



universität  
wien

# DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

"Leben und Sterben machen"

Die Produktion und Vernichtung "lebensunwerten Lebens"  
aus biopolitischer Perspektive

Verfasser

Mag. Massimiliano Santi

angestrebter akademischer Grad

Magister der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, Januar 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 300

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Politikwissenschaft

Betreuerin / Betreuer:

Univ.-Prof. Eva Kreisky



für mich ...



1	Einleitung.....	2
1.1	Die "Sterilisation erbkranken Nachwuchses".....	3
1.2	Die NS-Euthanasie als Forschungsgegenstand .....	5
2	"Behinderung" neu denken!.....	9
2.1	Die Dis-ability Studies.....	10
3	Zwischen Bio- und Vernichtungspolitik .....	14
3.1	Von Biopolitik und Biomacht.....	14
3.2	Von der Biopolitik zur Thanatopolitik.....	17
3.3	Die totale Herrschaft des Biologischen .....	21
3.4	Zum Verhältnis zwischen Diskurs und Praxis.....	23
4	Fragestellung und Vorgehen .....	25
4.1	Fragestellung .....	25
4.2	Vorgehensweise .....	26
4.3	Die Diskursanalyse als methodologischer Rahmen.....	27
5	Körper- und Lebenspolitiken .....	28
5.1	Die Ökonomie des Menschen.....	28
5.2	Körper und Geist als Gegenstände der Medizin .....	34
5.3	Die "Krüppelfürsorge" .....	35
5.4	Die "geistig Toten" und das "lebensunwerte Leben" .....	40
5.5	Eugenik zwischen Sozial- und Rassenhygiene .....	45
6	Die Zwangssterilisation der "Erbkranken" .....	50
6.1	Die "Krüppelfürsorge" im Nationalsozialismus.....	58
6.2	Bruchlinien der Sterilisationspraxis.....	61
6.3	Von der Sterilisations- zur Vernichtungspolitik.....	66
7	Die Vernichtung des "lebensunwerten Lebens" .....	68
7.1	Die Erwachseneneuthanasie.....	68
7.2	Die Kindereuthanasie.....	78
7.3	Die Täterinnen .....	80
7.4	Die Anstalten als Vernichtungslager .....	82
8	Conclusio .....	85
9	Bibliografie.....	87



# 1 Einleitung

Seit nunmehr zwei Jahrzehnten hat sich die Beschäftigung mit den nationalsozialistischen Euthanasieverbrechen zu einem wesentlichen Bestandteil der historischen und politischen Aufarbeitung nationalsozialistischer Verbrechen entwickelt. Sie sind Teil einer mörderischen Bevölkerungspolitik, die die Erfassung, Deportation und Vernichtung von Millionen von Menschen verwirklichte. Verschiedenste Menschen wurden aufgrund gesellschaftlicher Zuschreibungen wie "fremdrassig", "minderwertig", "asozial" als politische Subjekte entrechtet und physisch vernichtet.

Die Aufarbeitung dieser Vergangenheit beschäftigt sich vor allem mit den Fragen "wie" und "warum" diese "Katastrophe" möglich wurde. Forscherinnen<sup>1</sup> aller Disziplinen suchen nach Ursachen, die das Morden erklären könnten, versuchen der Massenvernichtung einen Sinn zu geben. Die verschiedenen Perspektiven lassen sich folgendermaßen gruppieren: Einerseits versucht man den Holocaust in seiner Genese zu erklären, d.h. Bedingungen, die zum Aufstieg des Nationalsozialismus und seiner Vernichtungspolitik geführt haben, herauszuarbeiten. Dem Gegenüber positionieren sich jene, die die Massenvernichtung nicht rational erklären können bzw. wollen (vgl. Bauer 2001).

Dies stellt auch Giorgio Agamben fest: "Die unglückliche Bezeichnung 'Holocaust' entspringt diesem unbewußten Bedürfnis, einen Tod sine causa zu rechtfertigen, dem Sinn verleihen, was keinen haben zu können scheint" (Agamben 2003, 25). Mit einer historischen Aufarbeitung ist in der Suche nach Erkenntnissen über das "warum" stets eine philosophische Aufarbeitung eingeschrieben. Der Holocaust ist ein historisches Ereignis, in dem die Überflüssigmachung von Personen als Menschen Wirklichkeit wurde (vgl. Arendt 1998, 46; 2010, 391). Er war Teil einer nationalsozialistischen Bevölkerungspolitik, die eine Neuordnung der biologischen Substanz im globalen Maßstab, d.h. des Menschen als biologisches Wesen, verfolgte (vgl. Bauer 2001, 77f). Diese Politik umfasste auch die sogenannte Zwangssterilisation und NS-Euthanasie, die

---

<sup>1</sup> Um die Lesbarkeit der Arbeit nicht zu erschweren werde ich nur die weibliche Schreibform verwenden. Etwaige Abweichungen davon sollen ein männliches Dominanzverhältnis sichtbar machen und es nicht verschleiern. Für die wichtigen Hinweise danke ich Isabelle Garde und Elisabeth Freudenschuss.

"Vernichtung des lebensunwerten Lebens", d.h. die Sterilisation und später die Ermordung der "geistig" und "körperlich Minderwertigen" der Heil- und Pflegeanstalten. Zwangssterilisation, NS-Euthanasie und der Holocaust zeigen nicht nur wie "banal" das "Böse", sondern auch wie "banal" menschliches Leben sein kann. Die Entwicklung der modernen Gesellschaft mündete in die "Fabrikation von Leichen" als alltäglichen Arbeitsprozess in dem das Sterben "normal" wurde (Arendt 2009, 912). Das menschliche Leben hatte seine Daseinsberechtigung verloren. Der Holocaust, mit unzähligen Opfer und Täter, war ein historischer Moment, in dem "das größte begangene Böse [...] das Böse [ist], das von niemanden getan wurde, das heißt, von menschlichen Wesen, die sich weigern, Personen zu sein" (Arendt 2006, 101). Indem sich die Täter weigerten ein moralisch begründetes Urteil zu fällen, Teil der indifferenten Masse wurden, partizipierten sie am sogenannten "Skandalon", dem banal Bösen (ebd., 149). Denn "[w]o 'Gesetz ist Gesetz' gilt – wo, mit anderen Worten, Gedankenlosigkeit regiert –, verkümmern Urteilsvermögen und moralische Vorstellungskraft und verschwinden schließlich" (Villa 2000, 246).

Teil dieser Massenverbrechen sind auch die sogenannte Zwangssterilisation und die Euthanasie der vermeintlich "geistig" und "körperlich Behinderten". Stellt der Holocaust für "Jüdinnen" auch heute noch ein wesentliches Ereignis einer kollektiv geteilten Vergangenheit dar, so markieren Zwangssterilisation und vor allem die Euthanasie, ein historisches Ereignis, das im kollektiven Gedächtnis "behinderter" Menschen fest verankert ist.

### **1.1 Die "Sterilisation erbkranken Nachwuchses"**

Die Banalität des Lebens kommt in der nationalsozialistischen Bevölkerungspolitik klar zum Ausdruck. Rassenhygiene und Eugenik waren treibende Elemente einer Politik, die mit der Machtergreifung 1933 rasch Eingang in die staatlichen Institutionen und Gesetze gefunden hatte. Den ersten "Tiefpunkt" einer solchen Politik stellt das "Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses" dar, das im Juli 1933 verabschiedet und 1934 in Kraft getreten ist. Mit diesem Gesetz wurde eine Politik initiiert, die den Wert der Menschen an deren Erbmasse feststellen wollte (Bock 1986, 25): Der "minderwertige" Mensch wurde im Wesentlichen auf einen "Träger krankheitsverursachender

Erbanlagen" reduziert (Gütt et al. 1936, 111). "Der Nationalsozialismus erstrebt die Erneuerung des Volkes auf rassischer Grundlage" (Staemmler 1933, 97) und versuchte über die Unfruchtbarmachung der "gefährlichen und erblich belasteten" Personen deren Fortpflanzung durch chirurgischen Eingriff gewaltsam zu unterbinden. Gisela Bocks Arbeit zur nationalsozialistischen Zwangssterilisation zeigt, dass der Nationalsozialismus Politiken des Antinatalismus und Pronatalismus zu zentralen staatlichen Aufgaben erhob und verknüpfte hatte. Die Vermehrung der "Gesunden" und die Unfruchtbarmachung der "Kranken" bildeten eine gemeinsame Strategie, die die "Höherentwicklung" der "germanischen Rasse" über eine rassenhygienische "Auslese" ermöglichen sollte.

Das Gesetz verpflichtete alle Amtsärzte<sup>2</sup>, die "erbkrankte" Fälle von "angeborenen Schwachsinn, Schizophrenie, zirkulärem (manisch-depressivem) Irrsein, erblicher Fallsucht, erblichem Beitzanz (Huntingtonsche Chorea), erblicher Blindheit, erblicher Taubheit, schwerer erblicher körperlicher Mißbildung" und "Alkoholiker" den Erbgesundheitsgerichten anzuzeigen (Reichsgesetzblatt 1933, 529). Das Gerichtsverfahren diente der Feststellung von erblich bedingten Krankheiten der vorgeladenen Personen und dem Nachweis derer "Fortpflanzungsgefährlichkeit", sprich der Weitergabe der "schädlichen Anlagen". In Fachkreisen war die Erblichkeit der genannten Krankheiten allgemein bewiesen, die Gefahr der Fortpflanzung dieser Personen Allgemeinwissen. Unterschiedliche Meinungen gab es nur bezüglich der Anwendung von Zwang durch den Staat. Einvernehmen bestand in der Meinung, dass das Individuum sich dem Volksganzen unterzuordnen hätte. Unklar war jedoch ob dies freiwillig, durch Einsicht über die rassenhygienischen Imperative des Staates geschehen könne, oder ob Zwang notwendig sei, wenn die Person diese Einsicht, aufgrund einer "Geisteskrankheit" nicht erlangen könne. Diese Zweifel wurden mit dem Gesetz endgültig beseitigt: Im Nationalsozialismus hatte das Interesse der Volksgemeinschaft das Rechts auf Unverletzbarkeit des Individuums verdrängt: "Es gibt kein Leben außerhalb der Volksgemeinschaft" (Bock 1986, 109). So wurden im Zeitraum 1934 bis 1939 im Altreich ca. 300.000 Personen sterilisiert (ebd., 233).

Der Widerstand der "Unfruchtbarzumachenden" und deren Angehörigen, der katholischen Kirche und deren sozial-karitativen Einrichtungen führten dazu, dass mit 1936 der Kreis der "Erbkranken" und "Minderwertigen" neu bestimmt wurde.

---

<sup>2</sup> Die Schar an Ärzten, Gutachtern und Richtern bestand fast ausschließlich aus Männer (Bock 1986, 208).

Kriegsbedingt trat die Sterilisation nach 1939 in den Hintergrund. Im selben Jahr führte diese Neuausrichtung zu neuen Maßnahmen, die zur "Ausmerzungen" und "Ausrottung" der eben genannten Gruppen führen sollten (ebd., 289).

## 1.2 Die NS-Euthanasie als Forschungsgegenstand

Unter dem Begriff der NS-Euthanasie versteht man allgemein den Mord an Insassinnen der Heil- und Pflegeanstalten des Deutschen Reiches<sup>3</sup> und der besetzten Ostgebiete.

Wolfgang Neugebauer (2005, 17) unterteilt die NS-Euthanasie folgendermaßen:

- Aktion T4: Mord der Patientinnen der Heil- und Pflegeanstalten im Deutschen Reich von 1940 bis 1941;
- Kindereuthanasie von 1939 bis 1945;
- Ermordung der Patientinnen in den Heil- und Pflegeanstalten der besetzten Gebiete nach 1939 (Polen, Sowjetunion);
- Aktion 14f13: Ermordung "arbeitsunfähiger", "kranker" und "lebensunwerter" KZ-Häftlinge in den obengenannten Heil- und Pflegeanstalten;
- Tötung von Zwangsarbeiterinnen ab 1943;
- Dezentrale Tötung der Patientinnen in den zahllosen Anstalten von 1941 bis 1945.

Für die Aktion T4 kann man die Opferzahl aufgrund der Aktenbelege auf ca. 70.000 beziffern. Insgesamt, so die Schätzungen, fielen der NS-Euthanasie über 200.000 Menschen zum Opfer (vgl. Klee 2010, 265; Rotzoll 2007, 33). Organisatorisch waren an der Massenvernichtung vor allem die Kanzlei des Führers, das Reichsministerium des Innern, die Gesundheitsämter, die "Reichsarbeitsgemeinschaft Heil- und Pflegeanstalten", sowie andere privatrechtlich organisierten gemeinnützigen Stiftungen beteiligt (Aly 1985a, 22; Klee 2010, 79).

Die NS-Euthanasie war wie der Holocaust ein Massenverbrechen mit zahlreichen Opfern und unzähligen Täterinnen. Es war ein Verbrechen, das selbst im NS-Staat eine Straftat darstellte, daher geheim durchgeführt werden musste. Für die Durchführung der T4-Aktion waren die aktive Mitwirkung und das "Wegschauen" zahlreicher

---

<sup>3</sup> Anstalten Grafeneck (Baden-Württemberg), Brandenburg (Brandenburg), Hartheim (Oberösterreich), Sonnenstein (Sachsen), Bernburg (Sachsen-Anhalt), Hadamar (Hessen).

Personen notwendig. In der Euthanasie kulminierte ein "völkischer Vernichtungswille", der die "geistig Minderwertigen" und die "unfähigen Krüppel" erfasste, sämtliches Mitleid mit den "Bedürftigen", den "Kranken" und "Versehrten" als "Gefühlsduselei" tadelte und als notwendige Maßnahme gegen die "Entartung" des Volkskörpers wissenschaftlich legitimierte.

Die notwendige Kooperation zwischen staatlichen und wissenschaftlichen Institutionen des NS-Staats ist Gegenstand von Forschungsansätzen, die sich vor allem mit dem "wie" der NS-Euthanasie auseinandersetzen. In den Blick geraten Prozesse der Institutionalisierung von medizinbiologischen Erfassungs- und Selektionspraktiken der Gesundheitsämter, die Entwicklung der "erbbiologischen Bestandsaufnahme" des "Volkskörpers", die Ausrichtung und Differenzierung der Fürsorgeeinrichtungen sowie der Heil- und Pflegeanstalten nach rassenhygienischen und eugenischen Ideen (siehe dazu Spring 2002; Czech 2003; Lehnert 2003; Baader et al. 2007; Kepplinger et al. 2008).

Diese Arbeiten konzentrieren sich vorwiegend auf das institutionelle Umfeld der Täter. Die Strukturen, die für die Selektion und das Töten notwendig und für die NS-Euthanasie funktional waren, sind zentraler Untersuchungsgegenstand. Dabei werden jedoch oft Opfer- und Tätergruppen homogenisiert und essentialisiert. Die Frage, welche Personengruppen durch spezifische politische Strategien identifiziert und ausgesondert wurden, wird kaum berücksichtigt. Die Opfer verkommen in diesen Arbeiten zu einer unbestimmten Gruppe von Personen, die in die Fänge des nationalsozialistischen Terrorapparats gekommen sind.

Arbeiten, die andererseits nach dem "warum" fragen, finden in der "eugenischen Ideologie" und in der Praxis utilitaristischer Kosten-Nutzen-Rechnungen zentrale Erklärungsmodelle (siehe dazu Kepplinger et al. 2008). Die "Vernichtung des lebensunwerten Lebens" ist in diesen Darstellungen Teil einer mörderischen Lebenspolitik, die durch eugenische und rassenhygienische Vorstellungen vom Menschen geprägt ist (Hohendorf et al. 2002, 1068). Die Eugenik wird als vermeintlich homogenes wissenschaftliches Modell beschrieben, ohne die verschiedenen und in Konkurrenz stehenden Ausprägungen zu berücksichtigen (Dickinson 2004). Eugenik und Rassenhygiene waren keine nationalsozialistischen Erfindungen: Die kontinuierliche Radikalisierung der Psychiatrie seit dem späten 19. Jahrhundert und die

zunehmende Ausgrenzung der "geistig und körperlich Minderwertigen" werden meist als zentrale Ursachen für eine Politik gesehen, die schlussendlich in die NS-Euthanasie mündete. Unberücksichtigt bleibt jedoch die Frage, warum nur in Nazi-Deutschland „minderwertige“ Menschen gemordet wurden, bzw. welche Rolle der NS-Staat in dieser Entwicklung hatte. Auch in diesen Ansätzen wäre eine differenzierte Betrachtung der Opfer- und Tätergruppen wünschenswert.

Wenn man hingegen Eugenik und Rassenideologie als "produktives" Wissen betrachtet, somit nicht nur die Ausgrenzung der Opfer, sondern auch die privilegierte Stellung der "Gesunden" und "Fähigen" als sich gegenseitig konstituierende Identitäten begreift, öffnet man eine Perspektive, die den Blick auf die ausgrenzende Mehrheitsgesellschaft richtet. Fragen, die versuchen das Gegenüber des "lebensunwerten Lebens" zu bestimmen, werden plötzlich relevant. Welche körperlichen und geistigen Fähigkeiten werden als "normal, gesund, männlich, germanisch" gewertet? So erscheinen beispielsweise "Behinderung" und "Minderwertigkeit" als konstitutives Außen eines "autonomen bürgerlichen weißen und männlichen" Subjekts (Dederich 2010, 178).

Arbeiten, die die NS-Euthanasie aus der Perspektive der Betroffenen, den Anstaltsinsassinnen, erzählen, die Lebensgeschichte dieser Menschen rekonstruieren, sind ein Versuch, diese Menschen als aktive handelnde Subjekte anzuerkennen, ihre persönlichen, meist in Briefen und Autobiografien festgehaltenen Erfahrungen als historische Zeugnisse "sprechen" zu lassen (Fuchs et al. 2007). Die Auswertung des Euthanasie-Aktenbestandes R 179 im Bundesarchiv ermöglichte eine differenzierte Betrachtung der Ermordeten nach Herkunft, Familienstand, Religionszugehörigkeit, sozialer Schichtung, Aufenthaltsdauer, Arbeitsfähigkeit, Bildungsfähigkeit der Kinder und Jugendlichen und Verhalten. Durch die Analyse konnte die Interdependenz zwischen den genannten Kategorien und vermeintlichen Identitätszuschreibungen und deren Auswirkung auf die Überlebens- oder Todeswahrscheinlichkeit empirisch nachgewiesen werden.

Indem die Geschichte der Opfer erfahrbar wird, können auch Widerstands- oder Kollaborationsmomente entschlüsselt werden. Damit vermeidet man einerseits nur den Widerstand gegen die NS-Euthanasie der "normal-Fähigen"<sup>4</sup> anzuerkennen und die Opfer als passive, machtlose "Zuschauerinnen" zu reproduzieren. Andererseits können

---

<sup>4</sup> Mit dem Begriff "normal-Fähigkeit" versuche ich den englischen Terminus "able-bodiedness" zu übersetzen.

auch Teilhabe und Eingliederung im NS-Staat problematisiert werden. Bis 1937 gab es beispielsweise in den Reihen der Hitlerjugend den "Bann B" ("Blinde"), den "Bann G" ("Gehörlose") und den "Bann K" ("Körperbehinderte") (Fuchs 2001, 13f). "Körperliche Beeinträchtigung" und nationalsozialistischer Idealismus und Fanatismus schlossen sich somit a priori nicht aus.

Die hier kurz skizzierten Ansätze leisten in der historischen Aufarbeitung wichtige Arbeit. Das Aufzeigen wie "geistig und körperliche behinderte" Personen gemordet wurden, welcher Gewalt sie ausgesetzt waren, ist extrem wichtig. Die historische Forschung hat mehrfach gezeigt, dass die Vernichtung der Menschen elementarer Bestandteil moderner Gesellschaften und ein zentrales Element totaler Herrschaft war (vgl. Adorno 1966, 88; Arendt 2009). Die Aufarbeitung der Vergangenheit will den gesellschaftlichen Urteilsspruch, der das "lebensunwerte Leben" fabrizierte, revidieren - sie zwingt uns Eugenik und Rassenideologie als "falsche Ideologien" zu verwerfen (vgl. Amery 1977, 140f). In einer solchen Beschäftigung muss man gegen das von den Nationalsozialisten aufgedrückte Welt- und Werturteil, das zwischen „lebenswerten“ und „lebensunwerten“ Menschen unterscheidet, revoltieren. Diese Revolte muss jedoch auch gegen das gesellschaftliche Werturteil, das zwischen "behinderten" und "nicht-behinderten" Menschen unterscheidet, fortgeführt werden.

Dementsprechend möchte ich in den folgenden Abschnitten mit einem anderen Konzept von "Behinderung", das durch die Dis-ability Studies ausgearbeitet wurde, arbeiten. "Behinderung" ist in einer solchen theoretischen, aber auch praxisrelevanten Perspektive keine natürliche Tatsache, sondern eine gesellschaftlich hervorgebrachte und hegemoniale Körpervorstellung von "verkörperter Andersheit". "Behinderung" oder "Beeinträchtigung" gibt es also nicht.

## 2 "Behinderung" neu denken!

Mit "Behinderung" wird im Alltag ein andauernder Zustand, der die "geistigen und körperlichen Fähigkeiten" einer Person negativ beeinflusst, bezeichnet. "Behinderung" steht somit für "Unfähigkeit, Krankheit oder Versehrtheit". "Behindert sein," heißt meist den mitleidigen Blicken der "Nicht-Behinderten" ausgesetzt zu sein. "Behinderung" markiert eine "geistige oder körperliche" Abweichung von der Norm, vom "normalen" Menschen- und Körperbild.

Diese Abweichung wird meist negativ bewertet: Unter "ableism" versteht man ein "Vorstellungsmuster, 'dass die Fähigkeiten oder Merkmale einer Person durch ihre Behinderung determiniert sind oder dass Menschen mit Behinderungen als Gruppe Nichtbehinderten unterlegen sind'" (Linton 1998, 10 zitiert in Dederich 2010, 175). "Ableism" kann somit analog zu Rassismus und Sexismus als gesellschaftliche Differenzierungs- und Ausgrenzungspraxis verstanden werden, die über den Körper vermittelt wird (Snyder/Mitchell 2006, 400). "Behinderung" entspricht somit der "verkörperten Andersheit" (Bösl 2010). Eine Geschichte von Behinderung hat dementsprechend den Körper als "Ort und Produkt der Geschichte" zum Gegenstand (Bublitz 2009, 153), beschreibt die gesellschaftliche Hervorbringung und den Umgang mit "körperlicher Abweichung". Das innige Verhältnis zwischen dem "Abweichenden" und dem "Normalen" wird durch den Begriff Dis-ability ausgedrückt: Das Präfix *dis* markiert die körperliche/geistige "Unfähigkeit", die durch den Bindestrich mit "Fähigkeit", *ability*, verbunden wird.

Historisch kann man mit der Aufklärung die Entwicklung der naturwissenschaftlich fundierten Humanwissenschaften, d.h. den Übergang von der "Dämonologisierung" hin zur "Pathologisierung von Differenz" nachweisen (Rohrman 2011, 73ff). Die moderne Medizin, vor allem die Psychiatrie, entwickelte sich als Wissenschaft, die den menschlichen Körper zum primären Untersuchungsgegenstand erhob. Neben einer christlichen Lehre, die in der geistigen und körperlichen Andersheit weiterhin einen göttlichen Willen, oder gar eine göttliche Bestrafung, erkannte, entwickelte sich dieser neue Forschungsansatz als Versuch, diesen transzendenten Fatalismus durch die Heilung der "geistig kranken" Individuen aufzuheben (ebd., 165). Mitte des 19. Jahrhunderts entstanden neben den christlichen Fürsorgeeinrichtungen, die von Ärzten

geführten Pflege- und Heilanstalten. Zum einen ging man vom Verwahrungskonzept städtischer "Irrenanstalten" zur Idee der Therapierung in ländlichen offenen Anstalten über. Beispielhaft für diesen langsamen aber stetigen Übergang war die Errichtung der Heil- und Pflegeanstalt "Am Steinhof" in Wien. Während der "Narrenturm" (1784 errichtet) eine Art "Gefängnis" für die "Irren" darstellte, sollten die Patientinnen "Am Steinhof" die Möglichkeit haben fernab der "nervösen" Stadt zu genesen. Dieser Wandel korrespondierte mit immer ausdifferenzierteren medizinischen Kategorien des "Irrseins" und der Entwicklung neuer Behandlungs- und Heilungsmethoden wie der "Arbeitstherapie". Vor allem die somatische Psychiatrie, die anhand einer Kartografie des Körpers, die Gehirnerkrankungen entschlüsseln wollte, erarbeitete immer genauere und differenziertere Krankheitssystematiken, die 1933 in den standardisierten "Würzburger Schlüssel" mündeten (ebd., 170; Hohendorf et al. 2002, 1070). Die Klassifikation von verkörperter Andersheit ist heute noch zentrales Element in der Diagnose und Behandlung von "geistiger und körperlicher Beeinträchtigung". Die ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)<sup>5</sup> und die ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)<sup>6</sup> ermöglichen weltweit die Erfassung und Kategorisierung von vermeintlich körperlichen/geistigen/seelischen "Krankheiten" und "Gesundheit" einer Person.

## 2.1 Die Dis-ability Studies

Die Dis-ability Studies würden diese beiden Modelle dem sogenannten "medizinischen Modell" von Behinderung zuordnen. Behinderung wird darin als "körperliche oder geistige Dysfunktion" verstanden: "people are disabled when they are less functionally proficient than is commonplace for humans" (Satz/Silvers 2000, 173 zitiert in Hirschberg 2003, 172). Die "Schädigung" des Körpers bedeute eine anatomische, physiologische oder psychische "Beeinträchtigung" des Individuums. "Behinderung" wird im "medizinischen Modell" monokausal auf die "körperliche oder geistige Minderfähigkeit" einer Person zurückgeführt. Körperschädigung, als Abweichung von der Körpernorm, bzw. vom Normalen, sowie die daraus resultierende Beeinträchtigung der Person, der "Minderfähigkeit" werden, so die Kritik daran, durch gesellschaftliche Kräfteverhältnisse hervorgebracht und bewertet. So werden heute erfolgreiche

---

<sup>5</sup> "Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme".

<sup>6</sup> "Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit".

"behinderte" Sportlerinnen gerne als "Heldinnen" gefeiert, während Personen, die ihre "Behinderung" nicht ebenso erfolgreich "meistern" und "überwinden" können, d.h. weiter auf die Hilfe Dritter angewiesen sind, umso mehr gesellschaftlich ausgegrenzt bleiben.

Das sogenannte "soziale Modell" der Dis-ability Studies kritisiert diesen vermeintlichen medizinisch-individualistischen Blick auf Behinderung. Behinderung ist keine "persönliche Tragödie", sondern "Produkt gesellschaftlicher Strukturen und Prozesse", ein "gesellschaftliches Versagen" (Priestley 2003, 25f). Behinderung ist ein Prozess, durch den "körperliche oder geistige Beeinträchtigung" zum Ausschluss aus der gesellschaftlichen Teilhabe führen kann: "Beeinträchtigung" führt im "Sozialen Modell" nicht automatisch zu "Behinderung", denn, geeignete Hilfsmittel, persönliche Assistenz, soziale Fürsorge und eine barrierefreie Umwelt konstituieren Elemente, die die "Behinderung" bzw. "Nicht-Behinderung" einer Person entscheidend beeinflussen können. Während also im medizinischen Modell "Behinderung" eine "Krankheit" ist, die Minder- oder Unfähigkeit, Abhängigkeit und Passivität bedeutet, bildet der beeinträchtigte Körper im Sozialen Modell die notwendige Voraussetzung für das "Behindertwerden" (Köbsell 2010, 18f).

Das Soziale Modell verbindet Theoriearbeit mit politischem Aktivismus (Priestley 2003, 24). Mit ihm lassen sich konkrete gesellschaftliche Diskriminierungs- und Ausgrenzungsmechanismen benennen und kritisieren. Die gemeinsamen "Unterdrückungserfahrungen" der Betroffenen bilden die Basis für Kollektive und deren konkreten politischen Forderungen. Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit "Behinderungen", die 2008 in Kraft getreten ist, fixiert zivilgesellschaftliche Forderungen nach selbstbestimmten Leben, mehr Teilhabe, Chancengleichheit, Barriere-Freiheit und inklusiver Bildung. Die Konvention bestätigt auch das Lebensrecht "behinderter" Menschen.

Das Soziale Modell bleibt trotz seiner politischen Schlagkraft der Vorstellung treu, dass es abweichende, beeinträchtigte Körper gibt. Das Modell fokussiert auf das gesellschaftliche Werden von "Behinderung", vergisst den Körper und überlässt diesen weiterhin der Medizin (Köbsell 2010, 26).

Der Körper wurde nach dem sogenannten "body turn" der 1990er Jahre auch zum zentralen Gegenstand der Dis-ability Studies. Nicht nur "Behinderung", sondern auch der Körper werden gesellschaftlich hervorgebracht (Tremain 2005, 11; Bublitz 2009,

159; Waldschmidt 2007). So wie der "behinderte" Mensch den negativen Gegenentwurf des autonomen bürgerlichen Subjekts darstellt, bildet der "anormale" Körper das konstitutive Außen des "normalen, gesunden, leistungsfähigen" Körpers (Waldschmidt 2006, 35; Dederich 2010, 178). Körper sind also Objekte, die an gesellschaftlichen Zwecken ausgerichtet sind, durch Machtverhältnisse durchzogen und "besetzt" werden (Foucault 1976, 92f). Der Körper ist in einer foucaultschen Lesart durch Wissen- und Machtpraktiken hervorgebracht und gleichzeitig immer aktives Subjekt dieser Praktiken.

Am Körper greifen verschiedene Normen und unterschiedliche "somatische Ordnungen", die Ausgangs- und Endpunkte für Vergeschlechtlichungs-, Rassifizierungs- und Körperpraktiken bilden. Durch diese Körperpolitiken entstehen Dichotomien, die zwischen "normalen/anormalen", "gesunden/kranken" Körper unterscheiden (Raab 2010). Diese verschiedenen Politiken können sich gegenseitig stützen, intensivieren oder in Widerspruch geraten. "Behinderung" kann beispielsweise als "Ausschluss von der Möglichkeit [...], als Frau/Mann – und somit als soziales Wesen mit einer gesellschaftlichen Identität – anerkannt zu werden" bedeuten (McRuer/Wikerson 2003; Kolarova 2009, 83). Able-bodiedness und Heteronormativität bilden zwei Differenzierungskategorien, die unterschiedlich gesellschaftlich wirksam werden. Geschlecht, Sexualität, able-bodiedness, Hautfarbe sind Ausgangspunkte von Strategien mit denen Menschen differenziert und kategorisiert, somit als Subjekte "anrufbar" sind und als solche auch handeln können. Über die Konstitution eines Körpers können Subjekte bzw. Subjektpositionen entstehen.

Die Dis-ability Studies konzipieren den Körper als gesellschaftliches Produkt, der zugleich immer auch schon Subjekt gesellschaftlicher Verhältnisse ist. Es gibt somit keinen "natürlichen" Körper, der nicht bereits über Normen oder somatischen Ordnungen konstituiert wird (Schmincke 2007, 11f). Eine Geschichte von "Behinderung" untersucht dementsprechend jene Normen und Praktiken, die "anormale/normale" Körper hervorbringen und zum Interventionspunkt verschiedenster Politiken machen.

Hinter jedem Subjekt steckt somit ein Körper, der im Alltag oder auch in wissenschaftlichen Modellen und Theorien einen zentralen Stellenwert einnimmt. Vor allem die Medizin, darunter die Psychiatrie und die Orthopädie, arbeitet mit einem Konzept, das den Körper als eine vom normalen Zustand abweichender, versehrter oder beeinträchtigte biologische Entität konzipiert. Neben den Naturwissenschaften

ermöglichte die Entwicklung der Humanwissenschaften die Kategorisierung und Hierarchisierung von "Rassen", "Erbanlagen" oder "Klassen". Eugenik und Rassenhygiene markieren den historischen Moment, in dem der Mensch einer totalen Erfassung und Zurichtung ausgesetzt war. Eine kritische Geschichte nationalsozialistischer Bevölkerungspolitik kommt daher um das Problem der Herstellung von Körpern und den davon ausgehenden Politiken nicht herum. Die "Fabrikation" des "lebensunwerten Lebens" und dessen Vernichtung müssen somit als mörderische Körperpolitiken verstanden werden, in der der Mensch anhand eines am Körper abgeleiteten Wertes, überflüssig gemacht wurde. Die Kritik und der Widerstand gegen dieses Lebenswerturteil muss durch einer "Revolte" gegen das gesellschaftliche Körperwerturteil unterstützt werden!

Um diesen Politiken und Praktiken, die über den menschlichen Körper wirksam werden, nachzugehen, möchte ich im folgenden Abschnitt Foucaults Konzept von Biopolitik erörtern. Darüber hinaus möchte ich Giorgio Agambens und Hannah Arendts Überlegungen zur Produktion des Menschen als politischem Subjekt und biologischem Objekt aufgreifen. Die Produktion des "lebensunwerten Lebens", dem Kernelement nationalsozialistischer Vernichtungspolitik, entspricht die gleichzeitige Konstitution des "lebenswerten Lebens". Leben und Tod kommen sich im Nationalsozialismus gefährlich nahe, werden quasi ununterscheidbar.

