtbarmachung Voraussetzung war und von dessen Vorliegen folglich ausgegangen werden konnte.

Zuletzt wurde ersichtlich, dass vor allem die Verletzung der Erwartung Aufmerksamkeit erregte, und zwar in dem Sinne, dass bei der Nichtanordnung einer Zwangssterilisation eher Beschwerde am Erbgesundheitsobergericht eingebracht wurde. Ziel dieser Masterarbeit ist es zu klären, warum Ärzte am EGG Wien in fast 80 % der Prozesse eine Zwangssterilisation angeordnet haben und welche Einflüsse auf die Entscheidung ausgemacht werden können. Da innerhalb dieser Hypothese jedoch weniger die mögliche Anordnung einer Zwangssterilisation zu erklären versucht wird als vielmehr die Einbringung einer Beschwerde am Erbgesundheitsobergericht, wird hier keine weitere Analyse durchgeführt. Nichtsdestotrotz konnte dargestellt werden, dass zwar bei einer Nichtanordnung mit etwa 21 % eher eine Beschwerde eingereicht wurde, jedoch auch, dass eine solche in zumindest 13 % jener Fälle, in denen eine Zwangssterilisation angeordnet wurde, vorlag. Dadurch wird eine Frage für mögliche weitere Arbeiten aufgeworfen, nämlich, ob in diesen 13 % Gemeinsamkeiten

vorzufinden sind: Hatten die betroffenen Personen Ressourcen, die anderen nicht zu Verfügung standen, z.B. eine höhere Bildung oder Geld. Wurde bei bestimmten Diagnosen eher Beschwerde eingereicht? Bestand bei den betroffenen Personen eher eine gesetzliche Vertretung und wies diese bestimmte Ressourcen auf?

Nachdem in diesem Abschnitt vor allem die beteiligten ärztlichen Beisitzer im Fokus standen und gezeigt werden konnte, dass hier durchaus Unterschiede hinsichtlich der Mitgliedschaft in einer NS-Organisation bestanden, werden im Folgenden die betroffenen Personen und deren Merkmale näher betrachtet. Hieraus werden weitere Hypothesen ersten Überprüfungen unterzogen, die darstellen sollen, ob es bestimmte Merkmale gab, die eher zu einer Zwangssterilisation führten.

#### 4.2.2. Anordnung einer Zwangssterilisation ...

Jene Merkmale wurden aus dem GzVeN und dem dazugehörigen Gesetzeskommentar abgeleitet und können als eine Form der Generalisierung von Verhaltenserwartungen auf sachlicher Ebene verstanden werden – durch das Konditionalprogramm des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ und dem dazugehörigen Gesetzeskommentar von Gütt et al. als Spezifizierung der Wenn-Funktion des GzVeN.

##### 4.2.2.1. ... und der Vermerk sozialer Kriterien

Zwei solcher Merkmale, auf die Ärzte bei der Feststellung einer *Erbkrankheit* und der möglichen Anordnung einer Zwangssterilisation achten sollten, waren zum einen die *Fortpflanzungsgefahr* einer Person und zum anderen das Vorliegen von *Lebenswissen* bzw. *Lebensbewahrung*. Ersteres, so wurde bereits ausgeführt, galt vor allem für den Antrag auf Unfruchtbarmachung als Voraussetzung. Nichtsdestotrotz wurde dies, wie bei der deskriptiven Analyse von Hypothese 2.3 festgestellt, vor allem von Ärztekonstellationen, in denen nur ein Arzt Mitglied in einer NS-Organisation war, auch innerhalb der Entscheide des EGG Wien vermerkt – ebenso der Verweis auf Bestehen von *Lebensbewahrung* bzw. *Lebenswissen*. Um den Einfluss beider Merkmale auf die Anordnung einer Zwangssterilisation zu prüfen, wurden zwei Hypothesen formuliert:

- Hypothese 4.1: „Ärztliche Beisitzer ordneten bei Prozessen, in denen sie gegenüber der betroffenen Person eine *Fortpflanzungsgefahr* feststellten, mit einer höheren Wahrscheinlichkeit eine Zwangssterilisation an.“

- Hypothese 6.2: „Ärztliche Beisitzer ordneten bei Prozessen, in denen sie gegenüber der betroffenen Person keine *Lebensbewährung* bzw. kein *Lebenswissen* feststellten, mit einer höheren Wahrscheinlichkeit eine Zwangssterilisation an.“

Da beide Merkmale innerhalb einer Variable erfasst wurden, können beide durch Tabelle 21 einer ersten deskriptiven Überprüfung unterzogen werden.

Es zeigt sich, dass in den 248 Fällen, in denen die ärztlichen Beisitzer auf das Vorliegen einer (dringenden) *Fortpflanzungsgefahr* verwiesen, sie in nur einem Fall keine Zwangssterilisation anordneten – in den restlichen 247 Fällen (99,6 %) entscheiden sie sich für die Anordnung. Umgekehrt verhält es sich, wenn ein expliziter Vermerk bestand, dass keine *Fortpflanzungsgefahr* vorlag – wie etwa bei Ignaz K. in der Einleitung beschrieben –, wobei dies mit 24 Fällen seltener vorkam. In dreien dieser Fälle entschieden die Ärzte, obwohl keine *Fortpflanzungsgefahr* festgestellt, dennoch auf die Zwangssterilisation der betroffenen Person. Wurde folglich eine *Fortpflanzungsgefahr* von den ärztlichen Beisitzern vermerkt, ist in 99,6 % der Fälle eine Zwangssterilisation angeordnet worden. Wurde explizit festgehalten, dass keine solche vorlag, wurde in 87,5 % der Fälle keine Zwangssterilisation angeordnet.

Tabelle 21: Anordnung einer Zwangssterilisation und Vermerk Fortpflanzungsgefahr/Lebensbewährung bzw. -wissen

Vermerk zu Gerichtsentscheid		Anordnung Zwangssterilisation		Gesamt
		Keine Anordnung	Anordnung	
Keine Angabe/Anmerkung	n	158	679	837
	%	18.88	81.12	100.00
(Dringende) <i>Fortpflanzungsgefahr</i>	n	1	247	248
	%	0.40	99.60	100.00
Keine <i>Fortpflanzungsgefahr</i>	n	21	3	24
	%	87.50	12.50	100.00
<i>Lebensbewährung/Lebens- wissen</i>	n	96	30	126
	%	76.19	23.81	100.00
Keine <i>Lebensbewährung/ Lebenswissen</i>	n	5	246	251
	%	1.99	98.01	100.00
Gesamt	n	281	1205	1486
	%	18.91	81.09	100.00

Quelle: Verfahrensakten EGG Wien (eigene Berechnung)

Ähnlich verhält es sich mit dem Vermerk, ob die ärztlichen Beisitzer der betroffenen Person eine *Lebensbewährung* bzw. *Lebenswissen* zu- oder absprachen. So ordneten die ärztlichen Beisitzer auch hier in etwa 98 % der 251 Fälle, in denen keine *Lebensbewährung* bzw. *Lebenswissen* festgestellt wurde, eine Zwangssterilisation an. Vermerkten sie eine solche,

sprachen die beiden Ärzte in rund 76 % der 126 Fälle keine Anordnung einer Zwangssterilisation aus.

Anders als die bisherigen Merkmale, weisen diese beide Variablen – die Anordnung einer Zwangssterilisation und der jeweilige Vermerk im Gerichtsentscheid über *Fortpflanzungsgefahr* und *Lebensbewähren* bzw. *-wissen* – einen hohen Zusammenhang auf. Cramer's V liegt bei etwa 0,55.

Hinsichtlich des Vorliegens einer *Fortpflanzungsgefahr* konnte ausgearbeitet werden, dass hier Frauen eher davon betroffen gewesen sein dürften als Männer. Grund für diese Annahme ist, dass eine solche bei einer Frau auch dann noch vorlag, wenn z.B. durch die Schwere des *erblichen/angeboren Schwachsinn*s bereits keine *Fortpflanzungsgefahr* mehr bei einem Mann bestand, so die Autoren des Gesetzeskommentars. Diesbezüglich wurde folgende Hypothese formuliert:

- Hypothese 4.2: „Ärztliche Beisitzer stellten bei Prozessen, in denen die betroffene Person weiblich war, eher eine *Fortpflanzungsgefahr* fest.“

Um besser vergleichen zu können, ob eher bei Prozessen, in denen die betroffene Person weiblich war, eine *Fortpflanzungsgefahr* festgestellt wurde als bei Männern, sind in Tabelle 22 die Spaltenprozentwerte ausgegeben. Hierdurch zeigt sich, dass bei etwa 19,5 % der Prozesse (154 Fälle), in denen die betroffenen Person weiblich und in etwa 13,5 % der Prozesse (94 Fälle) männlich war, eine solche von den Beisitzern festgestellt bzw. vermerkt wurde. Dagegen vermerkten sie bei Frauen in nur 9 Fällen (etwa 1,1 %) explizit keine *Fortpflanzungsgefahr* – bei Männern, obwohl diese seltener vor dem EGG standen (696 gegenüber 791 Fälle), waren es 15 (etwa 2,2 %). Gleichwohl zeigt sich hinsichtlich des Vermerks, ob eine *Lebensbewährung* bzw. *Lebenswissen* bestand, dass die ärztlichen Beisitzer einen solchen eher bei Prozessen vorgenommen haben, in denen die betroffene Person weiblich war. Im Allgemeinen kann durch Tabelle 22 gezeigt werden, dass bei Frauen häufiger ein Vermerk bezüglich *Fortpflanzungsgefahr* oder *Lebensbewährung* bzw. *Lebenswissen* bestand. So gaben die ärztlichen Beisitzer bei Frauen in etwa 51,3 % und in etwa 62,1 % bei Männern keinen diesbezüglichen Vermerk an.

Hypothese 4.2 kann somit bestätigt werden, wenn jedoch auch hier ein schwacher Zusammenhang (Cramer's V liegt bei 0,124) besteht.

Tabelle 22: Vermerk Fortpflanzungsgefahr/Lebensbewahrung bzw. -wissen und Geschlecht der betroffenen Person

Vermerk zu Gerichtssentscheid		Geschlecht		Gesamt
		Männlich	Weiblich	
Keine Angabe/Anmerkung	n	432	406	838
	%	62.07	51.33	56.36
(Dringende) Fortpflanzungsgefahr	n	94	154	248
	%	13.51	19.47	16.68
Keine Fortpflanzungsgefahr	n	15	9	24
	%	2.16	1.14	1.61
Lebensbewahrung/Lebens- wissen	n	51	75	126
	%	7.33	9.48	8.47
Keine Lebensbewahrung/ Lebenswissen	n	104	147	251
	%	14.94	18.58	16.88
<b>Gesamt</b>	n	696	791	1487
	%	100	100	100

Quelle: Verfahrensakten EGG Wien (eigene Berechnung)

Neben der *Lebensbewahrung* einer Person sollten die Ärzte zur Feststellung einer *Erbkrankheit* eine Familienanamnese durchführen – in den Prozessakten wurde von einer möglichen *Sippenbelastung* geschrieben. Hieraus konnte folgende Hypothese formuliert werden:

- Hypothese 5: „Ärztliche Beisitzer ordneten bei Prozessen, in denen sie gegenüber der betroffenen Person eine *Sippenbelastung* feststellten, mit einer höheren Wahrscheinlichkeit eine Zwangssterilisation an.“

Durch Tabelle 23 zeigt sich, dass, wenn die ärztlichen Beisitzer eine *Sippenbelastung* der betroffenen Person feststellten – dies lag in 709 Fällen vor – in etwa 93,5 % (663 Fälle) eine Zwangssterilisation anordneten. Nur in etwa 6,5 % (46 Fälle) entschieden sie sich trotz des Vermerks einer *Sippenbelastung* gegen eine Anordnung. Ähnlich verhält es sich, wenn in den Gerichtssentscheiden keine Anmerkung hierzu zu finden war – in diesen Fällen wurde in etwa 80 % (401 Mal) eine Zwangssterilisation angeordnet. Bestand dagegen ein expliziter Verweis, dass keine *Sippenbelastung* vorlag, wurde in der Hälfte dieser Fälle (50,9 %) eine Zwangssterilisation angeordnet. Somit bestand die deutlich niedrigste relative Häufigkeit an Anordnungen dann, wenn die Ärzte vermerkten, dass keine *Sippenbelastung* vorlag. Dies verdeutlicht sich in einem stärkeren Zusammenhangsmaß (Cramer's V) als bei anderen Merkmalen von etwa 0,40. Hypothese 5 kann aus der deskriptiven Analyse dennoch nicht

bestätigt werden, da auch bei keinem Vermerk einer *Sippenbelastung* in etwa 80 % der Fälle eine Anordnung erfolgte.

Tabelle 23: Anordnung einer Zwangssterilisation und Vermerk einer Sippenbelastung

Vermerk <i>Sippenbelastung</i>		Anordnung Zwangssterilisation		Gesamt
		Keine Anordnung	Anordnung	
Keine Angabe/Anmerkung	n	99	401	500
	%	19.80	80.20	100.00
Keine <i>Sippenbelastung</i> vermerkt	n	136	141	277
	%	49.10	50.90	100.00
<i>Sippenbelastung</i> vermerkt	n	46	663	709
	%	6.49	93.51	100.00
Gesamt	n	281	1.205	1.486
	%	18.91	81.09	100.00

Quelle: Verfahrensakten EGG Wien (eigene Berechnung)

Ein weiteres Merkmal bestand im möglichen Anstaltsaufenthalt einer betroffenen Person – gingen doch Gütt et al. in ihrem Kommentar davon aus, dass der Großteil der Personen mit *Schizophrenie* bereits in einer solchen untergebracht war. Da somit anzunehmen ist, dass ärztliche Beisitzer einen Anstaltsaufenthalt als Indiz für das Vorliegen einer *Erbkrankheit* heranzogen, wurde folgende Hypothese formuliert:

- Hypothese 7: „Ärztliche Beisitzer ordneten bei Prozessen, in denen die betroffene Person zur Zeit des Prozesses in einer Anstalt untergebracht war, mit einer höheren Wahrscheinlichkeit eine Zwangssterilisation an.“

Wie Tabelle 24 zeigt, wurde in 590 der 1.486 Prozesse am Erbgesundheitsgericht Wien ein Anstaltsaufenthalt der betroffenen Person vermerkt. In etwa 91 % dieser 590 Fälle – somit 537 Mal – entschieden sich die ärztlichen Beisitzer eine Zwangssterilisation anzuordnen – in knapp 9 % dagegen. Wurde kein Aufenthalt in einer Anstalt vermerkt, was in 896 Prozessakten der Fall ist, ordneten die beteiligten Ärzte in etwa 74,5 % eine Zwangssterilisation an und entschieden sich folglich in zirka 24,5 % der Fälle dagegen. Somit ist auch dann ein hoher Anteil an Anordnungen zu verzeichnen, wenn kein Anstaltsaufenthalt vermerkt war – wenn auch niedriger, als wenn ein solcher angegeben wurde. Hierdurch ist auch der mit 0,21 eher schwache Zusammenhang ( $\phi$ ) zu erklären bzw. zu verstehen.

Tabelle 24: Anordnung einer Zwangssterilisation und Vermerk eines Anstaltsaufenthalts

Vermerk Anstaltsaufenthalt		Anordnung Zwangssterilisation		Gesamt
		Keine Anordnung	Anordnung	
Kein Aufenthalt vermerkt	n	228	668	896
	%	25.45	74.55	100.00
Aufenthalt vermerkt	n	53	537	590
	%	8.98	91.02	100.00
Gesamt	n	281	1.205	1486
	%	18.91	81.09	100.00

Quelle: Verfahrensakten EGG Wien (eigene Berechnung)

Da Personen, die als „geschäftsunfähig“ galten oder eine „Geistesschwäche“ aufwiesen, gesetzlich zu vertreten waren, wurde auch dies als Merkmal für das Vorliegen einer *Erbkrankheit* verstanden, wodurch sich folgende Hypothese ergab:

- Hypothese 10: „Ärztliche Beisitzer ordneten bei Prozessen, in denen sie eine gesetzliche Vertretung der betroffenen Person vermerkten, mit einer höheren Wahrscheinlichkeit eine Zwangssterilisation an.“

Mit Hilfe von Tabelle 25 kann gezeigt werden, dass, wenn eine gesetzliche Vertretung vermerkt wurde, die ärztlichen Beisitzer in etwa 87,6 % der 971 Fälle eine Zwangssterilisation anordneten. Bestand hingegen kein solcher Vermerk, entschieden sich die Beisitzer in etwa 68,7 % der 515 Fälle für die Anordnung einer Zwangssterilisation. Somit kann diesbezüglich ein Unterschied ausgemacht werden. Hinsichtlich des Zusammenhangs beider Variablen ( $\phi$ ) ist dieser auch hier mit etwa 0,23 erneut nicht sehr stark ausgeprägt. Obgleich dieses schwachen Zusammenhangs, kann die Hypothese jedoch an dieser Stelle aus deskriptiver Perspektive und aufgrund des ersichtlichen relativen Unterschieds bestätigt werden.

Tabelle 25: Anordnung einer Zwangssterilisation und Vermerk einer gesetzlichen Vertretung

Vermerk gesetzl. Vertretung		Anordnung Zwangssterilisation		Gesamt
		Keine Anordnung	Anordnung	
Keine gesetzl. Vertretung	n	161	354	515
	%	31.26	68.74	100.00
Gesetzl. Vertretung vermerkt	n	120	851	971
	%	12.36	87.64	100.00
Gesamt	n	281	1205	1486
	%	18.91	81.09	100.00

Quelle: Verfahrensakten EGG Wien (eigene Berechnung)

#### 4.2.2.2. ... und soziodemographische/-ökonomische Merkmale betroffener Personen

In Bezug auf das Alter einer Person wurde festgehalten, dass, lag eine *Erbkrankheit* wie *Schizophrenie* oder *erblicher/angeborener Schwachsinn* vor, früh eine Zwangssterilisation durchgeführt werden sollte. Hinsichtlich der Diagnose *Schizophrenie* stellten Gütt et al., wie erwähnt, fest, dass 2/3 aller Fälle im Alter zwischen 15 und 30 Jahren seien. Hieraus wurde im Zusammenhang mit dem Alter der betroffenen Personen folgende Hypothese formuliert:

- Hypothese 3.1: „Ärztliche Beisitzer ordneten bei Prozessen, in denen die betroffene Person jünger als 30 Jahre alt war, mit einer höheren Wahrscheinlichkeit eine Zwangssterilisation an.“

Weiters konnte anhand des Gesetzeskommentars ausgearbeitet werden, dass vor allem bei jungen Frauen bzw. Mädchen mit einer *Erbkrankheit* wie *erblichen/angeborenen Schwachsinn* eine möglichst frühe Unfruchtbarmachung durchgeführt werden sollte. Sich an die Alterseingrenzung aus Hypothese 3.1 haltend, lautet die diesbezügliche Hypothese:

- Hypothese 3.2: „Ärztliche Beisitzer ordneten bei Prozessen, in denen die betroffene Person weiblich und jünger als 30 Jahre alt war, mit einer höheren Wahrscheinlichkeit eine Zwangssterilisation an.“

Da bei Frauen auch dann noch eine Zwangssterilisation durchgeführt werden sollte, wenn Männer z.B. aufgrund der Schwere eines *erblichen/angeborenen Schwachsinn*s bereits als nicht mehr *fortpflanzungsgefährlich* galten (siehe Hypothese 4.2) und somit keine Zwangssterilisation vorgesehen war, kann folgendes angenommen werden:

- Hypothese 3.3: „Ärztliche Beisitzer ordneten bei Prozessen, in denen die betroffene Person weiblich war, mit einer höheren Wahrscheinlichkeit eine Zwangssterilisation an.“

Um diese Hypothesen einer ersten deskriptiven Überprüfung zu unterziehen, wurden die benötigten Informationen (Alter, Geschlecht und Anordnung einer Zwangssterilisation) in Tabelle 26 zusammengefügt. Aus den Spaltenwerten („% zw.“) kann darin abgelesen werden, dass die relative Häufigkeit hinsichtlich der ärztlichen Entscheidung für oder gegen die Anordnung im Zusammenhang mit dem Alter der betroffenen Personen nur bei jenen Prozessen einen größeren Unterschied aufweist, in denen die betroffene Person über 40 Jahre alt war. In diesen Prozessen ordneten die Beisitzer in etwa 70 % der Fälle eine Zwangssterilisation an. Hinsichtlich der drei weiteren Alterskategorien liegt dieser Wert zwischen rund 81 und 82,5 % und zeigt somit nur sehr geringe Differenzen. Dass die ärztlichen Beisitzer folglich eher bei Prozessen eine Zwangssterilisation anordneten, in denen die betroffene Person unter 30 Jahre alt war (bis 20 bzw. zwischen 21 und 30 Jahren), kann an dieser Stelle nicht bestätigt werden.

Festzuhalten ist, dass die beiden Ärzte bei Prozessen, in denen die betroffene Person über 40 Jahre alt war, weniger häufig eine Anordnung aussprachen. Jedoch stellt jene Altersgruppe mit 98 Personen auch die kleinste Gruppe dar, wodurch ersichtlich ist, dass diese am seltensten vor dem Erbgesundheitsgericht stand. Dies kann auch dadurch erklärt werden, dass, wie bereits beschrieben, bei Frauen über 45 Jahren kein Antrag auf Unfruchtbarmachung ausgestellt werden sollte – was auch eingehalten wurde: nur eine Frau, Stefanie B., stand mit über 45 Jahren vor dem EGG Wien.<sup>49</sup> Dass die Hypothese zu diesem Zeitpunkt nicht bestätigt werden kann, zeigt auch der sehr schwache Zusammenhang (Cramer's V) von etwa 0,074. Wird das Alter nicht als kategoriale, sondern als metrisch Variable herangezogen und wird zur Überprüfung des Zusammenhangs ein t-Test berechnet, durch den die Mittelwerte jener Fälle verglichen werden, bei denen eine Zwangssterilisation angeordnet bzw. nicht angeordnet wurde, zeigt sich auch hier kein signifikanter Unterschied.

