Aus dem Institut für Geschichte der Medizin
(Leiterin: Prof. Dr. phil. Dr. rer. med. Mariacarla Gadebusch Bondio)
der Universitätsmedizin der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald

Die Entwicklung der Universitäts-Hautklinik Greifswald in der Zeit des Nationalsozialismus unter besonderer Berücksichtigung von Patientenakten mit den Diagnosen Syphilis und Gonorrhoe

Inauguraldissertation
zur
Erlangung des akademischen
Grades
Doktor der Medizin
(Dr. med.)

der
Universitätsmedizin
der

Ernst-Moritz-Arndt-Universität
Greifswald
2011

vorgelegt von:
Tabea Kapp, geb. Mohr
Geb. am: 26.11.1983
In: Gießen

Dekan: Prof. Dr. rer. nat. Heyo K. Kroemer

1. Gutachter: Prof. Dr. med. Markus M. Lerch

2. Gutachter: Frau Prof. Dr. phil. Dr. rer. med. Mariacarla Gadebusch Bondio

3. Gutachter: Prof. Dr. phil. Thomas Kohlmann

Ort, Raum: Greifswald, Hörsaal der Inneren Medizin A, Löfflerstraße 23a

Tag der Disputation: 16. Mai 2011

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis 3
Vorwort 6
Abkürzungsverzeichnis 7

1. Einleitung 8
1.1. Gegenstand der Untersuchung 8
1.2. Zur Forschungslage 11
1.3. Zur Quellenlage 13
1.4. Aufbau der Arbeit 15

2. Die Entwicklung der Dermatovenerologie in Deutschland 17
2.1. Die Entwicklung der Dermatovenerologie zum Spezialfach der Medizin 18
2.2. Lehre in der Dermatologie 23
2.3. Die Entstehung dermatologischer Fachgesellschaften 24
2.4. Jüdische Dermatologen – Dermatologie im Nationalsozialismus 28

3. Das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ („GzVeN“) 31
3.1. Die Entwicklung des „GzVeN“ in Deutschland 32
3.1.1. Sterilisierungspolitik vor 1933 32
3.1.1. a) Die Diskussion um eugenische und rassenhygienische Sterilisation vor 1918 33
3.1.1. b) Forderungen zur eugenischen Sterilisation nach 1918 35
3.1.1. c) Vorarbeiten für ein Gesetz in der Sterilisationsfrage 37
3.1.2. Sterilisierungspolitik nach 1933 39
3.1.2. a) Änderungen und Verordnungen am „GzVeN“ 39
3.1.2. b) Durchführung und Wiedergutmachung in Deutschland 40
3.2. Das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ 41
3.2.1. Der Vergleich des „GzVeN“ zum Preußischen Entwurf eines Sterilisationsgesetzes 41
3.2.2. Erläuterungen zum „GzVeN“ – Die Krankheitsbilder 43
3.2.3. Das Erbgesundheutesverfahren 47

3.3. Die Durchführung des „GzVeN“ in Greifswald 48
3.3.1. Die beteiligten Kliniken 48
3.3.2. Die Unfruchtbarmachungen aufgrund des „GzVeN“ in Greifswald von 1933 bis 1945 49
3.3.3. Sterilisationszahlen auf dem Hintergrund von Dissertationen aus dem Jahr 1936 in Greifswald 51
3.3.4. Zusammenfassende Bemerkungen 52

4. Die Universitäts-Hautklinik Greifswald 54
4.1. Die Entstehung der Universitäts-Hautklinik in Greifswald 54
4.2. Greifswalder Dermatologen – Lehre und Lehrer an der Universitäts-Hautklinik 59
4.2.1. Direktoren der Universitäts-Hautklinik 60
4.2.1. a) Walther Schönfeld (1888-1977) 60
4.2.1. b) Josef Hämel (1894-1969) 63
4.2.1. c) Wilhelm Richter (1892-1944) 64
4.2.1. d) Egon Keining (1892-1971) 67
4.2.2. Oberärzte der Universitäts-Hautklinik 68
4.2.2. a) Willy Leipold (1893-1973) 68
4.2.2. b) Joachim Hartung (1908-1980) 70
4.2.2. c) Harry Braun (1908-1979) 72
4.2.3. Lehre und Vorlesungen der Universitäts-Hautklinik Greifswald 77
4.3. Die Universitäts-Hautklinik Greifswald in der Zeit des Nationalsozialismus 81
4.3.1. Die Berufungspolitik im Nationalsozialismus und dessen Auswirkungen 82
4.3.2. Forschung im Nationalsozialismus 85
4.3.2. Die Universitäts-Hautklinik im Krieg 91

5. Die Behandlung der Geschlechtskrankheiten an der UHK 1933 bis 1945 97
5.1. Die Syphilis 97
5.2. Die Gonorrhoe 101
5.3. Kurze historische Abhandlung über die beiden Geschlechtskrankheiten Syphilis und Gonorrhoe 104
5.3.1. Historische Aspekte der Syphilis 105
5.3.2. Historische Aspekte der Gonorrhoe 110

5.4. Der Stand der Forschung und der Therapie zur Zeit des Nationalsozialismus 112
5.4.1. Erforschung und Therapie der Syphilis 113
5.4.2. Erforschung und Therapie der Gonorrhoe 116
5.5. Gesundheitspolitik und Gesundheitsfürsorge der Geschlechtskrankheiten – Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Nationalsozialismus 120
5.6. Ergebnisse der Auswertung von Krankenakten unter besonderer Berücksichtigung des „GzVeN“ 127
5.6.1. Auswertung der Zahlen 127
5.6.2. Auswertung der Altersgruppen 134
5.6.3. Auswertung der Komplikationen 135
5.6.4. Sterilisationsproblematik 137

6. Zusammenfassung 146

Quellen- und Literaturverzeichnis 151
1. Quellenverzeichnis 151
2. Literaturverzeichnis 154
3. Internetquellen 167

Anhang 168
Gesetzesgrundlagen 168
Erklärung über die eigenständige Abfassung der Arbeit 186
Lebenslauf 187
Danksagung 188

Vorwort

> „Es ist dies immer wieder eine Bestätigung der alten Tatsache, daß der medizinischen Erkenntnis Umwege und Irrwege mancher Art hätten erspart werden können, wenn man sich mehr mit der Geschichte der Medizin beschäftigt und sie besser gekannt hätte!“[1]
>
> Walther Schönfeld, 1935

Dieses Zitat des Dermatologen und Medizinhistorikers Walther Schönfeld aus einer seiner medizinhistorischen Arbeiten steht in prägnanter Weise für einen wesentlichen Aspekt und Hintergrund jeglicher medizingeschichtlicher Forschung: Man kann sich so manchen Irr- und Umweg sparen, wenn man zurückblickt und aus der Geschichte wertvolles Orientierungswissen bezieht. Schönfeld bezog sich hier auf eine medizinische Untersuchungstechnik, die in Vergessenheit geriet, so dass eine genauere Diagnosestellung nicht mehr möglich war. Aber ebenso gut könnte man dies auf alle anderen Bereiche des Lebens anwenden. Gerade aber für die Zeit des Nationalsozialismus ist dies ein bedeutender Ansatz, da nur eine gewissenhafte Auseinandersetzung mit der NS-Geschichte die Zusammenhänge ansatzweise verstehen lässt, welche zu der Diktatur mit all seinen schrecklichen Folgen geführt haben und damit ermöglicht, weitere „Irrwege“ zu erkennen und zu verhindern.
So soll auch diese Arbeit Einblicke in die Geschichte der Medizin, insbesondere der Dermatologie, im Nationalsozialismus am Beispiel der Greifswalder Hautklinik gewähren. Trotz allem gilt leider auch der folgende Satz: „Geschichtliche Fakten können als Lehren ins Bewußtsein zurückgerufen werden, aber die Ereignisse können nicht rückgängig gemacht werden“.[2] So soll diese Arbeit zwar auch in gewisser Weise Erinnerung und Lehre schaffen, doch auch mit einem Mehr an Verständnis für die Abläufe innerhalb des Nationalsozialismus kann kein „rückgängig machen“ der Vergangenheit geschehen.

---

[1] Schönfeld, Walther: „Geschichtliches zur Verwendung des Scheidenspiegels bei den Geschlechtskrankheiten“. In: Dermatologische Wochenschrift. Bd. 102. Nr. 18. (1936) S. 577.
[2] Hollander, A.: „Die Leiden der jüdischen Dermatologen unter dem Nazi-Regime“. In: Dermatologische Monatsschrift. Nr. 171. (1985) S. 513.