## 3 Zwischen Bio- und Vernichtungspolitik

Über den Körper können Macht und Gewalt wirksam werden. Der menschliche Körper, als zentrales Element des Politischen, wird durch Körnernormen und deren praktische Verkörperung zum handlungsfähigen Subjekt. Definitions- und Ausschließungspraktiken bestimmter Körper beschränkten ab dem 19. Jahrhundert zunehmend was als "nützlicher", "gesunder" Mensch, als "freies, autonomes" politisches Subjekt betrachtet werden konnte. Im 20. Jahrhundert führte dieser Prozess zur mörderischen Produktion und Vernichtung des sogenannten "lebensunwerten Lebens".

### 3.1 Von Biopolitik und Biomacht

Unter den Begriffen Biomacht und Biopolitik versteht man heute wissenschaftliche Perspektiven, die besonders an Foucaults Konzept eines Machttypus anschließen, das die "Vereinnahmung des Lebens durch die Macht", d.h. die "Machtergreifung über den Menschen als Lebewesen" charakterisiert (Foucault 2001, 282). Foucaults Genealogie beschreibt den "Eintritt des Lebens in die Geschichte" (Foucault 1983, 137). Für Foucault entsprach dieser Bruch mit dem klassischen Dualismus von Herrscher und Beherrschten, einer Zäsur mit den Techniken der souveränen Macht, "die über Repression und die Abschöpfung von Produkten, Gütern und Diensten der Untertanen operieren" (Pieper et al. 2011, 8). Für Foucault markiert dieser Wandel die Verknüpfung von Leben und Politik, die Verschiebung einer "Macht *über* das Leben" hin zu einer "Macht *um* das Leben". Im Zentrum politischer Technologien stehen nunmehr die Produktivmachung, d.h. die Steigerung und die Optimierung sämtlicher Lebensprozesse. Foucault arbeitet die Funktionstechniken einer neuen Macht heraus, die sich recht klar von einer souveränen Macht, der des "Rechts über Leben und Tod", unterscheidet. Mit dieser Verschiebung geraten neben dem Souverän auch die "vielfältigen Körper", die Subjekte, die durch die Macht konstituiert werden in das Zentrum seiner Analyse. Eine Verschiebung, die die klassische Wirkungserklärung von Macht sozusagen auf den Kopf stellt: Die Macht setzt sich nicht von oben nach unten durch, sondern die Macht agiert auf der untersten Ebene in verschiedenen Erscheinungen und Techniken (Foucault 2001, 45f). Foucault sieht somit im Aufkommen der Disziplinartechniken des 17. Jahrhunderts eine Kritik an der klassischen repressiven, durch Rechtsnormen

konstituierten souveränen Macht entstehen (ebd., 53). Es entwickeln sich neue Machttechniken, die nicht über die Norm (das Recht), sondern durch Normalisierung (das Normale) wirkungsmächtig werden. Beide Machttypen können sich miteinander verbinden, austauschen oder miteinander kollidieren (ebd., 55).

Während die Macht des Souveräns auf das „Sterben machen und Leben lassen“ (ebd., 283), d.h. ein Recht zu töten gerichtet ist, ist die Disziplinarmacht umgekehrt auf das "Leben machen und Sterben lassen" ausgerichtet (ebd., 284). Diese Technik, die den individuellen Körper zum Gegenstand hat, ihn durch Überwachung, Dressur und Kontrolle leistungsfähiger, effizienter und nützlicher machen will, wird im 18. Jahrhundert durch eine komplementäre Regulierung des Bevölkerungskörpers, als neue Technik einer globalen Steigerung und Verbesserung aller Elemente in der Gesellschaft, in seiner Ökonomie rationalisiert (ebd., 285f). Die individualisierende Disziplinarmacht wird durch eine totalisierende Biomacht ergänzt: Individueller Körper und Gesellschaftskörper werden durch die Macht durchdrungen, werden auf die Verbesserung, Steigerung und Optimierung des Lebens ausgerichtet.

Der individuelle Körper als Objekt der Disziplinarmacht, bzw. die Biomacht und die Regulierung der Bevölkerung, verzahnen sich als Technologien des Körpers: Disziplin und Regulierung als analytisch trennbare Techniken der Machtausübung, die sich beispielsweise im Problem der Stadt oder im Sexualitätsdispositiv kreuzen (ebd., 296f). Wie finden diese verschiedenen Machttechniken zusammen? Die Medizin ist beispielsweise ein Macht-Wissen-Komplex in dem Körpervorstellungen zu Theorien und Handlungsanweisungen über biologische Prozesse (z.B. die Degenerationstheorie) und daraus abgeleiteten Handlungsanleitungen werden, in dem zwischen Individuum und Bevölkerung eine permanente biologische Verbindung hergestellt wird. Normierung durch Disziplinen und Normalisierung durch Regulierung verknüpfen sich zu einer Machttechnik, die den Körper und das Leben umspannen (ebd., 298f). Für Foucault handelt es sich um eine Intensivierung der Macht, die über den einzelnen Körper hinausgeht, die ganze Bevölkerung, den ganzen Bevölkerungskörper umspannen kann. Diese Macht ist hinsichtlich ihrer Ökonomie effizienter und subtiler: In ihrem Streben nach mehr und besserem Leben wirkt sie ermöglichend, ist produktiv.

Während das Leben ins Zentrum rückt, wird für Foucault der Tod an die Grenze des Diskurses verschoben: "Die Macht kennt den Tod nicht mehr. Strenggenommen lässt die Macht den Tod fallen" (ebd., 293). "Der Tod [...] wird nun zur banalen Kehrseite des

Rechts", da durch die Institutionalisierung und Verrechtlichung individueller Ansprüche auf Schutz und Freiheit gegenüber dem Souverän, und der Fürsorge durch staatliche Einrichtungen das Leben zum zentralen Gegenstand der Politik wird (Foucault 1983, 132). Für Foucault entzieht sich der Tod der Gesellschaft: der Tod "wird zum geheimsten, zum 'privatesten' Punkt der Existenz" (ebd., 134).

Doch wie kann eine solche Macht, die eine "Maximalisierung des Lebens" (Pieper et al. 2011, 11) zum Ziel hat weiterhin töten? Das Töten und Morden hat ja bekanntlich im späten 19. und 20. Jahrhundert in den Genoziden und im Holocaust seinen traurigen Höhepunkt erreicht. Für Foucault spielt dabei der Rassismus eine entscheidende Rolle: "Mit dem Aufkommen der Bio-Macht zieht der Rassismus in die Mechanismen des Staates ein" (Foucault 2001, 301). Dieser Rassismus ist jedoch nicht das Wiederaufkommen einer Macht des Todes, sondern verknüpft den Tod und das Leben durch ein positives Band: Der Rassismus ist ein Wissen, um zwischen „lebenswert“ und „lebensunwert“ zu differenzieren. Durch dieses Wissen werden Praktiken möglich die das menschliche Leben, das "biologische *Kontinuum*", fragmentieren (ebd., Herv. i.O.). Verschiedene, hierarchisch angeordnete Menschengruppen werden innerhalb und außerhalb der Gesellschaft sichtbar (z.B. die "Asozialen", die "Wanderer", die "Juden", die "Behinderten", usw.).

Der Rassismus etabliert zwischen Leben und Tod eine positive Beziehung: Der Tod der "Anderen", bedeutet das "eigene" Überleben, das Überleben des "eigenen Volkes", der "eigenen Rasse" (ebd.). Diese Beziehung besteht jedoch nicht auf der Ebene einer kriegerischen Auseinandersetzung, sondern auf einer biologischen Ebene (ebd., 302). Der Rassismus löst sozusagen die Dichotomie zwischen Leben und Tod auf: "Der Tod hört auf, dem Leben ständig auf den Fersen zu sein" (Foucault 1983, 137). Der Rassismus ist ein Macht-Wissen-Komplex, der neue politische Strategien ermöglicht. Er ermöglicht im Namen des Lebens, der Gesundheit oder der "Rasse" zu töten (Foucault 2001, 305). Wenn Foucault schreibt, dass der Rassismus "die Bedingung für die Ausübung des Rechts auf Tötung" ist, meint er damit nicht das Wirken einer souveränen Macht, sondern ein Recht der Biomacht das Leben zu sichern. Der Rassismus dient als "Scharnier" das zwischen dem "Recht auf Leben" und dem "Recht zu töten" vermittelt (ebd., 303).

Die Verbindung von "Rasse" und "Nation" im modernen Staatsrassismus als zentralem Mechanismus der Herrschaftsausübung markiert die "biologische Modernitätsschwelle", d.h. den "gesellschaftlichen Ort" wo politische Strategien für die Existenzhaltung der Gattung aktiviert werden (Foucault 1983, 138). Es geht um eine globale Differenzierung und Hierarchisierung vom "Mensch als Tier" und "Mensch als politischer Lebensweise". Der Rassismus legitimiert die kolonialisatorische Gewalt über das "Nicht-Zivilisierte" und "Minderwertige", "das Andere", die Herstellung des "Nicht-Menschen". Für Foucault verbindet der NS-Staat eine vollkommene Tötungsmacht mit einer totalen Macht für das Leben in einer rücksichtslosen und mörderischen Bevölkerungspolitik (Foucault 2001, 306ff). Diese Raserei der Macht, diese grenzenlose Gewalt führt dazu, dass der Mensch "sein Leben als Lebewesen" aufs Spiel setzt (Foucault 1983, 138).

### **3.2 Von der Biopolitik zur Thanatopolitik**

Giorgio Agambens homo sacer Trilogie greift Foucaults Thesen auf und fügt hinzu, dass nicht nur das Lebewesen "Mensch", sondern *auch* die politische Existenz natürlicher Lebewesen gefährdet ist (Agamben 2002, 196). Während bei Foucault die Modernitätsschwelle dort liegt, wo das menschliche Leben zum Gegenstand der Politik wird, argumentiert Agamben, dass der homo sacer bereits in der Antike das konstitutive Außen des Menschen als politisches Lebewesen, und dadurch Bedingung für das Politische schlechthin, war.

Das Leben als Gegenstand des Politischen, die Biopolitik, ist für Agamben somit kein modernes Phänomen, sondern in den Fundamenten westlicher Politik verankert. Der Nationalsozialismus bringt diese verborgene Verbindung wieder an die Oberfläche: Der Massenmord, die Vernichtung von Millionen von Menschen offenbart eine absolut souveräne Macht, die darüber entscheidet, was innerhalb und außerhalb einer politisch-juridischen Struktur angesiedelt ist (ebd., 29). Diese souveräne Macht, oder vielmehr das souveräne Monopol der Entscheidung (Minca 2006, 389), determiniert was als Leben anerkannt, vom Staat geschützt und gefördert, bzw. was als "Nicht-Leben" gilt, was vom Staat aufgegeben, sich somit selbst überlassen wird. Im Nationalsozialismus verabsolutiert diese souveräne Entscheidung einen permanenten Ausnahmezustand, den Ort wo das Recht sich selbst aufhebt und so in einen Normalzustand der Rechtlosigkeit übergeht. Das Recht ist auf seinen Nullpunkt reduziert: Es verkommt zu

einem leeren Prinzip (Agamben 2002, 62). Souveräne Gewalt und Recht sind nicht mehr unterscheidbar, heben sich im Ausnahmezustand gegenseitig auf (ebd., 75). Ganz ähnlich argumentiert Hannah Arendt, die darauf hinweist, dass im Nationalsozialismus "das Verbrechen legal und die Regel ist" (Arendt 2010, 61). Es konnten jene getötet werden, die vom Recht verlassen wurden, die ihren Status als Staatsbürgerinnen verloren hatten (ebd., 114). Die Vernichtung des Menschen begann eben mit der "Auslöschung" des politischen Subjekts. Diese nunmehr ungeschützte Menschen, denen jegliches Lebensrecht entzogen wurde, wurden in die vielen Konzentrationslager deportiert und dort zu "Nicht-Menschen" degradiert, d.h. bloße biologische Entitäten "fabriziert".

Beide, Arendt und Agamben, erkennen im Konzentrationslager die Wirklichwerdung des Ausnahmezustands (Mazower 2008, 28). Das Lager ist der absolute biopolitische Raum (Agamben 2002, 131), ist "der Ort, an dem sich der höchste Grad der *condition inhumana* verwirklicht hat" (ebd., 175; Herv. i.O.). Im Lager lassen sich Normen, die bestimmen wer zu leben und wer zu sterben hat und deren Anwendung nicht mehr unterscheiden. Die Gewalt an den Körpern wird im Lager zur Normalität: Nicht die Norm, sondern dessen Anwendung entscheidet über Leben und Tod (ebd., 182). Im Lager treten die Menschen in eine Zone der Ununterscheidbarkeit zwischen Leben und Tod ein. Das Paradigma des homo sacer, das Agamben in "Was von Auschwitz bleibt" mit der Figur des "Muselmanns"<sup>7</sup> konkretisiert, zeigt wie Menschen zu "Nicht-Menschen" gemacht und ihre Existenz auf "ein Bündel physischer Funktionen" reduziert werden (Amery 1977, 28f). Der "Muselmann" ist ein Wesen das jeglichen Lebenswillen verloren, gar aufgegeben hat. Gewalt, Unterdrückung und Selbstaufgabe haben den Menschen zu einem "wankenden Leichnam" degradiert. Diese Wesen haben einen Zustand erreicht, der schlimmer ist als der Tod (Arendt 2010, 81). Die Grenze zwischen Leben und Tod, zwischen Mensch und "Nicht-Mensch" verschwimmt, wird im Lager aufgehoben. Im "Muselmann" wird evident, dass nicht nur eine politische Existenz vom biologischen Leben getrennt, sondern auch unser Verständnis vom biologische Leben aufgehoben wird: Der "Muselmann" ist "die Schwelle zwischen dem Menschen und dem Nicht-Menschen" (Agamben 2003, 47). Das Schreckliche der nationalsozialistischen

---

<sup>7</sup> Mit dem Wort "Muselmann" bezeichnete die KZ-Häftlinge jene Häftlinge, die der totalen "körperlichen Erschöpfung" und "psychischen Entkräftung" unterlegen waren und so "die Schwelle des Todes noch zu Lebzeiten überschritten" hatten (Ryn/Klodzinski 1987, 89).

Vernichtungspolitik liegt darin, dass die Grenze zwischen dem, was Mensch und Leben ist, und dem, was "Nicht-Mensch", bzw. "Nicht-Leben" ist, für immer aufgehoben wurde (ebd., 54).

Die Figur des homo sacer und das Konzept des Lagers lassen sich auch auf die Zwangssterilisation und NS-Euthanasie anwenden. Die Heil- und Pflegeanstalten bilden ebenso Orte des Ausnahmezustands, in denen Patientinnen homines sacri wurden, die getötet werden konnten, ohne ein Verbrechen zu begehen (Agamben 2002, 92f). Dem gegenüber stand der Souverän, der Arzt oder die Pflegerin, die über Leben und Tod entschieden. Indem diese sich für die Gemeinschaft "aufopfern" mussten, im Ausnahmezustand über Leben und Tod der "Minderwertigen" und "Erbkranken" zu entscheiden, wurde ihre Existenz "heilig". Der Alltag der Pflege- und Heilanstalten war eben von der Normalität der allgegenwärtigen souveränen Entscheidung über das, was zu leben, bzw. dem was nicht zu leben hatte, gekennzeichnet.

Das Paradigma des homo sacer steht für Agamben selbst für das "lebensunwerte Leben" (ebd., 151). Die souveräne Entscheidung hat das "lebenswerte" und das "lebensunwerte" Leben zum Gegenstand. Gerade in der NS-Euthanasie avancierte der Arzt oder die Pflegerin zu einer "Ökonom[in] menschlicher Werte" (ebd., 154). Doch wenn Agamben auf den homo sacer als Gegenpol einer politischen souveränen Existenz verweist, vernachlässigt er die vielschichtigen Facetten des homo sacer. In seinen Ausführungen über den homo sacer, über die Figur an der Schwelle zwischen Mensch und "Nicht-Mensch", vernachlässigt Agamben die sich verschiebenden Trennlinien, die flexiblen Grenzen innerhalb des Leben: Agambens Ökonomie des Lebens ist vielmehr eine "Thanatopolitik"<sup>8</sup>, die den Wert und den Nutzen des Lebens unberücksichtigt lässt (Bröckling 2003, 4; Lemke 2004a, 9; Lemke 2004b, 952). Der homo sacer verkommt zudem zu einem ahistorischen abstrakten und ageschlechtlichen Wesen (Lemke 2004b, 959; Ek 2006, 371).

Agambens souveräne Macht - oder besser gesagt die souveräne Entscheidung, die den Souverän und den homo sacer miteinander verbindet - scheint grenzenlos und unauflösbar zu sein. Es ist eine Macht, die keinen Widerstand kennt, die einseitig auf die Errichtung einer Grenzlinie zwischen "lebenswerten" und "lebensunwerten" Leben

---

<sup>8</sup> Die Politik des Todes.

gerichtet ist. Es ist eine "einheitliche" und "zentralisierte" Macht, die eine produktive Dimension der Normierung und Normalisierung des Lebens vernachlässigt (Lemke 2004a, 8; Ojakangas 2005, 6), sowie die atomistische Eigenschaft der Machtverhältnisse des Massenmordes weitgehend ignoriert (Lemke 2004b, 956; Arendt 2010, 364). Die Figur des homo sacer ist im souveränen Bann gefangen: Dementsprechend scheitert Agambens Versuch einer neuen Ethik des Lebens, die an die von ihm selbst gesetzten Grenzen stößt. Da bei ihm Biomacht und souveräne Entscheidung ineinander fallen entwickelt er eine Art "Bio-Souveränität", die auf einer Ebene eines permanenten Ausnahmezustands als sich wiederholender Gewaltakt, im Verborgenen, d.h. ohne Begrenzung durch Gesetze oder demokratischen Institutionen, unaufhörlich wirkt (Sarasin 2003, 353; Oksala 2010, 42).

Foucaults Verdienst, mit einer produktiven Machtkonzeption zu arbeiten, vermeidet es, diese Praktiken einseitig als "Thanatopolitik" zu begreifen. Agambens "einheitliche" Machtkonzeption, schnürt zwischen Leben und Tod ein negatives Band, das die Ambivalenz nationalsozialistischer Bevölkerungspolitik ungenügend erfassen kann. Agambens homo sacer ist eine im souveränen Bann gefangene Figur, ein Objekt souveräner Gewalt, die keinen Körper kennt. Im Gegensatz zu Foucault und Arendt, die viel stärker auf die Machtbeziehungen, d.h. den Verhältnissen zwischen Subjekt und Objekt, eingehen, interessiert sich Agamben fast ausschließlich für dieses Objekt. Er vernachlässigt das Gegenüber des homo sacer, den Souverän. Eben jenen Subjekten, die im Nationalsozialismus die Entscheidungsgewalt hatten: nicht eine kleine Elite in den Staatsapparaten, sondern eine große Masse, die das totalitäre Regime erst möglich gemacht hatte, und durch die Jahre hindurch aktiv und passiv unterstützte (Lemke 2004b, 956; Arendt 2010, 249; 364).

Im Moment wo der "Muselmann" dem homo sacer entspricht, wo die souveräne Gewalt diese Existenzen an der Schwelle zwischen Leben und Nicht-Leben einzwängt, erkennt Agamben das absolute Grauen von Auschwitz (Agamben 2003, 48): Die Konzentrations- und Vernichtungslager sind Orte, in denen der "Lebensfunke" erlischt, wo die Gewalt der Aufseherinnen die Selbstaufgabe der Häftlinge bewirkt (vgl. Arendt 2009, 908; Arendt 2010, 80): "Daß der Tod eines menschlichen Wesens nicht mehr Tod genannt werden kann [...], darin besteht der besondere Schrecken, den der Muselmann ins Lager einführt, und den das Lager in die Welt einführt" (Agamben 2003, 61). Das nationalsozialistische

Experiment, und hier ist Agambens Verdienst evident, unterminiert jeglichen Versuch zwischen Mensch und "Nicht-Mensch" unterscheiden zu können (ebd., 54). Vielmehr fordert er die Leserinnen auf, das "nackte Leben", auf dass das Menschsein schlussendlich reduziert wird, als einzige Norm des Politischen zu setzen (ebd., 60). Indem aber Agamben das Verhältnis zwischen nacktem Leben und politischer Existenz umkehrt, reproduziert er die ontologische Differenz, die er eigentlich kritisiert (Scheu 2008, 448). Der homo sacer ist ein "machtloses" Wesen, das stets nur ein politisches Objekt sein kann. Er ist ein Objekt, das sich der Gewalt nicht entziehen, sich dieser nicht widersetzen kann. Agamben konzipiert somit einen Körper, der durch seine permanente Unfähigkeit Mensch zu sein, ständig dem Tode ausgeliefert ist. Doch selbst im Konzentrationslager, in den Räumen des absoluten Ausnahmezustandes, war Widerstand möglich (Haug 2010).

### **3.3 Die totale Herrschaft des Biologischen**

Bei Michel Foucault führt die Erfassung des Menschen als biologisches Lebewesen und dessen Disziplinierung und Regulierung zur Intensivierung und Festigung der Macht. Der Staat kann dadurch die Herrschaft über den Menschen ausbauen und verdichten. Der Mensch wird als Individuum und als kleinstes Element der Gesamtbevölkerung gedacht, in dem diese beiden Dimensionen durch ein positives biologisches Band verknüpft sind.

Das Ziel totaler Herrschaft ist "nothing less than the attempt to 'renaturalize' humans and reduce them to the status of one animal species among others" (Villa 2007, 34). Doch dieses Projekt scheiterte selbst in den Konzentrationslagern. Während bei Giorgio Agamben, in diesen Räumen Biopolitik zu "Thanatopolitik" wird, wo die Macht über das Leben zur Herrschaft über den Tod wird, konstatieren Arendt und Foucault trotz extremer Gewalt, Erniedrigung und Unterdrückung stets Möglichkeiten des Widerstands und der Gegengewalt. Selbst der auf seine Körperlichkeit reduzierte Mensch, der durch die Allgegenwärtigkeit von Gewalt, in eine Zone der Ununterscheidbarkeit von Leben und Tod gedrängt wird, kann ein widerständiger Mensch sein. "Ich war mein Körper und nichts sonst: im Hunger, im Schlag, den ich erlitt, im Schlag den ich zufügte. Mein Körper, ausgemergelt und schmutzverkrustet, war meine Misere. Mein Körper, wenn er sich zum Hieb anspannte, war meine physisch-metaphysische Würde" (Amery 1977, 142).

Jean Amery schildert in seinen Erzählungen, wie sein Leben und sein Körper durch Gewalt entwürdigt wurden. Gewalt setzt am Körper an, treibt das Leben aus ihm heraus. Menschen werden in den Todesfabriken zu "entmenschten Menschen" (ebd., 44), zu "wankenden Leichnamen" (ebd., 28f) gemacht. Gleichzeitig ist es aber genau dieser Körper, der in der Revolte gegen seine Zurichtung die Wiedererlangung der Würde, das Existenzrecht des Subjekts ermöglicht.

Der Körper ist nicht nur Objekt des Politischen, Oberfläche an der die Gewalt der Unterdrücker einwirken kann, sondern stets auch ein Subjekt, das, wenn auch nur begrenzt, handlungsfähig ist. Der Körper ist einerseits eine "Oberfläche", die durch hegemonial wirksame Körpernormen "beschrieben" wird, und andererseits stets auch Subjekt und somit Agent von Körperpraktiken.

Der Körper muss aber stets als zweifacher Körper gedacht werden. Das biologische Band verbindet das Individuum mit dem Bevölkerungskörper. Diese Verdoppelung hebt den scheinbaren Widerspruch zwischen Leben und Tod auf: Die Produktion bzw. die Verwirklichung der germanischen "Herrenrasse" wird durch die arbeitsteilig organisierte Vernichtung jener vollzogen, die in den Augen der Nationalsozialisten als "minderwertig", "asozial" oder "behindert" galten.

Im Zentrum einer Analyse nationalsozialistischer Bevölkerungspolitik steht somit das Spannungsverhältnis zwischen "lebenswerten" und "lebensunwerten" Leben. Biopolitik entspricht somit der diskursiven Produktion von Körpervorstellungen und Körpernormen, die durch spezifische Zäsuren im biologischen Kontinuum entstanden (vgl. Foucault 2001, 301; Lemke 2004a, 8). Sie symbolisieren eine "Besetzung und Bewertung des lebenden Körpers" (Foucault 1983, 137) und determinieren, wie die individuellen Körper innerhalb eines Gattungskörpers kategorisiert und hierarchisiert werden konnten. "Erbkranke" und "Minderwertige" wurden so diskursiv hervorgebracht, waren Objekte nationalsozialistischer Körperpolitiken, die einen totalen Herrschaftsanspruch des Staates auf sämtliche Lebensbereiche verabsolutierten. Diese Macht ermöglichte einerseits gewaltsame und mörderische Vernichtungsakte gegenüber den vermeintlich "Kranken", andererseits aber auch die Förderung und Sorge um das Leben der "Gesunden" in der "die Zukunft des gesamten Volkes [...] in der Gesundheit der einzelnen Individuen" aufgehen sollte (Planert 2000, 571). Das Wissen, das die Kategorisierung und Fragmentierung des Biologischen möglich macht, ist instabil und muss kontinuierlich aktualisiert werden. Nur die Anpassung und

Aktualisierung der verschiedenen Körpernormen und Körpervorstellungen ermöglicht es den Machtzugriff, d.h. den Herrschaftsanspruch auf das Leben, zu stabilisieren und intensivieren.

### **3.4 Zum Verhältnis zwischen Diskurs und Praxis**

Eine Analyse von Zwangssterilisation und NS-Euthanasie soll beschreiben wie über Macht- und Gewaltausübung das biologische Kontinuum fragmentiert, d.h. die Grenze zwischen dem was leben soll und dem was sterben soll, gesetzt wurde. Diese Praktiken, die um den Körper gespannt waren, wurden durch Eugenik und Rassenhygiene entscheidend verändert. Eine Diskursanalyse kann den Nexus zwischen Wissensformationen und Macht- und Gewaltpraktiken herausarbeiten, Begriffe, Gegenstände und Strategien, die eine sprachliche und somatische Ordnung des Lebens produzieren, für Kritik zugänglich machen. Über die Diskursanalyse lassen sich somit wirkungsmächtige Denkweisen herausarbeiten, das Gesagte in Relation zum Nicht-Gesagten setzen, Machteffekte somit aufgedeckt, Diskontinuitäten und Brüche in der Regelmäßigkeit der Aussagen zum Problem des "lebensunwerten Lebens" als neue Strategien der Ausschließung in ihrer hegemonialen Wirkung beschrieben werden (vgl. Schneider 2006, 138f).

Diskurse können somit auf ihre wirklichkeitsschaffende Wirkung hin untersucht werden. Differenzkategorien wie "geistig oder körperlich Minderwertiger", die über individuelle Körper gestülpt werden produzieren ein Möglichkeitsfeld, über das Personen eine spezifische Subjektivität, eine Identität, annehmen können und müssen. Diskurse konstituieren somit ein Möglichkeitsfeld, in dem Personen zu Subjekten werden. Diskurse bringen Normen und Subjektpositionen hervor, anhand derer Menschen handlungsfähig und intelligibel werden (Villa 2010a, 205). Dieses Subjekt ist mit der Person aber niemals identisch (Butler 2001, 15f). Diesen diskursiv hervorgebrachten Normen und Subjektpositionen können sich Personen in der Verkörperung nur annähern und anpassen, aber niemals ganz entsprechen. Der Versuch Person und Subjekt zur Deckung zu bringen "scheitert": "Da die jeweiligen regulativen Normen der einzelnen Subjekte dynamisch, verhandelbar und undurchsichtig sind und wir immer, zu jedem Zeitpunkt, viel mehr sind als die jeweilige Subjektposition, die wir

einnehmen wollen/müssen, kann die Subjektivierung – im Sinne einer kohärenten, eindeutigen, stabilen und intelligiblen Verkörperung eines Subjekts – nur scheitern" (Villa 2010a, 212). Die Verkörperung der Subjektpositionen ist somit ein fragiler, widersprüchlicher Prozess der Aneignung, der Umdeutung, der eine eigensinnige Logik hat (Villa 2010b, 253).

Der Körper ist in diesem Prozess ein Medium, über den Macht wirken kann. Er ist ein sozialer Prozess und markiert das permanente Scheitern des Subjekts spezifischen Körpernormen zu entsprechen (Villa 2010a, 213). Über den Körper breiten sich beispielsweise die Differenzkategorien "asozial", "schwachsinnig" oder "schizophren" aus. Die Verkörperung dieser Zuschreibungen ist im Fall der NS-Euthanasie ein Gewaltakt. Trotzdem muss auch eine solche Handlung, die eine Person zum "Minderwertigen" oder "Erbkranken" machen will, scheitern. Diese Unterscheidung zwischen Verhältnissen und Verhalten als zwei Dimensionen des Sozialen, die ineinander verzahnt sind, ist entscheidend: denn "Mensch gewordene Verhältnisse, verkörperte Diskurse wären eine unmenschliche Zumutung" (Villa 2010b, 268).

Im Fall der NS-Euthanasie und der Zwangssterilisation haben wir es mit Politiken zu tun, die die Grenze zwischen Diskursen und Verkörperung scheinbar aufheben. Die Körper der Betroffenen betreten einen Bereich, in dem deren Verletzbarkeit absolut wird und deren Auslöschung möglich wird (vgl. Butler 2005, 48). Diese absolute Verletzbarkeit steht der Unverletzbarkeit gegenüber: Beide markieren einen Bereich des Lebens, in dem Menschen nicht mehr Mensch sind.

Wenn Diskurs nicht mit Praxis identisch ist, wenn man Ideologien, bzw. Diskurse als bloße Möglichkeitsfelder für soziales Handeln begreift, kann man den Mehrwert einer Analyse erkennen in der körperliche Praktiken "im tun der Menschen Reproduktion [...] und die Produktion [...] von sozialer Wirklichkeit zwei Seiten derselben Medaille sind" (Villa 2010b, 256). Eine solche Analyse eröffnet ein Feld in dem trotz absoluter Gewalt die Unabgeschlossenheit und das Scheitern der nationalsozialistischen Bevölkerungspolitik interpretierbar wird. Zudem zwingt uns dieses "Scheitern" Widerstands- und Aneignungspraktiken der Betroffenen anzuerkennen, und somit als zentralen Ausgangspunkt einer Forschungspraxis zu setzen, durch die diese "Nicht-Menschen" wieder zu "Menschen" werden.

## 4 Fragestellung und Vorgehen

### 4.1 Fragestellung

Wie dargestellt bilden Zwangssterilisation und Euthanasie zentrale Elemente der nationalsozialistischen Bevölkerungspolitik, die das Leben und die Körper der Betroffenen fest umklammern und fragmentieren. Doch wie wird dieses Leben definiert und abgegrenzt? Wo liegt die Schwelle zwischen „wertvollen“ und „wertlosen“ Menschen? Welche *Begriffe* und *Strategien* ermöglichen diese Unterscheidung? Welche *Körpervorstellungen* bringen Rassenhygiene und Eugenik diskursiv hervor? Welche Positionen sind in diesem Vernichtungsdiskurs nachweisbar?

Die Praxis der Zwangssterilisation und der NS-Euthanasie, die das Ziel verfolgten die Vermehrung schädlichen Erbgutes zu verhindern, verdoppelten das menschliche Leben und den menschlichen Körper. Beide waren politische Strategien, die über die folgenden Analyseachsen beschrieben werden können:

- a) Ziel der Zwangsmaßnahmen war nicht nur die Gesundung des Volkskörpers, sondern auch die Auslese "schädlicher und minderwertiger" Anlagen, die das "**zukünftige Geschlecht**", die "germanische Rasse" der Zukunft belasten könnten. Die Zwangssterilisation war also auf die Zukunft, auf die Produktion eines zukünftigen Menschen gerichtet.
- b) Daneben unterschied man in der Praxis zwischen den Menschen als **Phänotyp** und den Menschen als **Genotyp**.
- c) Der Nationalsozialismus führte zudem das Primat des **Volkskörpers** gegenüber dem **Individuum** ein. Beide bilden Körper, die durch spezifische Körpervorstellungen auf einer Achse "hochwertig/minderwertig" hervorgebracht werden.
- d) In diesen Vorstellungen, d.h. den Körpernormen, war stets die Differenzierung und Hierarchisierung von **Leib und Geist** eingebettet.

Ich will entlang dieser Analyseachsen der Frage nachgehen, wie sich der Diskurs des "lebensunwerten Lebens" zwischen Zwangssterilisation und Euthanasie, in seiner gewaltsamen Radikalisierung, verändert hat. Klar ist, dass "Geschlecht", "Rasse", "körperliche oder geistige Unfähigkeit" die Radikalisierung des nationalsozialistischen

Vernichtungswillen, die "Welt des Körperlichen", entscheidend prägten (Bock 1986, 120).

Mit dem kurz vorgestellten gesellschaftskritischen Begriff der "Behinderung" will ich vermeiden, nationalsozialistische Kategorien und Körpervorstellungen als gegeben zu akzeptieren. Darüber hinaus ermöglicht dieser Zugang es mir die Unabgeschlossenheit, das "Scheitern" dieser Körpernormen theoretisch zu fassen und somit die Reproduktion von "Passivität" und "Unfähigkeit" zu vermeiden, bzw. die Möglichkeit des Widerstands der betroffenen Personen anzuerkennen.