---

<sup>49</sup> 1 XIII 103/41.

Tabelle 26: Alter und Geschlecht der betroffenen Person und Anordnung einer Zwangssterilisation

		Anordnung Zwangssterilisation				
Keine Anordnung						
		Alter				
Geschlecht		Bis 20	21-30	31-40	Über 40	Gesamt
Männlich	n	18	44	53	21	136
	% Zeile	13.24	32.35	38.97	15.44	100
	% innerh.	32.73	47.31	50.96	72.41	48.40
	% zw.	6.23	8.84	8.91	21.43	9.19
Weiblich	n	37	49	51	8	145
	% Zeile	25.52	33.79	35.17	5.52	100
	% innerh.	67.27	52.69	49.04	27.59	51.60
	% zw.	12.8	9.84	8.57	8.16	9.80
Gesamt	n	55	93	104	29	281
	% Zeile	19.57	33.10	37.01	10.32	100
	% innerh.	100	100	100	100	100
	% zw.	19.03	18.67	17.48	29.59	18.99
Anordnung						
männlich	n	95	163	242	58	558
	% Zeile	17.03	29.21	43.37	10.39	100
	% innerh.	40.60	40.25	49.29	84.06	46.54
	% zw.	32.87	32.73	40.67	59.18	37.7
weiblich	n	139	242	249	11	641
	% Zeile	21.68	37.75	38.85	1.72	100
	% innerh.	59.40	59.75	50.71	15.94	53.46
	% zw.	48.1	48.59	41.85	11.22	43.31
Gesamt	n	234	405	491	69	1199
	% Zeile	19.52	33.78	40.95	5.75	100
	% innerh.	100	100	100	100	100
	% zw.	80.97	81.33	82.52	70.41	81.01
Total	n	289	498	595	98	1480
	% zw.	100	100	100	100	100

Quelle: Verfahrensakten EGG Wien (eigene Berechnung)

Im Zusammenhang mit Hypothese 3.2, dass die ärztlichen Beisitzer vor allem bei Prozessen, in denen die betroffene Person weiblich und jünger als 30 Jahre alt war, mit einer höheren Wahrscheinlichkeit auf die Anordnung einer Zwangssterilisation entschieden, konnte bereits an früherer Stelle (siehe Abbildung 1) festgestellt werden, dass diese Personengruppe häufiger vor dem Erbgesundheitsgericht stand. Um diese Hypothese einer ersten deskriptiven Überprüfung unterziehen zu können, sind jedoch die Zeilenwerte („% Zeile“) zu betrachten. Dadurch kann gezeigt werden, dass von 145 Prozessen, in denen die betroffene Person weiblich

war und bei denen keine Zwangssterilisation angeordnet wurde, etwa 25,5 % der Frauen 20 Jahre oder jünger und rund 33,8 % zwischen 21 und 30 Jahre alt waren – gesamt somit zirka 59,3 % unter 30 Jahre alt waren. Demgegenüber stehen 641 Fälle mit betroffenen Frauen, die vor dem EGG Wien standen und bei denen sich die ärztlichen Beisitzer für die Zwangssterilisation entschieden. Etwa 19,5 % davon waren 20 Jahre oder jünger; rund 33,8 % waren zwischen 21 und 30 Jahre alt – zusammen sind dies zirka 59,4 %. Da somit sowohl hinsichtlich der Anordnung als auch der Nichtanordnung, Frauen unter 30 Jahren einen gleich großen Anteil einnehmen, kann auch Hypothese 3.2 an diesem Punkt nicht bestätigt werden. Dies wird zudem durch schwache Zusammenhangsmaße bekräftigt: zwischen Geschlecht und der (Nicht-)Anordnung einer Zwangssterilisation mit einem phi von etwa 0,015 und zwischen Alter und Geschlecht mit einem Cramer´s V von 0,2.

In einem nächsten Schritt werden die Spaltenwerte „Gesamt“ betrachtet wodurch zwischen jenen Fällen unterschieden wird, bei denen die ärztlichen Beisitzer eine Zwangssterilisation anordneten und jenen, bei denen keine Anordnung stattfand („% innerh.“). Hierin wird augenscheinlich bzw. eben nicht augenscheinlich, dass die beiden involvierten Ärzte generell bei Prozessen, in denen die betroffene Person weiblich war, eher eine Zwangssterilisation anordneten als bei Männern. Insgesamt, so wird durch Tabelle 12 gezeigt, standen in etwa 46,8 % der 1.486 Fälle Männer vor dem EGG Wien und in rund 53,2 % Frauen. Bei Fällen, in denen die ärztlichen Beisitzer keine Zwangssterilisation anordneten, sind es 48,4 % Männer und 51,6 % Frauen. Werden nun jene Fälle betrachtet, in denen eine Anordnung einer Zwangssterilisation erfolgte, sind es etwa 46,5 % Männer und zirka 53,5 % Frauen. Obwohl folglich kleine Unterschiede auszumachen sind, überschneiden sich diese im Allgemeinen mit jenen aus der Gesamtverteilung. Hierbei ist überdies, wie bereits oben vermerkt, auf den schwachen Zusammenhang von Geschlecht und der (Nicht-)Anordnung einer Zwangssterilisation zu verweisen, wodurch Hypothese 3.3 an dieser Stelle nicht bestätigt werden kann.

Wie durch die deskriptive Überprüfung von Hypothese 6.2 in Tabelle 21 und dem entsprechenden Zusammenhangsmaß Cramer´s V gezeigt, besteht ein Zusammenhang zwischen dem expliziten Verweis auf *Lebensbewahrung* bzw. *Lebenswissen* und der Anordnung einer Zwangssterilisation. Neben diesem Verweis sollten die Ärzte jedoch auch den Beruf einer Person dahingehend als Indiz heranziehen, um das Vorliegen einer *Erbkrankheit* festzustellen – und somit in ihre Entscheidung für oder gegen eine Anordnung einfließen lassen. Diesbezüglich konnte folgende Hypothese formuliert werden:

- Hypothese 6.1: „Ärztliche Beisitzer ordneten bei Prozessen, in denen die betroffene Person eine einfache berufliche Tätigkeit ausübte oder ohne Beruf war, mit einer höheren Wahrscheinlichkeit eine Zwangssterilisation an.“

Durch die Spaltenwerte aus Tabelle 27 kann gezeigt werden, dass der höchste prozentuelle Anteil jener Prozesse, bei denen die ärztlichen Beisitzer für die Anordnung einer Zwangssterilisation entschieden, jene waren, bei denen hinsichtlich der beruflichen Tätigkeit der betroffenen Person keine Angabe gemacht wurde (etwa 84,8 %), bei denen diese als Hilfsarbeiterinnen und Hilfsarbeitern (85,35 %) vermerkt war und bei Prozessen, bei denen ein expliziter Verweis auf keinen Beruf der betroffenen Person bestand (87,35 %). Im Zusammenhang mit dem hohen Anteil an Anordnung bei Prozessen, in denen der Beruf als Hilfsarbeit beschrieben war, ist auffallend, dass die ärztlichen Beisitzer bei Landarbeiterinnen und Landarbeitern bzw. landwirtschaftliche Hilfsarbeiterinnen und Hilfsarbeitern mit etwa 71,1 % am wenigsten häufig die Anordnung einer Zwangssterilisation beschlossen. Warum hier anscheinend eine Unterscheidung zwischen diesen Berufen besteht, kann an dieser Stelle nicht beantwortet werden – diesbezüglich könnten qualitative, inhaltsanalytische Analysen Aufschluss geben. Es kann jedoch festgehalten werden, dass vor allem bei „Landkindern“ von einer „Möglichkeit der Nachreife“ in Zusammenhang mit *erblichem/angeborenem Schwachsinn* ausgegangen wurde (Gütt et al. 1936: 127).

Dass somit die Ärzte bei Prozessen, in denen die betroffene Person eine einfache berufliche Tätigkeit ausübte oder ohne Beruf war, mit höherer Wahrscheinlichkeit eine Zwangssterilisation anordneten, kann nicht bestätigt werden – wohl aber, wenn explizit kein Beruf („ohne Beruf“) vermerkt war. Diese weisen den höchsten prozentuellen Anteil auf. Nichtsdestotrotz ist auch hier ein niedriger Zusammenhang von 0,14 (Cramer´s V) festzustellen, bestehen doch auch große Unterschiede zwischen Berufsgruppen mit einfachen Tätigkeiten.

Zudem ist anzumerken, dass mit einem Cramer´s V von etwa 0,19 auch zwischen Beruf und dem Vermerk auf *Lebensbewahrung* bzw. *Lebenswissen* ein schwacher Zusammenhang besteht.

Tabelle 27: Anordnung einer Zwangssterilisation und Beruf der betroffenen Person

Beruf betroffene Personen		Anordnung Zwangssterilisation		Gesamt
		Keine Anordnung	Anordnung	
Kein Angabe/Anmerkung	n	22	123	145
	%	15.17	84.83	100
HilfsarbeiterIn	n	63	367	430
	%	14.65	85.35	100
Haushalt	n	46	164	210
	%	21.90	78.10	100
Gewerbe	n	64	183	247
	%	25.91	74.09	100
LandarbeiterIn/landw. HilfsarbeiterIn	n	26	64	90
	%	28.89	71.11	100
In Ausbildung	n	6	22	28
	%	21.43	78.57	100
Sonstiges/Pension	n	22	62	84
	%	26.19	73.81	100
Ohne Beruf	n	32	221	253
	%	12.65	87.35	100
Gesamt	n	281	1206	1487
	%	18.90	81.10	100

Quelle: Verfahrensakten EGG Wien (eigene Berechnung)

In Bezug auf eine mögliche Elternschaft der betroffenen Personen wurde beschrieben, dass das Vorliegen einer solchen als Indiz für die *Fortpflanzungsgefährlichkeit* einer Person herangezogen werden konnte. Hinsichtlich der Elternschaft bzw. Schwangerschaft und der Wahrscheinlichkeit einer Anordnung wurde folgende Hypothese formuliert:

- Hypothese 8: „Ärztliche Beisitzer ordneten bei Prozessen, in denen sie eine Elternschaft/Schwangerschaft der betroffenen Person vermerkten, mit einer höheren Wahrscheinlichkeit eine Zwangssterilisation an.“

Tabelle 28 verdeutlicht, dass die ärztlichen Beisitzer bei Prozessen, in denen eine Elternschaft oder Schwangerschaft der betroffenen Person vermerkt war – dies kam in 220 Fällen vor – in rund 86,8 % auf die Anordnung einer Zwangssterilisation entschieden. Erfolgte keine Angabe bzw. Anmerkung diesbezüglich, entschieden sich die ärztlichen Beisitzer in rund 80 % der Fälle für die Anordnung. Anhand eines geringen Zusammenhangs ( $\phi$ ) von etwa 0,06 kann hierbei jedoch kein großer Einfluss beobachtet werden. Demgegenüber kann mit einem

Wert von etwa 0,3 ein stärkerer Zusammenhang (Cramer's V) zwischen dem Vermerk einer Elternschaft/Schwangerschaft und jenem hinsichtlich einer *Fortpflanzungsgefahr* ausgemacht werden – wenn auch weiterhin ein eher geringer.

Tabelle 28: Anordnung einer Zwangssterilisation und Elternschaft/Schwangerschaft der betroffenen Person

Vermerk Elternschaft/Schwangerschaft		Anordnung Zwangssterilisation		Gesamt
		Keine Anordnung	Anordnung	
Keine Angabe/Anmerkung	n	252	1.007	1259
	%	20.02	79.98	100.00
Elternschaft/Schwangerschaft	n	29	191	220
	%	13.18	86.82	100.00
Gesamt	n	281	1198	1479
	%	19.00	81.00	100.00

Quelle: Verfahrensakten EGG Wien (eigene Berechnung)

Zudem wurde die Frage gestellt, ob der Familienstand einer Person Einfluss auf die Anordnung einer Zwangssterilisation hatte, nämlich in dem Sinne, dass bei verheirateten Personen eher davon auszugehen sei, dass diese einen Kinderwunsch hegen und somit eher eine *Fortpflanzungsgefahr* festgestellt wurde. Durch ein Cramer's V von 0,035 ist an dieser Stelle darauf zu verweisen, dass zwischen Familienstand und dem Vermerk einer *Fortpflanzungsgefahr* kein Zusammenhang nachgewiesen werden kann.

Folgende Hypothese wurde formuliert.

- Hypothese 9: „Ärztliche Beisitzer ordneten bei Prozessen, in denen die betroffene Person verheiratet war, mit einer höheren Wahrscheinlichkeit eine Zwangssterilisation an.“

Entgegen dieser Hypothese fällt durch Tabelle 29 auf, dass die Ärzte bei Prozessen, in denen die betroffene Person ledig war, eher eine Zwangssterilisation anordneten als bei verheirateten Personen. Bei ersteren wurde in rund 83,8 % der 1.045 Fälle eine Anordnung ausgesprochen – bei zweiteren in etwa 72,8 % der 323 Fälle. Ähnlich verhält es sich bei Prozessen, in denen die betroffene Person in einer Lebensgemeinschaft, geschieden, verwitwet oder verlobt war. Auch hier ordneten die Beisitzer in etwa 81,1 % der 74 Fälle eine Zwangssterilisation an (siehe Kategorie „Sonstiges“).

Nichtsdestotrotz ist durch Cramer's V von etwa 0,12 ein schwacher Zusammenhang dieser beiden Merkmale zu beobachten.

Tabelle 29: Anordnung einer Zwangssterilisation und Familienstand der betroffenen Person

Familienstand betroffene Person		Anordnung Zwangssterilisation		Gesamt
		Keine Anordnung	Anordnung	
Ledig	n	169	876	1045
	%	16.17	83.83	100
Verheiratet	n	88	235	323
	%	27.24	72.76	100
Sonstiges	n	14	60	74
	%	18.92	81.08	100
Gesamt	n	271	1171	1442
	%	18.79	81.21	100

Quelle: Verfahrensakten EGG Wien (eigene Berechnung)

#### 4.2.2.3. ... und die genannte Diagnose

Ein letzter Punkt, der sich in keiner Annahme findet, jedoch für das Verständnis hinsichtlich der Anordnung von Zwangssterilisationen am Erbgesundheitsgericht Wien noch zu klären ist, ist jener, ob es in Bezug auf die Diagnose Unterschiede bei den Gerichtsentscheiden gab: ordneten folglich die beiden ärztlichen Beisitzer z.B. bei Prozessen, in denen sie die *Erbkrankheit Schizophrenie* diagnostizierten eher eine Unfruchtbarmachung an als bei der Diagnose *schwerer erblichen körperlicher Missbildung*?

Durch Tabelle 30 zeigt sich, dass *erblicher/angeborener Schwachsinn* und *Schizophrenie* nicht nur die beiden meistgenannten Diagnosen in den Gerichtsentscheiden waren, es waren auch jene Diagnosen, die am häufigsten zu einer Anordnung einer Zwangssterilisation führten. Bei rund 83,2 % der 655 Fälle, in denen die Beisitzer die Diagnose *erblicher/angeborener Schwachsinn* feststellten und in 90,6 % der 383 Fälle mit einem Vermerk auf *Schizophrenie*, ordneten die beiden Ärzte eine Zwangssterilisation an. Bei der dritthäufigsten Diagnose, *erbliche Fallsucht*, wurden in rund 70,8 % der 243 Fälle eine Anordnung ausgesprochen.

Am seltensten ordneten die Beisitzer bei Prozessen mit der Diagnose *schweren erblichen körperlichen Missbildung* eine Zwangssterilisation an, wobei mit 60 % dennoch eine hohe relative Häufigkeit zu verzeichnen ist. Hierzu kann angefügt werden, dass „eine begabte und leistungsfähige Sippe [...] für die Volksgemeinschaft auch dann noch als wertvoll anzusehen [war], wenn in ihr vereinzelte Fälle von Erbleiden [...] vorgekommen sind“ (Richtlinie für die Beurteilung der Erbgesundheit zit. nach: Czech 2005: 29). In diesem Zusammenhang hielten die ärztlichen Beisitzer Karl Windholz und Alfred Auersperg unter Vorsitz von Alfred Tomanetz bei Ilse S. folgendes fest:

„Auf Grund der Gesamtbeurteilung nicht nur der Probandin sondern auch insbesondere der väterlichen und mütterlichen *Sippe*, kommt das Erbgesundheitsgericht zu der Erkenntnis, dass es sich im gegebenen Falle um ein derart kostbares Erbgut handelt, dass die Gefahr eines sporadischen Auftretens, eines an sich in der Mehrzahl der Fälle kompensierbaren Leidens hingenommen werden kann.“<sup>50</sup>

Ähnliches findet sich in dem Gerichtsentscheid von Karl L., in dem die Beisitzer Erich Breuning und Hermann Müller unter Vorsitz von Alfred Tomanetz. Hier ließen die Ärzte ebenfalls festhalten, dass, „obzwar in der Familie zwei Schwestern und ein Bruder auch an einer coxa vara leiden und der Proband selbst nach den klinischen und Röntgenbefund dieses Leiden aufweist, [...] alle drei Betroffenen voll im Berufsleben stehen und in ihrer Arbeit dadurch nicht behindert sind.“<sup>51</sup>

Sowohl im Prozess von Ilse S. als auch Karl L. ordneten die jeweiligen Beisitzer keine Zwangssterilisation an – auch nicht nach den Beschwerdeverfahren in beiden Fällen am Erbgesundheitsobergericht.

Beide Fälle verdeutlichen somit, dass der Beruf und die Einschätzung der Beisitzer in Bezug auf die *Lebensbewährung* bzw. *Lebenswissens* durchaus Einfluss auf die Entscheidung hatten – wohl vor allem dann, wenn es sich nicht um eine psychische Erkrankung handelte. Insgesamt, so kann geschlossen werden, liegt mit Cramer's V von etwa 0,21 jedoch ein eher schwacher Zusammenhang zwischen der Diagnose und der Anordnung einer Zwangssterilisation vor.

---

<sup>50</sup> 1/2 XIII 13/40.

<sup>51</sup> 1/2 XIII 162/43.

Tabelle 30: Anordnung Zwangssterilisation und vermerkte Diagnose

Diagnose		Anordnung Zwangssterilisation		Gesamt
		Keine Anordnung	Anordnung	
<i>Erblicher/angeborener Schwachsinn</i>	n	110	545	655
	%	16.79	83.21	100
<i>Schizophrenie</i>	n	36	347	383
	%	9.40	90.60	100
<i>Manisch-depressives Irresein</i>	n	15	38	53
	%	28.30	71.70	100
<i>Erblicher Fallsucht</i>	n	71	172	243
	%	29.22	70.78	100
<i>Erblicher Veitstanz</i>	n	0	4	4
	%	0	100.00	100
<i>Erbliche Blindheit</i>	n	2	5	7
	%	28.57	71.43	100
<i>Erbliche Taubheit</i>	n	11	22	33
	%	33.33	66.67	100
<i>Schwere erbliche körperliche Missbildung</i>	n	20	30	50
	%	40.00	60.00	100
<i>Schwerer Alkoholismus</i>	n	10	30	40
	%	25.00	75.00	100
Gesamt	n	275	1193	1468
	%	18.73	81.27	100

Quelle: Verfahrensakten EGG Wien (eigene Berechnung)

Ziel dieses Abschnitts der deskriptiven Analyse war es, die abgeleiteten Hypothesen hinsichtlich der sozialen Kriterien und persönlichen Merkmale der betroffenen Personen einer ersten Prüfung zu unterziehen und hierdurch auszuarbeiten, welche Merkmale eher zu einer Anordnung einer Zwangssterilisation führten.

Zusammenfassend kann diesbezüglich festgehalten werden, dass es vor dem Erbgesundheitsgericht wohl nicht entscheidend war, ob die betroffene Person weiblich oder männlich war, weisen doch beide ähnlich hohe Häufigkeiten einer Anordnung auf. Hinsichtlich des Alters konnte gezeigt werden, dass Personen über 40 Jahren zum einen weniger häufig vor Gericht standen und zum anderen, dass die ärztlichen Beisitzer hier auch weniger häufig eine Zwangssterilisation anordneten. Obwohl zwischen der Anordnung einer Zwangssterilisation und der, in den Gerichtsentscheiden angegebenen beruflichen Tätigkeit kein starker Zusammenhang nachgewiesen werden konnte, wurde deutlich, dass wohl eine Unterscheidung zwischen Hilfsarbeiterinnen und Hilfsarbeitern und Landarbeiterinnen und Landarbeitern bzw. landwirtschaftlichen Hilfsarbeiterinnen und Hilfsarbeitern vorgenommen wurde. Dies ist

insofern ersichtlich, da erstere eine der höchsten, letztere die niedrigste Häufigkeit einer Anordnung auf Unfruchtbarmachung aufwies. Vor allem konnte gezeigt werden, dass bei einem expliziten Verweis darauf, dass die betroffene Person ohne Beruf war, mit etwa 87 % der höchste Wert von Anordnungen einer Zwangssterilisation beobachtet werden konnte.

Ein weiteres persönliches Merkmal der betroffenen Personen, das in den Gerichtsentscheiden Erwähnung fand und dessen Einfluss auf den Entscheid auf Anordnung einer Zwangssterilisation untersucht wurde, ist deren Elternschaft bzw. Schwangerschaft. Hierbei wurde deutlich, dass die Beisitzer bei Personen mit einem diesbezüglichen Verweis, eher eine Anordnung aussprachen, als bei jenen ohne einem solchen. Da sich diese beiden Merkmale (Verweis/kein Verweis) jedoch stark in ihrer Größe unterscheiden, konnte nur ein sehr geringer Zusammenhang ausgemacht werden. Entgegen der Annahme, dass das Gericht eher bei verheirateten Personen eine Zwangssterilisation entschied, wurde zudem gezeigt, dass bei dieser Personengruppe am wenigsten häufig eine Anordnung erfolgte.