Abkürzungsverzeichnis

Arch. Dermatol. Syph.	Archiv für Dermatologie und Syphilis
A. o. P.	Außerordentlicher Professor
CUK	Chirurgische Universitäts-Klinik Greifswald
Dermatol. Monatsschr.	Dermatologische Monatsschrift
DDG	Deutsche Dermatologische Gesellschaft
DGBG	Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten
DW	Dermatologische Wochenschrift
DZ	Dermatologische Zeitschrift
EG	Erbgesundheitsgericht
EOG	Erbgesundheitsobergericht
GA	Gutachten
GBG	„Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten“
GzVeN	„Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“
KZ	Konzentrationslager
LHÜ	Landesheilanstalt Ückermünde
Med. Welt	Medizinische Welt
MDGBG	Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten
MMW	Münchner Medizinische Wochenschrift
RGB	Reichsgesetzblatt
SAG	Stadtarchiv Greifswald
StGB	Strafgesetzbuch
UAG	Universitätsarchiv Greifswald
UAK	Universitäts-Augenklinik Greifswald
UFK	Universitäts-Frauenklinik Greifswald
UHK	Universitäts-Hautklinik Greifswald
UNK	Universitäts-Nervenklinik Greifswald
Wa/R	Wassermann-Reaktion
VO	Verordnung
Zbl Gynäkologie	Zentralblatt für Gynäkologie

1. Einleitung

1.1. Gegenstand der Untersuchung

Wie viele andere medizinische Spezialfächer wurde auch das Fach der Dermatologie und Venerologie von der nationalsozialistischen Berufungspolitik, von Amtsenthebungen, Gesetzen zur „Aufwertung des Volkes“, nationalsozialistisch geprägter Forschung und Verfolgungen jüdischer Ärzte nicht verschont. Gerade weil es sehr viele jüdische Dermatologen gab[3], lässt sich an diesem Fach der Einfluss des Nationalsozialismus auf alle Bereiche der Medizin deutlich zeigen.

Die Zahl der im Jahr 1932 in Deutschland lebenden und arbeitenden Dermatologen betrug 1.957. Innerhalb von acht Jahren sank diese Zahl auf 1.322. Dieser Verlust entstand durch die Vertreibung von ca. 600 Hautärzten innerhalb der Zeit des Nationalsozialismus.[4]

Der Blick auf die personellen Veränderungen an den Hochschulen zeigt, „dass es in den Jahren von 1933 bis 1936 an 13 von 23 deutschen Universitäts-Hautkliniken zu Neubesetzungen gekommen ist, die von der NSDAP kontrolliert worden sind.“[5] Auch an der Greifswalder Universitäts-Hautklinik lässt sich dies zum Beispiel an der Umbesetzung der Direktorenstelle zeigen. Von 1920 bis 1935 war der parteilose Dermatologe Walther Schönfeld (1888-1977) Direktor der Universitäts-Hautklinik, bevor er auf den Lehrstuhl in Heidelberg berufen wurde. Er wurde durch Wilhelm Richter (1892-1944) ersetzt, welcher die UHK bis zu seinem Tode 1944 als überzeugter Nationalsozialist und Mitglied der SA leitete. Zwischenzeitlich hatte Josef Hämel (1894-1969) im Jahre 1935 die Stelle des Direktors übernommen, bevor einen Ruf nach Jena an die dortige Universitäts-Hautklinik erhallten hatte.

Nach dem Tode Wilhelm Richters wurde die Universitäts-Hautklinik für kurze Zeit von Egon Keining (1892-1971) geleitet, bevor für mehrere Jahre kein direkter Fachvertreter die Direktion übernahm.[6]

---

[3]Siehe dazu in: Scholz, Albrecht: *Geschichte der Dermatologie in Deutschland*. Berlin. (1999) S. 139. Albrecht Scholz beschreibt einen Anteil von „25 Prozent Nichtarier im Sinne der Nationalsozialisten“ unter den Dermatologen. Innerhalb der Ärzteschaft allgemein gibt Albrecht Scholz „immerhin 16 Prozent im Gegensatz zu 0,8 Prozent in der gesamten Bevölkerung“ an.

[4] Ebenda.

[5] Scholz, Albrecht: *Aufstieg und Ende der jüdischen Dermatologen in Deutschland*. In: Elsner, Peter / Zwiener, Ulrich (Hrsg.): Medizin im Nationalsozialismus am Beispiel der Dermatologie. (2002) S.45.

[6] So wurde zwischen 1946 und 1950 die stellvertretende fachliche Leitung zunächst von dem ehemaligen Assistenten der Hautklinik, Harry Braun (1908-1979), übernommen, bevor der Assistent Jung von 1949 ab für ein Jahr diese Position inne hatte. Die kommissarische Leitung der Klinik übernahmen in dieser Zeit Dr.

Nicht nur im Hinblick auf die Berufungspolitik innerhalb der Klinik, sondern auch in der Klinikstruktur, der Forschung und der ärztlichen Tätigkeit lassen sich Hinweise auf eine nationalsozialistisch geprägte Forschung und Lehre an der UHK finden. In Greifswald wurden bereits verschiedene Universitätskliniken unter Berücksichtigung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ erforscht, vor allem die in dem Zusammenhang für die Durchführung des Gesetzes besonders wichtige Universitäts-Nervenklinik.[7] Aber auch über die Universitäts-Frauenklinik und die Chirurgische Klinik in Greifswald liegen entsprechende Daten vor.[8] Nicht jedoch beachtet wurde bisher die Frage, inwieweit die Hautklinik an der Unfruchtbarmachung von Frauen und Männern zur Zeit des Nationalsozialismus beteiligt war. Gerade im Hinblick auf die vielen Patienten mit Geschlechtskrankheiten, welche oft nicht den gewünschten „Lebenswandel“ aufwiesen, ist es interessant zu schauen, ob die Ärzte der Universitäts-Hautklinik im Sinne der Rassenhygiene tätig wurden. Gab es Zwangssterilisationen aufgrund von Geschlechtskrankheiten und der dadurch bestehenden Gefahr für das „Deutsche Volk“? Wurden Patienten, die mit dem damaligen moralischen Verständnis nicht konform gingen, genauso behandelt wie alle anderen? Oder wurden sie womöglich wie andere unerwünschte Personen oder rassistisch verfolgte Gruppen in Arbeitslager oder Konzentrationslager gebracht? Aus all diesen Fragen ergibt sich ein gemeinsamer Ansatz: Was verstand man zur Zeit des Nationalsozialismus unter Geschlechtskrankheiten und wie ging man damit um?

Um dieses große Thema ein wenig einzugrenzen, beschränkt sich die Arbeit auf die Greifswalder Hautklinik zur Zeit des Nationalsozialismus und auf die beiden Geschlechtskrankheiten Syphilis und Gonorrhoe. Die Dissertation setzt sich zunächst mit dem Aufbau und der Struktur der Klinik und der dort beschäftigten Ärzte auseinander. Ferner geht sie der Frage nach, inwieweit Gesetze und Verordnungen des Nationalsozialismus innerhalb der Hautklinik verfolgt und durchgesetzt wurden und in welcher Form die Ideologie des Nationalsozialismus auf den Alltag der Klinik

---

Überschäer bis 1949 und Gerhardt Katsch (1887-1961), der Direktor der Medizinischen Klinik der Universität Greifswald, bis 1950. Erst mit Siegwald Bommer (1898-1963) fand die Universitäts-Hautklinik 1950 wieder einen Fachvertreter für die Direktion.

[7] Siehe: Bady, T. / Blütgen, M.: *Untersuchungen von Patientenunterlagen der Universitäts-Nervenklinik Greifswald aus den Jahren 1933-1945 unter besonderer Berücksichtigung von Begutachtungen im Rahmen des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses*“. (1994) Diss. Greifswald. Siehe auch unter: Pfau, Arne: *Die Entwicklung der Universitäts-Nervenklinik (UNK) in den Jahren von 1933 bis 1955*. (2002) Diss. Greifswald.

[8] Heffe, Hans-Rudolf: *Eugenische Sterilisierungen*. (1936) Diss. Greifswald. Siehe auch in: Koehler, Renate: *Die eugenischen Sterilisierungen vom 1.4.1935 bis 31.3.1936*. Diss. Greifswald.

Einfluss ausübte. Waren die Ärzte der damaligen Zeit mit den Ideen der Nationalsozialisten vertraut oder verbunden? Wer leitete die Hautklinik in der Zeit des Nationalsozialismus und inwieweit hatte man in der Leitung der Klinik freie Hand? Veränderte sich die Klinik in ihren räumlichen oder personellen Strukturen? Gab es auch an der Greifswalder Universitäts-Hautklinik Anzeigen bezüglich Zwangssterilisationen oder war sogar eine Geschlechtskrankheit und der damit geglaubt zusammenhängende Lebenswandel bereits eine Indikation zur Unfruchtbarmachung? Welche Ärzte arbeiteten in der Zeit des Nationalsozialismus in der Hautklinik und auf welchen Gebieten forschten sie? Gab es „kriegswichtige" Forschung in der Greifswalder Hautklinik?

Gegenstand der vorliegenden Untersuchung ist somit die Geschichte der Greifswalder Universitäts-Hautklinik in der Zeit des Nationalsozialismus. Es soll jedoch zunächst ein historischer Einblick in die Entwicklung der Dermatologie in Deutschland gegeben werden, der eine Reflektion der Greifswalder Situation erst ermöglichen kann. Grundlage für die institutsgeschichtliche Arbeit sind 2936 Krankenakten von Patienten aus der Greifswalder Hautklinik, die aufgrund von Geschlechtskrankheiten in den Jahren des Nationalsozialismus in stationärer Behandlung waren. Diese bedingen auch die Eingrenzung des Themas auf die Bearbeitung der beiden Geschlechtskrankheiten Syphilis und Gonorrhoe. Auch, wenn man heutzutage eine Vielzahl an Erkrankungen unter die Gruppe der venerischen Krankheiten, der sexually transmitted diseases (STD) fasst, so sind nur diese beiden Gegenstand der Untersuchung, da hier von einer vollständigen Überlieferung des Aktenmaterials ausgegangen werden konnte. Die Schwerpunkte der Arbeit liegen somit auf der Dermatologiegeschichte, auf der Bedeutung des Nationalsozialismus für das Fach – hierbei liegt ein besonderes Augenmerk auf dem „GzVeN" - und im Besonderen auf der Geschichte der Universitäts-Hautklinik Greifswald in der Zeit des Nationalsozialismus.