## **4.2 Vorgehensweise**

Gegenstand, Begriffe und Strategien nationalsozialistischer Bevölkerungspolitik wurden bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts entwickelt. In einem ersten Schritt möchte ich daher den gesellschaftlichen Herstellungsprozess, d.h. die Fragmentierung des biologischen Kontinuums, des "lebensunwerten Lebens" nachzeichnen. Dabei gehe ich auch auf wissenschaftliche Literatur vor 1933 ein, jedoch nicht über das Jahr 1945 hinaus. Anders als die bis hier erwähnte Literatur zur NS-Euthanasie will ich die Praxis der Zwangssterilisation als bevölkerungspolitische Maßnahme berücksichtigen. Auch sie, die im Gegensatz zur Euthanasie rechtlich geregelt war, kann als biopolitische Maßnahme betrachtet werden, mit der "lebenswertes" und "lebensunwertes Leben" durch anti- und pronatalistische Körperpolitiken differenziert und ausgesondert wurde (Bock 1986). Die diskursanalytische Betrachtung vermeidet es zudem diese Politiken als abgeschlossen zu betrachten. Trotz gewaltsamer Umsetzung können auch divergierende Strategien und relativer Offenheit der Begriffe und Strategien in den Blick genommen werden.

In dieser Arbeit werde ich des Öfteren die NS-Terminologie "zitieren" und somit die in den Begriffen und Wörtern enthaltene "Todesdrohung" reproduzieren. Die Anführungszeichen sollen meine Distanzierung davon nachvollziehbar machen. Die Suche nach vermeintlich "politisch korrekten" Bezeichnungen und deren Verwendung, mit denen eine solche Reproduktion vermieden werden könnte, würde m. E. das wirklich Geschehene nur verschleiern.

### 4.3 Die Diskursanalyse als methodologischer Rahmen

Eine Analyse des nationalsozialistischen Bevölkerungsprogramms kann mittlerweile auf zahlreiche Beiträge aufbauen, die in einer biopolitischen Perspektive das ambivalente Verhältnis zwischen "Sterben machen" und "Leben machen" untersuchen. Beliebte Gegenstände sind das Gesundheitswesen, die Vernichtungslager und seit einiger Zeit auch die NS-Euthanasie. Bis auf wenige Ausnahmen bleiben diese Arbeiten jedoch einem Verständnis von Geschichte verhaftet, das die Kontinuität und Linearität der Ereignisse hervorhebt (Dickinson 2004). Foucault folgend soll das Ziel einer historischen Rekonstruktion nicht eine kontinuierliche und lineare Entwicklung, sondern das Herausarbeiten der Brüche, Schwellen und Risse, also den Diskontinuitäten diskursiver Formationen sein (Füssel/Neu 2010, 215f). So gilt es zu verstehen, was wie dazu beigetragen hat, dass Patientinnen der Heil- und Pflegeanstalten nicht nur gesellschaftlich ausgegrenzt, sondern ab 1939 systematisch erfasst, selektiert und schlussendlich gemordet wurden. Diesen Personen wurde unter der Nazi-Herrschaft nicht nur der Rechtssubjektstatus, sondern auch das Lebensrecht verneint und entzogen. Eine "Genealogie", die dieser Frage nachgeht, muss die Veränderung in den politischen Rationalitäten nationalsozialistischer Bevölkerungspolitik nachzeichnen. Diskursive Brüche markieren so den "historischen Ort", wo Verfahren, Instrumente, Programme, Kalkulationen, Institutionen sowie materielle Einrichtungen nach neuen Strategien ausgerichtet werden (vgl. Lemke 2007, 55f). Eine Veränderung der diskursiven Gegenstände, Strategien, Begriffe und Äußerungsmodalitäten vollzieht sich auf Grundlage einer permanenten Instabilität des Diskurses selbst. Der Diskurs ist eine Art Arena von Machtkämpfen, andererseits Instrument der Machtbeziehungen (Füssel/Neu 2010, 218). Der Diskurs ist somit durch seine Beweglichkeit im Spannungsfeld von Macht und Wissen gekennzeichnet. In diesem Sinne gilt es die Verschiebungen, die neuen Verweise der verschiedenen Elemente des Diskurses ausfindig zu machen.

## 5 Körper- und Lebenspolitiken

Wie einleitend dargestellt wurde der Mensch und dessen Körper im späten 19. und zu Beginn des 20. Jahrhunderts zum primären politischen Gegenstand westlicher Gesellschaften. Für Foucault entwickelten sich neue Machttechniken, die das menschliche Leben nicht mehr nur über das "Schwert", sondern auch durch Überwachung, Dressur und Kontrolle der Körper, der Disziplinierung und Regulierung der Menschen operierten. Die Regierung der Menschen funktionierte nicht mehr ausschließlich durch Zwang und Gewalt, sondern durch subtilere und effizientere Machtmechanismen, die auf die Steigerung und Verbesserung des Lebens ausgerichtet waren. Im Schatten dieser neuen Techniken blieben jedoch Gewalt und Zwang weiterhin wichtige Instrumente staatlicher Herrschaft. Die Kritik gegen die staatliche Macht- und Herrschaftsausübung beinhaltete auch eine liberale Kritik der klassischen Ökonomie: Die Politisierung des Lebens entsprach somit auch einer Ökonomisierung des Lebens (Bröckling 2003, 6). Die Kritik an der staatlichen Ausübung von Zwang und Gewalt, deren formaljuristische Begrenzung und die Forderung nach individuellen Rechten der Bürger, war auch eine Kritik an einer Ökonomie des Lebens, die den Menschen als ein in Überfluss vorhandenes Gut betrachtete, diesen ausbeutete und so zur Minderung seines "sozialen und biologischen Wertes" beitrug. Der Mensch war in der ökonomischen Theorie neben den Produktionsfaktoren Arbeit, Kapital und Boden zu einem zentralen Gut wirtschaftlicher Produktionsprozesse, zu einer knappen Ressource, geworden. Die politische Neuordnung des ausgehenden 19. Jahrhunderts korrelierte somit mit einer ökonomischen Neuordnung der Gesellschaft.

### 5.1 Die Ökonomie des Menschen

Der Mensch war also nicht nur ein politisches, sondern auch ein ökonomisches Subjekt. Konflikte zwischen Staaten wurden nicht mehr ausschließlich am Schlachtfeld, sondern zunehmend über den industriellen und technologischen Wettbewerb der produzierten Güter, den Produktionsfaktoren einer Gesellschaft, ausgetragen. Heere blieben jedoch im späten 19. Und frühen 20. Jahrhundert auch aufgrund der kolonialisatorischen Expansion europäischer Staaten weiterhin wichtig, wurden jedoch in Europa zunehmend zu Nebenakteuren degradiert. Güterproduktion und Handel, die wesentlichen

ökonomischen Bereiche eines Landes, wurden durch die Leistungsfähigkeit der Bevölkerung, den Ressourcen, den Techniken der Verarbeitung dieser, maßgeblich beeinflusst. Die Machtkonkurrenz zwischen den Staaten wurde somit zunehmend als ökonomischer Wettbewerb ausgetragen. In diesem Kampf gerieten die Menschen unter die Räder: Sie wurden in Kriegen zu "Kanonenfutter", in der kapitalistischen Wirtschaft zu "Sklavinnen" und "Ausgebeuteten" degradiert.

Hier setzt Rudolf Goldscheids Kritik an: "Indem es im Kampf gegeneinander zuvörderst auf den Vorsprung, statt in erster Linie auf die Kulturleistung ankommt, kann unsere gesamte Entwicklung in eine falsche Richtung sich bewegen, ohne daß wir es überhaupt bemerken (Goldscheid 1908, XXII). Menschen sind bei Goldscheid nicht in Überfluss vorhanden, sondern durch negative Umwelteinflüsse in ihrer "Qualität" maßgeblich beeinträchtigt und dementsprechend mengenmäßig knappe Güter. Die Gewalt des "Mehrhabens" sowie der "Völkerkampf" tragen dazu bei, das Kulturniveau der Menschen zu schädigen (ebd., XXIII f). Krieg, technischer Fortschritt und Produktivität hätten für Goldscheid nicht zur Hebung und Entwicklung des Menschen beigetragen, sondern dessen "organisches Kapital" vergeudet (ebd., 46). Der staatliche und wirtschaftlich "Raubbau an den Menschen" hat in einer Gesellschaft, die sich die "Höherentwicklung" und die "Rasseerneuerung" zum Ziel gemacht hat, für Goldscheid keinen Platz.

Der Mensch wird bei Goldscheid nicht nur als Arbeitskraft eines Produktionsprozesses, der einen Mehrwert schafft, begriffen, sondern ist selbst das herzustellende Produkt: Der Mensch schafft Entwicklungswerte und ist zugleich dessen höchster Entwicklungswert (ebd., 51). Menschliche Arbeit, die Produktion von Gütern und Dienstleistungen stellen per se keinen Entwicklungswert dar. Erst wenn diese Arbeit zur biologischen und kulturellen Verbesserung der Menschen beiträgt, dessen Bedürfnisse befriedigt, wird sie ein Entwicklungswert. D.h., dass jede Produktivitätssteigerung in der Wirtschaft zugleich die positive Entwicklung der Menschen bedeuten muss: Arbeitswert korrespondiert in Goldscheids Menschenökonomie dementsprechend mit Entwicklungswert (ebd., 50). Umgekehrt heißt dies auch, dass Bildung, Arbeitsqualifikation, Leistungssteigerung sich im gleichem Maße auf die Steigerung der wirtschaftlichen Produktivität auswirken. Die Steigerung und Verbesserung der Produktion darf also nicht auf Kosten des "organischen Mehrwerts" gehen. Die

Menschenökonomie muss also sicherstellen, dass dieser Mehrwert die "organische Konsumtion" übersteigt (Goldscheid 1911, 502).

Goldscheids sozialistisch geprägte Menschenökonomie ist eine Kritik der gängigen sozialdarwinistischen Vorstellungen einer natürlichen biologischen Auslese. Menschen werden in seinem Konzept nicht geboren, sondern gesellschaftlich produziert (ebd., 508). Seine Theorie versucht das Biologische ökonomisch zu erfassen, Naturgesetze in eine ökonomische Logik der Höherentwicklung zu verwandeln. Menschliche Produktion (die Fortpflanzung) soll seiner Ansicht nach, durch den optimalen Einsatz des "organischen Kapitals", zur Höherentwicklung der Menschen beitragen: "Unsere menschliche Aufgabe ist Höherentwicklung; unsere ökonomische Aufgabe ist ökonomische Gestaltung der Höherentwicklung" (Goldscheid 1908, 51). Goldscheids Höherentwicklung zielt auf die "erfolgreiche Menschengzucht" nach ökonomischen Regeln und nicht auf die Auslese durch die Natur ab. Diese Menschengzucht ist daher eine Arbeit am Menschen, in der das Organische durch rational-ökonomische Regeln entscheidend beeinflusst wird (ebd., 89). Der Mensch ist somit Kapital das "richtig" angelegt werden muss.

Doch wie kann der optimale Einsatz des "Menschenkapitals" bestimmt werden? Die zukünftige Entwicklung kann nur dann sichergestellt werden, wenn der Mensch als biologischen und somit auch ökonomischen Wert erfasst werden kann. Die Entwicklungsökonomie ist daher eine Ökonomie des Biologischen, die dem kapitalistischen Mehrwert einen evolutionistischen Mehrwert gegenüberstellt. Dieser ist im Gegensatz zum Ersteren ein zukünftiger Wert, der am Mensch, an seinem Körper, selber erkennbar sei. Goldscheids teleologische Menschenökonomie ist auf einen zukünftigen Menschen gerichtet: Durch die richtigen, ökonomisch-rationalen, Maßnahmen soll die Arbeit des jetzigen Menschen an das Ziel der Höherentwicklung eines zukünftigen Menschengeschlechts angepasst werden (Bröckling 2003, 10). Eine Entwicklung des Sozialen und Biologischen ist seiner Ansicht nach wissenschaftlich begründbar und durch den optimalen Mitteleinsatz beeinflussbar. Die menschliche Evolution muss in Goldscheids Idee aktiv durch Menschen gestaltet werden.

In seiner Entwicklungsökonomie versucht Goldscheid, Biologie und Ökonomie zusammenzuführen: Fortschritt und Höherentwicklung seien eben nur dann möglich,

wenn menschliches Handeln zur "erblichen Entlastung" führe (Goldscheid 1908, 209). Das kapitalistische Wirtschaftssystem führe hingegen zu Armut und zur "Entartung" der Massen: "Infektionen", "Gewerbekrankheiten", "Alkoholismus", das "Armeleuteübel" sind Krankheiten, die zur Schädigung des "Biologischen" führen (ebd., 215). Diese "schädlichen Eigenschaften" werden durch die menschliche Fortpflanzung vererbt, Sozialpolitik und -fürsorge können diesen Prozess nicht ausreichend korrigieren: "Am billigen Menschen können hohe Schutzmaßnahmen sich nicht rentieren" (Goldscheid 1911, 497). Goldscheid beziffert die Menge dieser "biologisch Minderwertigen" auf ein Drittel bis zwei Drittel der Bevölkerung. Da der Nutzwert eines Menschen über dessen Arbeitsleistung abgeleitet wird, korrespondiert ein geringerer Wert seiner Arbeit mit einer geringeren Wertigkeit des selben Menschen (ebd., 517).

Die Stellung des Individuums in der Gesellschaft ist in Goldscheids Konzeption nicht nur ein ethisches, sondern vor allem ein ökonomisches Problem. Den Wert eines Menschen leitet er aus der "Wertschätzung des einzelnen Menschenlebens" im Verhältnis zu den gesellschaftlich definierten Zwecke ab (Goldscheid 1908, 117). Wertvoll wird daher jenes Menschenleben gewertet werden, das gesellschaftlich nützlich ist, das Entwicklungswerte produziert. Bei Goldscheid sind die "Minderwertigen" also jene Menschen, die aufgrund schädlicher Umwelteinflüsse, z.B. das kapitalistische Wirtschaftssystem, ausgebeutet und versklavt werden, im Elend leben. Diese breite Bevölkerungsschicht ist in seinen Anlagen und Fähigkeiten dermaßen beeinträchtigt, dass sie zur gesellschaftlichen Höherentwicklung nicht ausreichend beitragen können. Goldscheid widerspricht somit einerseits den Vorstellungen einer sozialdarwinistischen "Naturauslese" und andererseits auch dem "Blödsinn" der "Rassenreinigung" und "Rassenhygiene" (Goldscheid 1911, 522; Bröckling 2003, 7).

Dennoch bleibt er innerhalb einer Ideenwelt gefangen, die den Menschen in "höher- und minderwertig" differenziert: Der "geschädigte" Körper wird in seinem Modell einem "hochwertigen Menschenmaterial" gegenübergestellt (Goldscheid 1911, 523). Der erste kann keine oder nur unzureichend Entwicklungswerte produzieren, während der zweite hochwertige Güter schaffen kann, bzw. selbst schon ein solches darstellt. Der menschliche Körper wird zum Träger von Anlagen, sprich von ökonomischen Werten, die seinen sozialen Status determinieren: "Der teure, der solid gearbeitete Mensch offenbart ganz andere Qualitäten, als der billige Mensch" (ebd., 495). Diese Schädigungen werden durch die unzureichende Selektion in den Massen weitergegeben und somit jegliche Möglichkeit der Höherentwicklung a priori verunmöglicht.

Goldscheid zielt hier besonders auf die "Kranken", die "Invaliden" und den "verwahrlosten Nachwuchs" in den armen Bevölkerungsschichten ab (ebd., 505). Diese sogenannten "organische[n] Verluste", diese "Kulturkrüppel" stehen in seinen Ausführungen einer Gruppe von "Unangepaßten" gegenüber: Während die "Minderwertigen", "Opfer" der kapitalistischen Produktionsweise und ihre "angeborenen Anlagen" somit historisch erworben sind, stellen die Zweiten eine Gruppe von Individuen dar, "die atavistische Rückschläge oder total mißlungene Varianten darstellen". Ihre Existenz bezeichnet Goldscheid als "natürliche Dysteleologie" die jedem ökonomischen Postulat widerspreche (ebd., 536). Ihre "Minderwertigkeit" ist für Goldscheid nicht auf den "organischen Raubbau", sondern vielmehr auf die natürliche Evolution zurückzuführen (Goldscheid 1908, 166). Eine entwicklungsökonomisch gerechte Wertung der Menschen verwirft jedoch diesen "evolutionistische Fortschritt". Vielmehr ist es die entwicklungsrelevante Arbeitskraft, die es den "Fortgeschrittenen" erlaubt von den "Minderen", jene Opfer zu fordern, die einen "sozialevolutionistischen Mehrwert" produzieren (ebd.). Nicht das Naturrecht bestimmt die Wertigkeit der Personen, sondern das Recht des "Entwicklungsrechtsstaat[es]" (ebd., 168).

Für Goldscheid müssen die Wissenschaften der Biologie und Ökonomie verknüpft werden. Die Regierung der Menschen müsse das "organische Kapital" ökonomisch aufwerten und nicht verschleudern. "Ein aus billigen Menschen aufgebauter Staat muß sich, wie alle Schleuderware, notwendig als höchst unökonomisch erweisen" (ebd., 157). Daher sieht er in einer "sozialbiologisch orientierte[n] Verwaltung" die zentrale Aufgabe des modernen Staates entstehen (Goldscheid 1911, 576). Der Mensch ist ein "gesellschaftliches Gut", das in bestimmten Qualitäten unzureichend vorhanden sei. Obwohl sozialpolitische Maßnahmen nur bei den "Hochwertigen" wirksam und ökonomisch sinnvoll sind, müsse der Staat aber auch die "Minderwertigen" berücksichtigen: "Der wesentliche Teil aller Entwicklungsarbeit muß der erblichen Entlastung gewidmet sein, nur dann kann der größte mögliche Mehrwert geschaffen werden" (Goldscheid 1908, 209). "Erbliche Entlastung" entspricht im "Entwicklungsrechtsstaat" primär der "Verhütung" und der "Aufforstung des gesamten Menschenmaterials der Nation" (Goldscheid 1911, 577). "Ein solid gearbeiteter Mensch ist ein solcher, der aus einem gesunden Mutterboden hervorwächst, von gesunden Vätern gezeugt, und wo das jugendliche Individuum eine Pflege erhält, die ebenso sorgfältig ist, wie die Pflege, welche den Nachwuchs in der Viehzucht heute zuteil wird"

(Goldscheid 1908, 214). Wie diese sozialhygienischen Maßnahmen genau aussehen, bzw. wem sie zugute kommen sollen, führt Goldscheid nicht aus. Klar ist jedoch, dass die "sozialbiologische Verwaltung" auf die Lebensweise der Einzelnen Einfluss nehmen soll: "Jeder einzelne muß sich immer wieder in betreff seiner ganzen Lebensweise die Frage vorlegen: Lebe ich im höchsten Maße entwicklungsökonomisch, suche ich mit den Energien, die in mir wirksam sind, die größten möglichen Entwicklungswerte zu schaffen; und auch bezüglich jeder einzelnen Handlung muß man sich stündlich von neuem fragen: Verwerte ich hier meine Lebenskraft, verwerte ich hier meine qualifizierte Arbeitskraft mit dem höchsten möglichen evolutionistischen Nutzeffekt" (ebd., 202). Die staatliche Aufgabe korreliert mit der individuellen Lebensaufgabe, die eigenen zur Verfügung stehenden Anlagen ökonomisch zu verwerten. Goldscheid führt jedoch nicht aus, wie der Staat mit jenen verfahren soll, die diese Anlagen nicht besitzen, wie die Gesellschaft mit den "Minderwertigen" und "Unangepassten" umgehen soll<sup>9</sup>. Wie kann eine "sozialbiologisch verfeinerte Menschenproduktion" aussehen (Goldscheid 1911, 533)? Der ökonomische Imperativ der Effektivität soll primär durch das Mitgefühl, als "organisches Muskelband" zwischen den Menschen, begrenzt werden (ebd., 560). Wenn, so Goldscheid, "die Erhaltung der Arbeitsunfähigen, den Invaliden, wie der alten Leute überhaupt auch nicht immer direkt mit Mehrwert verbunden ist, so ist doch der indirekte Mehrwert, der durch deren Erhaltung zustande kommt, ein ganz erheblicher" (Goldscheid 1908, 195). Direkter und indirekter Mehrwert stehen somit in einem entwicklungsökonomischen widersprüchlichen Verhältnis. Wie Bröckling richtig anmerkt, kann dieses positive Band zwischen den Kosten der Pflege und dem Ausfall direkter Entwicklungswerte nur so lange bestehen, wie es genügend "Arbeitsfähige" und "Gesunde" gibt, die ausreichend Werte produzieren, und gewillt sind am Entwicklungswert des "sozialen Mitgefühl" festzuhalten (Bröckling 2003, 14f).

So bewahrheitet sich Goldscheids These, dass "[d]ie Menschen [...] in demselben Maße zur Menschenwürde aufgestiegen [sind], als sie den Nachweis liefen konnten, daß sie ökonomische Werte sind, und die breiten Massen haben überall nur diejenige Stellung in der Gesellschaft sich errungen, die ihrem jeweiligen ökonomischen Wert für das bestehende Wirtschaftssystem entsprach" (Goldscheid 1908, 128). Ökonomische Wertlehre und moralethische Postulate "müssen sich an demselben Koordinatensystem orientieren" (ebd., 131). Goldscheids Menschenökonomie ist eine qualitativ orientierte

---

<sup>9</sup> Goldscheid verweist nur auf sozialhygienische Maßnahmen der Familienförderung und dem Schutz der Familie

Theorie des Menschen, die Erblchkeitslehre, Ökonomie und Biologie verknüpft. Er unterscheidet zwischen jenen "hochwertigen" Menschen, die Entwicklungswerte schaffen, und den "Minderwertigen", die eben keine Werte hervorbringen könnten. "Minderwertigkeit" entspricht somit einer "erblichen Belastung" der Körper, die endogen oder exogen verursacht sei. "Kranke", "Invalide", die "Unangepassten", die "total mißlungene[n] Varianten", die "niederen Rassen" sind in Goldscheids Arbeiten jene Körper, die in ihrem biologischen und somit auch ökonomischen Wert, den "evolutionistisch Fortgeschrittenen" unterlegen sind. Bei Goldscheid ist Biopolitik nicht nur eine Politik des Lebens, sondern vor allem eine Ökonomie des Lebens. Er versucht ein ökonomisches Denken theoretisch zu fundieren, das die Gesellschaft in "Minder- und Hochwertige" differenziert, und somit Politiken, die am "Wertvollen" ansetzen, ermöglicht. Er etabliert eine ökonomische Wertlehre, die nicht nur die Produktion menschlicher Arbeit, sondern den Menschen selbst erfassen und hierarchisieren kann.

## **5.2 Körper und Geist als Gegenstände der Medizin**

"Minderwertigkeit" war im ausgehenden 19. und im frühen 20. Jahrhundert ein Alltagsbegriff. Er bezeichnete grundsätzlich eine "körperliche und/oder eine geistige Abweichung" vom "Normalen", sprich einem bürgerlichen Körperideal (Fuchs 2001, 139). Vor allem die Medizin, die Psychiatrie und Orthopädie, konstituierten Wissensfelder, mit denen diese Abweichungen definiert und kategorisiert werden konnten. Körper und Geist wurden somit zentrale medizinische Interventionsfelder: Von der Erfassung, der Diagnose, der Therapierung bis hin zur Wiedereingliederung in die "normale" Gesellschaft. Neben diesen medizinischen Institutionen etablierten sich politische und ökonomische Praktiken, die diese Abweichungen zudem sanktionierten (z.B. Verwahrung, Entmündigung, usw.). Die Unterscheidung zwischen "körperlicher und geistiger Abweichung", bzw. zwischen "wertvollen und unwerten" Menschen war somit nicht nur medizinisch, sondern immer auch politisch und ökonomisch determiniert.

Psychiatrie und Orthopädie versuchten die diagnostizierte "Schädigungen" wissenschaftlich zu erfassen, zu erklären und dementsprechend Therapie- und Heilmethoden zu entwickeln, die die Rehabilitation und Genesung der "Kranken" ermöglichen sollten. Sie stellen ein Wissen dar, das die Sorge um den geschädigten

Körper bzw. Geist ausdrückt. Gleichzeitig ist es ein Wissen das vorbeugen möchte, das Krankheiten, Epidemien oder Schädigungen verhindern will. Psychiatrie und zum Teil auch die Orthopädie verknüpfen die wissenschaftliche Erfassung des einzelnen Menschen mit der Erfassung des Menschen als Gattungswesen.

Im folgenden möchte ich darstellen, wie sich diese Sorge zu Beginn des 20. Jahrhunderts gewandelt hat. Die Sterilisationspolitik und die Euthanasie markieren jene historischen und ethischen Extreme einer *Sorge um das Leben*, in der diese Sorge in eine *Sorge um das "lebensunwerte Leben"* mutierte.

### 5.3 Die "Krüppelfürsorge"

Der Begriff des "Krüppel" symbolisierte lange Zeit die negative gesellschaftliche Wahrnehmung "körperlicher Andersheit" einer Person. Am Anfang des 20. Jahrhunderts gab es neben den medizinischen Bezeichnungen eine Vielzahl an Synonymen: "Verkrüppelte", "Körperbehinderte", "Sieche", "Schwerstbehinderte", "Schwerstkörperbehinderte", "Schwerbeschädigte", "Kriegsbeschädigte", "Kriegsinvaliden", "Kriegsversehrte", "Friedenskrüppel", "Arbeitsinvaliden", "körperlich Behinderte" (Fuchs 2001, 14). Sie bezeichneten einen körperlichen Defekt, der die Person "behindert", "arbeitsunfähig" oder "wehrunfähig" mache. Dementsprechend galten diese Personen allgemein als "minderwertig", bzw. wurden als "Ballastexistenzen" gewertet. Doch der Begriff "Krüppel" war auch ein "Kampfbegriff", eine politische Identität, die gewisse Forderungen und Rechte verkörperte (ebd., 15).

Der "Krüppel" "ist ein (infolge eines angeborenen oder erworbenen Nerven- oder Knochen- und Gelenkleidens) in dem Gebrauch seines Rumpfes oder seiner Gliedmaßen behinderter Kranker" schreibt Konrad Biesalski. Dabei unterscheidet er zwischen jenen die aufgrund ihres "Gebrechens" nur in einem "Krüppelheim" "zur höchstmöglichen wirtschaftlichen Selbstständigkeit [...] entwickelt werden können", und jenen die auf die öffentliche Fürsorge verzichten können, da sie aus einer wohlhabenden Familie stammen (Biesalski 1911, 13f zitiert in Stadler 2004a, 222). Der Orthopäde Biesalski interessiert sich primär für jene, die seit der Geburt oder in ihrer Kindheit eine "körperliche Schädigung" erworben haben. Denn gerade Kinder und Jugendliche könnten durch die "Krüppelfürsorge" erwerbsfähig, sozusagen von "Almosenempfänger[n]" zu "Steuerzahler[n]" gemacht werden (ebd., 223). Die

Orthopädie versammelte Ärzte, Lehrer und Handwerksmeister in der gemeinsamen Bemühung, die "körperliche Schädigung" so früh wie möglich zu erkennen und durch geeignete Maßnahmen zu beseitigen. Neben den "Krüppelheimen" sollten ambulante Fürsorgeeinrichtungen entstehen, die nicht-heimbedürftige "Krüppeln" zur Verfügung stehen sollten. Derselbe Biesalski erhob 1906 die Zahl aller "Krüppel" unter 15 Jahren und ermittelte im Deutschen Reich ca. 500.000 Kinder (Fuchs 2001, 28). Durch diese Zahlen konnte er gegenüber dem Gesetzgeber die Relevanz und Notwendigkeit einer staatlichen "Krüppelfürsorge" argumentieren. Ziel war es, die betroffenen Kinder von einem Schicksal der "Unselbstständigkeit" und "Unfähigkeit" zu heilen bzw. zu "befreien". Der volkswirtschaftliche Schaden, den diese "Krüppel" darstellten, könne durch den orthopädischen Zugriff abgewendet werden. Biesalski begriff die Orthopädie als Praxis der "Entkrüppelung" (Biesalski 1911, 14 zitiert in Fuchs 2001, 30). Die neuen medizinischen Möglichkeiten eröffneten ein Interventionsfeld, das nicht nur die "Heilung" des einzelnen Körpers, sondern auch die "Heilung" von den sogenannten Volkskrankheiten der ganzen Bevölkerung versprach. Das Heilversprechen gegenüber den "Kranken" wurde zu einem Versprechen der Überwindung sozialer Probleme.

Die individuelle Selbstständigkeit der Betroffenen und das Überwinden der "körperlichen Schädigung" waren die wichtigsten Ziele der "Krüppelfürsorge". Diese "Entkrüppelung" bedeutete für Biesalski die Wertsteigerung der "Krüppel" innerhalb der Gesellschaft, das Überwinden von Abhängigkeit und somit auch die finanzielle Entlastung der Familien und Staatskassen. Zählte Biesalski in seiner Erhebung von 1906 39 "Krüppelheime" mit 3.271 Plätzen, waren es 1925 schon 78 mit einer Kapazität von 10.877 Plätzen (Fuchs 2001, 23).

Während und vor allem nach dem Ersten Weltkrieg eröffnete man mit der "Kriegsbeschädigtenfürsorge" einen neuen Bereich der "Krüppelfürsorge". Über eine Million Männer blieben nach dem Krieg als "Traumatisierte" oder "Versehrte" zurück: "Die volkswirtschaftliche Entwicklung Deutschlands war angesichts dieser Misstände ernsthaft gefährdet" (ebd., 35). Wertvolles "Menschenmaterial" für die Produktion und die Fortpflanzung müsste, so die Argumente, wieder hergestellt werden. Vor allem standen die Schulung der Betroffenen, die handwerkliche Ausbildung und die Wiedereingliederung in die "normalfähige" Bevölkerung im Fokus dieser Bemühungen. Die "Kriegsbeschädigtenfürsorge" war jedoch keine karitative Institution, sondern verband jegliche Zuwendung und Beschulung mit der zu erwerbenden

"Arbeitsfähigkeit" und dem individuellen "Überwindungswillen" der "Kriegsinvaliden" (ebd., 36).

Die "Entkrüppelung" der Personen fokussierte nicht nur auf die Wiederherstellung körperlicher Funktionalität, sondern umspannte auch deren seelische und geistige Kräfte. Der Pädagoge Hans Würtz verbande in der von ihm geprägten "Krüppelpädagogik" die "körperliche Beeinträchtigung" mit "geistiger Abnormität": "Das Gesetz des beständigen Gleichlaufs und gegenseitigen Entsprechens der körperlich geistigen Funktionen (psychophysischer Parallelismus) bewirkt, daß jede körperliche Abweichung vom Normalen auf das Bewußtsein des Verunstalteten einen Schatten wirft, sein Selbstgefühl trübt und den Willen ins Stocken oder Schwanken bringt" (Würtz 1921, 4ff zitiert in Stadler 2004a, 234). Die defizitäre körperliche Konstitution der "Krüppel" bedinge oft ein Benachteiligungs- und Beeinträchtigungsempfinden, Reizbarkeit, Neid und Misstrauen. Würtz will in einer gesellschaftlich anerkannten "nützlichen Arbeit" seiner "Schützlinge" die Erfolg versprechende Therapie zu Selbstständigkeit und gesellschaftlicher Integration erkennen. Die öffentliche "Krüppelfürsorge" wollte den Betroffenen das Recht auf Bildung und Ausbildung gewähren, die mit der Pflicht der "Krüppel" zu Eingliederung in die Arbeits- und Lebenswelt verknüpft wurde (ebd., 234ff).

Die Wiedereingliederung der "Krüppel" könne also nur dann erfolgreich sein, wenn körperliche sowie geistige „Entkrüppelung“ ineinandergreifen: "[D]ie Orthopädie verwandelte die Ruine in ein Lebenswohnhaus, die Krüppelpädagogik baute den Gebrechlichen einen Geistesthron sittlicher Autonomie. So hat die Caritas die Seele, die Orthopädie den Körper und die Krüppelpädagogik den steuernden Geist im Krüppel zur Auferstehung beschworen" (Würtz 1925, 92). Die wirkliche "Heilung" eines "körperlichen Gebrechens" kann in der "Krüppelfürsorge" nur über die erfolgreiche Therapierung von Körper und Geist gelingen. Körper und Geist sind in dieser Pathologisierung von Abweichung jedoch nicht gleichwertig: Erst wenn aus den noch vorhandenen geistigen Kräften ein "Überwindungswille" geformt wird, kann die gemeinsame Arbeit von "Krüppel" und "Krüppelerzieher" am Körper beginnen. Der "Krüppel" müsse nicht nur seine "körperliche Beeinträchtigung", sondern vor allem die gesellschaftliche Stigmatisierung und Ausgrenzung überwinden. Der "Krüppel" müsse seine "Minderfähigkeit" anerkennen und diese durch Mehrarbeit ausgleichen.