Hinsichtlich weiterer sozialer Kriterien konnte überdies veranschaulicht werden, dass die beiden Ärzte insbesondere bei gesetzlich vertretenen Personen, bei jenen, die in einer Anstalt untergebracht waren und bei denen sie eine *Sippenbelastung* feststellten, eher auf die Anordnung einer Zwangssterilisation entschieden. Besonders hervorzuheben sind zudem die Verweise auf das Vorliegen einer *Fortpflanzungsgefahr* und das Absprechen von *Lebensbewährung* bzw. *Lebenswissen*. Erfolgte ein solcher Verweis, entschieden die ärztlichen Beisitzer in 99,6 % bzw. 98 % der Fälle auf eine Zwangssterilisation. Interessant ist diese Beobachtung vor allem deshalb, da das Bestehen einer *Fortpflanzungsgefahr* bereits für den Antrag einer Unfruchtbarmachung als Bedingung galt – ein erneuter Verweis wäre folglich nicht nötig gewesen. Wird jedoch bedacht, dass entsprechende Anmerkungen vor allem dann gemacht wurden, wenn nur einer der beiden ärztlichen Beisitzer Mitglied in einer NS-Organisation war, wie in Abschnitt 4.2.1 beschrieben, kann dies wohl auch insofern verstanden werden, dass hier versucht wurde, sich bei dem Entscheid abzusichern. Mit den vorhandenen Quellen kann dem jedoch nicht weiter nachgegangen werden.

Mit der Zweckidentifikation konnten im Verlauf dieser Arbeit ein am Erbgesundheitsgericht Wien angewandtes Motivationsmittel ausgemacht und durch die Mitgliedschaft von ärztlichen Beisitzern in NS-Organisation beschrieben und messbar gemacht werden. Weiters konnte anhand der verschiedenen Formen der Generalisierung von Verhaltenserwartungen ein Beitrag hinsichtlich der Rekrutierung der ärztlichen Beisitzer geleistet, als auch durch das GzVeN und dem Gesetzeskommentar konkrete Merkmale und

Annahmen diesbezüglich abgeleitet werden. Hierdurch war es im Zusammenhang mit den beschriebenen „Lenkungsmaßnahmen“ möglich Zusammenhänge zu überprüfen und Merkmale auszumachen, bei denen häufiger auf die Anordnung einer Zwangssterilisation entschieden wurde.

### 4.3. Einflüsse auf die Entscheidung einer Anordnung

Um nun die forschungsleitende Frage „*Warum haben ärztliche Beisitzer am Erbgesundheitsgericht Wien zwischen 1940 und 1945 in rund 80 % der Beschlüsse eine Zwangssterilisation angeordnet?*“ beantworten zu können, bedarf es einer weiterführenden Auseinandersetzung mit den Forschungsfragen „*Welche Motivationsmittel und Formen der Generalisierung von Verhaltenserwartungen können für das Erbgesundheitsgericht Wien ausgemacht werden und welchen Einfluss hatten sie auf die Anordnung einer Zwangssterilisation?*“. Dabei ist es notwendig, nicht nur auf einen möglichen Zusammenhang zu prüfen, sondern auch auf das Vorliegen einer möglichen Kausalität. Wie bereits in der Einleitung erwähnt, wurden hierfür verschiedene logistische Regressionsmodelle geschätzt, mit deren Hilfe gezeigt werden kann, welchen Einfluss unterschiedliche Merkmale bzw. „Lenkungsmaßnahmen“ auf die Entscheidung der ärztlichen Beisitzer für oder gegen die Anordnung einer Zwangssterilisation hatten.

Anhand der beiden Forschungsfragen und der daraus abgeleiteten Hypothesen, erschließen sich in Bezug auf die Regressionsmodelle zwei Punkte: erstens, dass es sich bei der abhängigen Variable ( $\hat{Y}$ ) – somit der zu erklärenden Variable – um die Anordnung einer Zwangssterilisation handelt, und hieraus zweitens, dass diese Variable dichotom ist. Die abhängige Variable weist demnach zwei Ausprägungen auf (keine Anordnung/Anordnung), die mit 0 und 1 codiert sind, weshalb, wie erwähnt, (binäre) logistische Regressionsmodelle Anwendung finden (vgl. Best und Wolf 2010: 827). Erklärt soll diese abhängige Variable anhand der beschriebenen sozialen Kriterien, persönlichen Merkmale der betroffenen Personen als auch die NS-Mitgliedschaft der ärztlichen Beisitzer und das Hinzuziehen eines Gutachters. Diese stellen somit die erklärenden, unabhängigen Variablen dar.

Um die formulierten Hypothesen abschließend zu testen und somit die Forschungsfragen beantworten zu können, wurden, wie in Appendix 8.4 ersichtlich, unterschiedliche logistische Regressionsmodelle geschätzt. Diese ergeben sich aus verschiedenen Kombinationen der ausgearbeiteten Merkmale. Wie hieraus ebenfalls ersichtlich ist, weisen die Modelle 15 und 16 mit einem Pseudo- $R^2$  (McFadden) von 0,475 bzw. 0,48 die höchste Modellgüte bzw. die beste Modellanpassung gegenüber einem Null-Modell (einem

Modell ohne erklärende Variablen) auf. Auch die Werte des Akaike- und des Bayesschen- Informationskriteriums (AIC und BIC) – ebenfalls abzulesen im Appendix 8.4 – verdeutlichen, dass diese Modelle am besten angepasst sind (vgl. Backhaus et al. 2016: 315; 333). Sie werden folglich für die weitere Analyse herangezogen. Beide Modelle enthalten alle im Zuge dieser Masterarbeit beschriebenen und relevanten Merkmale, unterscheiden sich jedoch insofern, als Modell 16 zudem einen Interaktionsterm von Geschlecht und Alter enthält. Enthaltene Merkmale sind demnach: Geschlecht (X1), Alter (X2), Familienstand (X3), Elternschaft/Schwangerschaft (X4), Beruf (X5), Diagnose (X6), Anstaltsaufenthalt (X7), gesetzliche Vertretung (X8), Vermerk zu Gerichtsentscheid (X9), Vermerk *Sippenbelastung* (X10), NS-Mitgliedschaft ärztlicher Beisitzer (X11), die Anforderung eines Gutachters (X12) und der Interaktionsterm Geschlecht\*Alter (X13).

Zu Letzterem ist zu erwähnen, dass dieser Interaktionsterm zur Überprüfung von Hypothese 3.2, dass Ärzte bei Frauen bis 30 Jahren mit einer höheren Wahrscheinlichkeit eine Zwangssterilisation anordneten, ins Modell aufgenommen wurde. Durch den Term ist es möglich, den Einfluss des Geschlechts auf die Anordnung einer Zwangssterilisation in Bezug auf das Alter herauszuarbeiten.

Um die Interpretation des logistischen Regressionsmodells möglichst intuitiv und leicht verständlich zu gestalten, werden die „Odds-Ratio“ (OR)-Werte ausgegeben. Hierdurch kann nicht nur gezeigt werden, in welche Richtung (positiv oder negativ) eine Veränderung aufgrund der Ausprägung einer unabhängigen Variable auftritt, sondern auch deren Stärke bzw. Einfluss. Ein Wert größer 1 ist dabei als positiver, kleiner 1 als negativer und ein Wert von 1 als kein Einfluss zu verstehen. Der jeweilige OR-Wert ist dabei als multiplikative Veränderung zu verstehen – die Wahrscheinlichkeit, dass ein Ereignis eintritt gegenüber, dass es nicht eintritt, verändert sich somit um den Faktor X (= OR-Wert). Durch die Schätzung der logistischen Regressionsmodelle und der vorgenommenen Ausgabe der OR-Werte können demnach die Hypothesen geprüft und anschließend die Forschungsfragen beantwortet werden (vgl. ebd.: 308-313).

Hinsichtlich einer möglichen Multikollinearität, dass folglich unabhängige Variablen hohe Zusammenhänge aufweisen, kann vermerkt werden, dass hierauf in entsprechenden Fällen bereits in den deskriptiven Analysen geachtet wurde und dass eine solche nicht vorliegt (vgl. Behnke 2015: 8; vgl. Kühnel und Krebs 2010: 883).

Beide Modelle können hiernach wie folgt beschrieben werden und sind in Tabelle 31 abgebildet:

Modell 15:

$$\hat{Y} = f(X1, X2, X3, X4, X5, X6, X7, X8, X9, X10, X12)$$

Modell 16:

$$\hat{Y} = f(X1, X2, X1*X2, X3, X4, X5, X6, X7, X8, X9, X10, X12)$$

Bevor mit der Interpretation der möglichen Einflüsse der verschiedenen Merkmale begonnen wird, ist es aus inhaltlicher Perspektive nötig zu erklären, auf was sich diese Einflüsse bzw. Veränderungen beziehen – nämlich auf die „Konstante“. Der Wert der Konstante, der in beiden Modellen nicht signifikant ist, stellt jenen OR-Wert innerhalb eines Prozesses dar, der die jeweiligen Referenzkategorien – auf sie wurde innerhalb der Beschreibung der Merkmale unter Punkt 4.1 verwiesen – der einzelnen Merkmale aufweist. Folglich: ein Prozess, bei dem die betroffene Person ein Mann, der nicht älter als 20 Jahre und ledig war, bei dem hinsichtlich Elternschaft und Beruf keine Anmerkungen gemacht wurden, bei dem die Diagnose *erblicher/angeborener Schwachsinn* lautete, keine Anmerkungen bezüglich Anstaltsaufenthalt, gesetzlicher Vormundschaft, *Fortpflanzungsgefahr* und *Lebensbewahrung/Lebenswissen* als auch *Sippenbelastung* vorgenommen wurden, bei dem einer der beiden ärztlichen Beisitzer Mitglied in einer NS-Organisation war und kein Gutachter angefordert wurde.

In den Ausführungen zu Tabelle 26 wurde im Zusammenhang mit dem Geschlecht der betroffenen Personen beschrieben, dass diesbezüglich keine geschlechtsspezifischen Unterschiede ausgemacht werden konnten, da Frauen im selben Ausmaß in der Gruppe jener vertreten waren, bei denen die ärztlichen Beisitzer eine Zwangssterilisation anordneten, wie sie auch in der Grundgesamtheit vertreten waren. Daraus folgernd wurde argumentiert, dass Hypothese 3.3 nicht zutrifft und zu verwerfen ist. Durch Modell 15 aus Tabelle 31 kann dies nun abschließend bestätigt werden, da – unter Konstanthaltung aller anderen Variablen/Merkmale<sup>52</sup> – kein signifikanter Einfluss des Geschlechts einer Person auf die Entscheidung der Ärzte hinsichtlich der Anordnung einer Zwangssterilisation ausgemacht werden kann.

---

<sup>52</sup> Anm.: Die Konstanthaltung aller anderen Merkmale/Variablen (*ceteris paribus*) findet bei allen weiteren Interpretationen Anwendung, wird jedoch der einfacheren Lesbarkeit halber nicht mehr explizit vermerkt.

Anders verhält es sich hinsichtlich des Alters einer betroffenen Person. Wurde hier noch davon ausgegangen, dass zwischen den Altersgruppen der bis 20, 21 bis 30 und 31 bis 40-Jährigen keine großen Unterschiede hinsichtlich der ärztlichen Anordnung einer Zwangssterilisation zu beobachten sind, deuten die Werte aus Modell 15 darauf hin, dass durchaus Unterschiede bestanden – wenn auch teils „nur“ mit einem Signifikanzniveau von 90 bzw. 95 %. Demnach entschieden die Beisitzer in Prozessen, bei denen die betroffene Person zwischen 21 und 30 Jahre alt war, mit einer um den Faktor 1,8 höheren Wahrscheinlichkeit auf eine Zwangssterilisation als bei Personen unter 20 Jahren. War die betroffene Person zwischen 31 und 40 Jahre alt, bestand eine noch höhere Wahrscheinlichkeit einer Anordnung – nämlich um den Faktor 2,3. Anzumerken ist, dass diese beiden Altersgruppen – wie in Tabelle 26 abzulesen – mit 498 und 595 betroffenen Personen, die größten Gruppen darstellen, weshalb wohl auch die beobachteten kleineren Unterschiede signifikant sind. Hypothese 3.1, dass ärztliche Beisitzer bei Prozessen, in denen die betroffene Person jünger als 30 Jahre alt war, mit höherer Wahrscheinlichkeit eine Zwangssterilisation anordneten, muss somit verworfen werden. Die Analyse zeigt, dass vor allem Personen zwischen 31 und 40 Jahren betroffen waren.

Wird nun das Alter in Zusammenhang auf das Geschlecht einer betroffenen Person und deren Einfluss auf die Entscheidung der Beisitzer für oder gegen eine Zwangssterilisation betrachtet, kann Hypothese 3.2 geprüft werden. Modell 16 beinhaltet, wie erwähnt, einen Interaktionsterm beider Merkmale und zeigt, dass das Geschlecht einer Person – unter Berücksichtigung des Alters – durchaus einen Einfluss auf den Gerichtsentscheid hatte, vor allem wenn es sich bei der betroffenen Person um eine Frau zwischen 21 und 30 Jahren handelte. So kann abgelesen werden, dass die Konstante bei Prozessen, bei denen die betroffene Person weiblich war, um den Faktor 0,14 niedriger ist als bei Männern, jedoch die Wahrscheinlichkeit, dass die Ärzte auf eine Zwangssterilisation entschieden, etwa um den Faktor 8,77 höher war. Da dieser Wert zudem ein Signifikanzniveau von 95 % aufweist, kann mit eben dieser 95 prozentigen Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass Ärzte in Prozessen, bei denen die betroffene Person eine Frau zwischen 21 und 30 Jahren war, mit höherer Wahrscheinlichkeit eine Zwangssterilisation anordneten. Somit kann auch festgestellt werden, dass, sofern auch das Alter berücksichtigt wird, geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Anordnung von Zwangssterilisationen am Erbgesundheitsgericht Wien auszumachen sind. Wie bereits durch Abbildung 1 veranschaulicht werden konnte, ist in diesem Zusammenhang auch nochmals zu erwähnen, dass eben diese Gruppe der Frauen unter 30 Jahren auch am häufigsten vor dem Erbgesundheitsgericht Wien stand.

Tabelle 31: Log. Regression Einflüsse auf die Entscheidung der ärztlichen Beisitzer

Anordnung einer Zwangssterilisation (ja/nein)	Modell 15		Modell 16	
	OR	SF	OR	SF
Weiblich (Ref.: Männlich)	0.723	(0.177)	0.139**	(0.128)
Alter (in Jahren) (Ref. bis 20)				
21-30	1.808*	(0.565)	1.114	(0.527)
31-40	2.284**	(0.736)	2.017	(0.960)
über 40	0.872	(0.399)	0.953	(0.544)
Interaktion (Geschlecht*Alter)				
Weiblich*Alter (bis 20)			3.631	(3.695)
Weiblich*Alter (21-30)			8.774**	(8.380)
Weiblich*Alter (31-40)			4.565	(4.304)
Weiblich*Alter (über 40)			1.000	(0.000)
Familienstand (Ref.: Ledig)				
Verheiratet	0.587**	(0.150)	0.556**	(0.144)
Sonstiges	1.336	(0.633)	1.400	(0.683)
Vermerk Elternschaft/Schwangerschaft (Ref.: Keine Angabe/Anmerkung)	2.180**	(0.744)	2.401**	(0.844)
Beruf (Ref.: Keine Angabe/Anmerkung)				
HilfsarbeiterIn	0.983	(0.429)	0.945	(0.419)
Haushalt	0.888	(0.416)	0.851	(0.402)
Gewerbe	0.951	(0.437)	0.932	(0.436)
LandarbeiterIn/landw. HilfsarbeiterIn	0.521	(0.284)	0.478	(0.264)
In Ausbildung	0.578	(0.446)	0.547	(0.421)
Sonstiges/Pension	0.206***	(0.117)	0.189***	(0.110)
Ohne Beruf	1.036	(0.478)	0.951	(0.447)
Diagnose (Ref.: <i>erbl./angeb. Schwachsinn</i> )				
<i>Schizophrenie</i>	3.043***	(0.977)	3.069***	(0.998)
<i>Manisch-depressives Irresein</i>	0.679	(0.334)	0.694	(0.343)
<i>Erbliche Fallsucht</i>	1.124	(0.340)	1.185	(0.361)
<i>Erblicher Veitstanz</i>	-		-	
<i>Erbliche Blindheit</i>	2.108	(2.412)	2.034	(2.289)
<i>Erbliche Taubheit</i>	1.256	(0.749)	1.166	(0.698)
<i>Schwere erbliche körperliche Missbildung</i>	0.874	(0.418)	0.865	(0.428)
<i>Schwerer Alkoholismus</i>	0.820	(0.513)	0.746	(0.470)
Anstaltsaufenthalt (Ref.: kein Aufenthalt vermerkt)	1.967***	(0.508)	1.958***	(0.511)
Gesetzl. Vertretung (Ref.: keine gesetzl. Vertretung)	2.983***	(0.755)	3.206***	(0.826)
Vermerk zu Gerichtsentscheid (Ref.: kein Angabe/Anmerkung)				
<i>(Dringende) Fortpflanzungsgefahr</i>	63.959***	(65.818)	64.127***	(65.925)
<i>Keine Fortpflanzungsgefahr</i>	0.038***	(0.028)	0.043***	(0.032)
<i>Lebensbewahrung/Lebenswissen</i>	0.072***	(0.022)	0.072***	(0.022)
<i>Keine Lebensbewahrung/Lebenswissen</i>	11.759***	(6.011)	12.384***	(6.344)
Sippenbelastung (Ref.: keine Angabe/Anmerkung)				
Keine Sippenbelastung vermerkt	0.303***	(0.073)	0.303***	(0.074)
Sippenbelastung vermerkt	4.001***	(1.000)	4.029***	(1.009)
Beide ärztl. Beisitzer NS-Mitgliedschaft (Ref.: ein ärztl. Beisitzer)	1.447	(0.465)	1.471	(0.478)
Gutachter angefordert (Ref.: nicht angefordert)	1.012	(0.238)	1.052	(0.249)
Konstant	0.790	(0.470)	0.933	(0.608)
N	1395		1395	
McFadden´s R <sup>2</sup>	0.475		0.48	

\*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1; Quelle: Verfahrensakten EGG Wien; Eigene Berechnung

Da sich die weiteren Werte zwischen Modell 15 und 16 nur sehr gering bzw. hinsichtlich ihrer Richtung und Signifikanz nicht unterscheiden, werden für die weitere Interpretation die Werte aus Modell 16 herangezogen. Hierbei zeigt sich im Zusammenhang mit dem in den Prozessakten vermerkten Familienstand der betroffenen Personen, dass auch Hypothese 9 endgültig zu verwerfen ist. Wurde diesbezüglich anfangs angenommen, dass Ärzte in Prozessen, bei denen die betroffene Person verheiratet war, mit höherer Wahrscheinlichkeit eine Zwangssterilisation anordneten, konnte bereits durch Tabelle 29 gezeigt werden, dass gegenüber verheirateten Personen weniger häufig eine Zwangssterilisation angeordnet wurde. Auch in Tabelle 31 weist der signifikante Wert von etwa 0,56 darauf hin, dass diese Annahme nicht bestätigt werden kann. Demnach entschieden die Beisitzer in diesen Fällen mit einer um den Faktor 0,56 höheren Wahrscheinlichkeit – was einem negativen Einfluss entspricht – auf die Anordnung als bei Prozessen, in denen die betroffene Person ledig war.

In Bezug auf den Verweis einer Elternschaft bzw. Schwangerschaft der betroffenen Person wurde die Hypothese formuliert, dass in diesen Fällen mit höherer Wahrscheinlichkeit eine Zwangssterilisation angeordnet wurde. Durch Tabelle 28 konnte diesbezüglich gezeigt werden, dass in Fällen, in denen ein solcher Verweis bestand, die Ärzte tatsächlich häufiger eine Anordnung aussprachen. Der signifikante Wert der logistischen Regressionsanalyse von 2,4 deutet darauf hin, dass diese Annahme mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5 %, bestätigt werden kann: die ärztlichen Beisitzer entschieden in Prozessen, in denen eine Elternschaft bzw. Schwangerschaft in den Akten vermerkt war, mit höherer Wahrscheinlichkeit – um den Faktor 2,4 – auf die Anordnung einer Zwangssterilisation.

Der Beruf einer Person sollte von den ärztlichen Beisitzern als Indiz dafür dienen, ob eine der angeführten *Erbkrankheiten* vorlag oder nicht. Hieraus wurde Hypothese 6.1 formuliert, dass Ärzte bei Prozessen, in denen die betroffene Person eine einfache berufliche Tätigkeit ausübte, oder bei denen „ohne Beruf“ vermerkt war, mit einer höheren Wahrscheinlichkeit eine Zwangssterilisation anordneten. Durch Tabelle 27 konnte bereits gezeigt werden, dass zwischen Hilfsarbeiterinnen und Hilfsarbeitern und Landarbeiterinnen und Landarbeitern bzw. landwirtschaftlichen Hilfsarbeiterinnen und Hilfsarbeitern Unterschiede in Bezug auf die Häufigkeit der Anordnung bestanden. Anhand der Werte aus Modell 16 kann festgestellt werden, dass die Wahrscheinlichkeit einer Anordnung in Prozessen, bei denen die betroffene Person in der Kategorie „Sonstiges/Pension“ zu verorten war, etwa um den Faktor 0,19 höher war als bei Prozessen, in denen keine Anmerkung bezüglich des Berufs bestand – es liegt folglich ein negativer Einfluss vor, und dies mit einem Signifikanzniveau von 99 %. Die genannte Hypothese kann somit nicht angenommen werden und wird verworfen.

Anzumerken ist diesbezüglich zum einen, dass, wie erwähnt, die genannten Werte gegenüber Prozessen zu verstehen sind, in denen keine Anmerkung hinsichtlich des Berufs gemacht wurde und dass Ärzte auch in diesen Prozessen häufig eine Zwangssterilisation anordneten. Zum anderen können Modelle (siehe Appendix 8.4) mit signifikantem negativen Einfluss beobachtet werden, was zumindest dahingehend als Bestärkung verstanden wird, dass der Einfluss bzw. die Rolle der beruflichen Tätigkeit einer Person noch weiterer Analyse (auch oder vor allem qualitativer Art) bedarf.