1.2. Zur Forschungslage

Es existiert bisher noch keine ausführliche institutsgeschichtliche Arbeit über die Greifswalder Universitäts-Hautklinik, wie es sie für Hautkliniken anderer Universitäten bereits gibt.[9] Im Rahmen von Festschriften der Universität oder des Medizinischen Vereins in Greifswald entstanden kürzere Übersichtsarbeiten über die historischen Hintergründe der Hautklinik,[10] die jedoch in ihrem Umfang und in ihrer Tiefe nicht das Format einer größeren institutsgeschichtlichen Arbeit besitzen. Hier soll die vorliegende Arbeit eine Lücke schließen.

Es gibt hingegen einige Publikationen mit Behandlung der Dermatologiegeschichte in Deutschland. Hervorzuheben sind hierbei vor allem die Arbeiten des Dermatologen und Medizinhistorikers Albrecht Scholz (geb. 1940), der nicht nur mit seinen Übersichtsarbeiten[11], sondern auch mit der Vielzahl an Aufsätzen und Zeitschriftenbeiträgen einen wertvollen Beitrag zur historischen Bearbeitung des Faches leistet. Auch Walther Schönfeld (1888-1977), der einstige Direktor der Universitäts-Hautklinik Greifswald, sei an dieser Stelle aufgrund der Wichtigkeit seiner medizinhistorischen Forschung erwähnt.

Die über den Nationalsozialismus im Allgemeinen und über Medizin im Nationalsozialismus und das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses" im Speziellen veröffentlichten Arbeiten, sind überaus zahlreich und teilweise nicht überschaubar. Für die hier vorliegende Arbeit wurden vornehmlich Arbeiten mit Bezug auf die Greifswalder Situation ausgewählt. Zur Übersicht wurden jedoch auch allgemeine Publikationen beispielsweise von den Autoren Gerhard Baader, Norbert Frei, Rolf Winau, Gisela Bock, Ernst Klee, Hans-Walter Schmuhl, Wolfgang Weyers oder Alexander Mitscherlich verwendet.[12]

---

[9] Es seien an dieser Stelle nur drei Arbeiten beispielhaft genannt: Weinert, Cornelia: *Die Geschichte der Dermatologie und Venerologie in München*. (1970) Diss. München.; Krutmann, Jean: *Die Geschichte der Universitäts-Hautklinik in Münster in Westfalen*. In: Murken, Axel Hinrich [Hrsg.]: Studien zur Geschichte des Krankenhauses. Bd. 25. 1987. Herzogenrath.; Harnack, Klaus: *Die Hautklinik der Charité und die Dermatologie in Berlin (1710-1999)*. (2000) Berlin.

[10] Bommer, Siegwald: *Die Klinik und Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten*. In: Festschrift zur 500-Jahrfeier der Universität Greifswald. Bd. 2. (1956) Greifswald. S. 431-327.; Richter, Wilhelm: *Die Dermatologie und Syphilidologie in Greifswald*. In: Loeschke, H. / Terbrüggen, A. [Hrsg.]: 100 Jahre medizinische Forschung. Festschrift zur Feier des 75jährigen Bestehens des Medizinischen Vereins. (1938) Greifswald. S: 285-292.; Lucht, Ernst: *Die neue Hautklinik der Universität Greifswald*. 1929. Greifswald.; Spieß, Karl-Heinz: *Universität und Gesellschaft. Festschrift zur 550-Jahrfeier der Universität Greifswald 1456-2006*. Bd. 1. Die Geschichte der Fakultäten im 19. und 20. Jahrhundert. (2006) Rostock.

[11] Scholz, Albrecht: *Geschichte der Dermatologie in Deutschland*. (1999) Berlin; Scholz, Albrecht / Holubar, Karl / Burg, Günter [Hrsg.]: *Geschichte der deutschsprachigen Dermatologie*. (2009) Weinheim.

[12] Bei diesen Arbeiten handelt es sich um wertvolle Aufsätze in Sammelbändern, welche Berührungspunkte mit

Publikationen über die Geschichte der Geschlechtskrankheiten, beispielsweise durch Lutz Sauerteig[13] oder Albrecht Scholz[14], ergänzten die zeitgeschichtlichen Quellen über die Diagnostik und Therapie der Syphilis und Gonorrhoe, wobei hierbei erneut ein Schwerpunkt auf Greifswalder Autoren gelegt wurde.[15]

Wissenschaftliche Arbeiten mit ähnlichem Ansatz, das heißt institutsgeschichtliche oder medizinhistorische Arbeiten auf Grundlage von Krankenakten oder Patientenunterlagen, waren bei der Literatur- und Quellenarbeit ebenfalls von besonderem Interesse. Teilweise wurde in diesen Arbeiten nur mit Stichproben gearbeitet,[16] teilweise wurden wie in der vorliegenden Arbeit vollständige Aktenbestände untersucht.[17]

Während der Literaturrecherche und der Quellenforschung ließ sich somit feststellen, dass es bisher noch keine größere institutsgeschichtliche Arbeit über die Greifswalder Universitäts-Hautklinik gibt, insbesondere jedoch keine, die gleichzeitig Patientenunterlagen bearbeitet um so ein runderes historisches Bild der Klinik entwerfen zu können. Dies sollte den Ansatz der vorliegenden Arbeit darstellen.

---

der vorliegenden Arbeit beinhalten wie beispielsweise die Arbeit Gerhard Baaders: *Menschenversuche in Konzentrationslagern*. In: Bleker, Johanna / Jachertz, Norbert [Hrsg.]: Medizin im Dritten Reich. (1989) Köln. S. 103-111. Gleichzeitig wurden jedoch auch umfassendere Arbeiten eingeschlossen, wie beispielsweise die Arbeit von Giesela Bock *Zwangssterilisation im Nationalsozialismus. Studien zur Rassenpolitik und Frauenpolitik*. In: Schriften des Zentralinstituts für sozialwissenschaftliche Forschung der Freien Universität Berlin. Bd. 48. (1986) Berlin; oder auch die Arbeiten Ernst Klees, *Auschwitz, die NS-Medizin und ihre Opfer*. (1997) Frankfurt a. M., und Hans-Walther Schmuhl *Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie. Von der Verhütung >lebensunwerten Lebens<, 1890-1945.* In: Berding, Helmut / Kocka, Jürgen / Wehler, Hans-Ulrich [Hrsg.]: Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft. Bd. 75. (1987) Göttingen. Während die Arbeit von Alexander Mitscherlich und Fred Mielke, *Medizin ohne Menschlichkeit. Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses.* (2004) Frankfurt a. M, im Sinne einer Übersichtsarbeit gewertet wurde, lieferte der Aufsatz von Wolfgang Weyers, *Dermatologie im Nationalsozialismus – Der Niedergang eines Fachgebietes.* In: Elsner, Peter / Zwiener, Ulrich [Hrsg.]: Medizin im Nationalsozialismus am Beispiel der Dermatologie. Aus: Palm / Enke [Hrsg.]: Schriften des Collegium Europaeum Jenense. Heft 25. (2002) Jena-Erlangen. S. 53-65, ein auf die Dermatologie bezogenes Orientierungswissen.

[13] Sauerteig, Lutz: *Salvarsan und der „ärztliche Polizeistaat". Syphilistherapie im Streit zwischen Ärzten, pharmazeutischer Industrie, Gesundheitsverwaltung und Naturheilverbänden (1910-1927)*. In: Dinges, Martin [Hrsg.]: Medizinkritische Bewegungen im Deutschen Reich (ca. 1870-ca. 1933). In: Jütte, Robert [Hrsg.]: Medizin, Gesellschaft und Geschichte. Jahrbuch des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert-Bosch-Stiftung. Beiheft 9. (1996) Stuttgart. S. 161-200.

[14] Beispielhaft seien hier nur die beiden umfangreichsten Arbeiten erwähnt: Scholz, Albrecht: *Geschichte der Dermatologie in Deutschland*. (1999) Berlin, sowie das in Zusammenarbeit mit Karl Holubar und Günther Burg herausgegebene Werk *Geschichte der deutschsprachigen Dermatologie*. 2009. Weinheim.

[15] Siehe dazu insbesondere die Zeitschriftenbeiträge von Walther Schönfeld und Wilhelm Richter in der Dermatologischen Wochenschrift.

[16] Schäfer, Daniel / Mallmann, P.: „Gynäkologischer Alltag im „Dritten Reich": Das Beispiel der Kölner Universitätsfrauenklinik". In: Geburtshilfe und Frauenheilkunde. Nr. 65. (2005) S. 862-867.