Die zunehmende Professionalisierung und Institutionalisierung der "Krüppelfürsorge" wurde durch das preußische "Krüppelfürsorgegesetz" von 1920 staatlich verankert. "Krüppel" wurden durch das Gesetz mit anderen "Behinderten" gleichgestellt<sup>10</sup>, was für die Betroffenen einer "sozialen Errungenschaft" entsprach (Fuchs 2001, 40). Die Fürsorge erfasste nun nicht mehr ausschließlich Kinder und Jugendliche, sondern sämtliche "Körperbehinderte". Das Gesetz regelte die Zuständigkeiten staatlicher Einrichtungen und führte die Anzeigepflicht für Ärzte, Hebammen, Lehrerinnen, Krankenpflegerinnen ein. Die totale Erfassung der "Krüppel" sollte gewährleisten, dass sämtliche "Kranke" dem "sozialen Endziel", der Erwerbsbefähigung zugeführt würden (ebd., 42). Das "Fürsorgeangebot" richtete sich jedoch ausschließlich an jene, deren "Heilung" in den Augen der "Experten" Erfolg versprechend war. Die vermeintlich "Unheilbaren" waren somit Großteils von der staatlichen Fürsorge ausgeschlossen. Ziel jeglicher Bemühungen war es "so schnell, so gründlich und so billig als möglich" zu "entkrüppeln" (Preussisches Gesetz, betr. die öffentliche Krüppelfürsorge vom 6. Mai 1920, 180 zitiert in Fuchs 2001, 46). Die "Krüppelfürsorge" war von der Machbarkeit der "Entkrüppelung" vollständig überzeugt. Durch die professionelle Diagnose konnten die Betroffenen speziellen therapeutische Maßnahmen zugeführt werden. Die erfolgreiche "Rehabilitation" sollte durch einen individuellen "Heilplan", der körperliche und geistige Fähigkeiten berücksichtigte, gewährleistet werden.

Die Perspektive der "Krüppelfürsorge", die die im Individuum vorhandenen positiven Anlagen und Fähigkeiten erkannte und für die "Entkrüppelung" nutzbar machen wollte, stand eine allgemeine Vorstellung der "Krüppel" als "Minderwertige" gegenüber. Während in der Gesellschaft die Trägerinnen von "körperlicher Abweichung" als "Pathologien", als "Gemeinschaftsfremde" angesehen wurden, konnte die "'Vermenschlichung' körperbehinderter Personen, als vordringliche Aufgabe der [...] 'Krüppelfürsorge'" gedeutet werden (Poore 1984, 70 zitiert in Fuchs 2001, 64). Dieser Prozess umfasste jedoch weniger politische Rechte der marginalisierten Personen, sondern vor allem deren gemeinschaftsfördernden produktiven Fähigkeiten. Der "Krüppel" symbolisierte somit das negative Alter Ego des gesunden, leistungsfähigen Menschen. Die "Entkrüppelung" fokussierte auf "Assimilation" und "Erwerbsbefähigung" durch den Ausgleich der "Krüppelleistung" gegenüber den "Gesunden" und "Leistungsfähigen" (Malikowski 1922b, 4 zitiert in Fuchs 2001, 92).

---

<sup>10</sup> z.B. "Kriegsgeschädigte", "Arbeitsinvalide".

Im Gegensatz dazu positionierte sich der "Selbsthilfebund der Körperbehinderten"<sup>11</sup> der vor allem die "menschliche Gleichstellung" gegenüber den "Gesunden" forderte (Fuchs 2001, 69). Das Konzept der Selbsthilfe verband sich mit Forderungen der wirtschaftlichen Existenzsicherung gegenüber dem preußischen Staat und dem gegenseitigen Erfahrungsaustausch zwischen den Betroffenen, der Eigeninitiative und Solidarität. Anders als die "Krüppelfürsorge" wollten sie ihre "körperliche Beeinträchtigung" nicht überwinden. Vielmehr diente diese als eine gemeinsame Identitätsbasis, als "Kampfbegriff", in der Forderung nach rechtlicher Gleichstellung artikuliert werden konnten (ebd., 77ff). Nicht "Assimilation", sondern Anerkennung und Gleichstellung in einer diskriminierenden Gesellschaft waren die Triebfeder des Selbsthilfebundes. Somit wiesen sie den defizitorientierten Begriff des "Krüppels" zurück, verwendeten den Begriff "Behinderung" bereits in den 1920er Jahren als soziale Differenzierungskategorie (ebd., 94). Trotz dieser Gegenposition blieb die Vorstellung des "Krüppels" als "Minderwertigem" in der Gesellschaft in ihrer abwertenden Perspektive bestehen. Eigeninitiative und Selbsthilfe führten leider nicht zur Gleichstellung. Die "Entkrüppelung" war und blieb eine medizinische und pädagogische Praxis, die den "Krüppel" als Objekt und nicht als Subjekt anerkannte (ebd., 101).

Durch die Weltwirtschaftskrise wurden in den 1920er Jahre kontinuierlich die staatlichen Förderungen in der "Krüppelfürsorge" gekürzt. Das 1931 entworfene "Notprogramm für die Krüppelfürsorge" beschränkte den Kreis der "Zöglinge" auf jene Personen, deren Erwerbsbefähigung mit großer Wahrscheinlichkeit erfolgreich sein würde. Das waren Personen "welche die seelisch-geistige sowie körperlich-technische Fähigkeit besitzen, sich selbst den notdürftigen Lebensbedarf durch Arbeit zu beschaffen" (Notprogramm 1931, 3 zitiert in Fuchs 2001, 49). Diese Fokussierung schloss somit all jene aus, die in den Augen der Sachverständigen als "unheilbar krank", "bildungsunfähig" oder "schwach begabt" galten. "Je nach Ausprägung der jeweiligen körperlichen Behinderung schieden somit viele Betroffene aus dem Kreis der 'produktiven Krüppelfürsorge' aus" (Fuchs 2001, 50). Durch die massiven Einsparungen wurde so die "Selektion" der "Krüppelfürsorge" verschärft. Die Betreuung und Therapierung der Individuen wurde in der "Krise" zunehmend durch eine

---

<sup>11</sup> Die 1919 gegründete Organisation war bis 1930 aktiv. Neben den Gründungsmitgliedern Otto Perl, Hans Förster, Hermann Rassow, Friedrich Malikowski und Marie Gruhl waren bis zu 6.000 Personen beteiligt.

"Produktivmachung" für die Gesellschaft zurückgedrängt. Die "moderne Krüppelfürsorge" hatte sich von der "vorkrüppelpädagogischen Phase" emanzipiert: "[Z]artsinniges Mitleid" und "verzärtelnde Rücksichtnahme" verursachten in den Augen von Hans Würtz nur eine negative Charakterbildung des "Krüppels". Sie verursachten im "Krüppel" "Selbstbedauern", im "Gesunden" "Mitleid" und verunmöglichten somit die erfolgreiche "Entkrüppelung" der Betroffenen. Vielmehr müsse die "moderne Krüppelfürsorge" die "heilbaren Krüppel" von den "unheilbaren Siechen" trennen, die "ethisch gesunden Krüppel" von den "sittlich unmündig bleibenden schwachsinnigen Gebrechlichen" unterscheiden und dementsprechend anders behandeln (Würtz 1932 zitiert in Stadler 2004a, 247).

#### **5.4 Die "geistig Toten" und das "lebensunwerte Leben"**

Analog zu Hans Würtz, der zwischen der "Schädigung" des Körpers und der "geistigen Beeinträchtigung" einen direkten Kausalzusammenhang herstellt, entwickelte die somatische Psychiatrie des späten 19. Jahrhunderts ein Modell von "Geisteskrankheit", das Geist und Körper als sich beeinflussende Faktoren des menschlichen Organismus konzipierte (Eckart 2011, 168). Eine "Erkrankung" des Gehirns drückte sich in den Vorstellungen der somatischen Psychiatrie durch "körperliche Auffälligkeiten" aus. In Abgrenzung zur Sozialpsychologie gingen somatische und klinische Psychiatrie von natürlichen Prädispositionen, sprich natürlichen Anlagen, im Menschen als Ursache von "Geisteskrankheiten" aus.

Wurden für die "Krüppel" spezielle Heime und Einrichtungen für die Wiedereingliederung in die Gesellschaft geschaffen, so entsprachen diese den "Irrenanstalten" und den Heil- und Pflegeanstalten für die "geistig Behinderten". Durch die Beobachtung der Menschen pathologisierte die Psychiatrie, Abweichungen im Verhalten, im Sprechen, usw. der "Patientinnen". Abweichung vom "normalen" Verhalten, vom Durchschnitt in der Schule wurden in Krankheitsbilder übersetzt und als medizinisches Interventionsfeld fixiert (Dörner 1991, 291). Die "Geisteskranken" galten in der gesellschaftlichen Hierarchie als "Minderwertige". Sie bildeten das Gegenbild des rational denkenden bürgerlichen Subjekts, waren dessen Gegenentwurf. Dementsprechend fanden die Betroffenen und deren Angehörigen fast ausschließlich in

den karitativen und konfessionellen Einrichtungen eine geeignete Fürsorge. Bereits im Ersten Weltkrieg fielen diese "Minderwertigen" der Ernährungshierarchie zum Opfer: In den Heil- und Pflegeanstalten verhungerten zwischen 1914 und 1919 ca. 70.000 Anstaltsinsassinnen<sup>12</sup> (Aly 1985b, 10; Halling et al. 2007, 135). In den Krisenjahren, wo finanzielle Mittel und Lebensmittel knapp waren, wurden die Ärzte zu "Volkswirten" und "Buchhalter": Sie mussten die wenigen Ressourcen zwischen den "Heilbaren" und den "unheilbaren Geisteskranken" bilanzieren (Aly 1985b, 30).

Die Psychiatrie war nach dem verlorenen Weltkrieg in eine tiefe Krise geraten. Trotz der vielen differenzierten Diagnosen und Therapiemethoden mussten sie das Versagen in der Heilung ihrer Patientinnen konstatieren. Durch die Weltwirtschaftskrise verschärfte sich auch in der praktischen Psychiatrie die Differenzierung, die Selektion, zwischen "heilbaren" und "unheilbaren" Patientinnen (Siemen 1991, 195f). Die Psychiater standen einer immer stärker werdenden Position gegenüber, die jegliche soziale Aufwendungen für die "geistig Toten", den "Ballastexistenzen" energisch kritisierten. Durch Einsparungen in der Therapierung und Versorgung der Patientinnen versuchten die Anstaltsleiter die Betriebskosten zu senken. Therapie und Versorgung sollen, so der Vorschlag einiger Psychiater, in der sogenannten "Arbeitstherapie" zusammenfallen (Blachian 1921; Ast 1921, 200): Die Betätigung der Kranken durch Arbeit am Feld, in der Küche oder in den Werkstätten sollte Personal- und Lebensmittelkosten sparen und gleichzeitig eine körperlich-geistige Therapie bewirken. Die auf Hermann Simons basierende Idee der "Arbeitstherapie" war der Versuch, die Insassinnen an ihrem eigenen Heilungsprozess zu beteiligen. Die "Kranken" sollten durch die nützliche Betätigung ihre eigenen Fähigkeiten ausbauen und so die Wertschätzung ihres Tuns erfahren (Schott/Tölle 2006, 435ff). Die "Arbeitstherapie" positionierte sich gegen die gravierenden Einsparungen in der Verpflegung und Therapierung der Anstaltsinsassinnen. Gleichzeitig zementiert sie die Forderungen nach finanzieller und materieller Unabhängigkeit der Anstalten gegenüber dem öffentlichen Wohlfahrtswesen. Zudem wurde die Unterscheidung zwischen "arbeitsfähigen" und "arbeitsunfähigen" Personen in die medizinische Anstaltspraxis eingeführt. Die Arbeit der Patientinnen wurde für die Anstalten als Finanzierungs- und Therapieform

---

<sup>12</sup> Wolfgang Eckart spricht von ca. 140.000 Hungertoten (Eckart 2011, 186).

"lebensnotwendig": Die Nützlichkeit und Wertigkeit dieser folgte einer geschlechterspezifischen Arbeitsteilung (ebd., 439f).

Die "Arbeitsunfähigen", die "geistig Toten" und "Ballastexistenzen" wurden in den Heil- und Pflegeanstalten konzentriert. Die negativen Kosten ihrer Pflege wurden mit den positiven Erträgen der "arbeitsfähigen" Kranken ausgeglichen. Erich Friedlaender schlägt in seinem Artikel daher die "Verwaltungsgemeinschaft" zwischen den verschiedenen Anstalten vor. Durch diese zentrale Koordination könnten Über- und Unterbelegung der Patientinnen rationalisiert und somit ausgeglichen werden. Vor allem durch die Verteilung der chronisch "Kranken", dem "Krankenmaterial", die kaum oder keine Familienkontakte hätten, ließen sich seiner Meinung nach ordentliche Kostenersparnisse erzielen (Friedlaender 1932, 375f). Durch gemeinsame, nach privatwirtschaftlichen Grundsätzen kalkulierten Pflegesätze, könnten die Pflegekosten der "unheilbar Kranken" mit den Erträgen der "Heilbaren" balanciert werden. Die "Patientinnen" könnten somit nicht nur nach "Krankheitsbild", sondern zudem nach Nutz- und Ertragswert differenziert und beschäftigt werden (ebd., 377). Teile der Psychiatrie und der "Krüppelfürsorge" der Zwischenkriegszeit versuchten gegen die allgemeine Wahrnehmung der "Geisteskranken" und "Krüppel" als "minderwertige" Personen aufzubegehren. Dabei folgten man einer ökonomisch-rationalen Argumentationsweise, mit der man zu zeigen versuchte, dass die Arbeit der "geistig und "körperlich Kranken" sehr wohl nützlich und wertvoll sein könne.

Karl Bindings und Alfred Hoche "Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens" verdichtete im Gegensatz dazu jene Anschauungen über das Leben der vermeintlich "Geisteskranken" und versuchte deren Tötung zu legitimieren. Das 62 Seiten lange Pamphlet enthält die rechtlichen Ausführungen des Juristen Binding und die medizinischen des Professor Hoche. Dabei zielten sie mit ihrem Werk nicht auf die Legitimierung eines allgemeinen Tötungsrecht gegenüber den "Kranken" ab, sondern versuchten primär jenen Personenkreis zu definieren, dessen Tötung einer "Erlösung" von einem "unerträglichen Leben" entspräche (Binding/Hoche 1920, 21). Binding konkretisiert im ersten Teil des Buches die Frage, die Hoche im zweitem Abschnitt wiederaufgreift: "Gibt es Menschenleben, die so stark die Eigenschaft des Rechtsgutes eingebüßt haben, daß ihre Fortdauer für die Lebensträger wie für die Gesellschaft dauernd allen Wert verloren hat?" (ebd., 27). Das "lebensunwerte Leben" ist für Binding daher jenes, das durch die Natur in der Möglichkeit seiner Fortdauer, dem Lebenswillen

und der Lebenskraft beraubt wurde (ebd.). Binding identifiziert drei Personengruppen deren "Erlösung" rechtlich infrage käme: (1) die "unrettbar Verlorenen"; (2) die "unheilbar Blödsinnigen"; und (3) jene Personen die infolge eines Unfalls oder einer Verwundung bewusstlos geworden sind<sup>13</sup> (ebd., 29). Die erste Gruppe, die "unrettbar Verlorenen", sind jene "Kriegs-, Arbeits- oder Unfallgeschädigten", deren Existenz zu einer "Qual" geworden ist. Es sind für Binding vor allem jene Personen, deren "Geistesstärke" sie noch befähige, die Qualen und die Last ihrer Schädigung für sich und für ihre Angehörige zu erkennen. Es sind Personen, die den Lebenswillen aufgegeben hätten und die Erlösung von ihren "unheilbaren Leiden" suchen würden. "[I]ch halte diese Freigabe einfach für eine Pflicht gesetzlichen Mitleids", schreibt Binding (ebd., 30f).

Die zweite Gruppe, die "unheilbar Blödsinnigen", umschreibt Binding folgendermaßen: "Sie haben weder den Willen zu leben, noch zu sterben. So gibt es ihrerseits keine beachtliche Einwilligung in die Tötung, andererseits stößt diese auf keinen Lebenswillen der gebrochen werden müßte. Ihr Leben ist absolut zwecklos, aber sie empfinden es nicht unerträglich" (ebd., 31). Für Binding stellen diese Personen "das furchtbare Gegenbild echter Menschen" dar, sind das "absolut lebensunwerte Leben" (ebd., 32; 31f). Die Erhaltung eines solchen Lebens sei für Binding "widersinnig", "ein Mißbrauch der Lebenskraft zu ihrer unwürdigen Zwecken" (ebd., 32). Eine Gesellschaft mit wahren Mut und höherer Sittlichkeit müsse die Freigabe des Lebens dieser "armen Menschen" als "heroisch" ansehen, so Binding (ebd.).

Zwischen den "Todkranken" und den "geistig Toten" identifiziert Binding jene Personen, die durch Unfall oder Verwundung bewusstlos geworden sind. Es sind Kranke, deren Heilung ungewiss sei. Daher ist die Freigabe des Lebens dieser Menschen immer mit einem gewissen Risiko der Fehlentscheidung verbunden.

Die Freigabe sei grundsätzlich immer dann rechtmäßig, wenn im "unrettbar Kranken" kein Lebenswille gebrochen werden müsse. Die Entscheidung könne zudem nie eine generelle sein, sondern müsse immer fallweise erörtert werden (ebd., 34). "Voraussetzung der Freigabe bildet immer der pathologische Zustand dauernder tödlicher Krankheit oder unrettbares Idiotentum" (ebd., 35). Binding reproduziert und fixiert in seinen Ausführungen das Primat des Geistes gegenüber dem Leib. Das "geistig

---

<sup>13</sup> Heute würden wir von Komapatientinnen sprechen

tote" Leben ist ein "Leben negativen Wertes", ein Leben das die Grenzen des "Minderwertigen" nach unten erweitert hätte (ebd., 40): "Wo das Leben eines Menschen minderwertig sein kann, da kann der Wert auch gegen Null gehen, kann das Leben unwert werden" (Dörner 1991, 293). Diametral dazu denkt Binding das "lebenswerte Leben", das einen positiven Wert hat. Dieses bleibt jedoch im ganzen Text unbestimmt. Verkörpert wird es durch jene Experten (Ärzte, Psychiater, Juristen), die über das Leben der "Lebensunwerten" entscheiden sollen (Binding/Hoche 1920, 36). Es sind also jene Körper, die in Bindings Augen als "geborene Souveräne" über ihr Leben autonom entscheiden könnten (ebd., 6).

Alfred Hoche erweitert in seinem Teil den Souverän zu einem kollektiven "Wir". Das sind jene, die gewissenhaft die objektive Zweckmäßigkeit der Anderen bewerten können, denen eine "relative Pflicht der Lebenserhaltung" zukäme (ebd., 49).

Da die "geistig Toten" und die "unheilbar Kranken" nicht physisch tot sind, stellen sie für Hoche eine große ökonomische Belastung für die Gesellschaft dar. Die zukünftige "deutsche Aufgabe" (ebd., 55) und eine "höhere staatliche Sittlichkeit" sollten in einer absehbaren Zukunft das "Abstoßen" der einzelnen "wertlosen" oder "schädlichen" Teile aus dem Gesellschaftskörper legitimieren (ebd., 56). Für Hoche verstoße die Tötung dieser Menschen nicht gegen die sittlichen Normen einer Gesellschaft, die an der Zweckmäßigkeit des Lebens ausgerichtet seien. Hoche knüpft hier unmittelbar an Rudolf Goldscheids Menschenökonomie an: "Von dem Augenblick an, in dem z.B. die Tötung Unheilbarer oder die Beseitigung geistig Toter nicht nur als nicht strafbar, sondern als ein für die allgemeine Wohlfahrt wünschenswertes Ziel erkannt und allgemein anerkannt wäre, würden in der ärztlichen Sittenlehre jedenfalls keine ausschließende Gegengründe zu finden sein" (ebd., 49f). Die "geistig Toten" gleichen für Hoche einem "herumliegenden Haufen von Steinen", bzw. stellen die "Steintrümmer eines zusammengestürzten Gebäudes" dar (ebd., 52). Sie haben keine Persönlichkeit und kein Bewusstsein: "Ein geistig Toter ist somit auch nicht imstande, innerlich einen subjektiven Anspruch auf Leben erheben zu können" (ebd., 58).

"Wir werden auch in Zeiten der Not, denen wir entgegengehen, nie aufhören wollen, körperlich Defekte und Sieche zu pflegen, solange sie nicht geistig tot sind; wir werden nie aufhören, körperlich und geistig Erkrankte bis zum Äußersten zu behandeln, solange noch irgendeine Aussicht auf Änderung ihres Zustandes zum Guten vorhanden ist", schreibt Hoche. Er verabsolutiert somit die Grenze zwischen den "heilbar" und den

"unheilbar" Kranken, das einer Unterscheidung zwischen "körperlicher" und "geistiger Behinderung" entspricht. Für Binding und Hoche sind die "geistig Toten", das "absolut lebensunwerte Leben", Menschen, die getötet werden können, ohne einen Mord zu begehen: "[W]ir werden vielleicht eines Tages zu der Auffassung heranreifen, daß die Beseitigung der geistig völlig Toten kein Verbrechen, keine unmoralische Handlung, keine gefühlsmäßige Rohheit, sondern einen erlaubten nützlichen Akt darstellt" (ebd., 57). Sie sind das Gegenbild des lebensstarken rational denkenden Menschen, sind tote, körperliche Entitäten ohne eigenen Lebenswillen. Für Binding und Hoche entspricht die Freigabe des "lebensunwerten Lebens" einem vernünftigen und moralisch einwandfreien Akt menschlichen Handelns. Die von ihnen vertretenen Grundsätze der "Fürsorge" bilden die Fundamente des politischen Handelns, das nicht die Interessen der Individuen, sondern primär die "Interessen des Ganzen" berücksichtigt (ebd., 59). Es ist ein Handeln das den menschlichen Körper als Ganzen, in seinen körperlichen und geistigen Fähigkeiten dem Volkskörper unterwirft. Binding und Hoche verbleiben somit mit ihren Thesen in einem Verständnis, das den Menschen noch nicht als Ausprägung verschiedener Erbanlagen, als Genotyp, sondern als Phänotyp versteht. Ihre rechtlichen und medizinischen Ausführungen sind eine Warnung und zugleich ein Aufruf für eine "neue Zeit", in der ein neuer "Humanitätsbegriff" das Handeln der Menschen anleiten soll. Es wird zwanzig Jahre später eine Zeit sein, in der das Verhältnis zwischen dem Leben des Einzelnen und dem Volksganzen neu bestimmt werden wird.

## **5.5 Eugenik zwischen Sozial- und Rassenhygiene**

Wie wir gesehen haben gab es in der "Krüppelfürsorge" sowie in der Psychiatrie Kräfte die eine "Freigabe" der sogenannten "Unheilbaren" entschieden zurückwiesen haben. In den Zwischenkriegsjahren wurde die soziale Frage zunehmend verschärft diskutiert: Lebensmittelknappheit, die Gefahr von Seuchen und Epidemien und die sinkende Geburtenrate in der Bevölkerung wurden zentrale Herausforderungen für Wissenschaft und Politik, die primär mit dem Problem des "Überlebens der deutschen Rasse" konfrontiert waren, was wesentlich zur Institutionalisierung der Eugenik als Handlungsprinzip beitrug (Weindling 1989, 326).

Der von Alfred Grotjahn geprägte Begriff der Sozialhygiene knüpfte an Goldscheids

Menschenökonomie an. Ziel war die theoretische Formulierung und praktische Umsetzung einer umfassenden öffentlichen Gesundheitsfürsorge, die vor allem auf die ärmeren Schichten der städtischen Bevölkerung gerichtet war. In den 1920er Jahren wurde so ein umfassendes Netz öffentlicher Einrichtungen aufgebaut: kommunale Gesundheitsämter, Schwangeren-, Säuglings- und Kleinkinderfürsorgestellen, Eheberatungsstellen, Einrichtungen zur Bekämpfung von Tuberkulose und Geschlechtskrankheiten sowie die bereits erwähnten "Krüppelheime" (Eckart 2011, 214f). Parallel dazu etablierte sich die Rassenhygiene, die bereits 1905 mit der "Gesellschaft für Rassenhygiene" institutionellen Anschluss fand (Klee 2010, 20). Während die Sozialhygiene das "Milieu" als entscheidenden Nodalpunkt eugenischer Maßnahmen konzipierten, hatten die Rassenhygieniker die "Vermehrung" und "Verbesserung der Rasse" zum zentralen wissenschaftlichen und politischen Gegenstand erhoben (Eckart 2011, 215). Beide bildeten jedoch mit ihren wissenschaftlichen Modellen und praxisrelevanten Ansätzen die Basis für eine Eugenik als konkrete Ausformung einer Bevölkerungspolitik, die durch Optimierung, Steigerung der Gesundheit und Effizienz, die "Aufforstung" bzw. "Verbesserung" der Bevölkerung bewirken sollte. So entwickelten sich beide Stränge relativ unabhängig voneinander, hatten aber auch wichtige Gemeinsamkeiten. In beiden Vorstellungen galten Unterschiede zwischen den Menschen als erbbedingt und qualitativ verschieden. In beiden Modellen erfolgte die Differenzierung zwischen "höher- und minderwertigen" Anlagen, die sich auf das Verhältnis von Kosten und Nutzen in der Bevölkerung positiv oder negativ auswirken könnten (Dickinson 2004, 8; Schott/Tölle 2006, 110).

Der "radikale" eugenische Flügel war vor allem in München und Freiburg durch Friedrich Lenz, Ernst Rüdin und Alfred Ploetz institutionalisiert - der "moderate" Flügel in Berlin mit Alfred Grotjahn und Hermann Muckermann. 1923 wurde an der Universität München der Lehrstuhl für "Rassenhygiene" eingerichtet, 1927 das Institut für "Erbbiologie" am Kaiser-Wilhelm-Institut in Berlin (ebd., 11). Durch die Erblchkeitslehre wurde die "Aufforstung" als "Aufartung" der Bevölkerung übersetzt. Die Eugenik wurde in den 1920er zu einem handlungsanleitenden Programm sozialen Handelns gegen eine vermeintliche Gefahr der "Entartung" (Dörner 1967, 124). Erblehre und Eugenik wurden so bereits vor der Machtergreifung der Nationalsozialisten, in ihrer moderaten und radikalen Ausprägung, zu zentralen wissenschaftlichen und politischen Grundsätzen. Das "Denken in Erbwerten" wurde in Gesellschaft und staatlichen Einrichtungen verankert: "Es war für die Eugenik nicht

schwer, im Raum einer Politik Fuß zu fassen, die vom Erbgut der Bevölkerung her Sozialpolitik betrieb. Die zumeist unsicheren Befunde der Erblehre wurden von den für die 'Volkswohlfahrt' Verantwortlichen als feste Größen eingeplant" (Blasius 1991, 271).

Zwischen den beiden eugenischen Bewegungen etablierte sich ein Konfliktverhältnis, das zum einen entlang der Frage der exogenen bzw. endogenen Ursachen "erblicher Belastung" und andererseits, in der Frage über die Legitimität von Zwang und Gewalt eugenischer Maßnahmen ausgetragen wurde. So provozierten Eugen Fischer, Erwin Baur und Fritz Lenz mit dem 1921 erschienenen Werk "Grundriß der menschlichen Erblchkeitslehre und Rassenhygiene" mit der These, dass der Schutz der "Minderwertigen" nicht zur "Heilung", sondern vielmehr zur "Entartung" des "Volkes" führe<sup>14</sup>. Sie forderten daher, "daß die Fortpflanzung der Minderwertigen unterbleibt"<sup>15</sup> (Klee 2010, 27). Sie schlossen sich in der Diskussion über den Umgang mit den "Minderwertigen" an die von Binding und Hoche etablierten Position an, wandelten diese "Freigabe des Lebens" jedoch in die "Unfruchtbarmachung" der Betroffenen um.

Das "Denken in Erbwerten" führte zu einer wichtigen begrifflichen Verschiebungen des Konzeptes "Mensch". Der menschliche Körper wurde in einer solchen Logik verdoppelt: Zwischen Individuum und Volkskörper wurde ein permanentes biologisches Verhältnis etabliert. Die Person wurde zur Anlageträgerin, zum Genotyp, der Teil eines größeren organischen Gesamtgefüges, wie der "Rasse", des "Volks", der "Gattung Mensch" sei. Zudem ermöglichte diese "Biologisierung" des Menschen die Herstellung eines organisch-zeitlichen Verhältnisses zwischen dem Mensch der Gegenwart und einem zukünftigen Menschen. Die "Krankheit" oder die "Unfähigkeit" des Individuums wurde totalisiert, zu einem Risiko und einer Gefahr für die ganze Bevölkerung, sowie zur Gefahr zukünftiger Generationen erweitert. Die "Sorge um den Körper" war in dieser Totalisierung in einem Spannungsverhältnis zwischen Einzellnem und der Gesellschaft "gefangen", in dem der Staat in seiner biopolitischen Aufgabe eine entscheidende Rolle spielte. Die "Ausmerze" des "kranken oder abnormen" Körpers, der "minderwertigen Anlagen", ging in eine Strategie der Normalisierung des Volkskörpers auf. Individuum und Volksganzes wurden zu primären medizinischen und politischen Objekten: "Die

---

<sup>14</sup> Die Autoren schließen somit auch an die bereits etablierte Degenerationstheorie an (Schott/Tölle 2006, 99ff).

<sup>15</sup> Die Sterilisation der "Kriminellen, der Fürsorgezöglinge, der Deblen, der Leicht- und Mittelschwachsinnigen, der Degenerierten und Psychopaten" (Klee 2010, 28).

Wissenschaft vom Menschen drang seit dem ausgehenden 18. Jahrhundert von der Betrachtung der Körperoberfläche immer mehr ins Innere des Körpers vor und schrieb jene soziokulturellen Hierarchien zwischen 'Männern' und 'Frauen', 'Gesunden' und 'Irren', 'Normalen' und 'devianten Kriminellen', 'Zivilisierten' und 'Wilden', 'Schwarzen', 'Juden' und 'Nicht-Juden' in die Strukturen des Körpers ein" (Planert 2000, 551). Der Mensch wurde in der Eugenik, durch die vermeintliche Zugehörigkeit einer "Rasse", der "Klasse", des "Geschlechts" und "Körperfähigkeit, zu einer unterscheidbaren und hierarchisierbaren biologischen Entität, als ein "Ewigkeitssubstrat" gedacht (Peukert 1988, 32). Das Erbgut wurde zum Relais für biopolitische Strategien, in der die Zugehörigkeit zum "Volksganzen", bzw. der Ausschluss als "Fremdkörper", über hegemoniale Körpernormen in den Körpern der Einzelnen eingeschrieben wurde. Der menschliche Körper wurde zum endlosen Objekt staatlicher Interventionen, zum transformierbaren Gegenstand der totalen Herrschaft über das Leben. "Lebenswert" und "lebensunwert" wurden über die vermeintliche Wertigkeit der Erbmasse bestimmt, in der "körperliche und geistige Abweichung" anfangs besonders relevant waren.

Die Erblchkeitslehre war in den 1920er Jahren eine Wissenschaft, die über die Vererbungslehre Mendels hinaus kaum weitergekommen war. Beobachtung und die Berechnung von Wahrscheinlichkeiten waren in der Psychiatrie zentrale Methoden mit denen Erblchkeit bestimmt bzw. vorhergesagt wurde. Trotz dieser Beschränkungen konnte die Psychiatrie durch die Kombination mit der Erblchkeitslehre ihr Erklärungsmodell und somit ihr Interventionsfeld ausbauen. Nicht mehr das "kranke Gehirn", sondern vor allem "defekte" oder "minderwertige" Erbanlagen wurden als Ursachen "geistiger Abnormität" gedeutet (Dörner 1991, 292). "Defekt" und "Minderwertigkeit" wurden als Abweichung vom Normalen definiert "Eine *abnorme Persönlichkeit* ist für uns nicht eine solche, die einem je nach der Weltanschauung verschieden gesetzten Zweck widerspricht, sondern *eine Persönlichkeit, die von der uns vorschwebenden, tatsächlich natürlich nicht errechenbaren Durchschnittsbreite menschlicher Persönlichkeiten abweicht, eine ungewöhnliche, unübliche, undurchschnittliche Persönlichkeit*" (Schneider 1933, 338 zitiert in Blasius 1991, 281; Herv. i. O.).

Die Erblchkeitslehre ermöglichte somit die Kombination von "Aufartung" und "Rassendenken" in der "radikalen" eugenischen Bewegung (Planert 2000, 566f). Soziale

Differenzen wurden biologisch übersetzt, naturalisiert und somit hegemonialisiert. Trotz zunehmender Verbreitung "radikaler" eugenischer Positionen fanden diese erst durch die Weltwirtschaftskrise und die Zuspitzung der sozialen Lage im Deutschen Reich der frühen 1930er Jahre, wirklichen Einfluss in die Gesetzgebung (Dickinson 2004, 14f). Die Kürzung der Aufwendungen für die Gesundheitsfürsorge führten schließlich zum Durchbruch antinatalistischer eugenischer Maßnahmen. Diese Entwicklung führte direkt zum "Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses" (GzVeN). Mit der "Machtergreifung" der Nationalsozialisten 1933 fanden Antisemitismus, Rassismus, Sexismus und "ableism" eine staatliche und gesetzliche Verankerung in Parteistrukturen und Staatsbürokratie.