Hinsichtlich der in den Prozessakten genannten Diagnose konnte durch Tabelle 30 dargestellt werden, dass hierbei zum Teil große Unterschiede in Bezug auf deren Häufigkeit als auch auf die Häufigkeit einer Anordnung bestanden. Im Zusammenhang mit der Diagnose *Schizophrenie* kann durch Modell 16 gezeigt werden, dass diese Beobachtungen bestätigt werden. So ordneten die ärztlichen Beisitzer in Prozessen, bei denen die Diagnose *Schizophrenie* lautete, mit einer um den Faktor 3,07 höheren Wahrscheinlichkeit eine Zwangssterilisation an als in jenen, in denen *erblicher/angeborener Schwachsinn* diagnostiziert wurde. Bei anderen Diagnosen können keine signifikanten Werte beobachtet werden. Nichtsdestotrotz zeigt sich auch hier, dass weitere Analysen erforderlich sind, warum es zu einer erhöhten Wahrscheinlichkeit kam.

Ein weiteres Merkmal, auf das im Gesetzeskommentar eingegangen wurde und das in den Prozessakten zu finden ist, ist der Vermerk, ob die betroffene Person zum Zeitpunkt des Gerichtsverfahrens in einer Anstalt untergebracht war. Durch Tabelle 24 konnte bereits veranschaulicht werden, dass, wurde ein Vermerk auf einen Anstaltsaufenthalt gemacht, die Ärzte häufiger eine Zwangssterilisation anordneten. Durch Modell 16 kann Hypothese 7, dass die Beisitzer in Prozessen, in denen ein solcher Vermerk bestand, mit höherer Wahrscheinlichkeit auf eine Anordnung entschieden, abschließend bestätigt werden. Demnach ordneten die ärztlichen Beisitzer in diesen Prozessen mit einer etwa um den Faktor 1,95 höheren Wahrscheinlichkeit eine Zwangssterilisation an, als in jenen, in denen kein etwaiger Vermerk zu finden ist.

Ein stärkerer Einfluss kann in Modell 16 im Zusammenhang mit der gesetzlichen Vertretung einer Person beobachtet werden. Diesbezüglich verdeutlichte bereits Tabelle 25, dass in Prozessen, in denen eine solche vermerkt wurde, von den Ärzten häufiger die Anordnung einer Zwangssterilisation erfolgte, als wenn dies nicht der Fall war. Dass in Prozessen, bei denen eine gesetzliche Vertretung vermerkt war, mit höherer Wahrscheinlichkeit eine Zwangssterilisation angeordnet wurde, wie durch Hypothese 10 angenommen, kann auch abschließend bestätigt werden. Dies verdeutlicht der signifikante OR-Wert von etwa 3,2

Punkten, der aussagt, dass Beisitzer in Prozessen mit einem solchen Vermerk, mit einer um den Faktor 3,2 höheren Wahrscheinlichkeit eine Anordnung aussprachen.

Hinsichtlich des Vermerks, ob bei einer betroffenen Person eine *Fortpflanzungsgefahr* bestand oder ob explizit angemerkt wurde, dass eine solche nicht vorlag, konnte bereits durch Tabelle 21 dargestellt werden, dass, wurde von den ärztlichen Beisitzern eine *Fortpflanzungsgefahr* bescheinigt, in 99,6 % der Fälle eine Anordnung einer Zwangssterilisation erfolgte. Umgekehrt wurde in 12,5 % jener Fälle, in denen hervorgeht, dass eine solche eben nicht vorlag auf Zwangssterilisation entschieden. Diese Deutlichkeit zeigt sich auch anhand der OR-Werte aus Modell 16: gegenüber der Referenzkategorie, folglich in Prozessen, bei denen keine Anmerkung hinsichtlich *Fortpflanzungsgefahr* oder *Lebensbewährung* bestand, ordneten die Beisitzer in jenen Fällen, in denen auf das Vorliegen einer (dringenden) *Fortpflanzungsgefahr* verwiesen wurde, mit einer deutlich höheren Wahrscheinlichkeit eine Zwangssterilisation an. Nämlich um den Faktor von rund 64,13. Wie schon aus der deskriptiven Analyse ersichtlich, verdeutlicht auch diese multivariate Analyse sehr deutlich, dass dieses Merkmal einen großen bzw. den größten Einfluss auf die ärztliche Entscheidung für oder gegen eine Anordnung hatte. Hypothese 4.1 kann – auch aufgrund der Signifikanz dieses Wertes – bestätigt werden.

Umgekehrt verhält es sich, wenn explizit darauf verwiesen wurde, dass eine solche *Fortpflanzungsgefahr* nicht bestand. Hier kann durch Modell 16 aus Tabelle 31 abgelesen werden, dass von den Ärzten in diesen Fällen mit einer Wahrscheinlichkeit um den Faktor von etwa 0,04 höher auf eine Zwangssterilisation entschieden wurde. Mit anderen Worten sprachen die Beisitzer in diesen Prozessen sehr viel unwahrscheinlicher eine Anordnung aus. Anzumerken ist jedoch auch, dass dieser Vermerk nur in 24 Fällen zu finden ist.

Ähnliches zeigt sich im Zusammenhang mit der Einschätzung und dem Vermerk der ärztlichen Beisitzer, ob bei der betroffenen Person eine *Lebensbewährung* bzw. *Lebenswissen* vorlag oder ob dies abgesprochen wurde. In Prozessen, in denen die Ärzte eine *Lebensbewährung* bzw. *Lebenswissen* feststellten, ordneten sie mit einer Wahrscheinlichkeit um den Faktor 0,072 höher eine Zwangssterilisation an. Somit kann auch hier ein negativer Einfluss beobachtet werden. In Fällen, in denen der betroffenen Person dies jedoch abgesprochen wurde, wurde demgegenüber mit einer Wahrscheinlichkeit um den Faktor von rund 12,38 höher auf eine Anordnung entschieden. Es kann folglich auch Hypothese 6.2 bestätigt werden: die Feststellung eine *Lebensbewährung* bzw. von *Lebenswissen* hatte einen großen Einfluss auf die Entscheidung der Ärzte für oder gegen eine Zwangssterilisation.

Ein ebenfalls signifikanter Einfluss kann in Bezug auf die Familienanamnese bzw., wie in den Prozessakten beschrieben, die *Sippenbelastung* beobachtet werden. Konnte bereits durch Tabelle 23 gezeigt werden, dass von den beteiligten Ärzten bei einem Vermerk auf das Vorliegen einer solchen in 93,5 % der Fälle eine Zwangssterilisation angeordnet wurde, wird der Einfluss auf die Entscheidung auch durch Modell 16 ersichtlich. Gegenüber Prozessen, in denen keine Anmerkung einer *Sippenbelastung* vorgenommen wurde, entschieden die Beisitzer in jenen Fällen mit einem Vermerk des Vorliegens einer solchen mit einer Wahrscheinlichkeit um den Faktor von etwa 4,03 höher auf die Anordnung einer Zwangssterilisation. Umgekehrt verhält es sich, wenn explizit vermerkt wurde, dass eine solche nicht vorliege – hier ordneten sie mit einer Wahrscheinlichkeit um den Faktor von rund 0,3 höher eine Zwangssterilisation an. Somit kann Hypothese 5 ebenfalls bestätigt werden.

Zwei weitere Hypothesen, die anhand des Modells 16 (und auch Modell 15) einer abschließenden Prüfung unterzogen wurden, betreffen die Annahmen, dass, waren beide ärztliche Beisitzer in einer NS-Organisation, diese mit höherer Wahrscheinlichkeit eine Zwangssterilisation anordneten (Hypothese 1) und bei Prozessen, in denen ein Gutachter angefordert wurde, mit höherer Wahrscheinlichkeit keine Anordnung erfolgte (Hypothese 2.2). Beide Hypothesen können auf Grundlage der nichtsignifikanten OR-Werte nicht bestätigt werden und sind zu verwerfen. Nichtsdestotrotz konnten im Zuge dieser Masterarbeit auch in diesem Zusammenhang neue Erkenntnisse gewonnen werden. Zum einen wurde festgestellt, dass bei der Bestellung wohl durchaus auf die Zweckidentifikation der Ärzte geachtet wurde, wobei die Mitgliedschaft in einer NS-Organisation als Indiz hierfür angesehen wird. Dies wird auch insofern deutlich, da kein einziger Prozess am Erbgesundheitsgericht Wien bestand, in dem keiner der beiden ärztlichen Beisitzer eine solche Mitgliedschaft aufwies. In diesem Zusammenhang ist nochmals darauf zu verweisen, dass Ärzte mit einer NS-Organisationsmitgliedschaft am EGG Wien stark überrepräsentiert waren. Bestand bei rund 45 % der approbierten Ärzte im Deutschen Reich eine Mitgliedschaft zumindest in der NSDAP, waren es am Erbgesundheitsgericht Wien über 80 % mit einer solchen oder anderen NS-Mitgliedschaft. Zum anderen konnte verdeutlicht werden, dass Ärztekongstellationen, innerhalb derer nur einer der beiden Ärzte eine NS-Mitgliedschaft aufwies, eher von einem Gutachter Gebrauch machten und dass diese bei ihren Entscheidungen auch eher Vermerke hinsichtlich der *Fortpflanzungsgefahr* und der *Lebensbewahrung* bzw. des *Lebenswissens* vornahmen. Innerhalb der Arbeit wurde dies insofern interpretiert, als sich jene Ärztekongstellationen zusätzlich abzusichern versuchten. Diesem Argument wäre jedoch noch weiter nachzugehen.

Warum nun ärztliche Beisitzer am Erbgesundheitsgericht Wien zwischen 1940 und 1945 in rund 80 % der Beschlüsse eine Zwangssterilisation anordneten, zeigt sich abschließend konkret ein zwei Lenkungsmaßnahmen. Zum einen an der Bestellung der ärztlichen Beisitzer und zum anderen an den Ausführungen innerhalb des Gesetzeskommentars von Gütt et al. Ausschlaggebend waren somit das Motivationsmittel der Zweckidentifikation auf Grundlage dessen die Ärzte bestellt wurden und das Konditionalprogramm des Gesetzeskommentars, der als Konkretisierung der Wenn-Funktion des GzVeN fungierte. Letzteres zeigt sich vor allem daran, dass darin zu findende Punkte wie die Berücksichtigung einer *Sippenbelastung* und *Lebensbewährung* bzw. *Lebenswissen* mitunter den stärksten Einfluss auf die Entscheidung der Beisitzer für oder gegen die Anordnung einer Zwangssterilisation hatten. Weiters konnten auch die im Gesetzeskommentar vermerkten geschlechtsspezifischen Unterschiede deutlich gemacht werden, ordneten die involvierten Ärzte doch bei Prozessen, in den die betroffene Person eine Frau zwischen 21 und 30 Jahren war, mit einer deutlich höheren Wahrscheinlichkeit eine Zwangssterilisation an, als bei Männern oder anderen Altersgruppen. Der stärkste Einfluss konnte jedoch anhand der Feststellung hinsichtlich einer *Fortpflanzungsgefahr* erarbeitet werden. Interessant ist dies insbesondere deshalb, da es sich dabei um eine Voraussetzung für die Anzeige einer *Erbkrankheit* und die Antragsstellung auf Zwangssterilisation handelte und nicht für die am EGG prozessierte Anordnung einer solchen. Wie zudem festgestellt werden konnte, wurde ein solcher Vermerk vor allem von jenen Ärztekongstellationen eingebracht, bei denen nur einer der beiden Beisitzer Mitglied in einer NS-Organisation war. Dies wird insofern interpretiert, dass sich jene Ärzte wahrscheinlich abzusichern versuchten – für den Zeitpunkt der Anordnung als auch vielleicht als spätere Rechtfertigung.

## 5. Conclusio und Ausblick

Durch das in der *Ostmark* im Jänner 1940 in Kraft getretene „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ sollte „biologisch *minderwertige[s]* Erbgut ausgeschaltet“ werden, wobei Sterilisationen – auch unter Anwendung von Zwang – als „das einzig sichere Mittel“ verstanden wurden (Gütt et al. 1936: 77). Durch das Gesetz war es folglich möglich, dass Personen, bei denen eine der im GzVeN genannte *Erbkrankheit* (*angeborener Schwachsinn, Schizophrenie, zirkuläres (manisch-depressives) Irresein, erbliche Fallsucht, erblicher Veitstanz, erbliche Blindheit, erbliche Taubheit, schwere erbliche körperliche Missbildung oder schwerer Alkoholismus*) diagnostiziert wurde, zwangssterilisiert werden konnten. Eine solche

Zwangssterilisation wurde an Erbgesundheitsgerichten prozessiert, wobei zwei Besonderheiten hervorzuheben sind: zum einen, dass die zentralen Entscheidungsträger, ob eine Zwangssterilisation angeordnet wurde oder nicht, weniger die vorsitzenden Richter sondern vielmehr die beiden ärztlichen Beisitzer waren; und zum anderen, dass letzteren hierbei große Entscheidungs- und Handlungsspielräume per Gesetz zugestanden wurden. Nichtsdestotrotz wurde in Wien – wie auch an anderen Erbgesundheitsgerichten – in einem Großteil der Fälle eine Zwangssterilisation angeordnet. Obwohl es den Ärzten demnach durchaus möglich gewesen wäre, sich gegen die Anordnung einer Zwangssterilisation zu entscheiden, entschieden die ärztlichen Beisitzer am EGG Wien in 1.486 Fällen – in denen ein Entscheid für oder gegen eine Anordnung vorliegt – 1.205 Mal, dass eine Zwangssterilisation vorzunehmen sei. Somit wurde in über 80 % der Fälle eine Zwangssterilisation der betroffenen Personen bzw., wie in den Gerichtsentscheiden beschrieben, *beantragten* Person, angeordnet. Im Zuge dieser Arbeit wurde daher der Frage nachgegangen, warum sich die ärztlichen Beisitzer trotz ihrer Entscheidungs- und Handlungsspielräume in über 80 % der Fälle für die Anordnung einer Zwangssterilisation entschieden.

Durch die Formalisierung der Mitgliedschaft ist es einer Organisation möglich, Erwartungen gegenüber eben jenen Mitgliedern zu kommunizieren, wobei diese Erwartungen in unterschiedlicher Weise generalisiert werden können. Da dies somit erst durch die Organisationsmitgliedschaft möglich wird, rückten neben den verschiedenen Formen der Generalisierung von Verhaltenserwartungen auch Motivationsmittel in den Fokus, durch die eine Organisation Mitglieder rekrutieren, an sich binden und zur Befolgung ihrer Erwartungen bewegen kann. Zur abschließenden Beantwortung der Frage des Warum war es hiernach nötig zu hinterfragen, welche Motivationsmittel das EGG Wien zur Rekrutierung und Bindung von Mitgliedern einsetzte und zum anderen, wie die Generalisierung von Verhaltenserwartungen vollzogen wurde. Weiters war zu klären, welchen Einfluss die hierbei ausgearbeiteten Punkte auf die Entscheidung der ärztlichen Beisitzer für oder gegen die Anordnung einer Zwangssterilisation hatten.

Am Erbgesundheitsgericht Wien, so konnte gezeigt werden, fand für die Rekrutierung der Mitglieder – der ärztlichen Beisitzer – vor allem das Motivationsmittel der Zweckidentifikation Anwendung. Diesbezüglich war es die Mitgliedschaft in einer NS-Organisation, die bei 32 der 37 Ärzte nachgewiesen werden konnte und als Indiz für eine Zweckidentifikation herangezogen wurde, wodurch es möglich war, jene Zweckidentifikation messbar zu machen. Auch wenn in diesem Zusammenhang kein signifikanter Einfluss der Mitgliedschaft auf die (Nicht)Anordnung einer Zwangssterilisation nachgewiesen werden

konnte, wurde gezeigt, dass es in keinem einzigen Fall am EGG Wien vorkam, dass keiner der beiden ärztlichen Beisitzer keine NS-Mitgliedschaft aufwies. Ein Umstand, der sich auch anhand der Überrepräsentation der Ärzte mit einer NS-Organisationsmitgliedschaft am Erbgesundheitsgericht Wien verdeutlicht. Waren im Dritten Reich etwa 45 % der Ärzte in der NSDAP, hatten am EGG Wien rund 80 % eine Mitgliedschaft in einer NS-Organisation. Mitgliedschaften bestanden vor allem in der NSDAP (die für weitere oftmals Bedingung war), der SS, der SA, dem NSDÄB und dem NSKK.

Neben der NS-Organisationsmitgliedschaft als Indiz für die Zweckidentifikation wurde zudem auf den internationalen und österreichischen *eugenischen* Diskurs eingegangen. Hierdurch konnte aufgezeigt werden, dass bereits vor 1938 eine breite gesellschaftliche Akzeptanz von *eugenischen* Maßnahmen vorherrschte, auf die der Nationalsozialismus mit seiner *Erb- und Rassenpflege* aufbauen konnte.

Hinsichtlich der Generalisierung von Verhaltenserwartungen, so konnte gezeigt werden, verlief diese am Erbgesundheitsgericht Wien auf sachlicher Ebene über die Person und über ein Programm. Ersteres ist darin zu verstehen, dass einer Person bestimmte „Höchstleistungen“ zugesprochen werden und somit auch erwartet werden kann, dass diese bedient wird. Bei den ärztlichen Beisitzern war dies vor allem, dass sie „auf dem Boden der nationalsozialistischen Weltanschauung“ stehen sollten, was wiederum durch deren NS-Mitgliedschaft angenommen werden konnte. Die Generalisierung von Verhaltenserwartungen durch ein Programm kann insofern interpretiert werden, dass das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ als eben solches verstanden wird. Konkret handelt es sich hierbei um ein Konditionalprogramm, dessen Ungenauigkeit in der Wenn-Funktion anhand des Gesetzeskommentars von Gütt et al. spezifiziert wurde.

Durch das Gesetz und den Kommentar war es möglich, Merkmale, auf die die Ärzte bei ihren Entscheidungen achten sollten, abzuleiten. Abschließend konnte deren Einfluss auf die Entscheidung der Ärzte für oder gegen die Anordnung einer Zwangssterilisation messbar gemacht werden. Einen starken Einfluss hatten dabei die Zuschreibung bzw. das Absprechen von *Lebensbewahrung* oder *Lebenswissen*, ein Vermerk hinsichtlich der *Sippenbelastung* einer betroffenen Person sowie das Alter und das Geschlecht. Demnach ordneten die ärztlichen Beisitzer bei Frauen zwischen 21 und 30 Jahren mit einer höheren Wahrscheinlichkeit eine Zwangssterilisation an. Der stärkste Einfluss konnte jedoch im Zusammenhang mit dem Verweis hinsichtlich einer möglichen *Fortpflanzungsgefahr* der betroffenen Person ausgemacht werden. Bereits durch die deskriptive Analyse wurde diesbezüglich gezeigt, dass die Ärzte in nur einem Fall, in dem eine solche laut ihnen vorlag, nicht auf die Anordnung einer

Zwangssterilisation entschieden. Besonders auffallend ist zum einen, dass ein solcher Vermerk grundsätzlich nicht nötig gewesen wäre, da das Bestehen einer *Fortpflanzungsgefahr* Voraussetzung für die Anzeige einer *Erbkrankheit* und den Antrag auf Unfruchtbarmachung war. Zum anderen ist hervorzuheben, dass dies insbesondere bei Ärztekonstellationen angemerkt wurde, bei denen nur einer der beiden Beisitzer in einer NS-Organisation Mitglied war. Innerhalb dieser Arbeit wurde daher die Vermutung angestellt, dass es sich dabei wohl um den Versuch handelte, sich gegenüber der möglichen Enttäuschung der Erwartung einer Anordnung abzusichern. Wie bereits im Zuge der Arbeit angemerkt, wäre dieser Vermutung noch weiter nachzugehen – durch weitere Quellen, oder durch die qualitative Analyse der betreffenden Gerichtsentscheide: Wie wurde hierin argumentiert? Finden sich Rechtfertigungen?

Weitere Anknüpfungspunkte bzw. aufgeworfene Fragen, die weiteren Analysen bedürfen würden, können anhand der Unterschiede hinsichtlich des Berufs und der genannten *Erbkrankheit* genannt werden. In diesem Zusammenhang wurde gezeigt, dass die Beisitzer bei Prozessen, in denen die betroffene Person Hilfsarbeiterin oder Hilfsarbeiter war, häufiger auf die Anordnung einer Zwangssterilisation entschieden als bei Landarbeiterinnen und Landarbeitern bzw. landwirtschaftlichen Hilfsarbeiterinnen und Hilfsarbeitern. Anhaltspunkt für eine mögliche qualitative Analyse, z.B. inhaltsanalytischer Art, könnte der vorgebrachte Verweis von Gütt et al. sein, dass bei „Landkindern“ die „Möglichkeit der Nachreife“ bestehe. Auch hier wäre interessant, welche Unterschiede bei der Argumentation erarbeitet werden können. Der Anknüpfungspunkt in Bezug auf die genannte *Erbkrankheit* ist insofern zu verstehen, als bei Prozessen mit der Diagnose *Schizophrenie* mit einer höheren Wahrscheinlichkeit auf die Anordnung einer Zwangssterilisation entschieden wurde, als wenn diese *erblicher/angeborener Schwachsinn* lautete. Auch hier wäre dem anhand einer qualitativen Analyse nachzugehen, warum bzw. welche Unterschiede gemacht wurden.