[17] Grimm, Jana: *Zwangssterilisation von Mädchen und Frauen während des Nationalsozialismus – eine Analyse der Krankenakten der Universitäts-Frauenklinik Halle von 1934 bis 1945*. (2004) Diss. Halle.

1.3. Zur Quellenlage

Für die vorliegende Arbeit wurden zunächst ungedruckte Quellen untersucht. Zum einen in Form von Akten aus dem Greifswalder Universitätsarchiv (UAG) und dem Greifswalder Stadtarchiv (SAG) und zum anderen von Patientenakten der Universitäts-Hautklinik aus den Jahren 1933 bis 1945.

Unter den Akten des Greifswalder Universitätsarchivs befanden sich acht Personalakten von an der UHK Greifswald tätigen Ärzten, 27 Kuratorakten, drei Registratorakten und 14 Akten der Medizinischen Fakultät Greifswald. Dabei wurden bevorzugt die Akten mit Bezug auf die Universitäts-Hautklinik untersucht, ebenso wurden jedoch auch Bestände aus der Chirurgischen, der Frauenklinik und der Nervenklinik vor dem Hintergrund des „GzVeN“ eingesehen.

Im SAG wurden insbesondere Akten mit Bezug auf die Durchführung des „GzVeN“ untersucht, darunter drei Akten der Greifswalder Polizeidirektion und drei Akten des Magistrates der Stadt Greifswald.

Bei den Krankenakten der UHK handelte es sich um Akten von Patienten, die zwischen 1933 und 1945 aufgrund der Geschlechtskrankheiten Syphilis und Gonorrhoe in der Hautklinik in Greifswald stationär behandelt wurden. Diese Akten sind derzeit im Institut für Geschichte der Medizin in Greifswald untergebracht. Sie sind teilweise handschriftlich, andernteils maschinell ausgearbeitet. In wenigen dieser Akten sind Fotografien der Patienten bzw. von bestimmten, durch Krankheit veränderten Körperteilen enthalten. Zudem fanden sich dort teilweise Briefwechsel zwischen den Ärzten und verschiedenen Ämtern, der Polizei oder anderen Krankenhausabteilungen bzw. anderen Krankenhäusern und Heilanstalten.

Die Krankenakten bildeten die Grundlage der Arbeit. Von ihnen ausgehend wurden weitere gedruckte Quellen untersucht, um ein genaueres Bild über die Situation der UHK zur Zeit des Nationalsozialismus entwerfen zu können. Bei diesen gedruckten Quellen handelte es sich um Veröffentlichungen der in der UHK arbeitenden und forschenden Ärzte und Arbeiten über das Thema betreffende Inhalte wie zum Beispiel Lehrbücher der Haut- und Geschlechtskrankheiten aus der untersuchten Zeitspanne.

Allgemeine Literatur das Thema betreffend und verschiedene gedruckte Arbeiten, welche die Hautklinik, Dermatovenerologie im Allgemeinen oder andere

Grenzereiche der Dissertation streiften, wurden im Sinne der Sekundärliteratur ausgewertet.

Patientenakten als Ausgangspunkt einer wissenschaftlichen Arbeit erhielten in den letzten Jahren einen zunehmenden Stellenwert in der Medizinhistorik. Dabei wurde das Gewicht als Quelle zunächst anhand von Krankenakten aus psychiatrischen Einrichtungen deutlich. Es zeigte sich, dass

> „sich die psychiatrische Krankenakte als Ensemble eines vielstimmigen Aussage- [...] und Aufschreibesystems [...] auf herausragende Weise eignet, Auskunft zu geben über Arbeitsorganisation, Datenerhebungsverfahren, Aufzeichnungspraxis, Theorieverarbeitung und -aneignung der Klinik“.[18]

Dies wurde auch für andere Fachgebiete der Medizin entdeckt und übertragen. Besonders die Tatsache, dass Krankenakten neben einer statistischen Auswertung die Möglichkeit bieten, Einzelhinweise auf besondere Vorkommnisse oder Patientenschicksale zu finden und damit einen viel umfassenderen und tieferen Einblick in die Geschichte ermöglichen, zeigte sich als einer der bedeutendsten Vorteile von Patientenakten. Dies bietet insbesondere für die Zeitepoche des „Dritten Reichs“ die Option, neben der Erhebung medizinischer, soziologischer und epidemiologischer Daten auch „neue Einblicke in das System von Unterdrückung, Anpassung und Normalität“ zu gewinnen.[19]

Neben allgemeinen quellenkritischen Überlegungen ist es bei der Auswertung der Akten bedeutsam, die Analysekriterien d.h. die Kriterien der Auswertung zu reflektieren.[20] Bei den für die vorliegende Arbeit untersuchten Krankenakten wurde von einem in Bezug auf die jeweiligen Aufnahmediagnosen Syphilis und Gonorrhoe weitestgehend vollständigen Bestand von 1933 bis 1945 ausgegangen. Für die Bearbeitung wurde ein kombiniertes Auswahlverfahren mit einerseits Vollarchivierung und andererseits gezielter Auswahl des Besonderen gewählt. Das heißt, für die allgemeine Auswertung wurden alle vorliegenden Patientenakten aus dem entsprechenden Zeitabschnitt mit den beiden relevanten Aufnahmediagnosen mit in die Bewertung eingeschlossen. Dies bietet sich sowohl bei älteren

[18] Tagungsbericht *Psychiatrische Krankenakten als Material der Wissenschaftsgeschichte. Methodisches Vorgehen am Einzelfall.* 17.05.2007-19.05.2007. Berlin. In: H-soz-u-Kult, 10.06.2007. http://hsozkult.geschichte.hu-berlin.de/tagungsberichte/id=1602.

[19] Schäfer, Daniel / Mallmann, P.: *„Gynäkologischer Alltag im „Dritten Reich“: Das Beispiel der Kölner Universitätsfrauenklinik“*. In: Geburtshilfe und Frauenheilkunde. Nr. 65. (2005) S. 867.

[20] Tagungsbericht *Werkstattgespräch: Qualitative Auswertung psychiatrischer Krankenakten*. 08.04.2006. Berlin. In: H-soz-u-Kult, 09.06.2006. http://hsozkult.geschichte.hu-berlin/tagungsberichte/id=1144.

Krankenakten an, als auch bei Unterlagen, bei denen Inhalt und historische Bedeutung angemessen berücksichtigt werden sollen, was vor allem für Unterlagen aus der Zeit des Nationalsozialismus gilt.[21] Des weiteren wurden einzelne, inhaltlich besonders bedeutsame Akten gezielt in der Bewertung hervorgehoben. In der Erschließung sämtlicher Akten wurde ein Schema für die Einzelfallerschließung entworfen. Die erhobenen Daten wurden mittels einer dafür entworfenen Datenbank (Microsoft Excel) zusammengefasst und gespeichert. Die Einzelfallerschließung umfasste Signatur (Aktennummer), Personaldaten (Name, Vorname, Geburtsdatum, ggf. Todesdatum, Wohnort), Behandlungsdaten (Aufnahmedatum, Entlassungsdatum, Diagnose, Nebendiagnosen, Therapie, behandelnden Arzt, Komplikationen, frühere Aufenthalte) und ergänzende Daten (Hinweise auf Erbgesundheitsverfahren, Beilagen wie Fotografien, Korrespondenzen etc., Besonderheiten).[22]
Ausgehend von den Ergebnissen der Krankenakten-Auswertung erfolgte parallel die Arbeit im UAG und SAG sowie schließlich die Einsicht der allgemeinen Literatur und der das Thema betreffenden Publikationen in verschiedenen Fachzeitschriften.

1.4. Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Arbeit lässt sich in zwei große Abschnitte unterteilen. Der erste Abschnitt umfasst die Kapitel 2 und 3, welche beide den geschichtlichen Hintergrund bearbeiten und dadurch eine Einbettung in den medizinhistorischen Kontext ermöglichen. Kapitel 2 befasst sich mit der Geschichte der Dermatovenerologie in Deutschland, Kapitel 3 beschreibt die Hintergründe des „GzVeN“ in Deutschland und dessen Durchführung in Greifswald.
Für den zweiten, größeren Abschnitt der Arbeit, der die Kapitel 4 und 5 umfasst, stand die Universitäts-Hautklinik Greifswald nunmehr im Vordergrund. Mit dem 4. Kapitel soll ein historischer Überblick über die Entstehung der Dermatologie in Greifswald gegeben werden und die Dozenten und Oberärzte der Universitäts-Hautklinik im Sinne von Kurzbiographien mit Schwerpunkt auf ihrer Greifswalder Zeit

[21] Dinges, Martin: „Die Bewertung und Erschließung von Krankenakten: Vorschläge zur Bewältigung der Aktenberge“. In: Deutsches Ärzteblatt. Jg. 94. Nr. 47. (1997) S. 3172.
[22] Dinges, Martin: *Empfehlungen für die Bewertung und Erschließung von Krankenakten*. Universitäts-Archiv Tübingen. Archive und Archivpraxis. http://www.uni-tuebingen.de/UAT/bwww.htm.

dargestellt werden. Dabei wurden aufgrund der Vielzahl der Assistenten und deren geringerer Bedeutung für die Geschichte der Hautklinik auf eine biographische Darstellung derselben verzichtet. Schließlich wurde der Schwerpunkt des Nationalsozialismus anhand von Berufungspolitik, Forschung, räumlichen Wandlungen und Veränderungen während des Zweiten Weltkrieges in der Hautklinik im letzten Unterkapitel herausgearbeitet.