## 6 Die Zwangssterilisation der "Erbkranken"

Durch die Weltwirtschaftskrise der späten 1920er und frühen 1930er Jahre gingen die Aufwendungen für die öffentliche Gesundheitsfürsorge drastisch zurück. Das "Notprogramm für die Krüppelfürsorge" von 1931 und dessen Umsetzung führten zur Neustrukturierung der Arbeit an den "körperlich Geschädigten". In der Praxis entsprach diese Neuausrichtung einer verschärften Selektion zwischen "erwerbsfähigen" und "erwerbsunfähigen" "Fürsorgezöglingen" (Fuchs 2001, 49). In der praktischen Psychiatrie trafen die Einsparungen vor allem die Heil- und Pflegeanstalten, die durch Rationalisierung und Zentralisierung in der Verwaltung, sowie neuen Therapiemethoden, die Kürzungen aufzufangen versuchten. Gleichzeitig fanden radikale Positionen, welche die Freigabe des "lebensunwerten Lebens" oder die Sterilisation der "Minderwertigen" forderten, zunehmend gesellschaftliche Akzeptanz. Der antinatalistische Flügel der Eugenik fand in fast allen politischen Lagern der "Weimarer Republik" ein offenes Ohr. "Auslese" bedeutete nicht mehr "Aufforstung", sondern zunehmend konkreter "Aussonderung" und "Unfruchtbarmachung" der vermeintlich "Minderwertigen".

Durch die Erblichkeitslehre vorangetrieben, sahen die Befürworterinnen der Sterilisation die Gefahr der "Entartung der Rasse" als zentrale politische Herausforderung, die nur durch eine am Erbwert des Menschen orientierte negative Auslese bekämpfbar sei. Öffentliche Fürsorge war in den Augen der Rassenhygieniker zu einer nachteiligen Kontraselektion mutiert, die die "Minderwertigen" auf Kosten der "Wertvollen" begünstigte (Bock 1986, 30; Harten 1997). Der sogenannte "Baur-Fischer-Lenz" von 1921 oder Ernst Manns "Die Erlösung der Menschheit vom Elend" von 1924 waren zwei sehr populäre Werke, die fast ausschließlich positiv rezipiert wurden (Eckart 2011, 219). Durch die nationalsozialistische Propaganda konnte nach 1933 das sogenannte "Denken in Erbwerten" in der Bevölkerung Fuß fassen. War bis 1934 die relativ freiwillige Eheberatung die einzige praxisrelevante eugenische Maßnahme geblieben, so war das "Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses" (GzVeN) zu einem wichtigen "Ausdruck nationalsozialistischer Grundauffassung" avanciert (Bock 1986, 79). Die "Nürnberger Rassengesetze" von 1935, vor allem das "Gesetz zum Schutze des deutschen Blutes und der deutschen Ehre", erweiterten den eugenischen

Antinatalismus mit einem rassenhygienischen: "Der 'Blutschutz' hatte den modernen und wissenschaftlichen Charakter der Rassenhygiene angenommen; er bedeutete, ebenso wie der 'Erbschutz', planvolle Verhütung von Geburten zum Zweck der 'Ausmerze', Fortsetzung des Antinatalismus mit anderen Mitteln" (ebd., 101).

Das GzVeN erfasste die "Minderwertigen", d.h. jene "lebensunwerten" Menschen, deren Fortpflanzung im Sinne der "Aufartung" unerwünscht war. Das waren Menschen mit "schlechten Erbanlagen", die eine "wirtschaftliche Belastung" für die Gesellschaft darstellten (ebd., 80), sogenannte "Erbkranke" deren Nachwuchs mit großer Wahrscheinlichkeit ebenfalls an "körperlichen oder geistigen Schäden" leiden würde. Das Gesetz beschränkte anfangs den Begriff "Erbkrankheit" auf die Diagnose von "angeborenem Schwachsinn, Schizophrenie, zirkulärem (manisch-depressivem) Irrsein, erblicher Fallsucht, erblichem Beitstanz (Huntingtonsche Chorea), erblicher Blindheit, erblicher Taubheit, schwerer erblicher körperlicher Mißbildung" und "schweren Alkoholiker" (Reichsgesetzblatt 1933, 529).

Der Gesetzesentwurf, der auf die Arbeit von Arthur Gütt, Ernst Rüdin und Falk Ruttke basierte, wurde vor seinem Erlass 1934 unter Experten ausgiebig diskutiert. Die Diskussion drehte sich vor allem um den Kreis der von der Unfruchtbarmachung Betroffenen und um die Frage der Legitimität bzw. Sinnhaftigkeit der Anwendung von Zwangsmaßnahmen. Fritz Lenz warnte seine Kollegen vor dem Einsatz staatlichen Zwanges, "weil die öffentliche Meinung für die Gedanken der rassenhygienischen Sterilisierung erst gewonnen werden muß" (EEE 1933a, 75). Er erwartete durch ein solches Gesetz starken Widerstand der Betroffenen, der mit dem ärztlichen Berufsethos nicht vereinbar wäre. "Die Freiheit des Individuums sollte überhaupt so wenig wie möglich beschränkt werden und nur so weit, wie es im Hinblick auf das Wohl des Volksganzen unerlässlich ist", wobei er anschließend betont, "[i]ch bestreite dem Staate nicht das Recht, für gewisse Fälle zwangsmäßige Sterilisierung einzuführen. Es liegt mir völlig fern, den Individualismus als letzten Wertmaßstab zu verteidigen" (ebd.). Das von Lenz erörterte "Unbehagen" gegenüber dem Zwangselement des Gesetzes wurde auch von seinem Kollegen Hans Luxenburger geteilt, der den Zwang vielmehr als Anzeigepflicht der Ärzte und Behörden verstanden haben wollte: "Es ist ganz selbstverständlich, daß es in Zukunft keine ärztliche, keine richterliche und keine Stelle der Verwaltung geben darf, die nicht von rassenhygienischem Geiste durchdrungen ist" (ebd., 77). Martin Staemmler widersprach in seinem Artikel Lenz und Luxenburger. Für

ihn ist Freiwilligkeit ein Recht, das nur jenen gewährt werden darf, die etwas Gesellschaftsnützliches leisten: "Es gibt kein gleiches Recht für alle. Jeder hat soviel Recht, wie er für das Volk wert ist. [...] Und der Staat hat das Recht, ja die Pflicht, den Unterschied zu machen zwischen hochwertig und minderwertig, wobei die Wertigkeit immer wieder auf das Volksganze bezogen werden muß" (EEE 1933b, 97). Für Staemmler musste die nationalsozialistische "Erneuerung auf rassischer Grundlage" jegliche Form von Freiwilligkeit ausschließen: Der Staat "hat ebenso rücksichtslos, aus Liebe zum Volk, auszumerzen, was schädlich, gefährlich ist und zur Entartung des Volkes führen kann" (ebd.).

Waren die genannten Autoren in der Frage der Zwangsanwendung geteilter Meinung, so teilen sie in der Frage des Betroffenenkreises eine gemeinsame Position. Alle stellten fest, dass die "sichere" Bestimmung der "Erbleiden" wissenschaftlich unmöglich sei. Da "Geisteskrankheiten", so Lenz, durch "rezessive Erbanlagen" verursacht würden, können nur Beobachtung und Statistiken eugenische Maßnahmen rechtfertigen. Der Fokus des Gesetzes, das Problem "minderwertiger" Nachkommenschaft habe einen solchen Einwand auf: Erb- bzw. sozial bedingte Ursachen von "Schwachsinn" wären gleich gefährlich (EEE 1933a, 74). Luxenburger warnte jedoch von einer ausschließlich sozial bedingten Sterilisation: "Die biologischen Verhältnisse gestalten sich nach Naturgesetzen, die sozialen hingegen nach Regeln, die auf der Unvollkommenheit menschlicher Einrichtungen beruhen und sich nur dann zwangsläufig auswirken, wenn diese Unvollkommenheiten nicht beseitigt oder wenigstens gemildert werden" (ebd., 79). Er appellierte daher, soziale und eugenische Indikation nicht zu vermischen. Ähnlich argumentierte Hans Vellguth, der davor warnte Erbbiologie und Eugenik als dasselbe zu betrachten. Vielmehr sei die Erbbiologie die wissenschaftliche Grundlage der Eugenik (ebd., 80). Die Unfruchtbarmachung müsse seiner Ansicht nach nicht nur erbbiologisch, sondern auch eugenisch begründbar sein (ebd., 82). Der Nachweis einer "Erbkrankheit" und die davon abgeleitete erbbiologische Indikation, bzw. die Definition der "an äußeren Merkmalen zu erkennenden Gruppen", für eine "soziale Indikation", können sich zum Zwecke der "Aufartung" ergänzen. Die Autoren waren sich bewusst, dass das kommende GzVeN in der Spezifizierung der "Unfruchtbarzumachenden" eine praktische Auswahl sozialpolitisch definierter Gruppen sein würde.

Im Juli 1933 wurde das Gesetz und das Prozedere zur Unfruchtbarmachung der "Erbkranken" durch den Reichstag verabschiedet. Einerseits wurde den

"Erbverdächtigen" selbst das "Anzeigerecht" gewährt. Personen, die unter eine der genannten "Krankheiten" litten, konnten ihre eigene Unfruchtbarmachung bei den zuständigen Erbgesundheitsgerichten beantragen (Reichsgesetzblatt 1933, 529). Weiter waren die gesetzlichen Vertreter einer "geschäftsunfähigen" Person, die Anstaltsleiter und die Amtsärzte antragsberechtigt. Mit der Gesetzesnovelle von 1936 wurde die bereits erwähnte Anzeigepflicht erweitert: Sämtliche Behörden, aber auch Einzelpersonen konnten anonym "verdächtige Erbkranke" den zuständigen Amtsärzten melden (Bock 1986, 265). Diese Denunziationspraxis führte dazu, dass verschiedenste "Beobachtungen" zu einer Anzeige führten. "Keine eigenständige Lebensführung", "gemeinschaftswidriges Verhalten", "Sprachfehler", "schwerbegrifflich", "vorbestraft", "Wasserkopf", "starrer Blick" waren einige der "Diagnosen", die in den zahlreichen Anträgen angeführt wurden (ebd., 268). Diese "Diagnosen" zeigen nicht nur, wie irrelevant ein tatsächlicher Nachweis einer vermeintliche „Erbkrankheit“ für die Sterilisationspraxis war, sondern auch, wie weit und in welcher Form das "Denken in Erbwerten" in der Bevölkerung verbreitet war.

Zwang, d.h. primär die Anzeigepflicht, bestand somit formell nur für Behörden und Ärzte. Zwang wurde jedoch vor allem dann angewendet, wenn die unfruchtbar zumachende Person, trotz der gerichtlichen Ladung, dem Gerichtstermin fernblieb. Die Polizei musste zahlreiche "Uneinsichtige" zum Gerichtstermin bzw. zur Operation abtransportieren. Die Vernehmung der Betroffenen diente primär der Überprüfung des Sterilisationsantrags, war jedoch nicht unbedingt notwendig. Vielmehr führte die Abwesenheit der geladenen Person zur Beschleunigung des Verfahrens. Während den "Uneinsichtigen" vielerorts mit Zwang gedroht wurde, verlief die Sterilisation der Anstaltsinsassinnen weitgehend reibungsloser (ebd., 259). Zwischen 1934 und 1939 wurden ca. 300.000 Personen sterilisiert. Insgesamt waren durch die Sterilisationspolitik ca. 400.000 Menschen betroffen (ebd., 233; Eckart 2011, 212). Welche Personen waren durch die bereits erwähnten "Diagnosen" tatsächlich erfasst und sterilisiert worden? Der größte Teil (ca. 96%) der Betroffenen wurden als "Schwachsinnige, Schizophrene, Epileptiker oder manisch-depressive Irre" sterilisiert (Schmuhl 1987, 156 zitiert in Fuchs 2001, 153). "Körperliche Behinderung", sprich "Blindheit, Taubheit und körperliche Missbildung" spielten in der Sterilisationspraxis kaum eine Rolle.

In der 1935 erschienen "Rede an die deutschen Frauen zu Weltanschauung und Rassenhygiene" ging Walter Groß, Leiter des "Rassenpolitischen Amtes der NSDAP, auf die Neuerungen des GzVeN ein. Im Gegensatz zu milieutheoretischen Ansätzen, so Groß, die in jedem Menschen ein geistiges Entwicklungspotenzial erkennen, zwinge die neue Erblchkeitsforschung zum Umdenken bzw. zu einer "neuen geistigen Einstellung". Die durch Erbanalgen begrenzten menschlichen Entwicklungsmöglichkeiten machten das alte System der Bildung und Fürsorge obsolet (Groß 1935, 9ff). Diese neue Erkenntnis zwinge zum Umdenken, d.h. zur "Pflege" der "guten Anlagen" bzw. zum "Ausschalten" der "Untauglichen" (ebd., 13). Dies gelinge nur dann, wenn die Trägerinnen "schlechter Anlagen" von der Fortpflanzung ausgeschlossen würden. Dabei sprach sich Groß energisch gegen die für ihn "unhumane" Zwangsasylierung dieser Personen aus. Andererseits, so Groß, könne man denjenigen, die "hilfsbedürftig", "schwachsinnig" oder "geisteskrank" sind, die Entscheidung über die Sterilisation nicht selbst überlassen: "Ein Mensch, der nicht imstande ist, nach unserer aller selbstverständlichen Überzeugung und nach aller Rechtsgebahrung in allen Völkern und Ländern 5 Mark selbstständig zu verwalten, ist erst recht nicht imstande, über die Weitergabe oder Nichtweitergabe seiner erblichen Anlagen oder Werte oder Defekte zu entscheiden" (ebd., 19). Groß ging in seiner Rede nur auf die "Geisteskranken" ein, spricht diesen jegliches Recht ab, über ihren Körper selbst zu entscheiden. Der Staat hätte seiner Meinung nach das Recht auch gegen deren Willen die Sterilisation anzuordnen und durchzuführen (ebd.).

War die Identifizierung von "körperlich Behinderten" im Gesetzgebungsprozess relativ einfach, so gestaltete sich die Bestimmung "geistiger Erbleiden" weitaus schwieriger. "Die Schwierigkeit, 'Phänotypen' vor Gericht zu ziehen, um über 'Genotypen' zu urteilen, stieß hier an eine sprachliche Grenze" (Bock 1986, 200). Bock betont, wie die Erbgesundheitsgerichte sich in ihren Urteilen und Begründungen um "biologische" Termini bemühten. Die Bestimmung einer wissenschaftlichen Grenze zwischen der "erbbiologischen" und einer "sozialen" Indikation war selbst in den Augen der "Experten" unmöglich. Die Grenzziehung zwischen "Lebensunwerten" und "Lebenswerten" war somit stets nur "eugenisch" motiviert. Eine solche Indikation war jedoch stets nur ein soziales Werturteil, das in ein biologisches übersetzt wurde, niemals ein medizinisches (ebd., 41). Wie "Minderwertigkeit" ein Sammelbegriff für das "Andere", das "Fremde" und "Unerwünschte" war, so dienten die vermeintlichen Diagnosen wie "Schwachsinn" als Sammelbegriff für ein negatives gesellschaftliches

Werturteil, das vor allem die "Fortpflanzungsgefährlichkeit" und die "mangelnde Lebensbewahrung" der "Erbkranken" sanktionierte (ebd., 330). "Erbkrankheit" und "Erbleiden" waren nicht mehr Zustände die "geheilt" werden sollten, sondern Interventionspunkte einer aussondernden "Sorge um den Körper", bzw. einer staatlichen "Aufartungspolitik", in dem der "rassenhygienische Antinatalismus" und der "rassenhygienische Pronatalismus" zwei Seiten derselben Medaille bildeten (ebd., 54). Die "Aufartung der Rasse" diene somit nicht der "Höherentwicklung" und der vermeintlichen "Verbesserung" des "biologischen Substrats" einer Bevölkerung, sondern vielmehr der Durchsetzung und Konsolidierung des staatlichen "Primats auf das Leben".

Der Widerspruch zwischen endogenen und exogenen Faktoren als Ursache für "Erbkrankheit" wurde durch das Modell der "rezessiven Vererbung" gelöst. Dementsprechend betonten die Befürworter der Sterilisation, die besondere Gefährlichkeit sogenannter "leichter Fälle". "Erbgesundheit" war für Ernst Rüdin ein "relativer Begriff", der kaum über die Unbedenklichkeit einer Person oder "Sippe" aussagekräftig sei. Der "verdeckte Erbgang" machte die "Beurteilung der Leistungsfähigkeit" einer Person (Fähigkeiten, Begabungen, usw.) zum entscheidenden Kriterium für "Erbtüchtigkeit" (Rüdin 1940, Anmerkung 69 zitiert in Bock 1986, 235f; Czech 2003, 43). Falls die Gerichte keine auffallenden "geistigen oder körperlichen Defizite" feststellen konnten, versuchte man durch die "kasuistisch-genealogische Familienforschung" eine solche "verdeckte Vererbung" über vermeintliche "Erbschäden" oder "Erbleiden" der Familienangehörigen nachzuweisen.

Die Sterilisationspraxis stieß aber auch auf heftige Kritik der Betroffenen, die in erster Linie versuchten die Entscheidung des "Erbgesundheitsgerichtes" hinauszuzögern. Oft holten sie ein "günstigeres" Gegengutachten ein um gegen das Urteil der "Minderwertigkeit" in Revision zu gehen (Bock 1986, 283). In den Heil- und Pflegeanstalten gab es Revolten der Insassinnen, Amtsärzte wurden boykottiert. Außerhalb der katholischen Kirche gab es jedoch zu keiner Zeit einen organisierten Widerstand gegen die Sterilisationspraxis. Der "Widerstand gegen die Sterilisationspolitik war primär der Einstellung zu den Rechten der Person gegenüber dem Staat zuzuschreiben, zu dem nationalsozialistischen, im Sterilisationsgesetz verwirklichten 'Primat des Staates auf dem Gebiet des Lebens'" (ebd., 293). Und selbst

die katholische Kirche kümmerte sich weniger um die Betroffenen, als um das Gewissen der katholischen "Anzeigenden" und "Antragsteller" (ebd., 297).

Den notwendigen bürokratischen Unterbau für die Realisierung ermöglichte das Zusammenspielen der zahlreichen Behörden und Dienststellen in der "erbbiologischen Bestandsaufnahme", die einem "Kataster des Volkskörpers" gleichkam (Czech 2003, 41). Für die Umsetzung rassenhygienischer Maßnahmen wie die Ehestandsdarlehen, Eheverbote, Sterilisationsverfahren oder die Einweisung in Arbeitslagern wurden die Wohn-, die Geburtsort- und die Sippenkartei miteinander verknüpft (Aly/Roth 2000, 111; Czech 2008). Bis 1942 erfassten die Behörden ca. 12% der deutschen Bevölkerung - in Wien allein zählte man ca. 700.000 Karteikarten (Czech 2003, 58; Czech 2008, 284). "[A]lle Lebensäußerungen, die auf eine ungenügende Anpassung an die nationalsozialistische Volks- und Leistungsgemeinschaft schließen ließen" wurden in diesem zentralen Datenpool erfasst und für die Behörden zugänglich gemacht (ebd., 288). "Gefüttert" wurde die Kartei durch die Daten der Heil- und Pflegeanstalten, der Trinkerheilstätten, der "Krüppelheimen", der Hilfsschulen, der Arbeitshäusern und Erziehungsanstalten, den Ämter der NSDAP, der Polizei und der Gemeindeverwaltung. Die Realisierung der nationalsozialistischen "Erb- und Rassenpflege" war durch die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens und der aktiven Mitwirkung sämtlicher Behörden, Ärzte, Fürsorgerinnen und Lehrerinnen zu einem umfassenden bevölkerungspolitischen Mechanismus der Begutachtung und Selektion von Menschen und deren "körperlichen und geistigen Auffälligkeiten" avanciert (Czech 2005, 55).

Durch die gesammelten und zusammengetragenen Daten konnte die sogenannte "Erbtüchtigkeit" der einzelnen Personen über die "Sippenuntersuchung" geprüft werden. Die Kartei diente somit nicht nur den "Erbgesundheitsgerichten", sondern darüber hinaus auch der Einweisung in Arbeits- und Konzentrationslager, sowie der Selektion für die "Vernichtung des lebensunwerten Lebens". Die Kartei und die kontinuierliche Erfassungsarbeit der genannten Stellen und Personen "garantierte die permanente Sichtbarkeit der stigmatisierenden Markierung der Individuen von einem zentralen Ort aus und sicherte durch die Geheimhaltung, der das gesamte Unternehmen unterlag, das für Interventionen nötige Machtgefälle ab" (Czech 2008, 309).

"Fortpflanzungsgefährlichkeit" und die "mangelnde Lebensbewährung" der Betroffenen, sprich die Nichterfüllung "geistiger und körperlicher Normen" in Bezug auf die

Leistungsfähigkeit gegenüber dem Durchschnitt der "gesunden" Bevölkerung", markierten einerseits den Ausschluss von jeglicher sozialer Fürsorge, bzw. ermöglichten andererseits den staatlichen Zugriff auf den Körper der sogenannten "Minderwertigen" und "Asozialen". Jede "erbbiologische", "soziale" oder "moralische" Abweichung oder Nichtkonformität gegenüber dem Durchschnitt führte im NS-Staat zu lebensbedrohlichen Sanktionen. Diese Erfassung des "organischen Volksvermögens" unterlag der ökonomischen Bewertung der Leistungsfähigkeit: "Der einzige Wert eines Menschen, welcher unmittelbar Gegenstand der Statistik sein kann, ist sein Wirtschaftswert. In der Geldwirtschaft ist dies der Geldwert der menschlichen Arbeitskraft" (Zahn 1934, 461 zitiert in Aly/Roth 2000, 106). Die "erbbiologische Erfassung" war somit auch eine Statistik der "Erbgesundheit" bzw. "Leistungsfähigkeit", der deutschen Bevölkerung. Über diese Statistik konnten die qualitativen Vorgaben und Bedingungen eugenischer Maßnahmen quantifiziert werden. Die Statistik des "organischen Kapitals" ermöglichte es den Entscheidungsträger eine "Leistungsvorhersage" zu berechnen, mit der Wahrscheinlichkeiten und Risiken verglichen werden konnten (ebd., 118).

Statistiken, Kosten-Nutzen-Rechnungen aber sehr wohl auch "Abscheu" und Grauen" gegenüber den "geistig und körperlich Kranken" bildeten die Grundlage nationalsozialistischer Propaganda für eine aussondernde Bevölkerungspolitik. Anschaulich verknüpften Propagandafilme wie "Erbkrank", "Ich klage an" oder "Dasein ohne Leben" die verschiedenen eugenischen. Es waren Filme die für die "Schulung" der Bürokraten der verschiedenen Behörden oder für die allgemeine Bevölkerung gedacht waren.

Der "Kultur- und Dokumentarfilm" "Erbkrank" verknüpft beispielsweise Statistiken über die Kosten der "Irrenanstalten" mit Bildern, die das "Elend" der Anstaltsinsassinnen zeigen sollen. Die von Hermann Schwanger gefilmten "Unheilbaren" und "Ballastexistenzen" werden als "abscheuliche Menschen" porträtiert (Roth 1985, 133ff). Der 1940 produzierte und gezeigte Film bildet "[d]ie krassesten und eindrucksvollsten Typen, so z.B. idiotische und verwachsene Kinder neben Erwachsenen mit denselben Erscheinungen" ab und stellt diese den "Schönheiten des Gartens, der Kunst, usw." gegenüber (ebd., 136).

Ähnlich sollte der Film "Dasein ohne Leben" von 1942, der jedoch nie öffentlich gezeigt wurde, Abscheu und Angst der Zuschauerinnen gegenüber den "geistig Toten"

hervorbringen. Das erhaltene Skript enthält den Kommentar zu den Bildern: "Krüppel an Leib und Seele, Elendsgestalten, sich und anderen zur Last, wie Gespenster ohne Wille, Vorstellung und Gefühl. [...] Wie grenzenlos grausam ist es, die geistig Toten als lebende Leichname bis in ein hohes Alter zu konservieren" (ebd., 174). Die Filme versuchen über die Zusammenführung von Bildern und Argumentation, sei es emotionale wie rationale Zustimmung für die Maßnahmen gegen die "körperlich und geistig Anderen" zu erwecken.

## 6.1 Die "Krüppelfürsorge" im Nationalsozialismus

Durch das staatliche "Primat auf das Leben" werden jegliche Abweichungen von einer vermeintlichen gesellschaftlich definierten Körpernorm durch "Geschlechts-, Rasse- und Fähigkeitsvorstellungen" fragmentiert. Dabei wurde, wie bereits dargestellt, primär die "mangelnde Lebensbewährung" und die "Fortpflanzungsgefährlichkeit" der Individuen sanktioniert. "Nicht erwünschte 'asoziale' Lebensformen wurden in eine beliebige pseudogesetzliche Sterilisationsdiagnostik übersetzt, meist 'angeborener Schwachsinn'" (Goldberger 2007, 356). "Erbkrankheit", als Begriff *sui generis*, umfasste überwiegend "Geisteskrankheiten" in den "Diagnosen" "angeborener Schwachsinn, Epilepsie, Irrsein oder Schizophrenie". Im Vergleich dazu wurden sehr wenige Personen aufgrund einer vermeintlichen "körperlichen Beeinträchtigung" wie "Taub- und Blindheit" bzw. "körperlicher Missbildung", zwangssterilisiert. Da in "Fachkreisen" "körperliche Behinderung" grundsätzlich als "leichte Fälle" von Erbkranken anerkannt waren widerspricht dies der tatsächlichen umgesetzten Sterilisationspraxis (EEE 1933b, 101ff). Denn genau, in diesen Punkt waren sich alle Eugeniker einig, die "leichten Fälle" waren für die "folgenden Geschlechter" besonders gefährlich (Gütt/Rüdin/Ruttke 1936, 117).

Mit der nationalsozialistischen "Machtübernahme" war die "Krüppelfürsorge" in die "Nationalsozialistische Volkswohlfahrt" (NSV) eingegliedert worden. Die "Deutsche Vereinigung für Krüppelfürsorge" und die "Deutsche Orthopädische Gesellschaft" waren nun Teil der "Reichsarbeitsgemeinschaft zur Bekämpfung des Krüppeltums". Die Eingliederung in die Strukturen der NSDAP bedeutete zugleich, dass der Kreis der "Hilfsempfängerinnen" auf die "arischen" und gemeinschaftsfreudigen Volksgenossen

begrenzt wurde (Schoen 1985, 116 zitiert in Fuchs 2001, 116). Die Eingliederung führte auch zu neuen Aufgabenbereichen: Unter anderem die "Mitarbeit an der Erforschung der Erb- und Umweltbedingungen der Krüppelleiden", die "Förderung der Maßnahmen zur Verhütung und Heilung von Krüppeltum", die Erhaltung einer Statistik des "Krüppeltums" sowie der "Aufklärung und Anregung in allen Kreisen der Bevölkerung" (ZfK 1933, 139f zitiert in Fuchs 2001, 118).

Aus dem "Selbsthilfebund" wurde nach 1933 der "Reichsbund der Körperbehinderten". Der neue Namen suggeriert, dass das Konzept der "Förderung zu Selbsthilfe" der freiwilligen Eingliederung und Unterwerfung in den Reihen der NSDAP gewichen ist. Neben der strukturellen Anpassung unter das neue Regime unterwarf sich die "Krüppelfürsorge" auch inhaltlich und programmatisch dem hegemonialen rassenhygienischen Imperativ. Neben dem Ausschluss von "nicht-arischen" "Fürsorgezöglingen" beschränkte sich die Arbeit zunehmend auf die "Entkrüppelung" der "arbeitsfähigen Körperbehinderten". In diesem Sinne wurde nun zwischen "Arbeitsfähigen" und "Arbeitsunfähigen", sprich zwischen "Behinderten" und "Siechen" unterschieden. So heißt es programmatisch: "Das erklärte Ziel nationalsozialistischer 'Krüppelfürsorge' bestand darin, 'die Körperbehinderten gesundheitlich auszurichten und dadurch arbeitsfähig zu machen'" (KB 1939, 3 zitiert in Fuchs 2001, 127). Mit 1933 begann der kontinuierliche Ausschluss derjenigen, die den "utilitaristischen Erwägungen" und den eugenischen und rassenbiologischen Vorstellungen nicht mehr entsprachen (ebd., 137). "Entkrüppelungsfähig" waren diejenigen, die "arbeitsfähig" gemacht werden konnten – "entkrüppelungsunfähig" waren jene, die als "arbeitsunfähig" galten. In die Fürsorge hatte sich eine starke aussondernde Praxis etabliert, die das "Wertvolle" vom "Minderwertigen" trennte und die die Zwangssterilisation der Letzteren als notwendige Maßnahme zur "Erhaltung und Steigerung der Volksgesundheit" bzw. der "Verringerung der Zahl der Minderwertigen und Asozialen" betrachtete (KB 1934, 43 zitiert in Fuchs 2001, 139). Mitte der 1930er Jahre bestanden in der "Krüppelfürsorge" noch erhebliche Zweifel, ob „körperliche Beeinträchtigung“ überhaupt vererbbar sei: "Die vielfach verbreitete Ansicht, die Krüppelerscheinungen ließen sich durch Sterilisierungsmaßnahmen mit der Zeit derartig beschränken, dass eine besondere Krüppelfürsorge überflüssig würde, ist durchaus irrig" (ZfK 1934, 30 zitiert in Fuchs 2001, 146). Man argumentierte, dass "körperliche Schädigungen" zumeist durch exogene Faktoren verursacht seien, also erworben und dementsprechend in den meisten Fällen heilbar wären. Nach

Inkrafttreten des GzVeN erschienen zahlreiche Publikationen, die die Beziehung zwischen "Erblichkeit" und "Körperleiden" wissenschaftlich zu untersuchen versuchten (ebd., 149). Versuche "Körperleiden" als "leichte Fälle" oder als "nicht-vererbbar" darzustellen verfehlten aber bekanntlich die eigentliche Intention des GzVeN. Ins Fadenkreuz der Sterilisationspraxis gerieten vorwiegend die "gefährlichen" "leichten Fälle", die in den Augen der Experten eine besonders hohe "Fortpflanzungsgefahr" darstellten. Umgekehrt glaubte man, dass die "schweren Fälle" aufgrund ihrer "körperlichen und geistigen Beeinträchtigung" "asexuell" seien und somit ein vernachlässigbares Risiko darstellten. Durch die Trennung zwischen "arbeitsfähigen" und "arbeitsunfähigen" "Behinderten" bzw. "Siechen" bürdete man den "Wertvollen" eine ständige Beweisführung der eigenen Arbeitsfähigkeit und -leistung auf (ebd., 172). Diese Leistung bestand in der Doppelbelastung der "Behinderten". Zum einen hatten sie die "völkische Pflicht" ihren Körper "arbeitsfähig" zu machen, zu "entkrüppeln"; andererseits musste dieses Streben eigenständig, ohne staatliche Hilfe, erfolgen (ebd., 179). Die ihnen auferlegte Pflicht, den Körpernormen der "Vollwertigen" zu entsprechen, führte zum stetigen Aussondern derjenigen, die durch den immer breiter werdenden Definitionsbereich des "Minderwertigen" erfasst wurden.

Wie einleitend erwähnt waren die "Körperbehinderten" von 1935 bis 1937 als "Bann K" in den Reihen der Hitlerjugend vertreten. Der "Völkische Beobachter" berichtete begeistert: "Bereits vor einiger Zeit sind die Gehörlosen und Blinden in besonderen Einheiten, dem Bann G und dem Bann B, in der HJ aufgenommen. Mit großer Begeisterung und einem erstaunlichen Leistungswillen sind diese Jugendlichen bei der Sache. Ihr Eifer im Dienst und ihre durch *verdoppelte* Willenskraft ausgeglichenen Leistungen lassen ihren körperlichen Fehler fast völlig vergessen" (KB 1935, 111 zitiert in Fuchs 2001, 214; Herv. i.O.). "Leistungsschwache" oder "leistungsunwillige" "Behinderte" wurden somit a priori ausgeschlossen. Das Entsprechen der nationalsozialistischen Körpernormen vollzieht sich somit gezwungenermaßen über das Ausblenden "körperlicher Andersheit". Anpassung und Eingliederung im Dienste des Volksganzen machen die "Krüppelfürsorge" "produktiv": "Nur da wo dieses Ziel erreicht werden kann, ist die Krüppelfürsorge 'produktiv' und hat nach wie vor Sinn und Daseinsberechtigung. Im anderen Falle kann und darf sie nur Pflege und Bewahrung sein" (Mensling 134, 62f zitiert in Stadler 2004b, 302).

Die aktiv gesuchte Eingliederung in das NS-Regime ermöglichte es der "Krüppelfürsorge" das kurzlebige "Dritte Reich" zu überdauern. Die zunehmende

Abgrenzung der "wertvollen Behinderten" von den "Geisteskranken" und "Siechen" führte dazu, dass "körperliche Andersheit" vom Sterilisationseifer relativ verschont blieb. Umgekehrt verstärkte und verschärfte dies die Diskriminierung und Verfolgung der sogenannten "Geisteskranken, Asozialen und Minderwertigen".