Aufgrund der Eingrenzung des Forschungsgegenstandes auf das Erbgesundheitsgericht Wien wurde nur kurz auf die Beschwerdeverfahren am Erbgesundheitsobergericht verwiesen und gezeigt, dass Beschwerden gegen einen Gerichtsentscheid des EGG verstärkt von Amtsärzten bzw. antragstellenden Ärzten eingebracht wurden. Nichtsdestotrotz wurde auch in 156 Fällen eine Beschwerde bei einer Anordnung eingebracht, was darauf schließen lässt, dass diese von Seiten der betroffenen Person gestellt wurde. Diesbezüglich konnte die Frage aufgeworfen werden, ob diese Fälle Gemeinsamkeiten aufweisen. Bestand z.B. eine gesetzliche Vertretung? Wenn ja, wer fungierte als solche? Konnte auf bestimmte Ressourcen, oder im

Sinne von Pierre Bourdieu (1982), auf bestimmtes Kapital (soziales, kulturelles oder ökonomisches) zurückgegriffen werden?

Es zeigt sich somit, dass durch das hier verwendete soziologische Instrumentarium (theoretisch wie methodisch) nicht nur vorhandenes Wissen zu Zwangssterilisation von als *erbkrank* kategorisierten Personen systematisiert und hinsichtlich des GzVeN und dem Gesetzeskommentar von Gütt et al. vertieft werden konnte. Mit der Mitgliedschaft der ärztlichen Beisitzerf wurde zudem ein bisher wenig berücksichtigtes Merkmal in den Fokus gerückt, wodurch neue Erkenntnisse erarbeitet und insgesamt ein Teil zum weiteren Erklären und Verstehen dieses Unrechts beigetragen werden konnte. Wie die unterschiedlichen und vielzähligen Anknüpfungs- und weiterführenden Punkte zeigen, wurde durch diese Arbeit überdies deutlich, dass noch viele weitere Fragen offen sind, bei deren Beantwortung die Soziologie von großem Nutzen sein kann.

## 6. Literaturverzeichnis

- Adorno, Theodor W. 1950. *The Authoritarian Personality*. New York: Harper.
- Adorno, Theodor W. 1969. "Erziehung nach Auschwitz". In *Stichworte. Kritische Modelle 2*, 2. Aufl., Hrsg. Theodor W. Adorno, 84-101. Frankfurt: Suhrkamp.
- Baader, Gerhard. 2007. Eugenische Programme in der sozialistischen Parteienlandschaft in Deutschland und Österreich im Vergleich. In *Eugenik in Österreich. Biopolitische Strukturen von 1900 - 1945*, Hrsg. Gerhard Baader, Veronika Hofer und Thomas Mayer, 66-139. Wien: Czernin.
- Bach, Maurizio. 2012. "Drittes Reich" und Soziologie. *Soziologie*:19–27.
- Bach, Maurizio, und Stefan Breuer. 2010. *Faschismus als Bewegung und Regime. Italien und Deutschland im Vergleich*. Wiesbaden: Springer VS.
- Backhaus, Klaus, Bernd Erichson, Wulff Plinke und Rolf Weiber. 2016. *Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung*. 14. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Bauman, Zygmunt. 1989. *Modernity and the Holocaust*. Cambridge: Polity Press.
- Becker, Michael. 2014a. Auf dem Weg zu einer Soziologie des Nationalsozialismus? Zur Entwicklung der soziologischen NS-Forschung seit 1990. In *Soziologie und Nationalsozialismus. Positionen, Debatten, Perspektiven*. Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft, Bd. 2129, 1. Aufl., Hrsg. Michaela Christ und Maja Suderland, 196-236. Berlin: Suhrkamp.
- Becker, Michael. 2014b. Politik des Beschweigens. Plädoyer für eine historisch-soziologische Rekonstruktion des Verhältnisses der Soziologie zum Nationalsozialismus. *Soziologie*:251–277.
- Behnke, Joachim. 2015. *Logistische regressionsanalyse. Eine einföhrung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Best, Henning, und Christof Wolf. 2010. Logistische Regression. In *Handbuch der sozialwissenschaftlichen Datenanalyse*, 1. Aufl., Hrsg. Christof Wolf und Henning Best, 827-854. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bock, Gisela. 1986. *Zwangssterilisation im Nationalsozialismus. Studien zur Rassenpolitik und Frauenpolitik*, Bd. 48. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Bock, Gisela. 2008. Nationalsozialistische Sterilisationspolitik. In *Tödliche Medizin im Nationalsozialismus. Von der Rassenhygiene zum Massenmord*. Schriften des Deutschen Hygiene-Museums Dresden, Bd. 7, Hrsg. Klaus-Dietmar Henke, 85-99. Köln: Böhlau.
- Bock, Gisela. 2010. *Zwangssterilisation im Nationalsozialismus. Studien zur Rassenpolitik und Geschlechterpolitik*. 2. Aufl. Münster: Verl.-Haus Monsenstein und Vannerdat.
- Bourdieu, Pierre. 1982. *Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Braß, Christoph. 2004. *Zwangssterilisation und "Euthanasie" im Saarland 1933-1945*. Paderborn, München, Wien, Zürich: Ferdinand Schöningh.
- Bröckling, Ulrich. 1997. *Disziplin. Soziologie und Geschichte militärischer Gehorsamsproduktion*. München: Wilhelm Fink Verlag.
- Browning, Christopher R. 1993. *Ganz normale Männer. Das Reserve-Polizeibataillon 101 und die "Endlösung" in Polen*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Christ, Michaela. 2011. Die Soziologie und das "Dritte Reich". *Soziologie*:407–431.
- Christ, Michaela. 2016. Die Praxis der Organisation. *Mittelweg 36* 25:104–112.
- Christ, Michaela, und Maja Suderland. 2014. Der Nationalsozialismus. (K)ein Thema für die Soziologie? In *Soziologie und Nationalsozialismus. Positionen, Debatten, Perspektiven*. Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft, Bd. 2129, 1. Aufl., Hrsg. Michaela Christ und Maja Suderland, 13-30. Berlin: Suhrkamp.

- Czech, Herwig. 2003. *Erfassung, Selektion und "Ausmerze". Das Wiener Gesundheitsamt und die Umsetzung der nationalsozialistischen "Erbgesundheitspolitik", 1938 bis 1945*. Zugl.: Wien, Univ., Diplomarbeit, 2003, Bd. 41. Wien: Deuticke.
- Czech, Herwig. 2005. Erfassen, begutachten, ausmerzen. Das Wiener Hauptgesundheitsamt und die Umsetzung der "Erb- und Rassenpflege" 1938 bis 1945. In *Vorreiter der Vernichtung? Eugenik, Rassenhygiene und Euthanasie in der österreichischen Diskussion vor 1938*. Zur Geschichte der NS-Euthanasie in Wien, Hrsg. Heinz E. Gabriel und Wolfgang Neugebauer, 19-51. Wien: Böhlau.
- Dahrendorf, Ralf. 1965. *Gesellschaft und Demokratie in Deutschland*. Piper: München.
- Daum, Monika, und Hans-Ulrich Deppe. 1991. *Zwangsterilisation in Frankfurt am Main 1933-1945*. Frankfurt/Main: Campus.
- Diaz-Bone, Rainer. 2019. *Statistik für Soziologen*, 2782 : UTB basics. 5. Aufl. München: UVK Verlag.
- Eden, Sören, Henry Marx und Ulrike Schulz. 2018. Ganz normale Verwaltungen? Methodische Überlegungen zum Verhältnis von Individuum und Organisation am Beispiel des Reichsarbeitsministeriums 1919 bis 1945. *Vierteljahreshefte für Zeitgeschichte* 66:487–520.
- Einhaus, Carola. 2006. *Zwangsterilisation in Bonn (1934 - 1945). Die medizinischen Sachverständigen vor dem Erbgesundheitsgericht*. Köln, Weimar, Wien: Böhlau.
- Evans, Richard J. 2008. Zwangsterilisierung, Krankenmord und Judenvernichtung im Nationalsozialismus. Ein Überblick. In *Tödliche Medizin im Nationalsozialismus. Von der Rassenhygiene zum Massenmord*. Schriften des Deutschen Hygiene-Museums Dresden, Bd. 7, Hrsg. Klaus-Dietmar Henke, 31-45. Köln: Böhlau.
- Falter, Jürgen W., Hrsg. 2016. *Junge Kämpfer, alte Opportunisten. Die Mitglieder der NSDAP 1919-1945*. Frankfurt, New York: Campus Verlag.
- Frick, Wilhelm. 1933. *Bevölkerungs- und Rassenpolitik. Ansprache des Reichsministers des Innern Dr. Frick auf der ersten Sitzung des Sachverständigenbeirats für Bevölkerungs- und Rassenpolitik am 28. Juni 1933 in Berlin*, Bd. 1. Langensalza: Hermann Beyer und Söhne.
- Friedmann, Ina. 2019. „Vom Standpunkt der Erbpflege und der Bevölkerungspolitik ist in diesem Fall eine Sterilisierung dringend geboten“. Kooperationsformen der Universität Innsbruck mit den Erbgesundheitsgerichten in Tirol und Vorarlberg zwischen 1940 und 1945. In *Geschichte der Universität Innsbruck 1669-2019*, Hrsg. Margret Friedrich und Dirk Rupnow, 723-774. Innsbruck: Innsbruck University Press.
- Friedrich, Stefan. 2012. *Soziologie des Genozids. Grenzen und Möglichkeiten einer Forschungsperspektive*. München: Wilhelm Fink Verlag.
- Ganssmüller, Christian. 1987. *Die Erbgesundheitspolitik des Dritten Reiches. Planung, Durchführung und Durchsetzung*. Wien, Köln: Böhlau.
- Goldberger, Josef. 2002. *NS-Gesundheitspolitik im Reichsgau Oberdonau 1938-1945. Die Umsetzung der gesundheitspolitischen Forderungen des NS-Staates durch die staatliche Sanitätsverwaltung oder die administrative Konstruktion des "Minderwertes"*. Dissertation. Wien.
- Goldhagen, Daniel J. 1996. *Hitlers willige Vollstrecker. Ganz gewöhnliche Deutsche und der Holocaust*. Berlin: Siedler.
- Gruber, Alexander, und Stefan Kühl. 2015. Autoritätsakzeptanz und Folgebereitschaft in Organisationen. Zur Beteiligung der Mitglieder des Reserve-Polizeibataillons 101 am Holocaust. In *Soziologische Analysen des Holocaust. Jenseits der Debatte über "ganz normale Männer" und "ganz normale Deutsche"*, Hrsg. Alexander Gruber und Stefan Kühl, 7-28. Wiesbaden: Springer VS.
- Gütt, Arthur, Hrsg. 1939. *Der öffentliche Gesundheitsdienst. Erläuterungen zum Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3. Juli 1934 nebst*

- Durchführungsverordnungen, Gebührenordnung und Anhang mit Erlassen.* Handbücherei für den öffentlichen Gesundheitsdienst, Bd. 1. Berlin: Heymann.
- Gütt, Arthur, Ernst Rüdin und Falk Ruttke. 1936. *Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933 nebst Ausführungsverordnungen. Gesetz und Erläuterung.* 2. Aufl. München: J. F. Lehmanns Verlag.
- Heitzer, Horst W. 2005. *Zwangssterilisation in Passau. Die Erbgesundheitspolitik des Nationalsozialismus in Ostbayern 1933-1939*, Bd. 13. Köln: Böhlau.
- Henke, Klaus-Dietmar. 2008. Einleitung. Wissenschaftliche Entmenschlichung und politische Massentötung. In *Tödliche Medizin im Nationalsozialismus. Von der Rassenhygiene zum Massenmord.* Schriften des Deutschen Hygiene-Museums Dresden, Bd. 7, Hrsg. Klaus-Dietmar Henke, 9-29. Köln: Böhlau.
- Höbel, Thomas. 2014. Organisierte Plötzlichkeit. Eine prozesssoziologische Erklärung antisymmetrischer Gewaltsituationen. *Zeitschrift für Soziologie* 43:441–457.
- Hödl, Klaus. 2001. Von der Rassenhygiene zum Nationalsozialismus. Zäsur oder Kontinuität? In *Medizin und Nationalsozialismus in der Steiermark*, Hrsg. Wolfgang Freidl, 136-157. Innsbruck: Studien-Verlag.
- Holzinger, Markus. 2018. Der Holocaust und der Problem der Ebenen. Einige Bemerkungen zu Stefan Kühls "Soziologie des Holocaust". *Zeitschrift für Genozidforschung* 16:34–51.
- Hubenstorf, Michael. 2007. Vorwort. In *Eugenik in Österreich. Biopolitische Strukturen von 1900 - 1945*, Hrsg. Gerhard Baader, Veronika Hofer und Thomas Mayer, 7-13. Wien: Czernin.
- Imbusch, Peter. 2005. *Moderne und Gewalt. Zivilisationstheoretische Perspektiven auf das 20. Jahrhundert.* Wiesbaden: Springer VS.
- Janka, Franz. 1997. *Die braune Gesellschaft. Ein Volk wird formatiert.* Stuttgart: Quell-Verlag.
- Kater, Michael H. 2002. *Ärzte als Hitlers Helfer*, Bd. 3407. Ungekürzte Taschenbuchausg. München, Zürich: Piper Verlag GmbH.
- Kesper-Biermann, Sylvia. 2008. "Deutschland, Europa und die übrige Welt". Zur Vorgeschichte des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses in transnationaler Perspektive. In *Justiz und Erbgundheit. Zwangssterilisation, Stigmatisierung, Entrechtung: "Das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses" in der Rechtsprechung der Erbgesundheitsgerichte 1934-1945 und seine Folgen für die Betroffenen bis in die Gegenwart.* Juristische Zeitgeschichte Nordrhein-Westfalen, Bd. 17, Hrsg. Helia-Verena Daubach, 7-25. Düsseldorf: Justizministerium des Landes NRW.
- Klein, Matthias. 2020. *NS-"Rassenhygiene" im Raum Trier. Zwangssterilisationen und Patientenmorde im ehemaligen Regierungsbezirk Trier 1933-1945*, Band 161. Wien, Köln, Weimar.
- Knödl, Wolfgang. 2017. Perspektiven der Gewaltforschung. *Mittelweg* 36 26:4–27.
- Kranebitter, Andreas, und Christoph Reinprecht. 2019. Soziologie und Nationalsozialismus in Österreich. Eine Einleitung. In *Die Soziologie und der Nationalsozialismus in Österreich.* Sozialtheorie, Hrsg. Andreas Kranebitter und Christoph Reinprecht, 9-58. Bielefeld: Transcript.
- Kühl, Stefan. 1994. *The Nazi Connection. Eugenics, American Racism, and German National Socialism.* New York, NY: Oxford University Press.
- Kühl, Stefan. 2011. *Organisationen. Eine sehr kurze Einführung.* Wiesbaden: Springer VS.
- Kühl, Stefan. 2014. *Die Internationale der Rassisten. Aufstieg und Niedergang der internationalen eugenischen Bewegung im 20. Jahrhundert.* 2. Aufl. Frankfurt/M., New York: Campus Verlag.
- Kühl, Stefan. 2018. *Ganz normale Organisationen. Zur Soziologie des Holocaust.* 2. Aufl. Berlin: Suhrkamp.

- Kühnel, Steffen M., und Dagmar Krebs. 2010. Multinomiale und ordinale Regression. In *Handbuch der sozialwissenschaftlichen Datenanalyse*, 1. Aufl., Hrsg. Christof Wolf und Henning Best, 855-886. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Lepsius, M. Rainer. 1993. *Demokratie in Deutschland. Soziologisch-historische Konstellationsanalysen*, Bd. 100. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Ley, Astrid. 2004. *Zwangssterilisation und Ärzteschaft. Hintergründe und Ziele ärztlichen Handelns 1934 - 1945*. Frankfurt/M.: Campus Verlag.
- Loewy, Erich H. 2002. Täter, Mitläufer, Apologeten. Wer ist an dem Bösen Schuld? Können wir es in Zukunft verhindern? In *Von der Zwangssterilisierung zur Ermordung. Zur Geschichte der NS-Euthanasie in Wien*, Bd. 2, Hrsg. Eberhard Gabriel und Wolfgang Neugebauer, 23-32. Wien: Böhlau.
- Löscher, Monika. 2007. Katholizismus und Eugenik in Österreich. "... dass die katholische Auffassung alle vernünftigen Versuche der positiven Eugenik voll Freude begrüßt und unterstützt ...". In *Eugenik in Österreich. Biopolitische Strukturen von 1900 - 1945*, Hrsg. Gerhard Baader, Veronika Hofer und Thomas Mayer, 140-161. Wien: Czernin.
- Luhmann, Niklas. 1995. *Funktionen und Folgen formaler Organisation. Mit einem Epilog 1994*, Bd. 20. 4. Aufl. Berlin: Duncker & Humblot.
- Luhmann, Niklas. 2000. *Organisation und Entscheidung*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Luhmann, Niklas. 2008. *Rechtssoziologie*. 4. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Mayer, Thomas. 2004. *Akademische Netzwerke um die "Wiener Gesellschaft für Rassenpflege (Rassenhygiene)" von 1924 bis 1948*. Diplomarbeit. Wien.
- Mayer, Thomas. 2005. "... daß die eigentliche österreichische Rassenhygiene in der Hauptsache das Werk Reichels ist". Der (Rassen-)Hygieniker Heinrich Reichel (1876-1943) und seine Bedeutung für die eugenische Bewegung in Österreich. In *Vorreiter der Vernichtung? Eugenik, Rassenhygiene und Euthanasie in der österreichischen Diskussion vor 1938. Zur Geschichte der NS-Euthanasie in Wien*, Hrsg. Heinz E. Gabriel und Wolfgang Neugebauer, 65-98. Wien: Böhlau.
- Mayer, Thomas. 2007. Familie, Rasse und Genetik. Deutschnationale Eugeniken im Österreich der Zwischenkriegszeit. In *Eugenik in Österreich. Biopolitische Strukturen von 1900 - 1945*, Hrsg. Gerhard Baader, Veronika Hofer und Thomas Mayer, 162-183. Wien: Czernin.
- Neugebauer, Wolfgang. 2005. Die Wiener Gesellschaft für Rassenpflege und die Universität Wien. In *Vorreiter der Vernichtung? Eugenik, Rassenhygiene und Euthanasie in der österreichischen Diskussion vor 1938. Zur Geschichte der NS-Euthanasie in Wien*, Hrsg. Heinz E. Gabriel und Wolfgang Neugebauer, 53-63. Wien: Böhlau.
- Peter, Jürgen. 2018. Einleitung. In *Public Health, Eugenik und Rassenhygiene in der Weimarer Republik und im Nationalsozialismus. Gesundheit und Krankheit als Vision der Volksgemeinschaft*, Hrsg. Gerhard Baader und Jürgen Peter, 7-23. Frankfurt/M.: Mabuse-Verlag.
- Preisendörfer, Peter. 2016. *Organisationssoziologie. Grundlagen, Theorien und Problemstellungen*. 4. Aufl. Wiesbaden: Springer VS.
- Proctor, Robert. 1995. *Racial hygiene. Medicine under the Nazis*. 5. Aufl. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Richter, Ingrid. 2001. *Katholizismus und Eugenik in der Weimarer Republik und im Dritten Reich. Zwischen Sittlichkeitsreform und Rassenhygiene*. Paderborn: Schöningh.
- Roelcke, Volker. 2002. Zeitgeist und Erbgesundheitsgesetzgebung im Europa der 1930er Jahre. Eugenik, Genetik und Politik im historischen Kontext. *Der Nervenarzt* 73:1019-1030.
- Rothmaler, Christiane. 1991. *Sterilisationen nach dem "Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses" vom 14. Juli 1933. Eine Untersuchung zur Tätigkeit des*

- Erbgesundheitsgerichtetes und zur Durchführung des Gesetzes in Hamburg in der Zeit zwischen 1934 und 1944*, Bd. 60. Husum: Matthiesen.
- Schwartz, Michael. 1995. *Sozialistische Eugenik. Eugenische Sozialtechnologien in Debatten und Politik der deutschen Sozialdemokratie 1890 - 1933*, Bd. 42. Bonn: Dietz.
- Shils, Edward A., und Morris Janowitz. 1945. Cohesion and Disintegration in the Wehrmacht in World War II. *Public Opinion Quarterly* 12:280–315.
- Sofsky, Wolfgang. 1993. *Die Ordnung des Terrors. Das Konzentrationslager*. 2. Aufl. Frankfurt: Firscher.
- Spring, Claudia Andrea. 2009. *Zwischen Krieg und Euthanasie. Zwangssterilisationen in Wien 1940 - 1945*. Wien, Köln, Weimar: Böhlau.
- Suderland, Maja, und Michaela Christ. 2019. Nationalsozialismus und Soziologie. Vom Sinn der Intesivierung eines komplexen Verhältnisses. In *Die Soziologie und der Nationalsozialismus in Österreich*. Sozialtheorie, Hrsg. Andreas Kranebitter und Christoph Reinprecht, 61-70. Bielefeld: Transcript.
- Weindling, Paul. 1989. *Health, race and German politics between national unification and Nazism, 1870-1945*. Cambridge, Mass.: Cambridge University Press.
- Weindling, Paul. 2008. Entschädigung der Sterilisierungs- und "Euthanasie"-Opfer nach 1945? In *Tödliche Medizin im Nationalsozialismus. Von der Rassenhygiene zum Massenmord*. Schriften des Deutschen Hygiene-Museums Dresden, Bd. 7, Hrsg. Klaus-Dietmar Henke, 247-258. Köln: Böhlau.
- Weingart, Peter, Jürgen Kroll und Kurt Bayertz. 1988. *Rasse, Blut und Gene. Geschichte der Eugenik und Rassenhygiene in Deutschland*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Wolf, Jana. 2008. Auswahlbibliographie zu Eugenik, Rassenhygiene, Zwangssterilisation, NS-"Euthanasie" und deren Strafverfolgung nach 1945. In *Tödliche Medizin im Nationalsozialismus. Von der Rassenhygiene zum Massenmord*. Schriften des Deutschen Hygiene-Museums Dresden, Bd. 7, Hrsg. Klaus-Dietmar Henke, 291-338. Köln: Böhlau.