Das 5. und letzte Kapitel der Dissertation beschreibt die Auswertung der Patientenakten. Hierbei wurde nach einer kurzen medizinischen Beschreibung der Syphilis und Gonorrhoe zunächst ein Blick auf die historische Bedeutung der Geschlechtskrankheiten geworfen. Dabei lag der Schwerpunkt erneut auf der Bedeutung der beiden Geschlechtskrankheiten im Nationalsozialismus, besonders auch im Hinblick auf deren Bekämpfung. Der letzte Teil des Kapitels liefert die Auswertung der Krankenakten, die Bezug nehmen soll auf die voran gegangen Kapitel und die Greifswalder Situation auch im Vergleich mit anderen Kliniken Deutschlands näher zu beleuchten vermag.

2. Die Entwicklung der Dermatovenerologie in Deutschland

Vor der Entwicklung der medizinischen Fachrichtungen in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts wurde die Haut nicht als eigenständiges Organ für sich betrachtet. Man sah die Haut als Teil des Gesamtorganismus an und betrachtete Hautveränderungen als Symptome von Allgemeinerkrankungen.[1] So blieben die krankhaften Veränderungen auf der Körperoberfläche bis zur Mitte des 19. Jahrhundert „überwiegend Absonderungen („Ausschwitzungen", „Ausblühungen") innerer Störungen des Gleichgewichts der Säfte".[2] Man betrachtete die Haut eher als Spiegel innerer Vorgänge. Dies war keine unbekannte Denkweise innerhalb der verschiedenen Bereiche der Medizin. Bereits seit der Antike herrschte in der Medizin das Modell der Humoralpathologie, oder Vier-Säfte-Lehre. Dieses Krankheitskonzept ging von vier verschiedenen im Menschen vorherrschenden Säften aus: Blut, Schleim, schwarze Galle und weiße bzw. gelbe Galle. Diesen verschiedenen Säften wurden verschiedene Qualitäten oder Eigenschaften zugeordnet. Von diesem Konzept ausgehend begründete man viele Krankheiten durch Vorherrschen oder Fehlen bestimmter Säfte bzw. durch Ungleichgewicht der einzelnen Bestandteile und versuchte, bestimmte Therapien daraus abzuleiten. Der Weg hin zur Organpathologie, das heißt der organbezogenen Krankheitslehre, und fort von der Humoralpathologie geschah innerhalb der Medizin über einen längeren Zeitraum hinweg und in vielen Etappen.[3]

Auch wenn man heutzutage wieder einen Blick dafür gewonnen hat, dass die Haut oftmals als Spiegel innerer Krankheiten erscheint und sie wieder mehr im Zusammenhang mit dem Gesamtorganismus gesehen wird, so war die Entwicklung des sogenannten lokalistischen Prinzips für die Entstehung der Dermatologie, d.h. der Lehre der Hautkrankheiten, als eigenständiges Fachgebiet notwendig. Mit diesem organpathologischen Prinzip, mit welchem Ferdinand von Hebra (1816-

---

[1] Eulner, Hans-Heinz: *Die Entwicklung der medizinischen Spezialfächer an den Universitäten des deutschen Sprachgebietes*. In: Artelt, W. / Rüegg, W. [Hrsg.]: Studien zur Medizingeschichte des neunzehnten Jahrhunderts. Bd. IV. (1970) Stuttgart. S. 222.

[2] Scholz, Albrecht: *Geschichte der Dermatologie in Deutschland*. (1999) Berlin. S. 3. Siehe dazu auch in: Stühmer, Alfred: „Wandlungen der Dermatologie und die Hautklinik der Zukunft". In: Medizinische Welt. Jg. 16. (1942) S. 605. Siehe dazu auch in: Benthien, Claudia: *Haut. Literaturgeschichte – Körperbilder – Grenzdiskurse*. (2001) Hamburg. S. 53.

[3] Scholz, Albrecht. (1999) S. 3.

1880)[4] die alten Vorstellungen der Hautkrankheiten grundlegend veränderte, ist ein auf die pathologische Anatomie gegründeter Ansatz gemeint, der die einzelnen Veränderungen der Haut für sich betrachtet und erforscht und diese nun nicht mehr ausschließlich in den Zusammenhang mit inneren Erkrankungen des Gesamtorganismus sieht.[5] Bereits im 16. Jahrhundert widmete Hieronymus Mercurialis (1530-1606) in Padua der Haut die erste Monographie und veröffentlichte 1572 sein Werk „De morbis cutaneis…".[6] Dies zeigt, dass es bis zur endgültigen Abwendung von der Vier-Säfte-Lehre der Anläufe vieler Wissenschaftler und vieler verschiedener organ- und lokalisationsbezogener Ansätze bedurfte.

2.1. Die Entwicklung der Dermatovenerologie zum Spezialfach der Medizin

Während sich die Dermatologie aus der Inneren Medizin heraus entwickelte, so lag die Herkunft der Venerologie, die Lehre der Geschlechtskrankheiten, in der Chirurgie begründet.[7] Diese Zuordnung der Lehre und Behandlung der Geschlechtskrankheiten hatte bereits viel früher als die Trennung der Dermatologie von der Inneren Medizin stattgefunden. Sie entstand historisch durch die Behandlung der Syphiliskranken durch die damals als Wundärzte bezeichneten Chirurgen, bereits bei dem Auftreten der Syphilis um 1490 herum.[8]

In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts kam es schließlich zu der Verbindung der beiden Fächer Dermatologie und Venerologie. Obwohl die Zweckmäßigkeit dieser Verbindung allgemein anerkannt wurde, da sich viele Geschlechtskrankheiten auf der Haut manifestieren, wurde dem Wunsch einiger Dermatologen, aus den beiden

[4] Ferdinand Hebra wurde am 7. September 1816 in Brünn geboren. Er bestand 1841 sein Doktorexamen und begann im September des darauf folgenden Jahres, in der Ausschlagsabteilung des allgemeinen Krankenhauses in Wien unter Josef Skoda (1805-1881) zu arbeiten. Er publizierte über die Krätze und deren Ansteckungsfähigkeit, hielt private Kurse über Hautkrankheiten und habilitierte sich schließlich 1845 als Privatdozent. In demselben Jahr erschien sein „Versuch einer auf pathologische Anatomie gegründeten Einteilung der Hautkrankheiten". 1856 erschien sein großer Atlas der Hautkrankheiten, 1874 dessen zweite Auflage. „Der Begründer der Wiener Schule" [S. 238], aus welcher viele der bedeutendsten Dermatologen, wie zum Beispiel Heinrich Auspitz (1835-1886), Moritz Kaposi (1837-1902), Filipp Pick, Albert Neisser (1855-1916), hervorgingen, starb am 5. August 1880 in Wien. Aus: Richter, Paul: *Geschichte der Dermatologie*. In: Jadassohn, Joseph [Hrsg.]: Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Berlin. (1928) S. 233-238.

[5] Eulner, Hans-Heinz. (1970) S. 222.

[6] Scholz, Albrecht. (1999) S.3.

[7] Ebenda. S. 223.

[8] Zur Geschichte der Syphilis s. Kap. 5.3.1. Siehe auch in: Leven, Karl-Heinz: *Die Geschichte der Infektionskrankheiten. Von der Antike bis ins 20. Jahrhundert*. In: Hofmann, F. [Hrsg.]: Fortschritte in der Präventiv- und Arbeitsmedizin. Bd. 6. (1997) Landsberg/Lech.

Fächern ein gemeinsames Spezialfach zu machen, von Seiten der Vorstände der Medizinischen Kliniken zunächst nicht stattgegeben. Man befürchtete eine weitere Zersplitterung der Medizin.[9] Im ländlichen und kleinstädtischen Bereich gab es jedoch trotzdem zunehmend praktische Ärzte, die sich auf Dermatologie und Syphilis spezialisierten.[10] Der Chirurg Christian Albert Theodor Billroth (1829-1894) war einer der vielen Ärzte, die sich gegen die Entwicklung eines gemeinsamen Spezialfaches für Dermatologie und Venerologie aussprachen. Theodor Billroth schrieb bereits 1876 in seinem Bericht „Über das Lehren und Lernen der medicinischen Wissenschaften an den Universitäten der deutschen Nation“,[11] dass die Dermatologie sich lediglich aus wissenschaftlichem Interesse begründen könne, da sie ein sehr kleines Fach sei. Da jedoch in den kleineren Städten nicht ausreichend viele Haut- und Syphiliskranke vorkämen, würde dies nicht ausreichen, um ein Spezialfach zu begründen.[12] Er machte damit deutlich, dass er es nicht für notwendig hielt, dass sich Ärzte in kleineren Städten besondere Kenntnisse auf dem Gebiet der Dermatologie und Venerologie aneigneten. In größeren Städten wie Berlin, Wien, München und Prag hingegen gäbe es genügend Fälle von Haut- und Geschlechtskranken, welche die Eröffnung einer Spezialklinik rechtfertigen würden.[13] Während Theodor Billroth als Chirurg somit bereits Ende der 1870er mit der mangelnden Patientenzahl und somit fehlenden Wichtigkeit der Dermatovenerologie gegen die Entstehung von Spezialkliniken argumentierte, stellte der Dermatologe Albert Neisser (1855-1916) bei seiner Argumentation die große Bedeutung des Faches in den Mittelpunkt. Er war der Meinung, dass venerische Erkrankungen kein Spezialfach sein dürften, da dies ein Medizinzweig sei, der Gemeingut aller Ärzte sein sollte.[14] Diese gegensätzliche Haltung der Wichtigkeit der Dermatovenerologie gegenüber könnte sich damit erklären lassen, dass Theodor Billroth als Chirurg die venerischen Krankheiten in sein Fachgebiet einordnete und damit nicht die Notwendigkeit einer Spezialisierung auf einen seiner Meinung nach sehr kleinen Fachzweig sah. Albert Neisser als Dermatologe hingegen empfand vielleicht die Erkennung und Behandlung der venerischen Leiden als so grundlegend, dass er diese Fähigkeit von Ärzten aller Fachgebiete forderte.