## 6.2 Bruchlinien der Sterilisationspraxis

Das GzVeN wurde zweimal durch Durchführungsverordnungen erweitert bzw. angepasst. Durch Erlass des Reichsinnenministeriums vom 18. Juli 1940 wurden die Kriterien für die Beurteilung der Erbgesundheit neu geregelt. Zudem sollte die wachsende Diskrepanz zwischen Gesetz und Praxis durch einheitlichere Beurteilungskriterien verringert werden. Das Spannungsverhältnis zwischen der Wahrnehmung als Genotyp bzw. Phänotyp wurde endlich geklärt: "Die Erbtüchtigkeit einer Person hängt ab von ihrem eigenen gesundheitlichen Zustand und der Beschaffenheit ihrer Sippe. Dabei ist ebenso ihr Gesamtwert für die Gemeinschaft hinsichtlich der Fähigkeiten, Begabungen usw. wie auch das Vorhandensein von Erbleiden zu würdigen" (RMI 1940, 205). Dabei wurde der Begriff "Erbleiden" neu definiert: "Unter Erbleiden sind nicht allein die im Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses aufgezählten Erbkrankheiten [...] zu verstehen, sondern alle vererbbaaren Leiden und Eigenschaften, die den Wert des Betroffenen gegenüber der Volksgemeinschaft beeinträchtigen" (ebd.). Somit hob der Erlass jegliche, bis dahin postulierte Beschränkung auf medizinische Indikationen endgültig auf und kodifizierte die bis dahin gängige Praxis, medizinische *und* soziale Bedingungen als gleichwertig zu betrachten, denn, "[d]er Begriff 'erbggesund' ist ein relativer Begriff. Bei der großen Anzahl der Erbkranken und der innerhalb des deutschen Volkes durch viele Sippen gehende Verwandtschaft wird damit gerechnet werden müssen, daß in vielen für einwandfrei befundenen Sippen bei genauerer Nachforschung ein Erbkranker oder sonst Abwegiger festgestellt wird" (ebd., 206). Der Erlass "befreite" die Erbgesundheitsgerichte, Gutachter und Behörden von einer "lästigen" medizinischen Beschränkung, erweiterte nun offiziell den Handlungsspielraum erbbiologischer Maßnahmen der Sterilisation, der Ehe und der Ehestandsdarlehen. Wie bereits dargestellt dienten diese Maßnahmen der "Gesundung" des Volkskörpers, d.h. der langfristigen "Verbesserung" der Erbanlagen durch Förderung der "guten", bzw. durch

"Ausmerze" der "schlechten" Anlagen. Weiterhin blieb die Schwierigkeit, Anlagen von deren Trägern, d.h. Genotyp von Phänotyp zu unterscheiden, bestehen. Der Erlass bestätigte, dass "[b]ei der Auslese nach erbpflegerischen Gesichtspunkten [...] die Beurteilung der Leistungsfähigkeit von entscheidender Bedeutung sein" müsse (ebd.). Da Erbleiden innerhalb einer Familie vererbt würden, beeinflusse dies auch die Leistungsfähigkeit der sogenannten "Sippe", weitergedacht der ganzen Gesellschaft.

Der Erlass ging auch auf die notwendige Abgrenzung zwischen "erbkranken", "normalen" und "hochwertigen" Menschen ein. Uneheliche Kinder, deren Väter durch die Behörden nicht ermittelt werden könnten, müssten als "unterdurchschnittlich" beurteilt werden. Ebenso deren Mütter, die der Erlass als "erbbiologisch unerwünscht" definiert (ebd.). Grundsätzlich waren all jene Personen als "asozial", als "gemeinschaftsfremd" zu betrachten, deren "Geisteshaltung nicht besserungsfähig" sei: Darunter verstand man jene, die "fortgesetzt mit Strafgesetzen, der Polizei und den Behörden in Konflikt geraten", die "arbeitsscheu sind und den Unterhalt für sich und ihre Kinder laufend öffentlichen oder privaten Wohlfahrtseinrichtungen [...] aufzubürden suchen" (ebd.). Aber auch jene die "besonders unwirtschaftlich und hemmungslos sind und mangels eigenen Verantwortungsbewußtsein weder einen geordneten Haushalt zu führen noch Kinder zu brauchbaren Volksgenossen zu erziehen vermögen" (ebd.). Somit wurden "Kriminelle", "erwerbsunfähige" oder "unwillige" Männer bzw. "lebensuntaugliche" Frauen und Mütter durch den Erlass miterfasst. In die Gruppe der "Asozialen" fielen aber auch noch die "Trinker" und die "durch unsittlichen Lebenswandel" auffallenden "Dirnen". "Familien sind als asozial zu bezeichnen, wenn mehrere ihrer Mitglieder asozial (gemeinschaftsfremd) sind und die Familie selbst, im ganzen gesehen, eine Belastung für die Volksgemeinschaft darstellt" (ebd.).

Zwischen "asozialen" Familien und "hochwertigen" Personen liegen im Modell die sogenannten "tragbaren Familien" der "Durchschnittsbevölkerung". Deren Leistungsfähigkeit könne auch unterdurchschnittlich sein, solange deren erbbiologische "Belastung" "normal" sei. "Normal" oder "Durchschnitt" bedeutete, dass nur vereinzelte "Erbleiden" und durchschnittliche Fähigkeiten nachweisbar seien. Diese schwer identifizierbare Personengruppe müsse, so der Erlass, noch genauer in ihrem "Gesamtwert" erforscht werden (ebd., 209).

Die letzte Gruppe, die "Hochwertigen", sind in den Augen des Reichsinnenministeriums jene, die nicht zu den vorangegangenen dazuzuzählen sind: "Als erbbiologisch besonders hochwertig ist eine Person zu bezeichnen, die selbst körperlich und geistig

gesund ist und in derer Blutsverwandtschaft (Großeltern, Eltern und deren Geschwister, eigene Geschwister und eigene Kinder) Erbleiden, insbesondere auch Psychopathie, die zu sozialem Abstieg, zu Kriminalität, Rauschgiftsucht usw. führen, auch nicht in einem Falle aufgetreten sind". Denn, so die Logik, "besonders wertvolle Anlagen" entsprächen körperlicher und geistiger Gesundheit der Einzelpersonen und in Summe einer ganzen Familie (ebd.; Aly/Roth 2000, 118).

Die rassenhygienische Sterilisationspolitik konnte und musste den Kreis der Betroffenen ausweiten. Die sozial bedingte "Diagnose" der "Minderwertigkeit" konnte über "körperliche und geistige Defizite" hinaus auch auf "moralische Abweichung" angewendet werden. "Erbkrankheit" und "Erbleiden" wurden zu Begriffen *sui generis* weiterentwickelt (Bock 1986, 313) und als negative Ausprägung der "Gemeinschaftsfremden" konzipiert (ebd., 366). Der staatliche Sterilisationszwang wurde auf all jene ausgeweitet, die als "asozial" identifiziert worden waren: "Zigeuner", "kinderreiche und unordentliche Familien", "uneheliche Mütter und Kinder", "Prostituierte", "Vagabunden", "männliche Homosexuelle", "Wohlfahrtsempfänger", "Alkoholiker", "Straftäter" (ebd., 359; ebd., 366).

Der Kampf gegen diese "Schädlinge" müsse auch im Krieg fortgeführt werden meinte Karl Ludwig Lechler, Leiter des Stuttgarter "Rassenpolitischen Amtes" (Lechler 1940, 178). Er unterschied in seinen Ausführungen zwischen den "Asozialen" und den "Unsozialen": "Der Asoziale ist gemeinschaftsunfähig, der Unsoziale ist gemeinschaftsfeindlich. Asozial ist ein erbbiologischer, unsozial ein soziologischer Begriff" (ebd., 180). "Gemeinschaftsunfähigkeit" sei durch erbliche Anlagen, "Gemeinschaftsfeindlichkeit" durch "äußere Einflüsse" bedingt (ebd., 179; Aly/Roth 2000, 111). "Asozialität" zeichne sich auch durch die vorwiegende Mischung verschiedener "Rassen" aus. Für Lechler sind "Asoziale" demnach "ganz vorwiegend rassenlose Gestalten" (Lechler 1940, 193). In der eugenisch motivierten Sterilisationspraxis war die Unterscheidung zwischen einer "biologischen" und einer "sozial" bedingten "Soziabilität" irrelevant geworden.

Der Gruppe der "Erbkranken" und "Asozialen" stand der Arzt als "Volksführer", als Experte, als "heroische[r] biologische[r] Soldat[...] seines Volkes" (ebd., 183) gegenüber. Während die Betroffenen zu Opfer staatlicher Gewalt wurden, erkannten die meisten Ärzte in der Zwangssterilisation eine besondere Pflicht gegenüber dem "deutschen

Volke". Das GzVeN wurde durch die vielen Befürwortern gefeiert: "Ein lang gehegter Wunsch sowohl des Erbforschers als auch des Psychiaters ist mit Inkraftsetzung dieses Gesetzes in Erfüllung gegangen" (ebd., 193). Sie, die Teil der "Erbgesundheitsgerichte", die Antragssteller und Begutachter waren, verkörpern die staatliche Gewalt, die das "Lebenswerte" vom "Lebensunwerte" scheidet. Allein das, was „lebenswürdig“ ist, hat auch ein "Lebensrecht": "Das Recht bedarf [...] des Schwertes [...] Es gibt nur *ein* Recht: das Lebensrecht dessen, was lebenswürdig ist" (Freisler 1939, 937ff zitiert in Bock 1986, 198; Herv. i. O.). Die Sterilisationspolitik wurde durch Männer verkörpert die über das Leben "anderer" Männer und Frauen entschieden. Die "Staatsaufgabe" der Sterilisation war sozusagen eine "Männeraufgabe" (ebd., 207). Während die "Unfruchtbarmachung" bei Männern ein relativ "geringfügiger Eingriff" war, führte dieser bei Frauen oft zu Komplikationen, zu Erkrankung oder Tod. Das hohe Sterberisiko (ca. 5%) wurde jedoch in Kauf genommen. Gegenüber Frauen denen eine "hemmungslose Sexualität" nachgesagt wurde, könnte, so einige Kritiker, die Sterilisation das "Fortpflanzungsproblem" zwar beseitigen, die Frauen jedoch gleichzeitig in die "Prostitution" getrieben werden. Die positiven Effekte im Sinne der "Aufartung" würden somit durch eine steigende Gefahr für das männliche (meist jugendliche) Sexualverhalten relativiert werden (ebd., 391). Die Sterilisation der Frauen führe in den Augen der Ärzte auch dazu, dass diese vermehrt Opfer von Übergriffen "gefährlicher Männer" werden könnten. Umgekehrt galten besonders "schwachsinnige Frauen" als potenzielle "Opfer männlicher Gewalt", die daher noch im jugendlichen Alter sterilisiert werden sollten (ebd., 398ff). "Männliche Sexualität" wurde in der Diskussion naturalisiert, als "normal" gesetzt, während das "weibliche hemmungslose Sexualverhalten", bzw. die "Asexualität", als staatliche Interventionsobjekte definiert wurden.

"Mangelnde Lebensbewahrung" entsprach bei Männern dem "Versagen im Erwerbsleben". Bei Frauen wurde mit dem Etikett "Schwachsinn" häufig das "Bimmeln, Lügen, Stehlen, Vagabundieren, sexuelle Vergehen" sanktioniert (Dubitscher 1937, 164 zitiert in Bock 1986, 403). Während "sexuelle Perversion" nur bei homosexuellen Männern konstatiert wurde, galten bei Frauen "Triebhaftigkeit", "sexuelles Interesse", "ein erotischer Eindruck", "sexuelle Erregbarkeit" als Zeichen "weiblicher Perversion" (ebd., 403). Besonders alleinerziehende Mütter gerieten so ins Fadenkreuz der Behörden: "Bei unehelichen Gebärdenden wird es sich in vielen Fällen um geistesschwache Personen handeln, die unter das Gesetz fallen dürften" (RMI an die

Landesregierungen vom 9. Juli 1934 zitiert in Bock 1986, 405). Stand bei Männern die Erwerbsfähigkeit im Beruf im Vordergrund der Beurteilung der "Lebensbewährung", so galt bei Frauen die "Unfähigkeit", "sich auf neue, verschiedenartige Forderungen des täglichen Lebens weitblickend einzustellen" als Versagen (Gütt/Rüdin/Ruttke 1936, 124ff).

Die Sterilisationspraxis unterschied nicht nur zwischen den Geschlechtern, sondern auch zwischen "höherwertiger und minderwertigen Rassen", zwischen "deutschen Frauen" und "Jüdinnen" oder "Zigeunerinnen". So stellten die vielen Zwangsarbeiter und Zwangsarbeiterinnen im "Altreich" eine relativ großes Risiko für "unerwünschten Nachwuchs" dar (Czech 2005, 83). Die Behörden befürchteten, dass die "schwangeren" "fremdvölkischen" Zwangsarbeiterinnen sich durch eine vorsätzliche Schwangerschaft von der Arbeit entziehen könnten. Dementsprechend wurden sämtliche Mutterschutzbestimmungen für diese Personengruppe aufgehoben, die Arbeitspflicht bis an die Grenzen der physischen Belastbarkeit verlängert (Bock 1986, 446). So unterschied der NS-Jargon zwischen der "schwangeren", d.h. der "ausländischen" und "minderwertigen" Frau und der "deutschen Frau" als "werdende Mutter" (ebd., 435). Dem Problem "unerwünschter Geburten" wurde durch die harte Zwangsarbeit schwangerer Frauen und den daraus oft resultierenden Fehl- oder Totgeburten begegnet. Zwangsarbeiterinnen wurden zudem auch bei fortgeschrittener Schwangerschaft zur Abtreibung gezwungen. In Wien fungierte ab 1943 das Wilhelminenspital als Zentrum für Abtreibungen und Sterilisationen dieser Art (Czech 2005, 88). "Minderwertige Frauen", sprich "Ausländerinnen", "Erbkranke", "Asoziale" galten als "Nicht-Frauen", wurden auf ihre "Fortpflanzungsfähigkeit" reduziert. "Deutsche Frauen" hingegen wurden nicht nach ihrem "Geschlechts-", sondern ihrem "Rassecharakter" bestimmt. Während bei den "Minderwertigen" die staatliche Aufgabe der "Unfruchtbarmachung", d.h. die Regulierung des "Biologischen", überwog, nahm der Staat die "deutsche" und "gesunde" Frau in die Pflicht, gesunden Nachwuchs zu produzieren (Bock 1986, 135).

### 6.3 Von der Sterilisations- zur Vernichtungspolitik

Das GzVeN war das erste nationalsozialistische Gesetz das hegemoniale rassenhygienische Denkweisen in einer eugenischen und antinatalistischen Bevölkerungspolitik verdichtete. Die Sterilisationspraxis hatte ein vermeintlich "biologisches Subjekt" zum Gegenstand, den "Träger von Erbanlagen", den Menschen als Genotyp (Gütt/Rüdin/Ruttke 1936, 111). Diese durch die Fortpflanzung oder durch externe Faktoren erworbenen Anlagen wurden, wie bereits dargestellt, als "minderwertig" oder als "defekt" definiert. Diese auf die Vergangenheit und die Gegenwart des Biologischen gerichtete Logik wurde durch das "Denken in Erbwerten" zu Ende gedacht. Es war ein Denken, das die drohende Weitergabe dieser "körperlichen oder geistigen Leiden" an ein "zukünftiges Geschlecht" verhindern wollte. Nur die Identifizierung der Trägerinnen "defekter Anlagen" und deren "Ausschaltung" konnten in dieser Logik die Entwicklung des biologischen Kapitals und zur "Aufartung" der "Rasse" beitragen. Über das vermeintliche Vorhandensein "minderwertiger" biologischer Anlagen wurden die Betroffenen zudem kriminalisiert. Die "kranke", oder "leidende" Person war ein "krimineller" Mensch geworden, der keinen Anspruch auf Rechtsschutz erheben konnte. "Das Gesetz dient dem Wohle und dem Schutze der Volksgemeinschaft, d.h. dem höchsten Rechtsgut, das wir kennen. Der Einzelne hat der Gemeinschaft gegenüber immer zurückzutreten" (ebd., 110). Das Individuum müsse sich den Interessen eines "zukünftigen Geschlechts" unterordnen. Die Zwangssterilisation bedeutete "die Entwertung des menschlichen Körpers gegenüber einem postulierten menschlichen 'Wesen'. Sie legitimierte eine Politik, die den Eingriff in Leib und Leben von Menschen im Interesse einer überindividuellen 'Bevölkerung' oder 'Rasse' zum Grundsatz erhob" (Bock 1986, 41). Das sogenannte "Denken in Erbwerten" ging somit über eine einfache Kosten-Nutzen-Rechnung hinaus: Es erweiterte das Verhältnis zwischen dem Individuum und dem Volksganzen durch eine "biologische Übersetzung", in der das Verhältnis zwischen einem „jetzigen“ und einem "zukünftigen Geschlecht" hergestellt wurde.

Die Sterilisationspolitik kodifizierte und festigte das staatliche Primat auf das Leben in der Freiwilligkeit und freie Entscheidung zunehmend durch staatliche Regulierung, durch Verbote, Genehmigungen und Nachweisen ersetzt wurden. Die freiwillige Sterilisation oder freiwillige Abtreibung wurden verboten, der staatliche Zugriff auf die Körper wurde hingegen ausgeweitet. Der NS-Staat verpflichtete sich in seiner

"biologischen Aufgabe" dem Schutz des Volksganzen, der den Schutz des Individuums in seiner rechtlichen aber auch biologischen Dimension zunehmend verdrängte. Der Staat setzte sein Primat auf dem Gebiet des Lebens auch gewaltsam durch. Das staatliche Primat war zudem ein männliches Primat über Frauen und "andere" Männer. Die Sterilisationspraxis sanktionierte die Abweichung von rassenhygienisch definierten Geschlechter- und Körpernormen und war darüber hinaus eine wichtige Waffe im "Rassenkrieg". Durch die Sterilisationspraxis wurde der relativ eingegrenzte Betroffenenkreis mehr und mehr erweitert. "Erbkrankheit", "Asozialität" und "Minderwertigkeit" sind im rassenhygienischen Diskurs Synonyme. Über diese sozial definierten Kategorien gerieten immer mehr Personen unter das "Sterilisationsmesser". Dabei entsprach diese Expansion in der Reichweite des Gesetzes einer zunehmenden Abgrenzung zwischen "körperlichen" und "geistig" "Behinderten". Dies erklärt auch, warum die sogenannten „Körperbehinderten“ im Verhältnis zu den „Siechen“ und „Geisteskranken“ kaum Opfer der Sterilisationswut der Nationalsozialisten wurden.

Nach dem Beginn der Kampfhandlungen im September 1939 wurden die Amtsärzte angehalten, nur noch "dringliche" Fälle den Erbgesundheitsgerichten zu melden (ebd., 135). Die Sterilisationspolitik wurde daraufhin durch die tatsächliche physische "Vernichtung lebensunwerten Lebens" ergänzt. Die kontinuierliche Erweiterung des Betroffenenkreises der Zwangssterilisation entspricht somit der recht klaren Eingrenzung derjenigen, die bis zum Kriegsende Objekt des staatlichen Vernichtungswillens werden sollten. Dabei warnte Gerda Lucas, Mitglied im "rassenhygienischen Ausschuss der Inneren Mission", bereits 1934: "Ich bin der Meinung, daß wenn wir einmal anfangen, die Tür aufzumachen, daß wir dann die Grenze nicht mehr finden" (StARhRp 13. Juli 1934 CA/G 1601/1 zitiert in Bock 1986, 298).

## **7 Die Vernichtung des "lebensunwerten Lebens"**

Die Tötung der erwachsenen Insassinnen der Heil- und Pflegeanstalten begann im Frühjahr 1940. Die systematische Erfassung und Tötung von Kinder in den sogenannten "Kinderfachabteilungen" begann dagegen bereits im Herbst 1939. SS-Sonderkommandos ermordeten während des Polenfeldzugs zahlreiche Patientinnen der Heil- und Pflegeanstalten der besetzten Gebiete. Im Kriegsverlauf wurden zudem ca. 20.000 "kranke" oder "arbeitsunfähige" Kriegsgefangene und KZ-Häftlinge in den bereits erwähnten Mordanstalten im Altreich deportiert und getötet. Ab dem Jahr 1942 wurden zudem "arbeitsunfähige" Zwangsarbeiterinnen und deren Neugeborene Opfer der nationalsozialistischen Todesmaschine. Diese zentral koordinierten Tötungen zeigen eindrucksvoll, wie reibungslos und effektiv die nationalsozialistische Erfassung und Ermordung der „Unerwünschten“ bereits vor dem Holocaust funktionierte. Nach 1941, mit dem vorläufigen "Euthanasie-Stopp", wurde das Morden in den zahlreichen Anstalten "dezentral" fortgeführt. Anstaltsärzte und Pflegerinnen hatten im Verlauf der Mordaktionen in der Entscheidung über Leben und Tod der Patientinnen zunehmend das Sagen.

In diesem Kapitel möchte ich nun darstellen, wie die Erfassung und Vernichtung des "lebensunwerten Lebens" als "Radikalisierung" der Sterilisationspolitik aus einer biopolitischen Perspektive zu verstehen ist. Dabei geht es mir weniger um vermeintliche Kontinuitäten, sondern um die Verschiebungen und Brüche im Diskurs des "lebensunwerten Lebens", die diese Vernichtungspolitik gegen Trägerinnen "verkörperter Andersheit" aus einem anderen Blickwinkel beschreiben können.

### **7.1 Die Erwachseneneneuthanasie**

Nach der Machtübernahme im Jahr 1933 brachten die Nationalsozialisten ein Programm voran, das einerseits die Verstaatlichung der Gesundheitsfürsorge und Wohlfahrt zum Ziel hatte, und andererseits die Besetzung dieser Einrichtungen mit parteitreuen "Volksgenossen" vorsah und schlussendlich realisierte. Indem die Nazis sämtliche öffentliche Institutionen und Einrichtungen unter staatlicher Kontrolle brachten und in die NSDAP eingliederten, konnten sie ihre rassenhygienische Politik, das staatliche "Primat auf das Leben", totalisieren. Den "Minderwertigen" wurden öffentliche

Zuwendungen verweigert, sie gerieten in die Fänge der Behörden und wurden gegen ihren Willen sterilisiert.

Den Insassinnen der Heil- und Pflegeanstalten ging es kaum besser. Viele von ihnen wurden ebenfalls sterilisiert, die meisten, die mehrere Jahre in den Einrichtungen verwahrt wurden, stellten in den Augen der "Experten" aufgrund "körperlicher" oder "geistiger Krankheit" kein "Fortpflanzungsrisiko" dar. Mangelernährung und Vernachlässigung führten bereits vor 1939 zu Sterberaten über 5% (Klee 2010, 70f). Außerhalb der Einrichtungen gab es für sie kein "Leben": Sie galten als "erwerbsunfähig" und "gemeinschaftsunfähig", stellten in den Augen der Rassenhygieniker eine biologische "Gefahr" dar. Im Moment wo das NS-Regime mit den Kriegsvorbereitungen begann, war ihr Schicksal als "nutzlose Esser" besiegelt (ebd., 78). Durch die "Freimachung der Anstalten" sollten in der damaligen Logik Nahrungsmittel und sonstige Aufwendungen eingespart werden und zudem die Schar an Ärzte und Pflegerinnen für den Kriegseinsatz mobil gemacht werden. Die Planung der "Vernichtung des lebensunwerten Lebens" begann.

Das Hauptamt II der Kanzlei des Führers und die Abteilung IV im Reichsinnenministeriums arbeiteten einen gemeinsamen Organisations- und Aktionsplan aus. Von Beginn an beteiligt waren Phillip Bouhler, Viktor Brack, Werner Blankenburg, Herbert Linden und Leonardo Conti (ebd., 79). Diese Gruppe, die bis Mai 1939 die Planung der Kindereuthanasie abgeschlossen hatte, wurde später notwendigerweise durch viele andere Personen erweitert. Für die Abwicklung der Erfassung und Selektion wurde der von Viktor Brack geleitete "Reichsausschuß zur wissenschaftlichen Erfassung von erb- und anlagebedingten schweren Leiden" eingerichtet. In dieser Zeit wurden auch die notwendigen Erfassungskriterien und die Tötungsmethode festgelegt. Im September 1939 verbreitete das Reichsinnenministerium den Erlass zur "Erfassung der Heil- und Pflegeanstalten" und versendete daraufhin an alle Anstalten im Reich die Meldebögen. Die Selektion begann mit der Identifizierung der in den Anstalten verwahrten "Geisteskranken", den "Epileptikern" und "Schwachsinnigen" (ebd., 87). Dabei konnten die ca. 500 Mitarbeiterinnen und Gutachter der T4-Zentrale in der Tiergartenstraße 4 in Berlin auf die gemachten Erfahrungen in der "erbbiologischen Bestandsaufnahme" zurückgreifen (ebd., 121). Die Abwicklung war durch das perfekte Zusammenarbeiten der verschiedenen Dienststellen und die positive Haltung der Anstaltsleiter und Ärzte möglich geworden (Aly 1985a, 19). Für die Auswertung der tausenden Meldebögen

wurden zusätzliche Gutachter eingestellt. Die große Menge an Bögen, die in kurzer Zeit bearbeitet werden mussten, schuf nicht nur logistische Probleme: Die Auswahl der zu vernichtenden Personen über die bloße Bearbeitung der Meldebögen wurde von Bernhard Jutz, selbst Gutachter, als "barer Irrsinn" bezeichnet (Klee 2010, 126). Einige Gutachter bearbeiteten bis zu 3.500 Meldebögen im Monat (ebd., 127). Die "erbpflegerische" Arbeit der Gutachter muss somit stark relativiert werden. Vielmehr bildeten der Meldebogen und die praktische Erfassung der Patientinnen durch die Anstaltsärzte wesentliche Bedingungen, an die sich die Gutachter in der Endbearbeitung der Selektion halten und orientieren mussten. So waren die Frage nach "Rasse", "Erblichkeit" oder "Unheilbarkeit" der "Krankheit", der Arbeitsleistung der Person, sowie deren "asoziales" oder "kriminelles Verhalten" für deren positive bzw. negative Beurteilung entscheidend (Hohendorf 2007, 43). In der Frühphase der Euthanasie wurden beispielsweise Ausländerinnen, Männer, die im Ersten Weltkrieg gedient hatten sowie Alterskranke von der Selektion der Gutachter "verschont".

Als im Frühjahr 1940 die Anstalten Grafeneck (Baden-Württemberg), Brandenburg (Brandenburg), Hartheim (Oberösterreich), Sonnenstein (Sachsen), Bernburg (Sachsen-Anhalt), Hadamar (Hessen) zu Mordanstalten mit Gaskammern und Krematorien ausgebaut wurden, begannen auch die Todestransporte. Des Öfteren wurden Personen, die auf den durch den Ausschuss erstellten Deportationslisten standen von den Anstaltsleitern nicht abgegeben. Zentrales Argument, das in späteren Versionen des Meldebogens Berücksichtigung fand, war die Behauptung, dass die Personen für die Arbeit in der Anstalt notwendig seien (Klee 2010, 133). Die beurteilte Arbeitsleistung der Insassinnen konnte somit über deren Leben und Tod entscheiden. Herwig Czech ist der Meinung, dass eben diese ökonomische Kriterien die Zentralität etwaiger rassenhygienischer Kriterien übersteigen<sup>16</sup> (Czech 2003, 36). Dies trifft jedoch nur teilweise und in ganz bestimmten Fällen zu. Zum einen müssen für eine genauere Betrachtung des Selektionsprozesses die wichtigen ökonomischen Kriterien genauer definiert werden. Die negativ bewertete Arbeitsleistung einer Person konnte durch die Tatsache, dass diese als Selbstzahlerin, der Anstalt als Unterhalt zahlende Person abhandeln kommen würde, aufgehoben werden. So beobachtete Transportleiter Küpper zurückblickend: "Ich hatte nicht immer den Eindruck, daß die gesündesten Patienten vom Transport zurückgestellt wurden, sondern die Zahlungskräftigsten (Klee 2010,

---

<sup>16</sup> Ausgenommen "Juden" und "Zigeuner".

133). Andererseits wurde die Arbeitsleistung nicht einheitlich bewertet: Vielmehr wurde die Leistung vom "durchschnittlichen" und "normalen" Leistungswert in der Bevölkerung abhängig gemacht. Die etablierten Bruchlinien "krank/gesund", "minderwertig/hochwertig" waren also weiterhin hegemonial wirksam (Peukert 1988, 26). Das Endziel der Aktion waren weiterhin ein "gesundes" "zukünftiges Geschlecht", bzw. ein "hochwertiger", "homogener" und "gesunder" Volkskörpers, sprich die Aufartung des menschlichen "Ewigkeitssubstrats" (ebd., 32). Die Arbeitsleistung, der daran geknüpfte ökonomische Nutzen, galt nur innerhalb der Anstalten. Außerhalb dieser, entschieden die Bewertung des Körpers und dessen "Fähigkeit", über Leben und Tod der Anstaltsinsassinnen (ebd., 37).

Mit dem Polenfeldzug im Herbst und Winter 1939 wurden auch zahlreiche Anstalten des Reichsgaus Wartheland "leergeräumt". Auf Befehl der Gauselbstverwaltung wurde das SS-Sonderkommando "Lange" aktiv (Schmuhl 1992, 240; Friedlander 1997, 89; Klee 2010, 99). Dabei wurden vor allem jüdische und polnische Patientinnen durch Massenerschießungen oder Vergasung in Gaswägen Opfer dieser mobilen "Säuberungsaktionen". In Pommern wurden ca. 2.300 Insassinnen der dortigen Anstalten ermordet (Klee 2010, 94). Zwischen Oktober und Dezember 1939 wurden in den Anstalten Larenburg, Obrawalde, Treptow, Ueckermünde, Stralsund ca. 3.400 Patientinnen "geräumt" (ebd., 97). Zwischen Februar und März 1940 wurden durch das SK Lange weitere 1.200 Patientinnen ermordet (ebd., 109).

Während "deutsche" bzw. "arische" "Pfleglinge" aufgrund ihrer Arbeitsleistung oder anderer Eigenschaften manchmal von den Transportlisten gestrichen wurden, kam das Merkmal "Jude" einem Vernichtungsurteil gleich. "Jüdinnen" wurden durch den Erlass des Reichsinnenministeriums vom 15. April 1940 gesondert erfasst und in speziellen Transporten mit der Markierung "J" deportiert. Einer dieser Transporte brachte im Juli 1940 ca. 400 jüdische Patientinnen der Hamburger psychiatrischen Anstalten nach Hartheim, wo sie daraufhin vergast und kremiert wurden (ebd., 269f; Schmuhl 1992, 215f).

Zwischen 1941 und 1944 kamen die T4-Gutachter der SS-Lagerverwaltung in der Selektion und "Aussonderung" "kranker", "invaliden" oder "arbeitsunfähiger" KZ-

Insassinnen zu Hilfe. Die unter dem Kürzel "14f13"<sup>17</sup> bekannte Aktion zeigt, wie ähnlich die beiden Strukturen arbeiteten und wie beide dem gemeinsamen Ziel, der Vernichtung "lebensunwerten Lebens", verpflichtet waren. Bei der Selektion durch die Gutachter in den Lagern waren die gewöhnlichen Selektionskriterien unwichtig. Die Auswahl war willkürlich und erfasste "Jüdinnen", "triebhaft, haltlose Psychopaten", Personen mit "deutschfeindlicher Gesinnung", "eingefleischte Kommunisten", "namhafte Funktionäre der KPD". Die "Ausgesonderten" wurden deportiert und in den drei Mordanstalten Hartheim, Sonnenstein oder Bernburg vergast. Die Wienerin Käthe Leichter wurde im Jahr 1942 von Ravensbrück nach Bernburg "verlegt" und dort getötet (DÖW o.J.). Infolge der zunehmenden wirtschaftlichen Ausrichtung der Lager wurden ab 1942 die Selektionskriterien auf die "Diagnose" "Arbeitsfähigkeit" begrenzt. Insgesamt wurden jedoch über die T4-Aktion ca. 20.000 KZ-Häftlinge in den Gaskammern ermordet (Schmuhl 1992, 217ff).

Während die Sterilisationspraxis vorwiegend die "leichten Grade" "erblicher Erkrankung" als Objekte hatte, erfasste die T4-Aktion vor allem die verwahrten Insassinnen der Heil- und Pflegeanstalten, die von den Sterilisationsmaßnahmen bis dato weitgehend verschont geblieben waren. Die "Aussonderung" der "Unheilbaren" war Teil einer Bevölkerungspolitik, die in den Jahren 1939 bis 1945 das Leben von Millionen von Menschen vernichtete. Dieser Vernichtungswille hatte aber auch eine praktische Relevanz: Die Aussonderung der "Unheilbaren" und "Arbeitsunfähigen" machte die Neugestaltung des Anstaltswesens möglich (Aly 1985b, 16ff). Durch die Einrichtung einer zentralen Verrechnungsstelle konnten Leben und Tod der Insassinnen buchhalterisch in der betriebswirtschaftlichen Bilanz der Anstalten gegenübergestellt werden. "Es war also möglich, auf der einen Seite einen Unheilbaren verhungern zu lassen und für das eingesparte Geld auf der anderen Seite einen anderen Patienten aufwendig mit dem ganzen Arsenal der damaligen Psychiatrie zu therapieren" (ebd., 28).