## 7. Quellenverzeichnis

WSTLA, 2.3.15 Erbgesundheitsgericht (A 1/1, Verfahren mit der Geschäftszahl 1 XIII 1940–1945; A1/2, Verfahren mit der Geschäftszahl 2 XIII 1940–1945; A 1/3, Verfahren mit der Geschäftszahl XIII 1945; A 2, Verfahren mit der Geschäftszahl Nc, Hc 1940–1945).

- A1/1 XIII 1-75E 1940
- A1/1 XIII 1-100 1941
- A1/1 XIII 101-270E 1941
- A1/1 XIII 1-100 1942
- A1/1 XIII 101-235E 1942
- A1/1 XIII 1-80 1943
- A1/1 XIII 81-160E 1943
- A1/1 XIII 1-56 1944
- A1/1 XIII 57-98 1944
- A1/2 XIII 1-83 1940
- A1/2 XIII 1-200 1941
- A1/2 XIII 201-322 1941
- A1/2 XIII 1-160 1942
- A1/2 XIII 161-240 1942
- A1/2 XIII 249-322 1942
- A1/2 XIII 1-209 1943
- A1/2 XIII 6-49 1944
- A1/2 XIII 55-90 1944
- A1/2 XIII 91-109 1944
- A1/3 XIII 2-54 1945
- A1/3 XIII 56-83 1945
- A1/3 XIII 86-150 1945

Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933, RGBI. I 86/1933, 25.7.1933, 529–531.

Verordnung zur Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 5. Dezember 1933, RGBI 138/1933, 7.12.1933, 1021f.

Zweite Verordnung zur Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 29. Mai 1934, RGBI. I 62/1934, 8.6.1934, 475f.

Dritte Verordnung zur Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 25. Februar 1935, RGBI. I 22/1935, 28.2.1935, 289–292.

Verordnung zur Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses und des Ehegesundheitsgesetzes vom 31. August 1939, RGBI 157/1939, 31.8.1939, 1560f.

Amtsärztliches-Ärztliches-Gutachten, RGB I 1933, 1026-1031

## 8. Appendix

### 8.1. Zusammenfassung

Zwischen 1940 bis 1945 fanden auf Grundlage des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ (GzVeN) am Erbgesundheitsgericht (EGG) Wien mindestens 1.671 Prozesse statt, in denen über die Zwangssterilisation von als *erbkrank* kategorisierten Personen entschieden wurde. In 1.223 dieser Fälle wurde eine Zwangssterilisation angeordnet, in 292 abgelehnt. Hinsichtlich der Entscheidung für oder gegen die Anordnung einer Zwangssterilisation kam den beiden ärztlichen Beisitzern die zentrale Rolle zu. Mehr noch, ihnen wurden hierfür innerhalb des GzVeN erhebliche Entscheidungs- und Handlungsspielräume eingeräumt. Wie diese gesetzlich verankert waren und dass zur Diagnostizierung von *Erbkrankheiten* neben medizinischen Kriterien auch soziale herangezogen wurden, ist aus historischer Perspektive bereits aufgezeigt worden. Daran anschließend wird in der vorliegenden Arbeit aus einer soziologischen Perspektive der Frage nachgegangen, warum ärztliche Beisitzer – trotz bzw. obwohl ihrer Entscheidungs- und Handlungsspielräume – in etwa 80 % der Fälle, in denen eine Entscheidung getroffen wurde, eine Zwangssterilisation anordneten. Zur Beantwortung dieser, werden die systemtheoretischen Konzepte der Motivationsmittel als auch der Generalisierung von Verhaltenserwartungen durch Organisationen dargestellt und analysiert. Hierdurch zeigt sich, dass auf Seiten des EGG Wien bzw. des Reichsministeriums für Inneres bereits bei der Bestellung der Ärzte darauf geachtet wurde, dass diese „auf dem Boden der nationalsozialistischen Weltanschauung“ standen, wobei die Mitgliedschaft in einer NS-Organisation als Indiz fungiert. Überdies wird ersichtlich, dass mit dem GzVeN und besonders dem Gesetzeskommentar von Gütt et al., den ärztlichen Beisitzern „Anhaltspunkte für ihre Entscheidungen und Richtlinien für ihr Handeln“ gegeben und sie sich auch daran orientierten (Gütt et al. 1936: 6). Somit kann aufgezeigt werden, dass wohl Entscheidungs- und Handlungsspielräume bestanden, diese jedoch versucht wurden auf einer organisatorischen, strukturellen und personellen, freiwilligen Ebene, in eine, für die *Erb- und Rassenpflege*, passende Richtung zu lenken.

## 8.2. Amtsärztliches-Ärztliches-Gutachten

1026

Reichsgesetzblatt, Jahrgang 1933, Teil I

### Anlage 5

#### Amtsärztliches — Ärztliches<sup>1)</sup> — Gutachten

(gemäß § 4 Satz 2 des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933  
— Reichsgesetzbl. I S. 529)

Name und Vorname: .....  
(bei Frauen auch Mädchenname)

Beruf: .....

Geboren am ..... zu ..... Kreis: .....

Religion: .....

Letzter Wohnort: ..... Kreis: .....  
Straße: .....

Aufchrift der Eltern: ..... Kreis: .....  
Straße: .....

Aufchrift des Pflegers oder Vormunds: .....  
Kreis: .....

Wieviel Kinder? ..... Totgeburten: ..... Fehlgeburten: .....

Verfonenstand: — ledig — verheiratet — verwitwet — geschieden —

#### I. Angaben über die näheren Familienangehörigen

Name des Ehegatten: .....  
Wohnort: ..... Kreis: ..... Straße: .....

Ob der Ehegatte gesund? .....

Wieviel Kinder? ..... Totgeburten: ..... Fehlgeburten: .....

Name des Vaters: .....  
Wohn- oder Sterbeort: ..... Kreis: ..... Straße: .....

Name der Mutter: .....  
(auch Mädchenname)

Wohn- oder Sterbeort: ..... Kreis: ..... Straße: .....

Waren die Eltern Blutsverwandt? .....

<sup>1)</sup> Nichtzutreffendes ist jeweils zu durchstreichen.

Nr. 138 — Tag der Ausgabe: Berlin, den 7. Dezember 1933

1027

Sind bei Vater oder Mutter die im § 1 Abs. 2, 3 des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses genannten Krankheiten oder Zustände<sup>2)</sup> beobachtet worden oder sind sonstige körperliche oder geistige Leiden oder Abnormitäten erblicher oder nichterblicher Natur vorgekommen? Im einzelnen siehe nachstehend unter 1 und 2.

Erläuterung: Es sind nachstehend nur diejenigen Personen anzuführen, bei denen die nachbezeichneten Krankheiten oder Abnormitäten vorgekommen sind. Es sind jedesmal der Verwandtschaftsgrad, Name und Vorname — bei verheirateten, verwitweten und geschiedenen Frauen auch deren Mädchennamen —, Geburtsort, Geburtsdatum — Tag, Monat, Jahr —, Konfession, Wohnort, Sterbeort, Sterbejahr anzugeben.

1. Sind in der Familie<sup>3)</sup> die im § 1 Abs. 2 und 3 des Gesetzes genannten Krankheiten oder Zustände<sup>2)</sup> vorgekommen? (Welche und bei wem?)

2. Sind in der Familie<sup>3)</sup> noch andere körperliche oder geistige Leiden oder Abnormitäten erblicher oder nichterblicher Natur vorgekommen? (z. B. Geisteskrankheit, Selbstmorde, Selbstmordversuche, auffallende Charaktere, verbrochene oder soziale Veranlagungen, Nephropathien, andere Nervenkrankheiten, Stoffwechselstörungen usw. (Welche und bei wem?)

<sup>1)</sup> Befund (im folgenden abgekürzt: B) im Sinne des Gesetzes ist, wer an einer der folgenden Krankheiten leidet: 1. Angiodemem Schmachsin, 2. Schizophrenie, 3. Zirkulärem (manisch-depressivem) Irresein, 4. Erblicher Halluzin, 5. Erblichem Weiltanz (Chorea), 6. Erblicher Blindheit, 7. Erblicher Taubheit, 8. Schwerere erblicher Hörprekzitätsbildung. Ferner kann untrüblich gemacht werden, wer an höherem Alkoholismus leidet.

<sup>2)</sup> Zur Familie gehören Eltern, Kinder, Geschwister, Halbgeschwister, Großeltern und sonstige Blutsverwandte.

## II. Eigene Vorgeschichte des G.

## 1. Allgemeines

a) Durchgemachte körperliche Krankheiten (Infektionskrankheiten, sonstige Allgemeinkrankheiten, Organkrankheiten, Unfälle usw.) auschl. Nerven- und Geisteskrankheiten:

b) Wie war die geistige Entwicklung des (der) G. (Schulleistungen bzw. -erfolge, Interesse an der Politik usw.)?

c) Hat der (die) G. an Krämpfen gelitten? Welcher Art waren diese? Hat der (die) G. Krankheiten des Zentralnervensystems oder geistige Störungen durchgemacht? Welche? Wann?

d) Angaben über das Sexualleben (bei Frauen außerdem über Regel- und Schwangerschaftsstörungen):

e) Wie war die soziale Entwicklung des (der) G. (Berufsausbildung, Erfolge bzw. Mißerfolge im Berufsleben)?

f) Ist der (die) G. mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen? Wann? Wodurch?

g) Alkoholismus, Mißbrauch von Rauschgiften:

2. Entwicklung des Leidens, das Anlaß zum Antrag auf Unfruchtbarmachung gibt (erstes Auftreten, Verlauf usw.):

3. Bei welchen Ärzten und in welchen Anstalten war der (die) G. in Behandlung? (Möglichst genaue Anschriften):

4. Können sonstige Personen über den (die) G. und seine Verwandten Auskunft geben? Welche? (Genaue Anschriften):

## III. Befund

## 1. Körperlicher Befund

a) Allgemeinzustand, Mißbildungen und Fehler des Knochenstems, Brustkorb, Wirbelsäule, Gliedmaßen und Allgemeinkrankheiten, Stoffwechsellkrankheiten, Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe, Haut, Drüsen:

Größe: .....

Gewicht: .....

Bei Frauen: Menfes: .....

b) Organbefund (Lunge, Herz, sonstige Eingeweide, Geschlechtsorgane, Schilddrüse):

Puls: .....

Blutdruck: .....

Einweiß: .....

Harn: .....

Zucker: .....

c) Nervensystem:

Stirnerven (auschl. Befunde am Auge und Ohr), Kopfsperktion, Druckpunkte am Kopfe, Zunge, Gaumenreflex, Würgereflex, Geruch, Geschmack.

Reflexe:

Vegetomotor. Nachströmen, mechan. Muskelregbarkeit, Radiusperioflex, Patellarreflex, Patellarclonus, Achillessehnenreflex, Dorsalflexion, Plantarreflex, Babinski, Oppenheim, Bauchreflexe, Cremasterreflex, Armbebewegungen.

Sensibilität:

Berührungsempfindlichkeit, Lokalisation, Schmerzempfindlichkeit.

Ataxie:

Statischer Tremor, Händedruck, Zeigeversuch, Beinbewegungen, Gang, Romberg.

Sonstige körperliche Zeichen einer Erkrankung des S. N. S., Zungenbifurden, Röhmen, Tonus der Muskulatur, Speichelfluß, organische Sprachstörung usw., wenn nötig ferologische Reaktion im Blut und Liquor.

- d) Augen:  
Bewegungen, Cornealreflex, Pupillen, Augen-  
hintergrund.
- e) Ohren:  
Spiegelbefund, Hörhörche, Gleichgewichts-  
organ.

## 2. Psychischer Befund

1. Allgemeines Verhalten:  
Zugänglich, freundlich, mißtrauisch, ablehnend.
2. Stimmungs- und Affektlage:  
Stumpf, gleichgültig, läppisch, traurig, ängst-  
lich, ratlos, entschlußlos, heiter, albern, zornig,  
seguell-zudringlich.
3. Willenssphäre:  
Hemmung, Sperrung, Stupor, Katalapsie,  
Befehlsautomatie, Negativismus, Autis-  
mus, Erregung, Befehlsdrang, impulsive  
Handlungen, sinnlose Handlungen, Rede-  
drang, Fortlaufen, Manieren, Stereotypien,  
Sprachmanieren, Grimassieren.
4. Bewußtseinslage:  
Auffassung, Besonnenheit, Aufmerksamkeit, Be-  
wußtlosigkeit, Koma, Sopor, Somnolenz,  
Bewußtseinsstrübungen, Desorientiertheit,  
Bewußtlosigkeit, delirante Zustände, Dämmer-  
zustände, Bewußtseinsengung, Absenzen.
5. Gedankenablauf:  
Formale Störungen, Denkhemmung, Denkhemmung,  
Denkhemmung, gemachte Gedanken, Gedanken-  
entzug, Ideenflucht, Inkohärenz, Verfeveration,  
Zerfahrenheit, Steifheit, inhaltliche  
Störungen, Sinnestäuschungen der ver-  
schiedenen Sinnesgebiete, Wahnideen (Grö-  
ßen-, Kleinheits-, Verfolgungs-, Verfündi-  
gungswahn usw.), Zwangsvorstellungen  
(Phobien usw.).

## 6. Seguelle Pervertionen:

## 7. Anfälle:

Beginn, Häufigkeit, Dauer, motorisches Ver-  
halten, Zungenbiß, Einnässen, Verletzungen  
im Anfall, Verhalten nach dem Anfall  
(Schlaf, Dämmerzustände usw.), petits  
maux.

Bei Schwachsinigen ist der Intelligenzprüfungs-  
bogen auszufüllen (Anlage 5a).

1. Diagnose:

2. Begründung:

Ort: .....

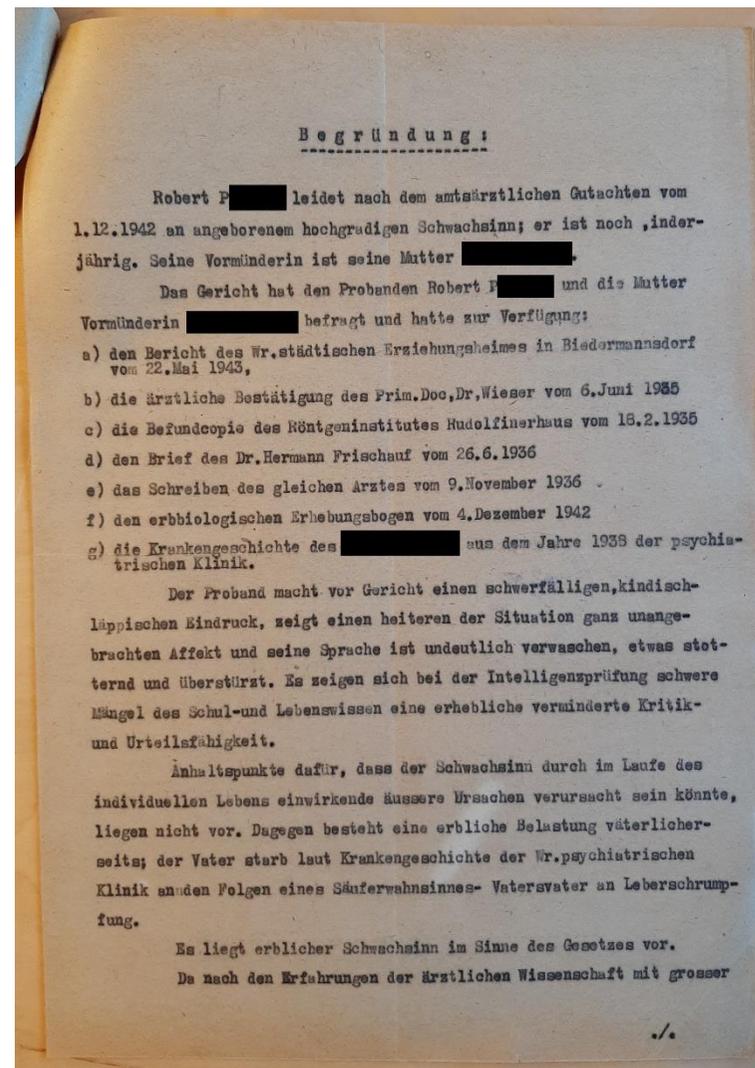
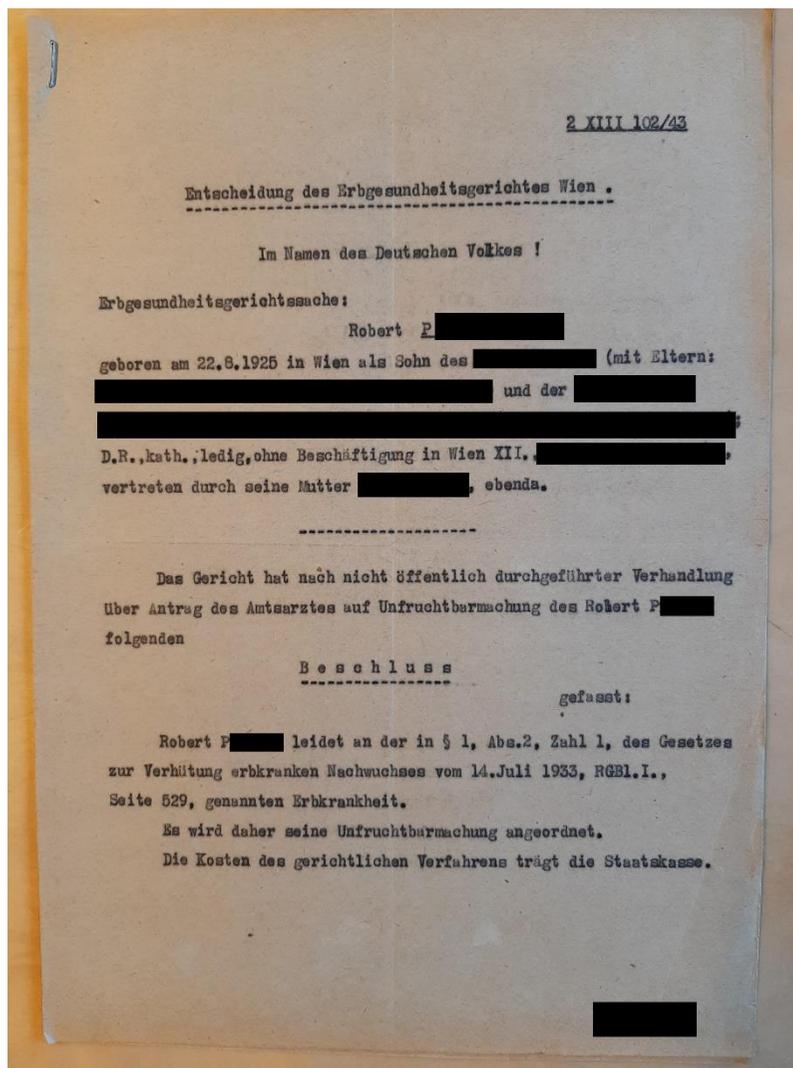
Straße: .....

Dienstregel oder Stempel

Name: .....

Amtsstellung: .....

### 8.3. Beispiel für Gerichtsentscheid



Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, dass die Nachkommen des Robert  
[REDACTED] an schweren körperlichen oder seelischen Erbschäden leiden  
werden, wor seine Unfruchtbarmachung anzuordnen.

Der Ausspruch über die Kosten des gerichtlichen Verfahrens  
beruht auf § 13 des im Spruche angeführten Gesetzes.

Dieser Beschluss kann mit dem Rechtsmittel der Beschwerde ange-  
fochten werden. Sie wäre binnen 14 Tagen nach Zustellung dieses Be-  
schlusses bei diesem Gerichte schriftlich oder mündlich einzubringen  
und steht der Vormünderin und dem Amtsarzte zu.

OLGR. Alfred Tomaszewicz  
Vorsitzender

OSTA. Dr. Bruha  
Beisitzer

MR. Dr. Erenning  
Beisitzer



Erbgesundheitsgericht Wien  
Wien I., Riemergasse 7  
am 29. Juni 1943.

Für die Richtigkeit der Ausfertigung  
*Anna Hwanich*  
Justizangestellte als Urkundsbeamtin.