---

[9] Ebenda.
[10] Ebenda. S. 224.
[11] Wien, 1876, S. 121 f. S.a. in: Eulner, Hans-Heinz. 1970. S. 225.
[12] Eulner, Hans-Heinz. (1970) S. 225.
[13] Ebenda. S. 226.
[14] Ebenda. S. 224. S.a. in: Neisser, Albert: „Über den Nutzen und die Notwendigkeit von Spezialkliniken für Haut- und venerische Kranke“. Klin. Jb. 2. (1890). S. 194-211.

Wien verfügte bereits 1872 über drei Spezialkliniken teils für Hautkranke, teils für syphilitische Patienten, an denen zwei ordentliche, zwei außerordentliche Professoren und fünf Privatdozenten arbeiteten.[15] Bis zu diesem Zeitpunkt war jedoch innerhalb ganz Preussens nur in der Berliner Charité eine Spezialklinik für Syphilis und Hautkrankheiten im Jahre 1858 eröffnet worden.[16] Aus Breslau wurde unter anderem durch den Privatdozent Heinrich Köbner (1838-1904)[17] in einer Eingabe an den preussischen Kultusminister Dr. Falk aus dem Jahre 1872 vehement die Eröffnung einer Spezialklinik gefordert, indem er die Wichtigkeit dieses Faches hervorhob:

> „Aber nicht bloss an der Heilung dieser Krankheiten selbst durch genügende ärztliche Intervention, sondern in hervorragender Weise an der *Prophylaxe der Gesamtbevölkerung* [im Original unterstrichen] hat der Staat das grösste Interesse. […] Schon diese nicht dringend genug hervorzuhebende *sociale* Bedeutung der syphilitischen und der Hautkrankheiten lässt es meiner unvorgreiflichen Ansicht nach als unerlässliche Pflicht des Staates erscheinen, das gründlichste theoretische und praktische Studium derselben jedem Studierenden der Medicin in möglichster Reichhaltigkeit zugänglich zu machen.“[18]

1872 erhielt Heinrich Köbner nach einem beim Ministerium eingereichten Bericht des Kurators, welcher die Wichtigkeit einer solchen Klinik und des klinischen Unterrichtes der Dermatologie unterstrich, ein Extraordinariat. 1877 entstand in Breslau eine Universitäts-Klinik und Poliklinik für Hautkrankheiten. Dies war 16 Jahre, nachdem Heinrich Köbner die erste private Hautklinik innerhalb Deutschlands in Breslau gegründet hatte.[19]

Die Tatsache, dass vor der Entstehung von universitären oder städtischen Spezialkliniken bereits aus privater Hand Hautkliniken eröffnet wurden, lässt sich in vielen Städten nachverfolgen. So eröffnete Justus Edmund Güntz (1838-1902) 1869 die erste öffentliche Poliklinik für Hautkrankheiten und Syphilis in Dresden, Heinrich

---

[15] Ebenda. S. 227.

[16] Harnack, Klaus: *Die Hautklinik der Charité und die Dermatologie in Berlin (1710-1999)*. (2000) Berlin.

[17] Heinrich Köbner wurde 1838 in Breslau geboren. Er gründete 1861 die erste Poliklinik für Hautkrankheiten. Nachdem er sich 1968 habilitiert hatte und 1872 zum außerordentlichen Professor ernannt worden war, erhielt er 1877 das Direktorat der neu gegründeten Universitäts-Klinik und Poliklinik für Hautkrankheiten. Aufgrund einer Erkrankung konnte schon ein Jahr später nicht mehr arbeiten und lebte schließlich bis zu seinem Tode 1904 in Berlin. S. in: Richter, Paul*: Geschichte der Dermatologie*. In: Jadassohn, Joseph [Hrsg.]: Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. (1928) Berlin. S. 239.

[18] Eulner, Hans-Heinz. 1970. S. 228f. S.a. in: Neisser, Albert: „Zur Erinnerung an den 25jährigen Bestand der Breslauer Hautklinik 1877-1902. Rückschau und Ausblick“. Arch. Dermatol. Syph. 60. (1902) S. 5-26. S.a. in Scholz, Albrecht: *Geschichte der Dermatoloie in Deutschland*. (1999) Berlin. S. 15f.

[19] Scholz, Albrecht. (1999) S. 17.

Auspitz (1835-1886) eine fachspezifische erste Poliklinik in Wien und Salomon Herxheimer (1841-1899) gründete 1874 eine private Hausarztpraxis und 1876 eine Poliklinik in Frankfurt am Main, die er ab 1887 mit seinem jüngeren Bruder Karl Herxheimer (1861-1942) gemeinsam führte.[20]

Die Entstehung der Berliner Universitätspoliklinik 1874 stellte für fünf Jahre die einzige universitäre Einrichtung ihrer Art in Deutschland dar. 1879 folgte eine Universitäts-Poliklinik in Bonn, weitere sieben Jahre später entstand eine Universitäts-Poliklinik in München. Zwischen 1899 und 1917 folgten entsprechende Eröffnungen in Halle (1899), Rostock (1902), Kiel (1903), Greifswald (1904), Giessen (1906) und Göttingen (1917).[21]

Bei der Entstehung von eigenständigen Universitäts-Kliniken für Syphiliskranke und Hautkranke war Berlin Vorreiter in Deutschland und soll daher ein wenig näher beleuchtet werden. Im März 1822 wurde Karl Alexander Ferdinand Kluge (1782-1844), dem zweiten Direktor der Chirurgischen Station, die Leitung der Abteilung für venerische Krankheiten in Berlin übergeben, welche zuvor Teil der Klinik für Innere Krankheiten gewesen war.[22] Nach seinem Tod übernahm Joseph Herrmann Schmidt (1804-1852) das Direktorat, anschließend oblag Hermann Quincke (1808-1891) die kommissarische Leitung der Syphilisklinik. Es folgten Karl Gustav Theodor Simon (1810-1857)[23], Johann Lukas Schönlein (1793-1864), Georg Richard Lewin (1820-1896) und Ernst Schweninger (1850-1924), bevor mit Edmund Lesser (1852-1918)[24] 1902 die Vereinigung der Hautklinik und Syphilisklinik erfolgte.[25] So kann man die Gründung der eigenständigen Abteilung für Syphiliskranke in Berlin als erste universitäre Einrichtung ihrer Art innerhalb Deutschlands werten, wenngleich die Vereinigung von Dermatologie und Venerologie hier später erfolgte.

---

[20] Ebenda. S. 16f.
[21] Ebenda. S. 21.
[22] Ebenda. S. 26.
[23] Seit 1844 war Karl Gustav Theodor Simon Privatdozent in Berlin. Er forschte seit 1839 über die Struktur der Condylome, später über die der Warzen und über Pigmentbildung. Des weiteren arbeitete Simon über das Vorkommen von Milben. 1848 und 1851 erschien sein Hauptwerk *Hautkrankheiten durch anatomische Untersuchungen erläutert* in zwei Auflagen. Im April 1848 übernahm er die Leitung der Klinik für Syphiliskranke in Berlin. 1857 starb Karl Gustav Theodor Simon an den Folgen der Paralyse, an welcher er drei Jahre zuvor erkrankt war. S. in: Richter, Paul. (1928) S. 232. S. a. in: Scholz, Albrecht. (1999) S. 28.
[24] Der im Jahre 1852 in Berlin geborene Edmund Lesser war nach seiner medizinischen Ausbildung in Leipzig vier Jahre lang als Direktor der Universitäts-Hautklinik in Bern tätig, bevor er 1896 nach Berlin berufen wurde. Dort übernahm er die Leitung der Hautklinik und der Syphilisklinik, welche von 1902 an die gemeinsame Bezeichnung „Königliche Universitäts-Klinik und Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten“ trug. 1911 erhielt Edmund Lesser das Ordinariat für Dermatologie in Berlin. S. in: Scholz, Albrecht. (1999) S. 30-32.
[25] Scholz, Albrecht. (1999) S. 26-30.