Zwischen der T4-Zentrale und den Anstalten entwickelte sich ein reger Austausch von Meldebögen. Von den Anstalten hingegen gingen zahlreiche Transporte in die sechs Mordzentralen weg. In diesen wurden die "Patientinnen" nach der Ankunft ein letztes Mal durch den Anstaltsarzt untersucht, die Todesursache "festgelegt" und eventuell

---

<sup>17</sup> Das Kürzel "14" bezeichnete den Tod im KZ, während mit "13" die Vergasung als Todesursache kennzeichnete (Schmuhl 1992, 217).

vorhandene Goldzähnen durch ein Zeichen am Rücken der Personen markiert. Anschließend wurden sie mit Gewalt in die Gaskammer gepfercht und durch das einströmende Kohlenmonoxid getötet (Klee 2010, 142f). Leben und Tod waren nur durch die luftdichte Tür der Gaskammer getrennt. Der Arzt war formal für das Töten verantwortlich, delegierte das Drehen des Gashahns, jedoch des Öfteren anderen Personen (Kepplinger 2008, 84). Die Leichen wurden nach der Entlüftung im hauseigenen Krematorium eingeäschert: "Nachdem die Leute verbrannt waren, wurden die Knochenreste, die durch den Rost des Ofens gefallen waren, in eine Knochenmühle gegeben und dort zu Pulver zermahlen. Das so gewonnene Knochenmehl wurde an die trauernden Hinterbliebenen als sterbliche Überreste versandt. Für jeden Toten waren drei Kilogramm solchen Mehles berechnet" berichtete der Leichenverbrenner Vinzenz Nohel im September 1945 (Klee 2010, 146f). Neben Arzt und Brenner waren in den Anstalten wie Hartheim oder Hadamar noch eine ganze Schar von Verwaltungs- und Büropersonal beschäftigt. Sie verfassten die sogenannten "Trostbriefe", die die Angehörigen über den Tod des Familienmitglieds und über die Zusendung der Urne "informierten". Das Festlegen einer plausiblen Todesursache und die Wahl des Sterbeortes sollten die Verwandten täuschen, etwaige Nachforschungen von Beginn an erschweren und verunmöglichen. Mit der T4-Zentrale entstand in den Todesanstalten ein riesiger Verwaltungs- und Vertuschungsapparat, der der Geheimhaltung der gesamten Operation dienen sollte (ebd., 147f). Die T4-Aktion, im NS-Jargon "[d]ie Geheime Reichssache [war] [...] bereits Februar 1940 nicht mehr geheim" (ebd., 138). Anwohner Schuhmann aus Hartheim berichtet: "Die Transporte (meistens 2-3 Autobusse) kamen anfangs oft sogar zweimal täglich, und es dauerte nie lange, bis einem bestimmten Kamin des dreistöckigen Gebäudes riesige schwarze Rauchwolken entströmten, die einen penetranten Gestank verbreiteten. Dieser Gestank war so ekelerregend, daß wir manchmal, wenn wir von der Feldarbeit heimkehrten, keinen Bissen herunterbrachten" (Klee 2010, 163).

Als im Sommer 1941 die T4-Aktion wegen der anhaltenden negativen öffentlichen Meinung kurzzeitig "gestoppt" wurde, waren laut Hartheimer Statistik bereits über 70.000 Personen "desinfiziert" worden (ebd., 265). Josef Goebbels notierte am 23. August 1941 in seinem Tagebuch: "Es ist unerträglich, daß während eines Krieges Hunderttausende für das praktische Leben gänzlich ungeeignete Menschen [...] mitgeschleppt werden und den Sozialetat eines Landes dermaßen belasten [...]. Wir

haben jetzt auch nicht genug Zeit und Nerven, um ihn [den "Krankenmord"] bis zur letzten Konsequenz durchzusetzen. Das wollen wir uns lieber für bessere Zeiten aufheben" (ebd., 261). Die T4-Aktion war in den Augen der Beteiligten recht "erfolgreich" gewesen. Bis Dezember 1941 konnten für "Wehrmachtzwecke" über 93.521 Betten "leergeräumt" werden (ebd., 442). Die negative Einstellung in weiten Teilen der Bevölkerung führte jedoch nie über ein diffuses "Unbehagen" hinaus. Der Widerstand gegen die Vernichtung der "Geisteskranken" und "Behinderten" war unorganisiert und fast ausschließlich auf die katholischen Gebieten des Reichs begrenzt gewesen. Fakt ist jedoch, dass viel gewusst und geredet wurde (Aly 2005, 141ff).

Der meist passive Widerstand scheiterte nicht nur an der Gewalt der Nationalsozialisten, sondern auch an vermeintlich gut gemeinten Haltung der "Widerständigen". Anstaltsleiter August Schilli, Leiter der Anstalt Fußbach (Offenburg), berichtete beispielsweise über einen Transport im August 1940: "Beim Abgang des zweiten Transportes wußten viele Anstaltsinsassen von der Bestimmung der Transporte. Viele Patienten haben sich in der Anstalt versteckt und verkrochen, andere liefen betend zur Kapelle. [...] Ich habe damals mit Schwester Hildegard mich dahin besprochen, daß wir beim Transport höchstensfalls solche Pfleglinge herausgeben, die von ihrer Umwelt nichts mehr wissen, nicht ansprechbar sind und die auch nicht wissen, was mit ihnen vorgeht. Unter diesem Gesichtspunkt habe ich von den angeforderten 90 Pfleglingen nur 30 hergerichtet" (Klee 2010, 201). Als der Transport eintraf trug Schilli ordnungsgemäß seine SS-Uniform (ebd., 202). Wie Schilli reproduzieren viele Autorinnen, die über den Widerstand gegen die NS-Euthanasie schreiben, die Passivierung und Objektivierung der Opfer. Widerstand wird einerseits auf die Handlungen der "Normalfähigen" reduziert, während die "Kranken" andererseits auf ihrer Rolle als "passive Opfer", als "Unfähige" oder "Hilfsbedürftige" reduziert werden. Vielmehr sehe ich die vielen Aussagen über das Wissen der Betroffenen, den vielen Versuchen sich der Deportation zu entziehen, den auch gewaltsamen Versuchen sich bis zu Letzt gegen Abtransport und Vergasung zu wehren, als klare und anzuerkennende Momente des Widerstands, die zudem oft erfolgreich waren, an. Hier liegt meiner Meinung nach eine wissenschaftliche Leerstelle die näher erforscht werden sollte.

Nach der "Sommerpause" wurde das Selektieren und Morden in den einzelnen Anstalten im Herbst 1941 wieder aufgenommen (Schmuhl 1992, 220; Klee 2010, 386). Das zentral gesteuerte System von Erfassung, Selektion und Ausmerze wurde durch ein weniger

auffälligeres System ersetzt, das die Entscheidungsgewalt der einzelnen Anstaltsleiter und Ärzte ausbaute und festigte. Die zahlreichen Transporte und das Morden in den sechs Mordanstalten wurde durch den in den Anstalten autonom herbeigeführten "Hungertod" oder der "überdosierten Medikamentenabgabe" verwirklicht (ebd.). Diese Art der "Aussonderung" war in den Augen der "Experten" weniger auffällig aber um so effektiver. Im Jahr 1942 stiegen die Sterberaten auf über 10% an, erreichten in sehr "effizient" arbeitenden "Vernichtungsbetrieben" über 50% (Klee 2010, 419f). Ein kleiner Vergleich: Waren aus der Anstalt "Am Steinhof" in Wien bis Sommer 1941 ca. 3.200 Personen in die Hartheimer Gaskammer geschickt worden, starben in den Jahren 1942 bis 1945 ca. 3.500 Personen (davon 789 Kinder) an Hunger und überdosierten Medikamenten (ebd., 354f). Der kostspielige Transport der "Patientinnen" und der ewige Streit um die Abgabe der selbigen war in der sogenannten "wilden Euthanasie" überflüssig geworden. In dieser bis zum Kriegsende erstreckenden Phase der "Vernichtung des lebensunwerten Lebens", waren nunmehr neben den Anstaltsleitern und Ärzten auch die vielen Schwestern und Pflegerinnen direkt beteiligt.

Diese erweiterte Gruppe an Personen entschied wer zu leben und wer zu sterben hatte. Die Entscheidung wurde wie in der zentral koordinierten Vernichtungsphase maßgeblich durch das Feststellen der "Arbeitsleistung" einer Person determiniert. Die Bewertung wurde, wie bereits dargestellt, von der Leistung der "Normalen" und "Gesunden" abgeleitet (Aly/Roth 2000, 108). Die Bewertung ging jedoch über die Dichotomie "arbeitsfähig/arbeitsunfähig" hinaus. Im Arbeitshaus Berlin-Rummelsburg, eine Verwahranstalt für sogenannte "kriminelle geisteskranken Psychopaten", wurden im Jahr 1942 die Häftlinge aufgrund der Kategorien "unbedeutender, wertvoller und notwendiger Arbeit" differenziert (Aly 1985a, 47). Da nun mehr nicht mehr eine, den Anstalten übergeordnete Instanz über die "Wertigkeit" der Personen entschied, muss zwischen Anstaltstypen, zwischen den Insassinnen und den Täterinnen differenziert werden. Dennoch lassen sich Gemeinsamkeiten, sprich institutionalisierte Modi der Selektion, beschreiben. Auch ohne dem Gutachterverfahren blieben die, durch die Erfassungsmeldebögen reproduzierten Differenzierungskategorien als Wertmaßstäbe für die Selektion zwischen "lebenswerten" bzw. "lebensunwerten Leben" bestehen.

Wirkungsmächtig waren die Feststellung der "Gemeingefährlichkeit, Kriminalität, Psychopathie, Asozialität" (ebd., 30). Die Kriterien, die in der zentral koordinierten Selektion verwendet wurden, waren auch in der "dezentralen Phase"

lebensentscheidend. Die Erwägungen, die an ein "zukünftiges Geschlecht" gebunden waren, wurden durch kurzfristigere, vor allem über den Phänotyp abgeleitete Werturteilen ergänzt. So wurde das "negativ auffallende Verhalten" der "Patientinnen" zum Selektionskriterium: "Ökonomische Unbrauchbarkeit, störendes Verhalten in der Anstalt und das klinische Urteil der Unheilbarkeit waren also die entscheidenden Kriterien eines vorwiegend an Nützlichkeitsabwägungen orientierten Selektionsprozesses" (Hohendorf 2007, 47). "Frauen und Männer, deren Verhalten als störend, unruhig und gefährlich eingeschätzt wurde, waren dem Risiko der Ermordung im Rahmen der 'Aktion T4' im hohem Maße ausgesetzt" (Fuchs 2007, 66). Eine empirische Studie zeigt, dass Frauen viel öfter als ihre männlichen Kameraden als "unangenehm" wahrgenommen wurden. Die Abweichung im Verhalten und Erscheinungsbild der weiblichen Insassinnen, die Abweichung vom gesellschaftlichen Rollenbild, von der etablierten Körperrnorm der "Frau", wurde somit häufiger festgestellt und mit dem Tod sanktioniert (ebd., 67). Die Arbeit der Patientinnen, die durch die Ärzte bewertet wurde, kann in sechs Kategorien aufgeschlüsselt werden: Arbeit wurde als (1) positiv (fleißig, gut, regelmäßig...); (2) mäßig positiv (begrenzt, hilft ziemlich, leichte Arbeit, leidlich brauchbar...); (3) mäßig negativ (wenig brauchbar, mit Aufsicht, teilweise unordentlich...); (4) negativ (kaum, selten, spärlich...); (5) gar nicht (unbeschäftigt); (6) unbeschäftigt, da arbeitsunwillig (z. B. zu keiner Arbeit zu bewegen) (Hohendorf 2002, 1072). Dabei wurde die Arbeit der Männer verhältnismäßig besser bewertet als die der Frauen (Fuchs 2007, 64). Ein medizinisches Urteil der "Heilbarkeit", das ökonomische der "Arbeitsleistung" sowie die Beurteilung von Verhalten und Erscheinungsbild, sowie die immer akuter werdende finanzielle und personelle Situation der Anstalten, führten dazu, dass das Morden in den Anstalten ungehindert wenn nicht intensiver fortgesetzt wurde.

Im Februar 1943 ordnet das Reichsinnenministerium durch Erlass an *alle* Insassinnen der Heil- und Pflegeanstalt, der Arbeitshäuser, der Altersheime und Fürsorgeheime dem Reichsausschuss zu melden. Die Gruppe der potenziellen Opfer wurde somit drastisch erweitert (Aly 1985a, 58; Schmuhl 1992, 225f). "Die Alten, Siechen und Asozialen, die ob ihre Leistungsfähigkeit ohnehin längst zu 'Ballastexistenzen' geworden waren, wurden im Rahmen des Bombenkrieges zusätzlich zu Störfaktoren, verstopfter Krankenhäuser und Bunkereingängen" (Pfäfflin 1985, 116). Zahlreiche Altersheime und Anstalten im Norden des Reiches wurden wegen der "Luftgefährdung" "geräumt". Die Verlegung der

Insassinnen, meist "Alte und Gebrechliche", markierte so die Wiederaufnahme der Vernichtungstransporte (Aly 1985a, 66f). Diese gingen meist in den Osten, zum Beispiel in das Krankenhaus von Meseritz-Obrawalde. Dort wurden im Jahr 1944 3.948 Personen "hospitalisiert" – 3.814 davon verstarben binnen sieben Tagen (Klee 2010, 398). Der letzte Todeseintrag vom 30. Januar 1945 wurde mit der Nummer 18.232 vermerkt (ebd., 399). Die Opfer waren vorwiegend deutsche "Bombengeschädigte", "Alte", "Waisenkinder" und "kranke" bzw. verwundete Soldaten. In der Anstalt Hadamar wurden ab August 1942 bis Kriegsende ca. 4.400 Personen getötet (ebd., 409f). Die Sterblichkeitsrate lag dort bis Kriegsende bei 45 bis 50% (ebd., 418).

Obwohl in den Augen der Beteiligten diese "dezentrale" Phase recht "erfolgreich" gewesen war schrieb im Januar 1944 Hans Heinze (Leiter der Anstalt Görden) an seinen Kollegen Paul Nitsche (Leiter der Anstalt Pirna-Sonnenstein) und beklagte die "wilden E.-Maßnahmen": "Die Dinge wären nur in richtige Bahnen zu lenken, wenn man während dieses illegalen Interims die Reichsausschuß-Erfahrungen zum Vorbild nehmen würde und dann auf jeden Fall wieder eine zentrale Steuerung erreicht hätte" (ebd., 468). Die Experten bemängelten, dass die Ärzte und Pflegerinnen die rassenhygienische Kriterien der Gutachter nicht angewendet hätten. Obwohl bis zum Kriegsende die zentral gesteuerte Vernichtung nicht mehr aufgenommen wurde, zeigen die Fakten, dass die Täterinnen sehr wohl das gemeinsame Ziel, die "Ausmerze der Minderwertigen", vorangetrieben hatten.

Während die Zwangssterilisation überwiegend eine medizinisch und biologisch indizierte ausmerzende Vernichtungspolitik war, die vor allem die "Fortpflanzungsgefährlichkeit" der "Minderwertigen" zum Gegenstand hatte, war die physische Vernichtung der Insassinnen der Heil- und Pflegeanstalten vorwiegend durch ein sozialbiologisches, durch ein auf "Leistungs- und Gemeinschaftsfähigkeit" gerichtetes Kriterium, angeleitet worden. Die Feststellung einer vermeintlichen "Erbkrankheit" war in der Euthanasie überflüssig geworden (Rotzoll et al. 2010, 1329). Der Todesdrohung waren vorwiegend "anstaltsbedürftige", "nicht produktive" Personen ausgesetzt: 73,2% der Euthanasieopfer haben nicht gearbeitet, während 70% der Überlebenden als "mittelmäßig produktiv" bewertet wurden (ebd., 1330).

Das Wissen um die immanente Niederlage und das Vorrücken der Alliierten führten Ende 1944 und im Frühjahr 1945 zum rapiden Anstieg der Sterblichkeitsraten (Klee 2010, 484). Morden und Sterben ging jedoch nach der "Befreiung" relativ unvermindert

weiter: Über 20.000 Menschen starben nach 1945 (Faulstich 1998, 368ff zitiert in Klee 2010, 486).

## 7.2 Die Kindereuthanasie

Während die Vernichtung der Erwachsenen zwischen 1939 und 1945 alternierende Phasen hatte, war die Ermordung der Kinder im Rahmen der T4-Aktion weitgehend beständig. Im Vergleich zu den Erwachsenen blieb die Ermordung der Kinder bis drei, dann acht, dann zwölf und schlussendlich siebzehn Jahre quantitativ mit ca. 5.000 Opfer beschränkt (Schmuhl 1992, 189; Dahl 2000, 3).

Ab August 1939 wurden im Reich alle Kinder, unter drei Jahre, die unter "Idiotie", "Lähmungen" oder "Missbildungen" "litten" durch den Reichsausschuss erfasst (Klee 2010, 334). Gesteuert und koordiniert wurde die Erfassung durch die T4-Zentrale in Berlin, die den Leitern und Ärzten der jeweiligen, speziell eingerichteten "Kinderfachabteilungen"<sup>18</sup> große Autonomie im Umgang mit den "Zöglingen" gewährte (Dahl 2000, 9). Hauptanliegen der Erfassung war das Feststellen von "Erbkrankheiten" und die Erörterung des zukünftigen "Nutzens" für die Volksgemeinschaft. Während die Erwachsenen über die Bewertung der "Arbeitsfähigkeit" selektiert wurden, war hingegen die "Bildungsfähigkeit" der Kinder lebensentscheidend: 73,3% der Überlebenden Kinder wurden als "bildungsfähig" eingestuft während 77,2% der Ermordeten als "bildungsunfähig" ausgesondert wurden (Fuchs 2007, 64f).

Das gesamte Gesundheits- und Fürsorgewesen wurde angewiesen "auffällige", "geistig" oder "körperlich abweichende" Neugeborene und Kinder dem Ausschuss zu melden (Klee 2010, 334). Dort wurden die eingelangten Meldebögen durch die Gutachter geprüft die so über das Schicksal der Kinder entschieden. Die "Behinderung" der Kinder diente den Ärzten als Argument für die Einweisung in die Fachabteilungen. Den Eltern wurde dreist eine allumfassende Therapie versprochen, die zur kompletten "Heilung" der Kinder führen sollte. Zudem sollten diese Kosten von den Krankenkassen übernommen werden (ebd., 342). Eltern, die trotz der "Heilversprechen" die Kinder nicht abgeben wollten, wurde mit dem Sorgerechtsentzug gedroht (Schmuhl 1992, 185f; Klee 2010, 344). So gelang es den Behörden jene Kinder, die noch nicht durch die Erfassung des Anstaltswesens gemeldet worden waren, in die Vernichtungsaktion

---

<sup>18</sup> Ernst Klee kann 34 verschiedene Standorte nachweisen (Klee 2010, 360ff).

einzu beziehen (Schmuhl 1992, 183). Der Vernichtungswille musste ständig aktualisiert werden: Bis Kriegsende wurde die Altersgrenze stetig nach oben verschoben, immer mehr Kinder und Jugendliche durch Erfassungs- und Ausmerzmaßnahmen zu Opfer gemacht.

Nach der Einweisung in der "Kinderfachabteilungen", sprich "Kindermordstätten", wurden die Kinder untersucht um etwaige "interessante Fälle" zu erheben. Alois Kaufmann, der als Kind "Am Steinhof" überlebte, berichtete: "Wenn den Ärzten ein Kind auffällig und interessant genug war, wurde es aus dem jeweiligen Pavillon herausgenommen und der 'Sonderbehandlung' zugeführt" (Kaufmann 2000, 21). Diese ausgewählten Kinder wurden nicht mit den Anderen in die Todesanstalten deportiert, blieben den Abteilungen als "Forschungsobjekte" erhalten (Klee 2010, 366f). Die Kinder wurden sozusagen zu medizinischen "Versuchsmaterial" gemacht. Die Kinder waren also nicht nur Objekte, die aufgrund ihrer "verkörperten Andersheit" vernichtet werden mussten, sondern vereinzelt auch medizinische "Forschungsobjekte". Die "Kinderfachabteilungen" waren dementsprechend nicht nur Räume in denen "lebensunwertes Leben" "ausgesondert", sondern auch Räume, wo diese Leben "erforscht" wurde. Forschung und Vernichtung der Kinder gingen in der "Kindereuthanasie" somit Hand in Hand. Die "Unheilbarkeit" der Pfleglinge legitimierte, so der Neurologe Georges Schaltenbrand, auch tödliche Versuche (ebd., 368). Die Kinder waren, egal ob tot oder lebendig, "medizinisches Versuchsmaterial".

Grundsätzlich war die an eine "geistige Behinderung" geknüpfte Beurteilung der "Bildungsfähigkeit" ein Werturteil, d.h. eine Vorhersage über das zukünftige Leben in der Volksgemeinschaft. Ein negativer Wert entsprach dem Todesurteil (Czech 2003, 91). In den Abteilungen wurden jedoch nicht nur vermeintlich "behinderte" Kinder eingewiesen, sondern auch Kinder "asozialer" oder "jüdischer" Familien. "Am Spiegelgrund" starben bis Kriegsende 772 Kinder die als "erbbiologisch negativ" "verurteilt" worden waren (Dahl 2000, 22). Der zwölfjährige Kurt Schombera wurde vom Arzt der Anstalt Lubnitz (Oberschlesien) folgendermaßen diagnostiziert: "Er hat alle Anlagen zu verbrecherischen Neigungen. Vater ist anscheinend Jude (Klee 2010, 344). In der Anstalt Gorden (Brandenburg) wurden bis 1945 1.264 Kinder getötet (ebd., 348).

Einem ähnlichen Schicksal waren Neugeborene der vielen polnischen und sowjetischen Zwangsarbeiterinnen ausgesetzt. Ab 1942 wurden in der Nähe von Betrieben sogenannte "Ausländerkinderpflegestätten" eingerichtet, in denen zwangsabgetrieben wurde (Bock 1986, 448). Andere Arbeiterinnen, genaue Zahlen sind leider nicht bekannt, mussten unter hygienisch unmöglichen Bedingungen in diesen Einrichtungen gebären und dort ihre neugeborenen Kinder zurücklassen: "After delivery the women were usually returned to their employers and had to leave their infants behind. Many of the babies died from neglect and/or malnutrition or were killed" (Zegenhagen 2004, 69). Die Sterblichkeit der "schlechtrassigen" Säuglinge erreichte in diesen "sites for forced abortion and infanticide" auch 90% (ebd., 65). Die "rassische Eignungsprüfung" der Eltern diente der Beurteilung der "Bildungsfähigkeit" der Kinder (Czech 2003, 87; Czech 2005, 91). "Gutrassige" Kinder wurden hingegen durch den "Lebensborn"<sup>19</sup> betreut. "Ausländerkinder-Pflegestätten were the clearest, most rational expression of the cynical character of National Socialist supremacy policy. Here the 'unworthy' life was purposely exterminated when it had only just begun – even before it had a chance to begin" (Zegenhagen 2004, 72)

Anders als die Vernichtung der Erwachsenen folgte die Vernichtung der "lebensunwerten" Kinder ausschließlich den hegemonialen erbbiologischen Selektionskriterien. Waren anfangs über die T4-Aktion vor allem asylierte "geistig" und "körperlich behinderte" Kinder erfasst worden, so führte die Ostexpansion zu einer Erweiterung der "Kindereuthanasie". "Bildungsfähigkeit" und der daraus abgeleitete Nutzen für die "zukünftige Volksgemeinschaft" waren entscheidende sozialbiologische "Diagnosen", die über Leben und Tod der Kinder entschieden.

### **7.3 Die Täterinnen**

Wie bereits dargestellt war die Sterilisationspolitik eine Politik der Männer gegen Frauen und "anderen" Männern. Entscheidungsträger, d.h. Richter, Prozessgutachter oder Ärzte waren ausschließlich männlich. In der T4-Aktion wurde diese Praxis fortgeführt. Die vielen Gutachter, die für die Verarbeitung der Meldebögen notwendig

---

<sup>19</sup> Der Verein "Lebensborn" war Teil der SS und organisierte die Entbindung und Fürsorge "arischer" Neugeborener und Kinder.

waren, waren ebenfalls ausschließlich männlich. Frauen wurden als Anstaltsärztinnen, als Pflegerinnen und Büroangestellten zu Mittäterinnen. Der Übergang zur "dezentralen Euthanasie" markiert den Moment, in dem die Gruppe der Täter durch zahlreiche Täterinnen ergänzt wurde. Dem nationalsozialistischen Vernichtungswillen arbeiteten also beide Geschlechter zu. In diesem Übergang wurden auch Ärzte und Pflegerinnen zu absoluten Souveränen über Leben und Tod der Insassinnen.

Während die "geistig und körperlich Behinderten", die "Asozialen" und "Minderwertigen" das gesellschaftlich definierte "Unerwünschte", das "Lebensunwerte", verkörperten, bildeten die Täter das positive, sprich "normale" und "gesunde" menschliche Gegenbild. Die Anstalten waren in einer biopolitischen Perspektive Räume, in denen das Leben in "lebenswert" und "lebensunwert" geschieden und hierarchisiert wurde. Die vielen Opfer die selektiert, deportiert und schließlich physisch vernichtet wurden, standen einer Schar von pflichtbewussten und beflissenen Personen gegenüber, die sich als "Reformer" stilisierten: "Die Täter fühlten sich als Reformer, als Träger des Fortschritts, als diejenigen, die dem dürftigen hospitalisierenden Anstaltsmilieu den Todesstoß geben würden; die durch frühe intensive Handlung, durch ein 'Vorfeld' ambulanter Versorgungseinrichtungen und durch die Erforschung der Ursachen den Tod Tausender nicht verstreichen lassen, sondern ihn zum Wohl der Allgemeinheit nutzen würden" (Aly 1985b, 48f). Es waren Personen, die sich der Verantwortung gegenüber dem "zukünftigen Geschlecht" und dem "deutschen Volk" bewusst waren. Anstaltsleiter Pastor Friedrich Lensch: "Unter dem Wort 'Erbgesundheit' sind im letzten Jahr Hunderte und Tausend von Menschen aus allen Gliederungen des Staates, der Partei, der Kirche, aus allen Ständen und Schichten unseres Volkes durch die Anstalten gewandert, um sich etwas sagen zu lassen über die Erbkrankheiten, die schweren Belastungen, die wie ein Fluch von Geschlecht zu Geschlecht auf den elenden und unglücklichen Menschen liegen. Nein, nicht dazu sind die Anstalten da, nicht um dem Volk das Sehen und Wissen abzunehmen, sondern um gemeinsame Verantwortung aller in ihrer ganzen Härte zusammenzuschließen zu dem leidenschaftlichen Willen zur Gesundheit, zur Erbgesundheit unseres Volkes" (Aly 2005, 134).

Die Täter standen als "rational denkende und handelnde Subjekte" über die unzähligen "geistig Toten". Sie verkörperten den "richtigen" Menschen, der die Last der "Vernichtungsarbeit", die "gewissenhafte" Ausführung von Befehlen und Anordnungen, auf sich nahm (Dörner 1967, 147). Dies war eine "Arbeit", die für die "Reformer" wichtige Handlungsmöglichkeiten eröffnete. Das Versprechen eines besseren "Leben der

Heilbaren" wurde mit der notwendigen "Aussonderung der Unheilbaren" verknüpft. Die nationalsozialistische Bevölkerungspolitik versuchte den Mord an Zigtausender Menschen, die nicht in ihren Vorstellungen von "körperlicher und geistiger Gesundheit" passten, zu rechtfertigen. Die "Normalität" dieser "Arbeit" wird durch die Tatsache verdeutlicht, dass die vielen Psychiater, Ärzte, Pflegerinnen und Richter nach 1945 meist unbehelligt blieben. Nur Wenige mussten sich vor Gericht verantworten und wurden wegen ihrer Taten verurteilt (Klee 2010, 489).

Die "Normalität" der "Vernichtungsarbeit" schlägt in das "Böse" um, wenn die Opfer zu Täterinnen gemacht werden. Frieda Nadorni berichtete in ihrer Zeuginnenaussage im Hadamar-Verfahren über die Geschehnisse des Sommers 1942: "Wir wurden zu jeder Zeit in der Nacht geweckt und mußten die Kranken festhalten, wenn ihnen die Tabletten und Spritzen verabreicht wurden. Jedesmal, wenn die Tür aufging und die Schwestern hereinkamen, um uns zu den Hilfeleistungen einzuteilen, erschrakten wir und dachten, jetzt sind wir an der Reihe. Wenn wir die Hilfeleistung bei der Einspritzung oder der gewaltsamen Eingebung von Medizin und Tabletten mitmachen mußten, gab es jedesmal herzerreißende Szenen. Jede Patientin der Anstalt wußte, daß es nun um ihr Leben ging. Die Leute schrien: 'Ich will nicht sterben, ich bin nicht krank usw.' Wenn wir uns weigerten, diese grauenvolle Arbeit verrichten zu helfen, sagten die Schwestern: 'Wenn ihr nicht helft, bekommt ihr auch eine Spritze'" (ebd., 410f). "In der modernen Biopolitik ist derjenige souverän, der über den Wert oder Unwert des Lebens als solches entscheidet" (Agamben 2002, 151). Die zahlreichen Täterinnen wussten, was sie taten, wussten, dass sie gegen die damals geltenden Gesetze verstießen. Trotzdem konnten sie ihre Handlungen mit ihrem Gewissen vereinbaren.

#### **7.4 Die Anstalten als Vernichtungslager**

Über 200.000 Personen wurden durch die Vernichtungspraxis der NS-Euthanasie zu Opfer gemacht (Hohendorf et al. 2002, 1067). Die "Endlösung der sozialen Frage" (Aly 1985a, 7) korrespondierte mit der Radikalisierung einer Bevölkerungspolitik, die von einer Bewertung der "generativen Tüchtigkeit" zu einer Bewertung der "materiellen Tüchtigkeit" überging (Harten 1997, 780). Die Vernichtung des "lebensunwerten Lebens", das Binding und Hoche, sowie viele Andere, bereits in den 1920er gefordert hatten, war in der Euthanasie Wirklichkeit geworden.

Die Schwelle, die zwischen den „lebenswerten“ und den „lebensunwerten“ Menschen liegt, wurde durch den nationalsozialistischen Vernichtungswillen zunehmend aufgelöst. Für Agamben ist "[d]as nackte Leben [...] nicht mehr an einem besonderen Ort oder in einer definierten Kategorie eingegrenzt, sondern bewohnt den biologischen Körper jedes Lebewesens" (Agamben 2002, 148). In der NS-Euthanasie wurden die Anstalten zu "Lagern", in denen die Grenze zwischen Leben und Tod unscharf, bzw. wo lebende und sterbende Körper ununterscheidbar wurden. Die Erweiterung der potenziellen Opfer korrespondierte mit der Erweiterung der Täterinnengruppe. Während die Ersteren ihres Lebensrechts gewaltsam beraubt wurden, maßten sich die gegenüberstehenden Souveräne das Entscheidungsmonopol über das menschliche Leben an.

Während in der T4-Aktion die schnelle und effektive "Freimachung" der Anstalten Priorität hatte, ging man in der sogenannten "dezentralen Phase" zu einer neuen Form der Lebensvernichtung über. Welche neue Rationalität war dabei wirksam geworden? Einerseits wurde wie in den Lager der Tod durch das Sterben ersetzt: Während KZ-Häftlinge in die Gaskammern der Anstalten geschickt wurden, wurden die Insassinnen langsam in den Tod gequält, verhungern gelassen und mit Medikamenten geschwächt. In den Anstalten versuchte man aus den Insassinnen "Nicht-Menschen" zu machen, Wesen zu "fabrizieren" die weder "tot" noch "lebendig" waren. Dieser Versuch, die menschliche Existenz auf das bloße "Biologische" zu reduzieren schlug jedoch fehl. Die vermeintlich "geistig Toten" rebellierten gegen ihr Schicksal, versuchten dem sicheren Tod zu entkommen. Die Produktion bzw. "Fabrikation" solcher "Nicht-Menschen" führte nicht zur totalen staatlichen Herrschaft über das Leben, sondern zur gewaltsamen Herrschaft über die Toten.

Dieser Vernichtungsprozess war, anders als die meisten Darstellungen zur NS-Euthanasie, anti-utilitaristisch. Er folgte nicht einer ökonomischen, sondern einer biologischen Rationalität, in der die *Produktion von Leben* durch die *Vernichtung von Menschenleben* als Funktionsprinzip einer modernen Biopolitik ersetzt wurde. In diesem Prozess wurden Frauen stark auf ihre reproduktiven Fähigkeiten, Männer hingegen auf ihre produktiven Fähigkeiten reduziert. Die Opfer werden zu Mittäterinnen gemacht: Indem Frieda Nadorni und ihre Kameradinnen zum Mithelfen gezwungen wurden, hat man ihnen jegliche Möglichkeit genommen, ihr Handeln mit ihrem Gewissen in Einklang zu bringen. Ähnlich wie die Sonderkommandos in Auschwitz wurden sie gezwungen, zwischen den Tod der Anderen oder ihren eigenen Tod zu entscheiden. Dieses Problem hatten die Täter jedoch nie: sie konnten stets die Ausführung der Anweisungen

verweigern. Ihnen hätte auch im NS-Staat nichts geschehen können. Vielmehr konnten sie ihr Gewissen mit dem völkischen Vernichtungswillen vereinbaren und sich für die "Volksgemeinschaft" opfern.