## 8.4. Logistische Regressionsmodelle

Anordnung einer Zwangssterilisation (ja/nein)	Modell 1		Modell 2		Modell 3		Modell 4		Modell 5		Modell 6	
	OR	SF										
Weiblich (Ref.: Männlich)	1.017	(0.139)	0.498	(0.264)	1.080	-0.152	0.953	(0.139)	0.836	(0.141)	0.844	(0.150)
Alter (in Jahren) (Ref. bis 20)												
21-30	1.024	(0.193)	0.702	(0.216)	1.144	(0.223)	1.116	(0.219)	1.282	(0.265)	1.160	(0.248)
31-40	1.112	(0.206)	0.865	(0.258)	1.508**	(0.309)	1.456*	(0.301)	1.750**	(0.385)	1.536*	(0.348)
über 40	0.563**	(0.154)	0.523*	(0.189)	0.808	(0.244)	0.762	(0.233)	0.837	(0.266)	0.661	(0.221)
Interaktion												
Weiblich*Alter (bis 20)			1.430	(0.883)								
Weiblich*Alter (21-30)			2.678*	(1.548)								
Weiblich*Alter (31-40)			2.148	(1.229)								
Weiblich*Alter (über 40)			1.000	(0.000)								
Familienstand (Ref.: Ledig)												
Verheiratet					0.477**	(0.080)	0.394**	(0.069)	0.447**	(0.082)	0.431**	(0.084)
Sonstiges					0.813	(0.263)	0.719	(0.235)	0.715	(0.237)	0.647	(0.224)
Elternschaft/Schwangerschaft (Ref.: Keine Elternschaft/Schwangerschaft)							2.423**	(0.580)	2.403**	(0.579)	2.991**	(0.750)
Beruf (Ref.: Keine Anmerkung)												
HilfsarbeiterIn								0.804	(0.254)	0.726	(0.240)	
Haushalt								0.558*	(0.189)	0.471**	(0.167)	
Gewerbe								0.423**	(0.138)	0.341**	(0.118)	
LandarbeiterIn/landw. HilfsarbeiterIn								0.306**	(0.114)	0.257**	(0.100)	
in Ausbildung								0.577	(0.320)	0.525	(0.301)	
Sonstiges/Pension								0.410**	(0.159)	0.321**	(0.132)	
ohne Beruf								1.008	(0.344)	0.913	(0.324)	
Diagnose (Ref.: erbl./angeb. Schwachsinn)												
Schizophrenie										2.934**	(0.673)	
Manisch-depressives Irresein										0.866	(0.306)	
Erbliche Fallsucht										0.672**	(0.136)	
Erblicher Veitanz										-		
Erbliche Blindheit										0.884	(0.795)	
Erbliche Taubheit										0.745	(0.327)	
Schwere erbliche körperliche Missbildung										0.392**	(0.129)	
Alkoholismus										0.854	(0.389)	
Anstaltsaufenthalt (Ref.: kein Aufenthalt)												
Vormundschaft (Ref.: keine Vormundschaft)												
Vermerk Anordnung (Ref.: kein Vermerk)												
(dringende) Fortpflanzungsgefahr												
keine Fortpflanzungsgefahr												
Lebensbewährung												
Keine Lebensbewährung												
Sippenbelastung (Ref.: keine Anmerkung)												
Keine Sippenbelastung												
Sippenbelastung												
NS-Mitgliedschaft beide Ärzte (Ref.: ein Arzt)												
Gutachter angefordert (Ref.: keine Anforderung)												
Konstant	4.211**	(0.721)	5.278**	(1.357)	4.188**	(0.731)	4.333**	(0.766)	6.354**	(2.126)	7.429**	(2.642)
Observations	1,480		1,480		1,435		1,426		1,426		1,412	
ll	-715.7		-713.4		-681.4		-669.9		-656.0		-614.1	
r2_p	0.00509		0.00821		0.0200		0.0319		0.0520		0.0993	
AIC	1441.31 9		1442.82 8		1376.86 2		1355.78 3		1342.01 5		1272.17 6	
BIC	1467.81 8		1485.22 7		1413.74 5		1397.88 4		1420.95 4		1387.73 7	
McFadden's R <sup>2</sup>	0.005		0.008		0.02		0.032		0.052		0.099	

\*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1

Anordnung einer Zwangssterilisation (ja/nein)	Modell 7		Modell 8		Modell 9		Modell 10		Modell 11		Modell 12	
	OR	SF	OR	SF	OR	SF	OR	SF	OR	SF	OR	SF
Weiblich (Ref.: Männlich)	0.878	(0.123)	0.870	(0.125)	0.784	(0.135)	0.749	(0.141)	1.042	(0.143)	0.985	(0.136)
Alter (in Jahren) (Ref. bis 20)												
21-30	1.054	(0.204)	1.717**	(0.364)	1.625*	(0.420)	1.700*	(0.473)	1.038	(0.197)	1.058	(0.202)
31-40	1.161	(0.220)	1.845**	*	1.868**	(0.471)	2.153**	*	1.136	(0.212)	1.110	(0.207)
über 40	0.565**	(0.159)	1.021	(0.308)	0.862	(0.311)	0.914	(0.358)	0.570**	(0.156)	0.559**	(0.154)
Interaktion												
Weiblich*Alter (bis 20)												
Weiblich*Alter (21-30)												
Weiblich*Alter (31-40)												
Weiblich*Alter (über 40)												
Familienstand (Ref.: Ledig)												
Verheiratet												
Sonstiges												
Elternschaft/Schwangerschaft (Ref.: Keine Elternschaft/Schwangerschaft)												
Beruf (Ref.: Keine Anmerkung)												
HilfsarbeiterIn												
Haushalt												
Gewerbe												
LandarbeiterIn/landw. HilfsarbeiterIn												
in Ausbildung												
Sonstiges/Pension												
ohne Beruf												
Diagnose (Ref.: erbl./angeb. Schwachsinn)												
Schizophrenie												
Manisch-depressives Irresein												
Erbliche Fallsucht												
Erblicher Veiztanz												
Erbliche Blindheit												
Erbliche Taubheit												
Schwere erbliche körperliche Missbildung												
Alkoholismus												
Anstaltsaufenthalt (Ref.: kein Aufenthalt)	3.686**	*	2.835**	*	2.916**	*	2.481**	*				
Vormundschaft (Ref.: keine Vormundschaft)		(0.615)	2.928**	*	2.761**	*	2.566**	*	(0.534)			
Vermerk Anordnung (Ref.: kein Vermerk)				(0.459)		(0.528)		(0.529)				
(dringende) Fortpflanzungsgefahr					58.400*	**	47.571*	**		(48.139)		
keine Fortpflanzungsgefahr					0.027**	*	0.028**	*		(0.019)		
Lebensbewährung					0.073**	*	0.070**	*		(0.019)		
Keine Lebensbewährung					10.100*	**	12.067*	**		(5.780)		
Sippenbelastung (Ref.: keine Anmerkung)												
Keine Sippenbelastung							0.295**	*		(0.063)		
Sippenbelastung							3.925**	*		(0.903)		
NS-Mitgliedschaft beide Ärzte (Ref.: ein Arzt)									1.479*	(0.300)		
Gutachter angefordert (Ref.: keine Anforderung)											0.462**	*
Konstant	2.985**	*	1.196	(0.268)	1.364	(0.369)	1.234	(0.381)	2.874**	*	4.917**	*
Observations	1.480		1.479		1.479		1.478		1.453		1.479	
ll	-679.3		-654.7		-467.6		-401.0		-703.9		-704.7	
r2_p	0.0557		0.0895		0.350		0.441		0.00764		0.0200	
AIC	1370.57		1323.45		957.251		828.079		1419.71		1421.38	
BIC	1402.36		1360.54		1015.42		896.959		1451.4		1453.18	
McFadden's R <sup>2</sup>	0.056		0.09		0.35		0.441		0.008		0.02	
*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1												

Anordnung einer Zwangssterilisation (ja/nein)	Modell 13		Modell 14		Modell 15		Modell 16	
	OR	SF	OR	SF	OR	SF	OR	SF
Weiblich (Ref.: Männlich)	1.010	(0.140)	0.810	(0.156)	0.723	(0.177)	0.139**	(0.128)
Alter (in Jahren) (Ref. bis 20)								
21-30	1.064	(0.204)	1.911**	(0.542)	1.808*	(0.565)	1.114	(0.527)
31-40	1.133	(0.213)	2.391***	(0.666)	2.284**	(0.736)	2.017	(0.960)
über 40	0.565**	(0.156)	1.039	(0.416)	0.872	(0.399)	0.953	(0.544)
Interaktion								
Weiblich*Alter (bis 20)							3.631	(3.695)
Weiblich*Alter (21-30)							8.774**	(8.380)
Weiblich*Alter (31-40)							4.565	(4.304)
Weiblich*Alter (über 40)							1.000	(0.000)
Familienstand (Ref.: Ledig)								
Verheiratet					0.587**	(0.150)	0.556**	(0.144)
Sonstiges					1.336	(0.633)	1.400	(0.683)
Elternschaft/Schwangerschaft (Ref.: Keine Elternschaft/Schwangerschaft)					2.180**	(0.744)	2.401**	(0.844)
Beruf (Ref.: Keine Anmkerung)								
HilfsarbeiterIn					0.983	(0.429)	0.945	(0.419)
Haushalt					0.888	(0.416)	0.851	(0.402)
Gewerbe					0.951	(0.437)	0.932	(0.436)
LandarbeiterIn/landw. HilfsarbeiterIn					0.521	(0.284)	0.478	(0.264)
in Ausbildung					0.578	(0.446)	0.547	(0.421)
Sonstiges/Pension					0.206***	(0.117)	0.189***	(0.110)
ohne Beruf					1.036	(0.478)	0.951	(0.447)
Diagnose (Ref.: erbl./angeb. Schwachsinn)								
Schizophrenie					3.043***	(0.977)	3.069***	(0.998)
Manisch-depressives Irresein					0.679	(0.334)	0.694	(0.343)
Erbliche Fallsucht					1.124	(0.340)	1.185	(0.361)
Erblicher Veitzanz					-		-	
Erbliche Blindheit					2.108	(2.412)	2.034	(2.289)
Erbliche Taubheit					1.256	(0.749)	1.166	(0.698)
Schwere erbliche körperliche Missbildung					0.874	(0.418)	0.865	(0.428)
Alkoholismus					0.820	(0.513)	0.746	(0.470)
Anstaltsaufenthalt (Ref.: kein Aufenthalt)			2.222***	(0.498)	1.967***	(0.508)	1.958***	(0.511)
Vormundschaft (Ref.: keine Vormundschaft)			2.774***	(0.588)	2.983***	(0.755)	3.206***	(0.826)
Vermerk Anordnung (Ref.: kein Vermerk)								
(dringende) Fortpflanzungsgefahr			48.043***	(48.693)	63.959***	(65.818)	64.127***	(65.925)
keine Fortpflanzungsgefahr			0.028***	(0.019)	0.038***	(0.028)	0.043***	(0.032)
Lebensbewährung			0.066***	(0.018)	0.072***	(0.022)	0.072***	(0.022)
Keine Lebensbewährung			11.632***	(5.604)	11.759***	(6.011)	12.384***	(6.344)
Sippenbelastung (Ref.: keine Anmerkung)								
Keine Sippenbelastung			0.293***	(0.064)	0.303***	(0.073)	0.303***	(0.074)
Sippenbelastung			4.059***	(0.958)	4.001***	(1.000)	4.029***	(1.009)
NS-Mitgliedschaft beide Ärzte (Ref.: ein Arzt)	1.443*	-0.296	1.471	(0.432)	1.447	(0.465)	1.471	(0.478)
Gutachter angefordert (Ref.: keine Anforderung)	0.492***	(0.081)	0.857	(0.188)	1.012	(0.238)	1.052	(0.249)
Konstant	3.390***	(0.858)	0.774	(0.320)	0.790	(0.470)	0.933	(0.608)
Observations	1,452		1,451		1,395		1,395	
ll	-694.8		-388.4		-354.4		-351.1	
r2_p	0.0201		0.451		0.475		0.480	
AIC	1403.624		806.8189		772.778		772.1671	
BIC	1440.589		886.019		940.4788		955.5898	
McFadden's R <sup>2</sup>	0.02		0.451		0.475		0.48	
*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1								

## 8.5. Codebuch

Variable	Variable-Name	Werte/Wertelabels
panr	Prozessaktnummer	
jahr	Prozessjahr (Beginn)	
gericht	Erbgesundheitsgericht/ Erbgesundheitsobergericht	1 Erbgesundheitsgericht 2 Erbgesundheitsobergericht
gndr	Geschlecht	1 männlich 2 weiblich 999 keine Angabe
gebj	Geburtsjahr	999 keine Angabe
famst	Familienstand	1 ledig 2 verheiratet 3 Lebensgemeinschaft 4 geschieden 5 verwitwet 6 verlobt 777 unbekannt 999 keine Angabe
beruf	berufliche Tätigkeit	1 HilfsarbeiterIn 2 Haushalt (auch bei ...gattin - „Bäckergehilfengattung“) 3 Gewerbe/Handwerk/Angestellt 4 Landarbeit/landw. Hilfsarbeit 5 in Ausbildung 6 Sonstiges 7 ohne Beruf 999 keine Angabe
anstauf	Anstaltsaufenthalt	1 kein Aufenthalt 2 PKH Steinhof 3 PKH Gugging 4 VSH Lainz (Altersheim) 5 PKH Arbeitsanstalt 6 PKH Spiegelgrund 7 Wagner v. Jaureg Heil- u. Pflegeanst.

		8	PKH Mauer-Öhling
		9	Erz. Anstalt Spiegelgrund
		10	sonstige Anstalt
vorm	Vormundschaft/Vertretung	1	kein Vormund
		2	Vater
		3	Mutter
		4	anderes Familienmitglied
		5	Amtsvormund
		6	EhepartnerIn bzw. LebensgefährtIn
		7	Rechtsanwalt
		8	PflegerIn
		9	sonstige
		10	unbekannt
anord	Anordnung einer Zwangssterilisation	1	ja
		2	nein
		3	zurückgestellt
		4	abgebrochen
		5	Wiederaufnahme
richter	Vorsitzender Richter	1	Anton Rolleder
		2	Alfred Tomanetz
		3	Eckkehard Hämmerle
		4	Eugen Hufnagl
		5	anderes EGG
		999	keine Angabe
beisitz_b	ärztlicher Beisitzer (beamtet)	1	Erich Breuning
		2	August Krzizek
		3	Erich Neusser
		4	Alois Kittinger
		5	Franz Schmidt
		6	Karl Windholz
		7	Erwin Haidinger
		8	Heinrich Lakatha
		9	Adolf Fuchs
		10	Lothar Scholz

		11 Josef Egermann 12 Hans Hickelsberger 13 Alfred Auersperg 14 Felix Schidlmaisser 15 Rudolf Hutter 16 Hans Bertha 17 Max Tobis 18 Leopold Breitenecker 19 Hermann Müller 20 Ernst Illing 21 Hans Beck-Wiedmannstetter 22 Alois Breitenecker 23 Franz Bruha 24 Karl von Chiari 25 Fritz Euler-Rolle 26 Otto Hamminger 27 A. Huter 28 Walter Killiches 29 Oskar Kokesch 30 Hans Müller 31 Ernst Pichler 32 Karl Schnaberth 33 Hugo Sekyra 34 Josef Sladek 35 Erich Sobotka (36 Josef Sobotka) 37 Gustav Tacina 38 Josef Zaussinger 39 Viktor Schopf 777 unbekannt 999 keine Angabe
beisitz	ärztlicher Beisitz	w.o.

gutachter	ärztlicher Gutachter	1 Josef Berze 2 Otto Pötzl 3 Alfons Huber 4 Alfred Auersperg 5 Hans Bertha 6 Ernst Pichler 7 Emil Wessely 8 Philipp Schneider 9 sonstiger Gutachter 10 unbekannt 999 keine Angabe/kein Gutachter
diagn	Diagnose	1 angeborener Schwachsinn 2 Schizophrenie 3 manisch-depressives Irresein 4 erbliche Fallsucht 5 erblicher Veitstanz 6 erbliche Blindheit 7 erbliche Taubheit 8 schwere erbliche körperliche Missbildung 9 Alkoholismus 999 keine Angabe
eltscha	Elternschaft	1 ja 2 nein 999 keine Angabe
anmano	Anmerkung zu Anordnung	1 Fortpflanzungsfähigkeit, -gelegenheit und - gefährlichkeit 2 keine Fortpflanzungsgefahr 3 Lebensbewährung/-wissen zugesprochen 4 Lebensbewährung/-wissen abgesprochen 999 keine Angabe/keine Anmerkung

sippenb	Sippenbelastung	1	ja
		2	nein
		999	keine Angabe/keine Anmerkung
oberger	am Obergericht	1	ja
	weiterverhandelt	2	nein

## 8.6.STATA Do-File

\*Öffnen Datensatz

```
use "...\Daten Erbgesundheitsgericht_stata.dta", clear
```

\*Datenbereinigung

```
keep if anord==1 | anord==2
```

\*Umkodierung und Labeln der Variablen

\*\*abhängige Variable

```
tab anord,m
```

```
recode anord (2=0) (1=1), gen(anord_av)
```

```
label variable anord_av "Anordnung Zwangssterilisation"
```

```
label define ANORD 0 "nein" ///
```

```
1 "ja"
```

```
label values anord_av ANORD
```

```
tab anord_av, m
```

\*\*unabhängige Variablen

\*\*\*Geschlecht

```
tab gndr,m
```

```
recode gndr (1=0) (2=1), gen(geschlecht)
```

```
label variable geschlecht "Geschlecht"
```

```
label define GNDR 0 "männlich" ///
```

```
1 "weiblich"
```

```
label values geschlecht GNDR
```

```
tab geschlecht,m
```

\*\*\*Alter (bis 20; 21-30; 31-40; über 40)

```
gen alter_rec = jahr - gebj
```

```
tab alter_rec,m
```

```
recode alter_rec (68/944=.a), gen(alter)
```

```
recode alter (11/20=1) (21/30=2) (31/40=3) (41/67=4), gen(alter_cat)
```

```
label variable alter_cat "Alter"
```

```
label define ALTER 1 "bis 20" ///
```

```
2 "21-30" ///
```

```
3 "31-40" ///
```

```
4 "41 und älter" ///
```

```
.a "keine Angabe"
```

```

label values alter_cat ALTER
tab alter_cat,m

***Familienstand
tab famst,m
recode famst (999=.), gen(famst_rec)
label variable famst_rec "Familienstand"
label define FAMST 1 "ledig" ///
    2 "verheiratet" ///
    3 "Lebensgemeinschaft" ///
    4 "geschieden" ///
    5 "verwitwet" ///
    6 "verlobt"
label values famst_rec FAMST
tab famst_rec,m
*Familienstand in 3 Kategorien zusammenfassen
tab famst_rec, nol
recode famst_rec (4/6=3), gen(famst_cat)
label variable famst_cat "Familienstand"
label define FAMST2 1 "ledig" ///
    2 "verheiratet" ///
    3 "sonstiges"
label values famst_cat FAMST2
tab famst_cat

***Beruf
tab beruf
recode beruf (999=0), gen(beruf_rec)
label variable beruf_rec "Beruf"
label define BERUF 0 "kein Angabe/Anmerkung" ///
    1 "HilfsarbeiterIn" ///
    2 "Haushalt" ///
    3 "Gewerbe" ///
    4 "LandarbeiterIn/landw. HilfsarbeiterIn" ///
    5 "in Ausbildung" ///
    6 "Sonstiges/Pension" ///
    7 "ohne Beruf"
label values beruf_rec BERUF
tab beruf_rec

***Diagnose
tab diagn,m nol
recode diagn (999=.), gen(diagn_rec)
label variable diagn_rec "Diagnose"
label define DIAGN 1 "angeborener Schwachsinn" ///
    2 "Schizophrenie" ///
    3 "manisch-depressives Irresein" ///
    4 "erbliche Fallsucht" ///
    5 "erblicher Veitstanz" ///
    6 "erbliche Blindheit" ///
    7 "erbliche Taubheit" ///

```

```

      8 "schwere erbliche körperliche Missbildung" ///
      9 "Alkoholismus"
label values diagn_rec DIAGN
tab diagn_rec

***Elternschaft
tab eltscha,m
recode eltscha (2=0) (999=.), gen(eltscha_rec)
label variable eltscha_rec "Elternschaft"
label define ELTERNSCH 0 "keine Angabe/Anmerkung" ///
      1 "Ja"
label values eltscha_rec ELTERNSCH
tab eltscha_rec

***Anmerkung zu Anordnung
tab anmano,m
recode anmano (999=0) (.=0), gen(anmano_rec)
label variable anmano_rec "Anmerkung zu Anordnung"
label define ANMONO 0 "keine Angabe/Anmerkung" ///
      1 "(dringende) Fortpflanzungsgefahr" ///
      2 "keine Fortpflanzungsgefahr" ///
      3 "Lebensbewährung" ///
      4 "keine Lebensbewährung"
label values anmano_rec ANMONO
tab anmano_rec

***Sippenbelastung
tab sippenb,m
recode sippenb (1=2) (2=1) (999=0), gen(sippenb_rec)
label variable sippenb_rec "Sippenbelastung"
label define SIPP 0 "keine Angabe/Anmerkung" ///
      1 "Nein" ///
      2 "Ja"
label values sippenb_rec SIPP
tab sippenb_rec,m

***Anstaltsaufenthalt
tab anstauf,m
recode anstauf (1=0) (2/10=1) (999=.), gen(anstauf_rec)
label variable anstauf_rec "Anstaltsaufenthalt"
label define ANST 0 "kein Aufenthalt" ///
      1 "Aufenthalt"
label values anstauf_rec ANST
tab anstauf_rec

***Vormundschaft
tab vorm
recode vorm (1=0) (2/10=1) (999=.), gen(vorm_rec)
label variable vorm_rec "Vormundschaft"
label define VORM 0 "keine Vormundschaft" ///
      1 "Vormundschaft"

```

```

label values vorm_rec VORM
tab vorm_rec

***Richter
tab richter
recode richter (999=.), gen(richter_rec)

***Kodierung der einzelnen ärztlichen Besitzer
gen Breuning =0
replace Breuning =1 if beisitz_b==1 | beisitz==1
replace Breuning =. if beisitz_b==999 | beisitz==999 | beisitz_b==. | beisitz==.

gen Krzizek =0
replace Krzizek =1 if beisitz_b==2 | beisitz==2
replace Krzizek =. if beisitz_b==999 | beisitz==999 | beisitz_b==. | beisitz==.

gen Neusser =0
replace Neusser =1 if beisitz_b==3 | beisitz==3
replace Neusser =. if beisitz_b==999 | beisitz==999 | beisitz_b==. | beisitz==.

gen Kittinger =0
replace Kittinger =1 if beisitz_b==4 | beisitz==4
replace Kittinger =. if beisitz_b==999 | beisitz==999 | beisitz_b==. | beisitz==.

gen Schmidt =0
replace Schmidt =1 if beisitz_b==5 | beisitz==5
replace Schmidt =. if beisitz_b==999 | beisitz==999 | beisitz_b==. | beisitz==.

gen Windholz =0
replace Windholz =1 if beisitz_b==6 | beisitz==6
replace Windholz =. if beisitz_b==999 | beisitz==999 | beisitz_b==. | beisitz==.

gen Haidinger =0
replace Haidinger =1 if beisitz_b==7 | beisitz==7
replace Haidinger =. if beisitz_b==999 | beisitz==999 | beisitz_b==. | beisitz==.

gen Lakatha =0
replace Lakatha =1 if beisitz_b==8 | beisitz==8
replace Lakatha =. if beisitz_b==999 | beisitz==999 | beisitz_b==. | beisitz==.

gen Fuchs =0
replace Fuchs =1 if beisitz_b==9 | beisitz==9
replace Fuchs =. if beisitz_b==999 | beisitz==999 | beisitz_b==. | beisitz==.

gen Scholz =0
replace Scholz =1 if beisitz_b==10 | beisitz==10
replace Scholz =. if beisitz_b==999 | beisitz==999 | beisitz_b==. | beisitz==.

gen Egermann =0
replace Egermann =1 if beisitz_b==11 | beisitz==11
replace Egermann =. if beisitz_b==999 | beisitz==999 | beisitz_b==. | beisitz==.