Die zweite universitäre syphilitische Abteilung und Klinik wurde in München 1831 gegründet.[26] Die Universität in Breslau folgte 1877 mit der Eröffnung einer eigenen Klinik für Hautkrankheiten. Auf die Entstehung dieser Klinik soll hier ein wenig näher eingegangen werden, da die Klinik und die dort forschenden und arbeitenden Ärzte sehr bedeutend für die Dermatologiegeschichte sind. Die Gründung der Klinik ist, wie bereits oben beschrieben, durch das Handeln von Heinrich Köbner vorangetrieben worden. 1872 war dieser bereits zum Professor extraordinarius ernannt worden und sollte auch nach der Eröffnung der Hautklinik dessen Direktorat übernehmen.[27] Aufgrund einer Erkrankung musste er jedoch bereits nach drei Monaten 1878 aus seinem Amt scheiden und der Berliner Privatdozent für Dermatologie Oscar Simon (1845-1882) übernahm die Leitung der Klinik.[28] Nach nur vierjähriger Tätigkeit in Breslau starb Oscar Simon an den Folgen eines Magenkarzinoms.[29] Sein Nachfolger wurde Albert Neisser (1855-1916), der einst ein Schüler von Heinrich Köbner und Oscar Simon gewesen war. Albert Neisser erreichte die Errichtung eines Neubaus des Breslauer Universitätsklinikums und erhielt damit ein eigenständiges Gebäude für die Hautklinik.[30] Er wird zusammen mit dem schon erwähnten Edmund Lesser und Paul Gerson Unna (1850-1929)[31] zum „Gründungstrio der deutschen Dermatologie“[32] gezählt. Zu den Leistungen Albert Neissers für die Dermatologie zählt neben herausragenden wissenschaftlichen Erkenntnissen, wie beispielsweise die Entdeckung des Erregers der Gonorrhoe, auf die im Kapitel über die historischen Aspekte der Gonorrhoe noch näher eingegangen wird, die Gründung der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft und der Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten sowie die Herausgabe der ersten deutschsprachigen dermatologischen Zeitschrift.[33] Albert Neisser erhielt 1907 das erste ordentliche Ordinariat für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Deutschland.[34] Seine Leistungen auf dem Gebiet der Ausbildung junger Kollegen zeigt sich nicht zuletzt in der

[26] Ebenda. S. 32-35, S. 59.
[27] Ebenda. S. 35.
[28] Ebenda.
[29] Richter, Paul. (1928) S. 240.
[30] Scholz, Albrecht. (1999) S. 35f.
[31] Paul Gerson Unna wurde am 8. September 1850 in Hamburg als Sohn des Arztes Moritz Adolf Unna geboren. Er studierte in Heidelberg, Leipzig und Straßburg und promovierte 1875. Seit 1876 arbeitete er zunächst als Arzt in Hamburg. Er hatte bereits 1881 eine Privatklinik für Hautkranke gegründet. Sein besonderes Interesse galt der Anatomie und Histopathologie der Haut. Siehe dazu in: Pagel, Julius: *Biographisches Lexikon hervorragender Ärzte des neunzehnten Jahrhunderts*. (1901) Berlin/Wien. Sp. 1741-1743.
[32] Scholz, Albrecht. (1999) S. 39.
[33] Ebenda.
[34] Scholz, Albrecht / Holubar, Karl / Burg, Günther [Hrsg.]: *Geschichte der deutschsprachigen Dermatologie*. (2009) Weinheim. S. 82.

Tatsache, dass aus seiner Klinik spätere Direktoren von 17 Universitätskliniken und 18 staatlichen oder städtischen Hautkliniken hervorgingen und die Universitätsklinik in Breslau zu einem der begehrtesten Ausbildungszentren innerhalb Deutschlands wurde.[35]

1872 wurde im Juliushospital in Würzburg eine eigenständige Abteilung für Syphilis- und Hautkrankheiten geschaffen,[36] womit Würzburg die vierte Stadt innerhalb Deutschlands mit einer dermatologischen Universitätsklinik bzw. eigener Abteilung war.[37] Greifswald folgte erst knapp fünfzig Jahre später mit der Eröffnung der Klinik und Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten im Jahre 1920. Auf die Situation in Greifswald wird im vierten Kapitel näher eingegangen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass in der Dermatovenerologie zunächst auf der Ebene der niedergelassenen Ärzte und privaten Kliniken eine Versorgung der Patienten erfolgte, bevor eigenständige Kliniken, auch auf universitärer Ebene, entstanden, welche sich auf Dermatovenerologie spezialisierten.

2.2. Lehre in der Dermatologie

Einen bedeutsamen Wendepunkt in der Geschichte der Dermatovenerologie stellt die Stellung des Faches im Studium der Medizin dar. In der Aufnahme der Dermatologie und Venerologie als pflichtmäßiges Prüfungsfach im Jahre 1901 zeigt sich eine zunehmende Anerkennung der Selbstständigkeit und Bedeutung dieser medizinischen Richtung. 17 Jahre später erfolgte schließlich auch die Aufnahme des Faches als selbstständiger Prüfungsabschnitt im medizinischen Staatsexamen.[38] Deutlich wird die Problematik der fehlenden Lehre in der von Erich Hoffmann (1868-1959) 1919 formulierten Denkschrift:

> „Unter den 20 dort aufgeführten Universitäten mit medizinischen Fakultäten besitzen nur 12, nämlich Berlin, Bonn, Breslau, Frankfurt, Giessen, Heidelberg, Kiel, Leipzig, München, Rostock, Würzburg Hautkliniken, die den Unterricht einigermaßen ausreichend ermöglichen [...] Nur 3 deutsche

[35] Scholz, Albrecht. (1999) S. 39f.
[36] Ebenda. S. 59.
[37] Es folgten Straßburg (1871), Bonn (1882), Königsberg (1892), Leipzig (1896), Freiburg (1899), Kiel (1906), Marburg und Heidelberg (beide 1908), Halle (1910), Tübingen (1911), Giessen, Jena und Frankfurt a. M. im Jahre 1914, Göttingen (1917), Hamburg (1919), Köln (1919), Greifswald (1920), Düsseldorf (1923), Erlangen (1924) und Münster (1925). Aus: Scholz, Albrecht. (1999) S. 59.
[38] Scholz, Albrecht / Holubar, Karl / Burg, Günther [Hrsg.]. (2009) S. 83.

> Universitäten, nämlich Breslau, Berlin und Frankfurt a. M., besitzen planmäßige Ordinariate, während an zweien, nämlich Bonn und Giessen, der Vertreter der Dermatologie persönlicher Ordinarius ist. [...] in Marburg ist sogar nur ein Privatdozent mit Lehrauftrag und in Greifswald trotz des Prüfungszwanges nicht einmal ein Dozent für Dermatologie bisher angestellt“.[39]

Mit der Ernennung der Vertreter und der Vergabe der Ordinariate nahm auch die wachsende Bedeutung des Faches innerhalb des Studiums der Medizin zu. Die Prüfungen an der Universitäts-Hautklinik in Greifswald wurden mit Beginn des Ordinariates von Walther Schönfeld Teil der medizinischen Ausbildung.

2.3. Die Entstehung dermatologischer Fachgesellschaften

Neben der Entstehung der dermatovenerologischen Spezialkliniken bietet der Blick auf die Gründung der Fachgesellschaften eine weitere Möglichkeit, sich den Weg zur Verselbstständigung der Disziplin zu verdeutlichen. Die Dermatologie war die vierte Fachspezialität innerhalb der Medizin, aus welcher eine eigenständige Fachgesellschaft hervorging. 1888 entstand mit der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG) nach der ophthalmologischen (1857), chirurgischen (1872) und internistischen (1882) die erste Fachgesellschaft für Dermatologie.[40] Im Rahmen des Breslauer Kongresses der DDG 1901 kam die Idee der Gründung der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (DGBG) auf, welche im darauf folgenden Jahr in die Tat umgesetzt wurde, wenn auch die Eintragung der Gesellschaft erst 1903 erfolgte.[41] Die Entwicklung der DGBG ist insofern interessant, da sich auch hier – in der Besetzung des Vorstandes, bei den Mitgliedern der Gesellschaft und bei deren Leitlinien und Zielen – der Einfluss des Nationalsozialismus auf die Dermatovenerologie und auf den Umgang mit Geschlechtskranken zeigt. In der Satzung der DGBG, die 1902 verabschiedet wurde, hieß es, die DGBG habe die Aufgabe übernommen, „der zunehmenden Verbreitung

---

[39] Hoffmann, Erich: „Denkschrift zur Stellung der Dermatologie an den Deutschen Universitäten und deren Bedeutung für die Volksgesundheit“. Dermatologische Zeitschrift. Nr. 27. S. 310-318. Siehe auch in: UAG MF 111 – „Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten 1906-1944“.

[40] Scholz, Albrecht. (1999) S. 74.