Die Euthanasie der vermeintlich "geistig und körperlich Behinderten" war das "Versuchsfeld" des Holocausts (Baader 2002, 217). "Angetreten, dem 'Volkskörper' das ewige Leben in rassischer Reinheit zu sichern, wendete sich der nationalsozialistische Rassismus in der Praxis notwendig in die Negation des Lebens. Er vollendete sich in der seriellen und immer weiter ausgreifenden Tötung all dessen, was er als 'lebensunwert' definierte. Am Ende der utopischen Flucht vor der Grenzerfahrung des Todes stand die schrankenlose Tötung" (Peukert 1988, 39). Die rassenhygienisch rationalisierte Erfassung des Lebens und die Vernichtung des "Lebensunwerten" führte nicht zur "Aufartung" und "Optimierung" des Lebens, sondern zur Herrschaft über die Toten.

## 8 Conclusio

In dieser Arbeit wurde dargestellt wie Verschiebungen und Aktualisierungen des Diskurses des "lebensunwerten Lebens" im Nationalsozialismus zu einer kontinuierlichen "Radikalisierung" und Ausweitung des Betroffenenkreises geführt haben. Dieser Versuch galt weniger der Rekonstruktion etwaiger Kontinuitäten, sondern vielmehr der Darstellung diskursiver Brüche und Schwellen diskurstragender Begriffe, Strategien und Körpervorstellungen in der Produktion und Vernichtung des "lebensunwerten Lebens".

Zentraler Interventionspunkt der Sterilisationspraxis war die vermeintliche medizinische bzw. biologische Identifikation möglicher "Erbkrankheiten" der "minderwertigen" Anlageträgerinnen. Fakt ist, dass in der Zwangssterilisation immer über eine soziale Indikation die Unfruchtbarmachung von sogenannten "Phänotypen" angeordnet wurde. Dabei wurden jene Personen gewaltsam sterilisiert, die in den Augen der Ärzte und Richter als "fortpflanzungsgefährlich", bzw. "gemeinschaftsunfähig" bewertet wurden. Die Sterilisationspolitik war eine aussondernde Politik gegen Frauen und "anderen" Männer, die den gesellschaftlich hegemonialen Körpervorstellungen, der "Fähigkeit", der "Rasse", des "Geschlechts" nicht entsprachen.

Diese Politik wurde in der Euthanasie auf alle Insassinnen der Heil- und Pflegeanstalten, der Konzentrations- und Vernichtungslager, der Arbeitshäuser und der Altersheime ausgeweitet. "Arbeitsunfähigkeit", ein "störendes Verhalten", die "Unheilbarkeit" oder die "nicht nützliche Arbeit" der "Hospitalisierten" kamen einem Todesurteil gleich. Diese Urteile entsprachen einer souveränen Entscheidung was als "Lebenswert", bzw. "Lebensunwert" anerkannt/ausgesondert wurde.

Sterilisations- und Euthanasiepolitik haben insgesamt vier Körper zum Gegenstand. Das Verhältnis zwischen Individuum und Volksganzen wird verdoppelt und auf einer zeitlichen Achse übertragen. Der gegenwärtige Körper der Person und der Bevölkerung wurde durch einem zukünftigen zweifachen Konterpart ergänzt. Diese diskursive Erweiterung korrespondierte mit einer zweifachen Unterwerfung des Individuums gegenüber einem gegenwärtigen und zukünftigen Volksganzen. Der Mensch wird sozusagen diskursiv und materiell "überflüssig gemacht".

Vielmehr wurde zwischen dem Leben und dem Tod der vermeintlich "heilbaren/unheilbaren", "gesunden/kranken", "arbeitsfähigen/arbeitsunfähigen", "bildungsfähigen/bildungsunfähigen" Menschen ein positives Band geknüpft. Die sogenannten "Untergegangenen" und ihr konstitutives Außen, die Geretteten, bringen sich diskursiv gegenseitig hervor. Das "lebensunwerte Leben", die "geistig und körperlich Behinderten", die "Asozialen" und "Minderwertigen" dienen notwendigerweise der Konstruktion des "lebenswerten Lebens", den Trägerinnen "gesunder und wertvoller Anlagen", den "Hochwertigen". Die *Produktion* des "Souveräns" entspricht somit der *Fabrikation* des "homo sacer".

Im Nationalsozialismus wurde die Bevölkerung kontinuierlich durch vermeintlich biologische und soziale Kriterien differenziert und hierarchisiert. Der Nationalsozialismus als biopolitische Diktatur verwandelte die Heil- und Pflegeanstalten in Vernichtungslager, in denen die Produktion des "lebensunwerten Lebens" verwirklicht wurde. Die Produktion von Leben wurde durch die allgegenwärtige Vernichtung von Leben ergänzt. Das "lebensunwerte Leben" wurde jedoch stets nur durch die gemordeten Toten verkörpert. Die zigtausend Opfer der Zwangssterilisation und Euthanasie, die "Untergegangenen", erinnern die Überlebenden, die "Geretteten", nicht nur daran, wie gewaltsam die nationalsozialistische Bevölkerungspolitik, sondern auch, wie schmal der Grat zwischen der totalen Herrschaft über das Leben und der totalen Herrschaft über den Tod war. Ihre Existenz markiert sozusagen jene Schwelle an der Biopolitik in Thanatopolitik übergeht.

Unabgeschlossen bleibt in dieser Arbeit jedoch der Versuch von einem passivierenden und objektivierenden Konzept von "Behinderung" vollständig abzurücken. Über eine theoretische Anerkennung der Handlungs- und Widerstandsfähigkeit der Betroffenen hinaus, müsste in Zukunft die Geschichte und Alltagserfahrung der Anstaltsinsassinnen neu erschlossen und geschrieben werden.

## 9 Bibliografie

Adorno, Theodor (1966) Erziehung nach Auschwitz; In: Ders. (1971) Erziehung zur Mündigkeit; Suhrkamp; Frankfurt a.M.; S. 88-104

Agamben, Giorgio (2002) Homo Sacer. Die Souveränität der Macht und das nackte Leben; Suhrkamp; Frankfurt a.M.

Agamben, Giorgio (2003) Was von Auschwitz bleibt. Das Archiv und der Zeuge; Suhrkamp, Frankfurt a.M.

Aly, Götz (1985a) Medizin gegen Unbrauchbare; In: Ders. / Ebbinghaus, Angelika / Haman, Matthias / Pfäfflin, Friedemann / Preisler, Gerd (Hg.) (1985) Aussonderung und Tod. Die klinische Hinrichtung der Unbrauchbaren; (=Beiträge zur nationalsozialistischen Gesundheits- und Sozialpolitik 1); Rotbuch; Berlin; S. 9-74

Aly, Götz (1985b) Der saubere und der schmutzige Fortschritt; In: Ders. (Hg.) (1985) Reform und Gewissen. "Euthanasie" im Dienst im Dienst des Fortschritts; (=Beiträge zur nationalsozialistischen Gesundheits- und Sozialpolitik 2); Rotbuch; Berlin; S. 9-78

Aly, Götz / Roth Karlheinz (2000) Die restlose Erfassung. Volkszählen, Identifizieren, Aussondern im Nationalsozialismus; Fischer; Frankfurt a.M.

Aly, Götz (2005) Macht Geist Wahn. Kontinuitäten deutschen Denkens; Fischer; Frankfurt a.M.

Amery, Jean (1977) Jenseits von Schuld und Sühne: Bewältigungsversuche eines Überwältigten; Klett-Cotta; Stuttgart

Arendt, Hannah (1998) Ich will verstehen. Selbstauskünfte zu Leben und Werk; Piper; München, Zürich

Arendt, Hannah (2006) Über das Böse. Eine Vorlesung zu Fragen der Ethik; Piper; München, Zürich

Arendt, Hannah (2009) Elemente und Ursprünge totaler Herrschaft. Antisemitismus, Imperialismus, totale Herrschaft; Piper; München, Zürich

Arendt, Hannah (2010) Eichmann in Jerusalem. Ein Bericht von der Banalität des Bösen; Piper; München, Zürich

Ast, Friedrich (1921) Der derzeitige Stand der Krankenpflege in den bayrischen Irrenanstalten; In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 31/32 1921/22 vom 05.11.1921; S. 193-202

Baader, Gerhard (2002) Vom Patientenmord zum Genozid. Forschungsansätze und aktuelle Fragestellungen; In: Gabriel, Eberhard / Neugebauer, Wolfgang (Hg.) (2002) Von der Zwangssterilisation zur Ermordung. Zur Geschichte der NS-Euthanasie in Wien; Teil II; S. 189-236

Baader, Gerhard / Mayer, Thomas / Hofer, Veronika (Hg.) (2007) Eugenik in Österreich. Biopolitische Methoden und Strukturen von 1900-1945; Czernin; Wien

Bauer, Jehuda (2001) Die dunkle Seite der Geschichte. Die Shoah in historischer Sicht. Interpretationen und Re-interpretationen; Jüdischer Verlag; Frankfurt a.M.

Binding, Karl / Hoche, Alfred (1920) Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens; Meiner; Leipzig

Blachian, Franz (1921) Derzeitiger Stand der Krankenpflege in bayrischen Irrenanstalten; In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 29/30 1921/22 vom 22.10.1921; S. 175-183

Blasius, Dirk (1991) Die "Maskerade des Bösen". Psychiatrische Forschung in der NS-Zeit; In: Frei, Norbert (Hg.) (1991) Medizin und Gesundheitspolitik in der NS-Zeit; (Sondernummer der Schriftenreihe der Vierteljahreshefte für Zeitgeschichte); Oldenbourg; München; S. 265-286

Bock, Gisela (1986) Zwangssterilisation im Nationalsozialismus. Studien zur Rassenpolitik und Frauenpolitik; Westdeutscher Verlag; Berlin

Bösl, Elisabeth (2010) Was ist Disability History? Zur Geschichte und Historiografie von Behinderung; In: Dies. (Hg.) (2010) Disability History. Konstruktionen von Behinderung in der Geschichte. Eine Einführung; Transcript; Bielefeld

Bröckling, Ulrich (2003) Menschenökonomie, Humankapital. Eine Kritik der biopolitischen Ökonomie; In: Mittelweg 36 1/2003; S. 3-22

Bublitz, Hannelore (2009) Das Maß aller Dinge: Die Hinfälligkeit des (Geschlechts-) Körpers; In: Ästhetik & Kommunikation 144/154; S. 151-160

Butler, Judith (2001) Psyche der Macht. Das Subjekt der Unterwerfung; Suhrkamp; Frankfurt a. M.

Butler, Judith (2005) Gefährdetes Leben; Suhrkamp; Frankfurt a.M.

Czech, Herwig (2003) Erfassung, Selektion und 'Ausmerze'. Das Wiener Gesundheitsamt und die Umsetzung der nationalsozialistischen 'Erbgesundheitspolitik' 1938 bis 1945; Deuticke; Wien

Czech, Herwig (2005) Geburtenkrieg und Rassenkampf. Medizin, "Rassenhygiene" und selektive Bevölkerungspolitik in Wien 1938 bis 1945; In: Dokumentationsarchiv des österreichischen Widerstandes (Hg.) (2005) Jahrbuch 2005; S. 52-95

Czech, Herwig (2008) Die Inventur des Volkskörpers. Die "erbbiologische Bestandsaufnahme" im Dispositiv der NS-Rassenhygiene in Wien; In: Mayer, Thomas / Hofer, Veronika / Baader, Gerhard (Hg.) (2008) Eugenik in Österreich. Biopolitische Methoden und Strukturen von 1900-1945; Czernin; Wien; S. 284-311

Dahl, Matthias (2000) Die Tötung behinderter Kinder in der Anstalt "Am Spiegelgrund" 1940 bis 1945; In: Eberhard, Gabriel / Neugebauer, Wolfgang (Hg.) (2000) NS-Euthanasie in Wien; Böhlau; Wien; S. 75-92

Dedrich, Markus (2010) Behinderung, Norm, Differenz – Die Perspektive der Disability Studies; In: Kessler, Fabian / Plößer, Melanie (Hg.) (2010) Differenzierung, Normalisierung, Andersheit. Soziale Arbeit als Arbeit mit den Anderen; VS Verlag; Wiesbaden; S. 170-184

Dickinson, Edward (2004) Biopolitics, Fascism, Democracy: Some Reflections on Our Discourse About 'Modernity'; In: Central European History 37/1; S. 1-48

Dörner, Klaus (1967) Nationalsozialismus und Lebensvernichtung; In: Vierteljahreshefte für Zeitgeschichte 15/2; S. 121-152

Dörner, Klaus (1991) Psychiatrie und soziale Frage. Plädoyer für eine erweiterte Psychiatrie-Geschichtsschreibung; In: Frei, Norbert (Hg.) (1991) Medizin und Gesundheitspolitik in der NS-Zeit; (Sondernummer der Schriftenreihe der Vierteljahrshefte für Zeitgeschichte); Oldenbourg; München; S. 287-294

Dokumentationsarchiv des österreichischen Widerstandes (o.J.) Jüdische Opfer der NS-Euthanasie; [<http://www.doew.at/projekte/holocaust/shoah/euth/euth.html>]; 13.12.2011]

Eugenik – Erblehre – Erbpflege (EEE) (1933a) Band 3/Heft 4

Eugenik – Erblehre – Erbpflege (EEE) (1933b) Band 3/Heft 5

Eckart, Wolfgang (2011) Illustrierte Geschichte der Medizin. Von der französischen Revolution bis zur Gegenwart (zweite Auflage); Springer Verlag; Berlin, Heidelberg

Ek, Richard (2006) Giorgio Agamben and the spatialities of the camp: An introduction; In: Geografiska Annaler 88/4; S. 363-386

Foucault, Michel (1976) Mikrophysik der Macht; Merve; Berlin

Foucault, Michel (1983) Der Wille zum Wissen. Sexualität und Wahrheit I; Suhrkamp; Frankfurt a.M.

Foucault, Michel (2001) In Verteidigung der Gesellschaft; Suhrkamp; Frankfurt a.M.

Friedlaender, Erich (1932) Kann die Versorgung der Geisteskranken billiger gestaltet werden und wie?; In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 31 1931 vom 30.07.1932; S. 373-381

Friedlaender, Henry (1997) Registering the handicapped in Nazi Germany. A case study; In: Jewish History 11/2; S. 89-98

Fuchs, Petra (2001) "Körperbehinderte" zwischen Selbstaufgabe und Emanzipation. Selbsthilfe – Integration – Aussonderung; Luchterhand; Berlin

Fuchs, Petra (2007) Die Opfer als Gruppe. Eine kollektivbiographische Skizze auf Basis empirischer Befunde; In: Dies. / Rotzoll, Maike / Müller, Ulrich / Richter, Paul / Hohendorf, Gerrit (Hg.) (2007) "Das Vergessen der Vernichtung ist Teil der Vernichtung selbst" Lebensgeschichten von Opfern der nationalsozialistischen "Euthanasie"; Wallstein Verlag; Göttingen; S. 53-72

Füssel, Marian / Neu, Tim (2010) Doing Discourse. Diskursiver Wandel aus praxeologischer Perspektive; In: Landwehr, Achim et al (Hg.) (2010) Diskursiver Wandel; VS Verlag; S. 213-235

Goldberger, Josef (2007) "Erb- und Rassenpflege" in Oberdonau; In: Baader, Gerhard / Mayer, Thomas / Hofer, Veronika (Hg.) (2007) Eugenik in Österreich. Biopolitische Methoden und Strukturen von 1900-1945; Czernin; Wien; S. 345-366

Goldscheid, Rudolf (1908) Entwicklungswerttheorie - Entwicklungsökonomie - Menschenökonomie; Klinkhardt; Leipzig

Goldscheid, Rudolf (1911) Höherentwicklung und Menschenökonomie. Grundlegung der Sozialbiologie; Klinkardt; Leipzig

Groß, Walter (1935) Weltanschauung und Rassenhygiene. Eine Rede an die deutschen Frauen; Frauenschaft der NSDAP; München

Gütt, Arthur / Rüdin, Ernst / Ruttke, Falk (1936) Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933 nebst Ausführungsverordnungen; Zweite, neubearbeitete Auflage; J. F. Lehmanns Verlag; München

Harten, Hans-Christian (1997) Pädagogik und Eugenik im "rassenhygienischen" Diskurs vor 1933; In: Paedagogica Historica 33/3; S. 765-800

Halling, Thorsten / Liebe, Moritz / Schäfer, Julia / Vögele, Jörg (2007) Arbeits- und Erwerbsfähigkeit und das Recht auf Leben. Der "Wert des Menschen" in der Psychiatrie nach dem Ersten Weltkrieg; In: Ehmer, Josef (Hg.) (2007) Herausforderung Bevölkerung; Springer; S. 133-146

Haug, Wolfgang Fritz (2010) Über Gewalt und Hegemonie; In: Das Argument 288; S. 44-68

Hirschberg, Marianne (2003) Ambivalenzen in der Klassifizierung von Behinderung; In: Ethik in der Medizin 2003/3; S. 171-179

Hohendorf, G. / Rotzoll, M. / Richter, P. / Eckart, W. / Mundt, C. (2002) Die Opfer der nationalsozialistischen "Euthanasie-Aktion T4"; In: Der Nervenarzt 11/2002; S. 1065-1074

Hohendorf, Gerrit (2007) Ideengeschichte und Realgeschichte der nationalsozialistischen "Euthanasie" im Überblick; In: Fuchs, Petra et al. (2007) "Das Vergessen der Vernichtung ist Teil der Vernichtung selbst". Lebensgeschichten von Opfern der nationalsozialistischen "Euthanasie"; Wallstein Verlag; Göttingen; S. 36-52

Kaufmann, Alois (2000) Zeitzeugen. Alois Kaufmann; In: Eberhard, Gabriel / Neugebauer, Wolfgang (Hg.) (2000) NS-Euthanasie in Wien; Böhlau; Wien; S. 19-21

Kepplinger, Brigitte (2008) Die Tötungsanstalt Hartheim 1940-1945; In: Dies. / Marckhgott, Gerhart / Reese, Hartmut (Hg.) (2008) Tötungsanstalt Hartheim; (=Oberösterreich in der Zeit des Nationalsozialismus 3); Linz; S. 63-116

Klee, Ernst (2010) "Euthanasie" im Dritten Reich. Die "Vernichtung lebensunwerten Lebens"; Fischer Verlag; Frankfurt a.M.

Kolarova, Katerina (2009) Vergeschlechtlichte Metaphern von Behinderung: Zur Intersektionalität von Geschlecht und Behinderung; In: Bidwell-Steiner, Marlen / Zangl, Veronika (Hg.) (2009) Körperkonstruktionen und Geschlechtermetaphern : zum Zusammenhang von Rhetorik und Embodiment; Studien Verlag; Innsbruck, Wien; S. 77-98

Köbsell, Swantje (2010) Gendering Disability. Behinderung, Geschlecht und Körper; In: Jacob, Jutta (Hg.) (2010) Gendering Disability. Intersektionale Aspekte von Behinderung und Geschlecht; Transcript; Bielefeld; S. 17-34

Lechler, Karl Ludwig (1940) Erkennung und Ausmerze der gemeinschaftsunfähigen; In: Ärzteblatt für die deutsche Ostmark Nr. 15 und 16, 3. Jahrgang vom 1. Und 15. August 1940; S. 178-180, 183, 193

Lehnert, Esther (2003) Die Beteiligung von Fürsorgerinnen an der Bildung der Kategorie 'minderwertig' im Nationalsozialismus. Öffentliche Fürsorgerinnen in Berlin und Hamburg im Spannungsfeld von Auslese und 'Ausmerze'; Mabuse-Verlag; Frankfurt a.M.

Lemke, Thomas (2004a) Die politische Ökonomie des Lebens – Biopolitik und Rassismus bei Michel Foucault und Giorgio Agamben; [<http://www.thomaslemkeweb.de/publikationen/Die%20politische%20D6konomie%20des%20Lebens%20II.pdf>; 21.07.2011]

Lemke, Thomas (2004b) Die Regel der Ausnahme. Giorgio Agamben über Biopolitik und Souveränität; In: Deutsche Zeitschrift für Philosophie 2004/6; S. 943-963

Lemke, Thomas (2007) Eine unverdauliche Mahlzeit? Staatlichkeit, Wissen und die Analytik der Regierung; In: Krasmann, Susanne / Volkmer, Michael (Hg.) (2007) Michel Foucaults Geschichte der Gouvernementalität in den Sozialwissenschaften. Internationale Beiträge; Transcript; Bielefeld; S. 47-73

Mazower, Mark (2008) Foucault, Agamben: Theory and the Nazis; In: boundary 2 35/1; S. 23-34

McRuer, Robert / Wilkerson, Abby (2003) Introduction; In: GLQ: A Journal of Lesbian and Gay Studies 9/1-2; S. 1-23

Minca, Claudio (2006) Giorgio Agamben and the new biopolitical *nomos*; In: Geografiska Annaler 88/4; S. 387-403

Neugebauer, Wolfgang (2005) Die "Aktion T4"; In: Kepplinger et al. (Hg.) (2008) Tötungsanstalt Hartheim; (=Oberösterreich in der Zeit des Nationalsozialismus 3); Linz

Ojakangas, Mika (2005) Impossible dialogue on bio-Power. Agamben and Foucault; In: Foucault Studies 2; S. 5-28

Oksala, Johanna (2010) Violence and the Biopolitics of Modernity; In: Foucault Studies 10; S. 23-43

Peukert, Detlev (1988) Die Genesis der "Endlösung" aus dem Geiste der Wissenschaft; In: Forum für Philosophie Bad Homburg (Hg.) (1988) Zerstörung des moralischen Selbstbewußtseins: Chance oder Gefährdung? Praktische Philosophie in Deutschland nach dem Nationalsozialismus; Suhrkamp; Frankfurt a.M.; S. 24-48

Pfäfflin, Friedemann (1985) Hamburger Wohlfahrt. Die würdigen und unwürdigen Insassen der Fürsorgeheime; In: Ders. / Ebbinghaus, Angelika / Haman, Matthias / Aly, Götz / Preisler, Gerd (Hg.) (1985) Aussonderung und Tod. Die klinische Hinrichtung der Unbrauchbaren; (=Beiträge zur nationalsozialistischen Gesundheits- und Sozialpolitik 1); Rotbuch; Berlin; S. 108-120

Pieper, Marianne / Atzert, Thomas / Karakayali, Serhat / Tsianos, Vassilis (2011) Biopolitik in der Debatte – Konturen einer Analytik der Gegenwart mit und nach der biopolitischen Wende; In: Dies. (Hg.) (2011) Biopolitik – In der Debatte; VS Verlag; S. 7-27

Planert, Ute (2000) Der dreifache Körper des Volkes: Sexualität, Biopolitik und die Wissenschaften vom Leben; In: Geschichte und Gesellschaft 26; S. 539-576

Priestley, Mark (2003) Worum es geht bei den Disability Studies? Eine britische Sichtweise; In: Waldschmidt, Anne (Hg.) (2003) Kulturwissenschaftliche Perspektiven der Disability Studies. Tagungsdokumentation; Bifos; Kassel; S. 23-35

Raab, Heike (2010) Shifting the Paradigm: "Behinderung, Heteronormativität und Queerness"; In: Jacob, Jutta (Hg.) (2010) Gendering Disability. Intersektionale Aspekte von Behinderung und Geschlecht; Transcript; Bielefeld; S. 73-94

Reichsgesetzblatt (1933) vom 25. Juli 1933; Nr. 86

RMI (1940) Neue Richtlinien für die Beurteilung der Erbgesundheit; In: Ärzteblatt für die deutsche Ostmark Nr. 17, 3. Jahrgang vom 1. September 1940; S. 205, 206, 209

Rohrman, Eckhard (2011) Mythen und Realitäten des Anderseins. Gesellschaftliche Konstruktionen seit der frühen Neuzeit; VS Verlag; Wiesbaden

Roth, Karl Heinz (1985) Filmpropaganda für die Vernichtung der Geisteskranken und Behinderten im "Dritten Reich"; In: Aly, Götz (Hg.) (1985) Reform und Gewissen.

"Euthanasie" im Dienst im Dienst des Fortschritts; (=Beiträge zur nationalsozialistischen Gesundheits- und Sozialpolitik 2); Rotbuch; Berlin; S. 125-193

Rotzoll, Maike (2007) Verwahren, verpflegen, vernichten: Die Entwicklung der Anstaltspsychiatrie in Deutschland und die NS-"Euthanasie"; In: Fuchs, Petra et al. (2007) "Das Vergessen der Vernichtung ist Teil der Vernichtung selbst". Lebensgeschichten von Opfern der nationalsozialistischen "Euthanasie"; Wallstein Verlag; Göttingen; S. 24-35

Rotzoll, Maike / Fuchs, Petra / Hohendorf, Gerrit /Richter, Paul (2010) Die nationalsozialistische "Euthanasieaktion T4". Historische Forschung, individuelle Lebensgeschichten und Erinnerungskultur; In: Nervenarzt 11/2010; S. 1326-1332

Ryn, Zdzislaw / Klodzinski, Stanislaw (1987) An der Grenze zwischen Leben und Tod. Eine Studie über die Erscheinung des "Muselmanns" im Konzentrationslager; In: Hamburger Institut für Sozialforschung (Hg.) (1987) Die Auschwitz-Hefte. Band 1. Texte der polnischen Zeitschrift "Przegląd Lekarski" über historische, psychische und medizinische Aspekte des Lebens und Sterbens in Auschwitz; Beltz Verlag; Weinheim, Basel; S. 89-154

Sarasin, Philipp (2003) Agamben – oder doch Foucault?; In: Deutsche Zeitschrift für Philosophie 51/1; S. 348-353

Schneider, Silke (2006) Diskurse in der Diktatur? Überlegungen zu einer Analyse des Nationalsozialismus mit Foucault; In: Dies. / Kerchner, Brigitte (Hg.) (2006) Foucault. Diskursanalyse der Politik. Eine Einführung; VS Verlag; S. 123-144

Snyder, Sharon / Mitchell, David (2006) Eugenics and the racial genome: politics at the molecular level; In: Patterns of Prejudice 40/4-5; S. 399-412

Scheu, Johannes (2008) Giorgio Agamben: Überleben in der Leere; In: Moebius, Stephan / Quadflieg, Dirk (Hg.) (2008) Kultur. Theorien der Gegenwart; VS Verlag; S. 439-451

Schmincke, Imke (2007) Außergewöhnliche Körper. Körpertheorie als Gesellschaftstheorie; In: Dies. / Junge, Torsten (Hg.) (2007) Marginalisierte Körper. Beiträge zur Soziologie und Geschichte des anderen Körpers; Unrast Verlag; Münster; S. 11-26

Schmuhl, Hans-Walter (1992) Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie. Von der Verhütung zur Vernichtung "lebensunwerten Lebens" 1890-1945; zweite Auflage; Vandenhoeck & Ruprecht; Göttingen

Schott, Heinz / Tölle, Rainer (2006) Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren. Irrwege. Behandlungsformen; C.H. Beck; München

Siemen, Hans Ludwig (1991) Reform und Radikalisierung. Veränderungen der Psychiatrie in der Weltwirtschaftskrise; In: Frei, Norbert (Hg.) (1991) Medizin und Gesundheitspolitik in der NS-Zeit; (Sondernummer der Schriftenreihe der Vierteljahrshefte für Zeitgeschichte); Oldenbourg; München; S. 191-200

Spring, Claudia (2002) "Patient tobte und drohte mit Selbstmord". NS-Zwangssterilisationen in der Heil- und Pflegeanstalt Am Steinhof und deren Rechtfertigung in der Zweiten Republik; In: Gabriel, Eberhard / Neugebauer, Wolfgang (Hg.) (2002) Von der Zwangssterilisierung zur Ermordung. Zur Geschichte der NS-Euthanasie in Wien; Teil II; Böhlau; Wien; S. 41-76

Stadler, Hans (2004a) Überkonfessionelle und staatliche Krüppelfürsorge; In: Ders. / Wilken, Udo (Hg.) (2004) Pädagogik bei Körperbehinderung; Beltz Verlag; Weinheim, Basel, Berlin; S. 194-248

Stadler, Hans (2004b) Krüppelfürsorge in der Zeit des Nationalsozialismus und Kontinuitäten in der Nachkriegszeit; In: Ders. / Wilken, Udo (Hg.) (2004) Pädagogik bei Körperbehinderung; Beltz Verlag; Weinheim, Basel, Berlin; S. 293-327

Staemmler, Martin (1933) Die Sterilisierung Minderwertiger vom Standpunkt des Nationalsozialismus; In: Eugenik-Erblehre-Erbpflege Band3/Heft 5; S. 97-112

Tremain, Shelley (2005) Foucault, Governmentality, and Critical Disability Theory: An Introduction; In: Dies. (Hg.) (2005) Foucault and the Government of Disability; Univ. of Michigan Press; Ann Arbor; S. 1-26

Villa, Dana (2000) Das Gewissen, die Banalität des Bösen und der Gedanke eines repräsentativen Täters; In: Smith, Gary (Hg.) (2000) Hannah Arendt revisited. "Eichmann in Jerusalem" und die Folgen; Suhrkamp; Frankfurt a.M.; S. 231-263

Villa, Dana (2007) Genealogies of Total Domination: Arendt, Adorno, and Auschwitz; In: New German Critique 34/1; S. 1-45

Villa, Paula-Irene (2010a) Verkörperung ist immer mehr. Intersektionalität, Subjektivierung und der Körper; In: Lutz, Helma / Hererra Vivar, Maria Teresa / Supik, Linda (Hg.) (2010) Fokus Intersektionalität. Bewegungen und Verortungen eines vielschichtigen Konzeptes; VS Verlag; S. 203-221

Villa, Paula-Irene (2010b) Subjekte und ihre Körper. Kultursoziologischer Überlegungen; In: Wohlrab-Sahr, Monika (Hg.) (2010) Kultursoziologie. Paradigmen – Methoden – Fragestellungen; VS Verlag; S. 251-274

Waldschmidt, Anne (2006) Soziales Problem oder kulturelle Differenz? Zur Geschichte von "Behinderung" aus der Sicht der "Disability Studies"; In: Traverse. Zeitschrift für Geschichte 3/2006; S. 31-46

Waldschmidt, Anne (2007) Macht – Wissen – Körper. Anschlüsse an Michel Foucault in den Disability Studies; In: Dies. / Schneider, Werner (Hg.) (2007) Disability Studies, Kultursoziologie und Soziologie der Behinderung; Transcript; Bielefeld; S. 55-77

Weindling, Paul (1989) The "Sonderweg" of German Eugenics: Nationalism and Scientific Internationalism; In: The British Journal for the History of Science 22/3; S. 321-333

Würtz, Hans (1925) Die Idee der krüppelpädagogischen Bewegung; In: Zeitschrift für Kinderforschung 30/2; S. 92-102

Zegenhagen, Evelyn (2004) Facilities for Pregnant Forced Laborers and Their Infants in Germany (1943-1945); In: Center for Advanced Holocaust Studies (Hg.) (2004) Children and the Holocaust; Washington D.C.; S. 65-75

## Abstract

Bereits vor dem Holocaust waren Zwangssterilisation und NS-Euthanasie Teil einer mörderischen nationalsozialistischen Bevölkerungspolitik, die eugenische und rassenhygienische Weltanschauung miteinander verband und umzusetzen vermochte. Mithilfe einer biopolitischen Theoriebrille kann in dieser Arbeit der sich stetig ausweitende Prozess der Erfassung, Kategorisierung, Bewertung, Selektion und Vernichtung menschlichen Lebens entlang hegemonialer Körpervorstellungen und Körperrnormen nachgezeichnet werden. Zwangssterilisation und Euthanasie dienten primär der "Ausmerze" der "geistig und körperlich Behinderten", des sogenannten "lebensunwerten Lebens", brachten jedoch gleichzeitig auch das "lebenswerte Leben" hervor. Diese Arbeit beschreibt, wie sogenannte "geistig und körperlich Behinderte" diskursiv als "Unheilbare" und "geistig Tote" hergestellt wurden und welche politischen Strategien in der "Fabrikation" und "Vernichtung" dieser Menschen wirksam geworden sind. Die Erfassung und Vernichtung der vermeintlich "Minderwertigen" korrelierte so mit der Produktion der "Hochwertigen": *Leben machen* und *Sterben machen* wurden im Nationalsozialismus zu Synonymen.



# Lebenslauf

## Persönliche Daten

Geburtsdatum 28.09.1979  
Geburtsort Bozen

## Schulbildung

1985 – 1990 Grundsschule in Bozen und Kardaun  
1991 – 1994 Mittelschule in Bozen  
1995 – 1996 Realgymnasium in Bozen  
1997 – 1999 Gewerbeoberschule in Bozen  
2003 – 2005 Handelsober-Abendschule in Bozen (Zweiter Bildungsweg)

## Berufserfahrung

2000 – 2005 Technischer Assistent an der Freien Universität Bozen

## Studium

2005 – 2011 Diplomstudium Internationale Entwicklung  
2005 – 2012 Diplomstudium Politikwissenschaften