```

```

gen Hickelsberger =0
replace Hickelsberger =1 if beisitz_b==12 | beisitz==12
replace Hickelsberger =. if beisitz_b==999 | beisitz==999 | beisitz_b==. | beisitz==.

gen Auersperg =0
replace Auersperg =1 if beisitz_b==13 | beisitz==13
replace Auersperg =. if beisitz_b==999 | beisitz==999 | beisitz_b==. | beisitz==.

gen Schindlmaisser =0
replace Schindlmaisser =1 if beisitz_b==14 | beisitz==14
replace Schindlmaisser =. if beisitz_b==999 | beisitz==999 | beisitz_b==. | beisitz==.

gen Hutter =0
replace Hutter =1 if beisitz_b==15 | beisitz==15
replace Hutter =. if beisitz_b==999 | beisitz==999 | beisitz_b==. | beisitz==.

gen Bertha =0
replace Bertha =1 if beisitz_b==16 | beisitz==16
replace Bertha =. if beisitz_b==999 | beisitz==999 | beisitz_b==. | beisitz==.

gen Tobis =0
replace Tobis =1 if beisitz_b==17 | beisitz==17
replace Tobis =. if beisitz_b==999 | beisitz==999 | beisitz_b==. | beisitz==.

gen Breitenecker_L =0
replace Breitenecker_L =1 if beisitz_b==18 | beisitz==18
replace Breitenecker_L =. if beisitz_b==999 | beisitz==999 | beisitz_b==. | beisitz==.

gen Müller_Hermann =0
replace Müller_Hermann =1 if beisitz_b==19 | beisitz==19
replace Müller_Hermann =. if beisitz_b==999 | beisitz==999 | beisitz_b==. | beisitz==.

gen Illing =0
replace Illing =1 if beisitz_b==20 | beisitz==20
replace Illing =. if beisitz_b==999 | beisitz==999 | beisitz_b==. | beisitz==.

gen Beck_Wiedmannstetter =0
replace Beck_Wiedmannstetter =1 if beisitz_b==21 | beisitz==21
replace Beck_Wiedmannstetter =. if beisitz_b==999 | beisitz==999 | beisitz_b==. | beisitz==.

gen Breitenecker_A =0
replace Breitenecker_A =1 if beisitz_b==22 | beisitz==22
replace Breitenecker_A =. if beisitz_b==999 | beisitz==999 | beisitz_b==. | beisitz==.

gen Bruha =0
replace Bruha =1 if beisitz_b==23 | beisitz==23
replace Bruha =. if beisitz_b==999 | beisitz==999 | beisitz_b==. | beisitz==.

gen von_Chiari =0
replace von_Chiari =1 if beisitz_b==24 | beisitz==24

```

replace von\_Chiari =. if beisitz\_b==999 | beisitz==999 | beisitz\_b==. | beisitz==.

gen Euler\_Rolle =0

replace Euler\_Rolle =1 if beisitz\_b==25 | beisitz==25

replace Euler\_Rolle =. if beisitz\_b==999 | beisitz==999 | beisitz\_b==. | beisitz==.

gen Hamminger =0

replace Hamminger =1 if beisitz\_b==26 | beisitz==26

replace Hamminger =. if beisitz\_b==999 | beisitz==999 | beisitz\_b==. | beisitz==.

gen Huter\_A =0

replace Huter\_A =1 if beisitz\_b==27 | beisitz==27

replace Huter\_A =. if beisitz\_b==999 | beisitz==999 | beisitz\_b==. | beisitz==.

gen Killiches =0

replace Killiches =1 if beisitz\_b==28 | beisitz==28

replace Killiches =. if beisitz\_b==999 | beisitz==999 | beisitz\_b==. | beisitz==.

gen Kokesch =0

replace Kokesch =1 if beisitz\_b==29 | beisitz==29

replace Kokesch =. if beisitz\_b==999 | beisitz==999 | beisitz\_b==. | beisitz==.

gen Müller\_Hans =0

replace Müller\_Hans =1 if beisitz\_b==30 | beisitz==30

replace Müller\_Hans =. if beisitz\_b==999 | beisitz==999 | beisitz\_b==. | beisitz==.

gen Pichler =0

replace Pichler =1 if beisitz\_b==31 | beisitz==31

replace Pichler =. if beisitz\_b==999 | beisitz==999 | beisitz\_b==. | beisitz==.

gen Schnaberth =0

replace Schnaberth =1 if beisitz\_b==32 | beisitz==32

replace Schnaberth =. if beisitz\_b==999 | beisitz==999 | beisitz\_b==. | beisitz==.

gen Sekyra =0

replace Sekyra =1 if beisitz\_b==33 | beisitz==33

replace Sekyra =. if beisitz\_b==999 | beisitz==999 | beisitz\_b==. | beisitz==.

gen Sladek =0

replace Sladek =1 if beisitz\_b==34 | beisitz==34

replace Sladek =. if beisitz\_b==999 | beisitz==999 | beisitz\_b==. | beisitz==.

gen Sobotka\_Erich =0

replace Sobotka\_Erich =1 if beisitz\_b==35 | beisitz==35

replace Sobotka\_Erich =. if beisitz\_b==999 | beisitz==999 | beisitz\_b==. | beisitz==.

gen Sobotka\_Josef =0

replace Sobotka\_Josef =1 if beisitz\_b==36 | beisitz==36

replace Sobotka\_Josef =. if beisitz\_b==999 | beisitz==999 | beisitz\_b==. | beisitz==.

gen Tacina =0

```

replace Tacina =1 if beisitz_b==37 | beisitz==37
replace Tacina =. if beisitz_b==999 | beisitz==999 | beisitz_b==. | beisitz==.

gen Zaussinger =0
replace Zaussinger =1 if beisitz_b==38 | beisitz==38
replace Zaussinger =. if beisitz_b==999 | beisitz==999 | beisitz_b==. | beisitz==.

gen Schopf =0
replace Schopf =1 if beisitz_b==39 | beisitz==39
replace Schopf =. if beisitz_b==999 | beisitz==999 | beisitz_b==. | beisitz==.

***Gutachter
tab gutachter,m nol
recode gutachter (999=0), gen(gutachter_rec)
recode gutachter_rec (1/10=1), gen(gutachter_cat)
label variable gutachter_cat "Gutachter"
label define GUTACHTER 0 "nicht angefordert" ///
    1 "angefordert"
label values gutachter_cat GUTACHTER
tab gutachter_cat,m

***Erbgesundheitsobergericht
tab oberger,nol
recode oberger (1=2) (2=1) (999=.), gen(oberger_rec)
label variable oberger_rec "Erbgesundheitsobergericht"
label define OBERGER 1 "Nein" ///
    2 "Ja"
label values oberger_rec OBERGER
tab oberger_rec,m

***Kodierung "beamteter Arzt" - nach Spring und va Hubenstorf
gen bea_arzt =0
replace bea_arzt = 1 if Beck_Wiedmannstetter==1 | Breuning==1 | Haidinger==1 |
Hamming==1 | Hickelsberger==1 | ///
Hutter==1 | Killiches==1 | Krzizek==1 | Lakatha==1 | Scholz==1 | Windholz==1 | ///
Egermann==1 | Schopf==1
replace bea_arzt = .a if beisitz_b==999 | beisitz==999 | beisitz_b==. | beisitz==.

**Kodierung "frei praktizierender Arzt" - nach Spring und va Hubenstorf
gen frepr_arzt =0
replace frepr_arzt = 1 if Schnaberth==1 | Auersperg==1 | Pichler==1 | Breitenacker_L==1 |
Kittinger==1 | ///
Bertha==1 | Illing==1 | Neusser==1 | Tobis==1 | Sladek==1 | Tacina==1 | Fuchs==1 | ///
Euler_Rolle==1 | Müller_Hermann==1 | Bruha==1 | von_Chiari==1 | Kokesch==1 |
Müller_Hans==1 | Sekyra==1 | ///
Schmidt==1 | Schindlmaisser==1 | ///
Sobotka_Erich==1 | Zaussinger==1 | Sobotka_Josef ==1 | Breitenacker_A==1
replace frepr_arzt = .a if beisitz_b==999 | beisitz==999 | beisitz_b==. | beisitz==.

gen test = bea_arzt+frepr_arzt

```

\*\*\*NS-Mitgliedschaft ärztlicher Beisitzer\_erste Erhebung nach Spring (2009: 85)

```
gen mitgl_test =0
replace mitgl_test =1 if beisitz_b==1 | beisitz_b==2 | beisitz_b==3 | beisitz_b==4 |
beisitz_b==5 | beisitz_b==6 ///
beisitz_b==10 | beisitz_b==12 | beisitz_b==13 | beisitz_b==14 | beisitz_b==16 | beisitz_b==18
| beisitz_b==25 ///
beisitz_b==20 | beisitz_b==7 | beisitz_b== 31
replace mitgl_test =. if beisitz_b==999
```

```
gen mitgl_test2 =0
replace mitgl_test2 =1 if beisitz==1 | beisitz==2 | beisitz==3 | beisitz==4 | beisitz==5 |
beisitz==6 ///
beisitz==10 | beisitz==12 | beisitz==13 | beisitz==14 | beisitz==16 | beisitz==18 | beisitz==25 |
///
beisitz==20 | beisitz==7 | beisitz== 31
replace mitgl_test2 =. if beisitz==999
```

```
gen Mitglied_test = mitgl_test+mitgl_test2
tab Mitglied_test
```

\*\*\*NS-Mitgliedschaft ärztlicher Beisitzer\_abschließende Erhebung nach Hubenstorf (auch NSDAP-Anwärter und NSKK mitgezählt)

```
gen mitgl_1 =1
replace mitgl_1 =0 if beisitz_b==15 | beisitz_b==22 | beisitz_b==27 | beisitz_b==30 |
beisitz_b==34 | beisitz_b==36 | beisitz_b==39
replace mitgl_1 =. if beisitz_b==999
```

```
gen mitgl_2 =1
replace mitgl_2 =0 if beisitz==15 | beisitz==22 | beisitz==27 | beisitz==30 | beisitz==34 |
beisitz==36 | beisitz==39
replace mitgl_2 =. if beisitz==999
```

```
gen NS_Mitgliedschaft = mitgl_1 + mitgl_2
```

```
tab NS_Mitgliedschaft jahr, col
tab NS_Mitgliedschaft anord_av, r
```

```
recode NS_Mitgliedschaft (1=0) (2=1), gen(mitgliedsch)
label variable mitgliedsch "NS-Mitgliedschaft"
label define MITG 0 "1 Arzt" ///
    1 "beide Ärzte"
label values mitgliedsch MITG
tab mitgliedsch
```

\*\*\*\*\*DESKRIPTIVE ANALYSEN\*\*\*\*\*

```
tab diagn_rec
tab diagn_rec,nol
```

```
tab sippenb_rec
tab sippenb_rec,nol
```

```
tab anstauf_rec
tab anstauf_rec,nol
```

```
tab beruf_rec
tab beruf_rec,nol
```

```
tab anmano_rec
tab anmano_rec,nol
```

```
tab vorm_rec
tab vorm_rec,nol
```

```
tab eltscha_rec
tab eltscha_rec,nol
```

```
tab famst_cat
tab famst_cat,nol
```

```
*tab alter
tab alter_cat
tab alter_cat,nol
```

```
tab geschlecht
tab geschlecht,nol
```

```
tab gutachter_cat
tab gutachter_cat,nol
```

```
tab oberger_rec
tab oberger_rec,nol
```

```
*****BIVARIATE ANALYSEN*****
```

```
***Anordnung einer Zwangssterilisation nach Geschlecht
```

```
tab geschlecht anord_av,r
phi geschlecht anord_av
tab geschlecht anmano_rec,col V
```

```
***Anordnung einer Zwangssterilisation nach Alter (und Geschlecht)
```

```
tab anord_av alter_cat,col V
bys geschlecht: tab alter_cat anord_av,r
ttest alter, by(anord_av)
ttest alter if anmano_rec==1, by(geschlecht)
ttest alter if anmano_rec==4, by(geschlecht)
ttest alter if anmano_rec==0, by(geschlecht)
ttest alter if anmano_rec==2, by(geschlecht)
ttest alter if anmano_rec==3, by(geschlecht)
```

\*Geschlecht und Alter

tab alter\_cat geschlecht, V

bys anord\_av: tab alter\_cat geschlecht if anmano\_rec==1,col

bys anord\_av: tab geschlecht alter\_cat,r col

\*\*\*Anordnung einer Zwangssterilisation nach Familienstand

tab famst\_rec anord\_av, r V

tab famst\_cat anord\_av, r V

\*\*\*Anordnung einer Zwangssterilisation nach Beruf

tab beruf\_rec anord\_av,r V

\*\*\*Anordnung einer Zwangssterilisation nach Anstaltsaufenthalt

tab anstauf\_rec anord\_av,r

phi anstauf\_rec anord\_av

\*\*\*Anordnung einer Zwangssterilisation nach Vormundschaft

tab vorm\_rec anord\_av,r

phi vorm\_rec anord\_av

\*\*\*Anordnung einer Zwangssterilisation nach Diagnose

tab anord\_av diagn\_rec,col V

tab diagn\_rec gutachter\_cat,col

\*\*\*Anordnung einer Zwangssterilisation nach Elternschaft

tab eltscha\_rec anord\_av,r

phi eltscha\_rec anord\_av

\*\*\*Anordnung einer Zwangssterilisation nach NS-Mitgliedschaft ärztlicher Beisitzer

tab mitgliedsch anord\_av,r

phi mitgliedsch anord\_av

\*\*\*Anordnung einer Zwangssterilisation nach Anforderung Gutachter

tab anord\_av gutachter\_cat,r

phi anord\_av gutachter\_cat

bys mitgliedsch: tab anord\_av gutachter\_cat,r

\*\*\*Anordnung einer Zwangssterilisation nach Anmerkung (Fortpflanzungsgefahr, Lebensbewahrung/Lebenswissen)

tab anmano\_rec anord\_av,r V

bys geschlecht: tab anmano\_rec eltscha\_rec,col

tab anmano\_rec geschlecht,col V

tab anmano\_rec eltscha\_rec,col V

\*Anmkerung Fortpflanzungsgefahr nach Elternschaft und Familienstand

recode anmano\_rec (3/4=.), gen(anm\_fortpf)

tab anm\_fortpf

tab eltscha\_rec anm\_fortpf, r V

tab famst\_cat anm\_fortpf, r V

\*Anmkerung Lebensbewahrung/Lebenswissen nach Elternschaft und Familienstand

recode anmano\_rec (1/2=.), gen(anm\_lebwis)

tab anm\_lebwis

tab beruf\_rec anm\_lebwis, col V

\*\*\*Anordnung einer Zwangssterilisation nach Sippenbelastung

tab sippenb\_rec anord\_av,r V

\*\*\*Anordnung einer Zwangssterilisation nach Beschwerde am Erbgesundheitsobergericht

tab oberger\_rec anord\_av,r col

phi oberger\_rec anord\_av

\*\*\*Wer ist eher "ohne Beruf" bzw. HilfsarbeiterIn

tab beruf\_rec geschlecht,col

tab beruf\_rec alter\_cat,r

tab beruf\_rec diagn\_rec,col

tab beruf\_rec anmano\_rec,col

\*\*\*Wer weist eher eine Fortpflanzungsgefahr auf bzw. Lebensbewahrung

tab anmano\_rec geschlecht, col

bys geschlecht: tab anmano\_rec alter\_cat, col

tab anmano\_rec mitgliedsch,col V

\*\*\*Welche Konstellationen am häufigsten mit nur einem NS-Mitglied

\*gesamt

tab beisitz\_b beisitz if NS\_Mitgliedschaft==1

\*über die Jahre

bys jahr: tab beisitz beisitz\_b if NS\_Mitgliedschaft==1

\*\*\*Bei welcher Konstellation am häufigsten Beschwerde am EOG

\*tab beisitz\_b beisitz if oberger\_rec==1

tab mitgliedsch oberger\_rec, r

tab mitgliedsch gutachter\_cat, r

phi mitgliedsch gutachter\_cat

\*\*\*Beschwerde bei (nicht-)Anordnung

tab anord\_av oberger\_rec, r

\*Konstellationen häufige Nichtanordnung

\*tab beisitz\_b beisitz if anord\_av==0

tab anord\_av jahr, col

tab anmano\_rec jahr, col

\*\*\*\*\*MULTIVARIATE ANALYSEN

LOGISTISCHE REGRESSIONSMODELLE\*\*\*\*\*

\*\*Drittvariablenkontrolle für log.Reg!!!!\*\*

bys beruf\_rec: tab anmano\_rec anord\_av,r V

\*\*\*\*Sozio-demographische Merkmale und Diagnose\*\*\*\*

\*Modell 1

logit anord\_av geschlecht i.alter\_cat, or

outreg2 using egg\_wien, replace excel ctitle(Modell 1) label paren(se) eform asterisk(coef) e(ll r2\_p) dec(3)

\*Modell 2

logit anord\_av geschlecht i.alter\_cat geschlecht#alter\_cat, or

outreg2 using egg\_wien, replace excel ctitle(Modell 2) label paren(se) eform asterisk(coef) e(ll r2\_p) dec(3)

\*Modell 3

logit anord\_av geschlecht i.alter\_cat i.famst\_cat ,or

outreg2 using egg\_wien, append excel ctitle(Modell 3) label paren(se) eform asterisk(coef) e(ll r2\_p) dec(3)

\*Modell 4

logit anord\_av geschlecht i.alter\_cat i.famst\_cat i.eltscha\_rec,or

outreg2 using egg\_wien, append excel ctitle(Modell 4) label paren(se) eform asterisk(coef) e(ll r2\_p) dec(3)

\*Modell 5

logit anord\_av geschlecht i.alter\_cat i.famst\_cat i.eltscha\_rec i.beruf\_rec,or

outreg2 using egg\_wien, append excel ctitle(Modell 5) label paren(se) eform asterisk(coef) e(ll r2\_p) dec(3)

\*Modell 6

logit anord\_av geschlecht i.alter\_cat i.famst\_cat i.eltscha\_rec i.beruf\_rec i.diagn\_rec,or

outreg2 using egg\_wien, append excel ctitle(Modell 6) label paren(se) eform asterisk(coef) e(ll r2\_p) dec(3)

\*\*\*\*Soziale Kriterien\*\*\*\*

\*Modell 7

logit anord\_av geschlecht i.alter\_cat i.anstauf\_rec, or

outreg2 using egg\_wien, append excel ctitle(Modell 7) label paren(se) eform asterisk(coef) e(ll r2\_p) dec(3)

\*Modell 8

logit anord\_av geschlecht i.alter\_cat i.anstauf\_rec i.vorm\_rec, or

outreg2 using egg\_wien, append excel ctitle(Modell 8) label paren(se) eform asterisk(coef) e(ll r2\_p) dec(3)

\*Modell 9

logit anord\_av geschlecht i.alter\_cat i.anstauf\_rec i.vorm\_rec i.anmano\_rec, or

outreg2 using egg\_wien, append excel ctitle(Modell 9) label paren(se) eform asterisk(coef) e(ll r2\_p) dec(3)

\*Modell 10

logit anord\_av geschlecht i.alter\_cat i.anstauf\_rec i.vorm\_rec i.anmano\_rec i.sippenb\_rec, or

outreg2 using egg\_wien, append excel ctitle(Modell 10) label paren(se) eform asterisk(coef) e(ll r2\_p) dec(3)

\*\*\*\*NS-Mitgliedschaft Ärzte und Anforderung Gutachter\*\*\*\*

\*Modell 11

logit anord\_av geschlecht i.alter\_cat i.mitgliedsch, or

outreg2 using egg\_wien, append excel ctitle(Modell 11) label paren(se) eform asterisk(coef) e(ll r2\_p) dec(3)

\*Modell 12

logit anord\_av geschlecht i.alter\_cat i.gutachter\_cat, or

```
outreg2 using egg_wien, append excel ctitle(Modell 12) label paren(se) eform asterisk(coef)
e(ll r2_p) dec(3)
```

```
*Modell 13
```

```
logit anord_av geschlecht i.alter_cat i.mitgliedsch i.gutachter_cat, or
```

```
outreg2 using egg_wien, append excel ctitle(Modell 13) label paren(se) eform asterisk(coef)
e(ll r2_p) dec(3)
```

```
****Soziale Kriterien, NS-Mitgliedschaft Ärzte und Anforderung Gutachter****
```

```
*Modell 14
```

```
logit anord_av geschlecht i.alter_cat i.anstauf_rec i.vorm_rec i.anmano_rec i.sippenb_rec
i.mitgliedsch i.gutachter_cat, or
```

```
outreg2 using egg_wien, append excel ctitle(Modell 14) label paren(se) eform asterisk(coef)
e(ll r2_p) dec(3)
```

```
***Gesamtmodelle***
```

```
*Modell 15
```

```
logit anord_av geschlecht i.alter_cat i.famst_cat i.eltscha_rec i.beruf_rec i.diagn_rec
i.anstauf_rec i.vorm_rec i.anmano_rec i.sippenb_rec i.mitgliedsch i.gutachter_cat, or
```

```
outreg2 using egg_wien, append excel ctitle(Modell 15) label paren(se) eform asterisk(coef)
e(ll r2_p) dec(3)
```

```
*Modell 16
```

```
logit anord_av geschlecht i.alter_cat geschlecht#alter_cat i.famst_cat i.eltscha_rec i.beruf_rec
i.diagn_rec i.anstauf_rec i.vorm_rec i.anmano_rec i.sippenb_rec i.mitgliedsch
i.gutachter_cat, or
```

```
outreg2 using egg_wien, append excel ctitle(Modell 16) label paren(se) eform asterisk(coef)
e(ll r2_p) dec(3)
```