[41] Sauerteig, Lutz: *Krankheit, Sexualität, Gesellschaft. Geschlechtskrankheiten und Gesundheitspolitik in Deutschland im 19. und frühen 20. Jahrhundert*. In: Jütte, Robert [Hrsg.]: Medizin, Gesellschaft und Geschichte. Jahrbuch des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung. Beiheft 12. (1999) Stuttgart. S. 89-93.

der Geschlechtskrankheiten im deutschen Volke entgegenzuarbeiten und die durch diese Krankheiten erwachsenden Gefahren zu bekämpfen."[42] Dies sollte vor allem mit Mitteln der Aufklärung und Wissensvermittlung erfolgen, nicht mit dem Bau und der Unterstützung von Spezialkliniken. So hieß es in einem Aufruf in den Mitteilungen der DGBG 1902/03:

> „Die Gewinnung einer möglichst großen Zahl von Mitgliedern aus allen Gesellschaftsschichten, Bildung von Zweigvereinen an Orten mit größerer Mitgliederzahl, Abhaltung von Versammlungen, Veranstaltung von aufklärenden populären Schriften und Flugblättern u.s.w., direkte und indirekte Beeinflussung von Gesetzgebenden und Verwaltungskörpern zur Abhilfe von Übelständen und zur Anbahnung von Reformen auf dem Gebiete der öffentlichen Fürsorge für Geschlechtskranke und der Überwachung der Prostitution"[43]

seien die Aufgaben der DGBG.

Die Aufklärungsarbeit der DGBG wurde mit Ausbruch des Ersten Weltkrieges und der Zunahme der Geschlechtskrankheiten noch bedeutsamer. Die DGBG sah die Chance gekommen, sich jetzt nicht nur als Aufklärungsverein, sondern auch als Expertengremium unentbehrlich machen zu können und wurde in den folgenden Jahren tatsächlich finanziell in steigendem Maße von den Länderregierungen unterstützt.[44] Zudem hatte die DGBG großen Einfluss auf die Entstehung des „Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten" (GBG) von 1927[45] und setzte sich mit Fragen der Bewahrung „asozialer Personen" auseinander. So heißt es in den Mitteilungen der DGBG von 1930:

> „Der Erlaß eines Bewahrungsgesetzes, das im System der Fürsorge eine Bewahrung der sogenannten asozialen Personen bezweckt und das seit Jahren in den Kreisen der Praxis mit Nachdruck gefordert wird, erscheint auch vom Standpunkt einer wirksamen Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten dringend notwendig. Erfahrungsgemäß befinden sich unter den geistig oder psychisch defekten Personen solche, die infolge ihrer Willensschwäche, ihrer Haltlosigkeit und ihres Hanges zu einem ungeordneten Leben besonders gefährliche Träger und Verbreiter von Geschlechtskrankheiten sind. Maßnahmen der Aufklärung versagen bei diesen Personen ebenso wie eine Beratung über eine gesundheitsgemäße Lebensweise. Auch eine Zwangsheilung verbürgt bestenfalls die Beseitigung der augenblicklichen Ansteckungsgefahr, nicht aber Sicherung gegen eine erneute Erkrankung und

[42] Ebenda. S. 93.
[43] MDGBG 1 (1902/03). In : Sauerteig, Lutz. (1999) S. 93.
[44] Sauerteig, Lutz. (1999) S. 96.
[45] Borelli, Siegfried / Vogt, Hermann-Joseph / Kreis, Michael [Hrsg.]: *Geschichte der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten*. (1992) Berlin. S. 104-108. S. a. im Anhang, Gesetzestexte.

> nicht die Verhütung des Rückfalls in einen ungeordneten Lebenswandel. Solche Personen müssen zu ihrem eigenen Schutze, aber auch zum Schutze der Allgemeinheit in Bewahrung genommen werden, um der von ihnen ausgehenden schweren Ansteckungsgefahr wirksam begegnen zu können, zugleich aber um die durch die Krankheitsbehandlung entstehenden erheblichen Kosten herabzumindern. Die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten hält daher nach einem Referat des Ministerialrats Dr. Ruppert vom Reichsministerium des Innern und einer eingehenden Aussprache auf ihrer Jahresversammlung vom 31. Mai 1930 in Dresden die beschleunigte Einbringung eines Bewahrungsgesetzes für notwendig.“[46]

Auf das Bewahrungsgesetz soll im fünften Kapitel noch etwas genauer eingegangen werden.

Mit Beginn des Nationalsozialismus lassen sich Veränderungen in der Struktur der DGBG und deren Zielsetzungen feststellen. Bodo Spiethoff[47] (1875-1948), der Vorsitzende des thüringischen Landesverbandes der DGBG, wurde am 11. Mai 1933 auf Anweisung des Reichsinnenministers Wilhelm Frick (1877-1946) als Reichskommissar eingesetzt. Daraufhin trat der gesamte Vorstand der DGBG geschlossen zurück und wurde durch einen Notvorstand ersetzt. 1935 wurde die DGBG, ebenso wie die Deutsche Gesellschaft für Rassenhygiene und andere Vereine, dem Reichsausschuß für Volksgesundheitsdienst unterstellt.[48] Bodo Spiethoff machte bereits auf der Mitgliederversammlung im November 1933 die Veränderungen deutlich, indem er sagte, dass die DGBG fortan nicht mehr ihre eigene Politik machen werde, sondern „im Geiste des Nationalsozialismus“ die Ziele und Grenzen des Volkes den eigenen Interessen voran stellen werde.[49] Auch die Themen dieser Mitgliederversammlung lassen auf ein nationalsozialistisches Denken Bodo Spiethoffs schließen. So wurden die Bedeutung der Geschlechtskrankheiten für die Bevölkerungspolitik und Rassenpflege ebenso besprochen wie Sexualethik und gesundes Geschlechtsleben.[50] Nicht zuletzt wird die Einstellung Bodo Spiethoffs und die von ihm verfolgten Ziele in den von ihm unterzeichneten Mitteilungen der DGBG von Mai/Juni1933 deutlich. Darin heißt es:

---

[46] MDGBG 28 (1930). S. 234 f. S.a. in: Borelli, Siegfried. (1992) S.53.

[47] „Spiethoff, 1902 med. Prom. in Jena; 1905 Habil. in Jena für Dermatovenerologie; 1911 a o. P., 1919 planmäßiger o. Prof., 1923 persönlicher Ordinarius, 1928 o. Prof. in Jena; 1934-43 Prof. in Leipzig; Vorsitzender des thüringischen Landesverbands der DGBG; seit 1.1.1931 Mitglied der NSDAP.“ S. In: Sauerteig, Lutz. 1999. S. 92. Siehe auch in: Klee, Ernst*: Das Personenlexikon zum Dritten Reich. Wer war was vor und nach 1945*. Frankfurt a. M. (2007) S. 592.

[48] Sauerteig, Lutz. (1999) S. 93.

[49] Ebenda. S. 93.

[50] Borelli, Siegfried. (1992) S. 55.

> „Der aus der nationalen Revolution geborene Staat ist sich dessen bewußt, daß nicht nur hygienische, sondern auch wichtige völkische und ethische Belange mit dem Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten verbunden sind. […] Meine Aufgabe sehe ich darin, […] das Wirken der DGBG mit dem Ethos unseres neuen nationalen Staates zu erfüllen und jede undeutsche Gedanken- und Gefühlsrichtung auszuschalten. Im Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten sollen sich alle von der Vorstellung leiten lassen, als ob, nach den Worten unseres Führers Adolf Hitler, die Bekämpfung dieser Volksseuche nicht e i n e [im Original gesperrt geschrieben] Aufgabe, sondern d i e Aufgabe der Nation sei.“[51]

Die DGBG beschäftigte sich in der Zeit des Nationalsozialismus nun vor allem mit Fragen der Sexualethik, der Bevölkerungs- und Rassenpolitik, der Prostitution und Fragen im Zusammenhang mit dem „GzVeN“, der angeborenen Syphilis und der Geschlechtskrankheiten im Ehegesundheitsgesetz.[52] Auch ein Blick auf die von der DGBG herausgegebenen Mitteilungen bestätigen die Gleichschaltung der Gesellschaft. Die seit 1903 regelmäßig erscheinenden „Mitteilungen der DGBG“ beinhalteten vorwiegend Referate bezüglich der Zielsetzung der Gesellschaft und neuer Ergebnisse in der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, zusätzlich wurden Vereinsnachrichten von Ortsverbänden und Zweigvereinen übermittelt.[53] Ab dem Jahre 1935 wurden diese Mitteilungen der DGBG umbenannt und unter dem Titel „Sozialhygiene der Geschlechtskrankheiten“ herausgegeben, womit bereits Begrifflichkeiten des Nationalsozialismus auf die Veränderungen innerhalb der DGBG hindeuten. Wurden zunächst Nachrichten und Referate auch von Vereins-Externen durch die Mitteilungen der DGBG veröffentlicht, so oblag die Zusammenstellung nach 1935 dem „Reichsausschuß für Volksgesundheit e.V.“[54] Einige Autoren sehen bereits in der Ernennung Bodo Spiethoffs zum Vorsitzenden der DGBG den Beginn des Niederganges dieses Vereines. So verkündete dieser bereits auf einer Mitgliederversammlung im November 1933, dass die DGBG „fortan nicht mehr ihre eigene Politik machen“ werde.[55] Viele der ehemaligen jüdischen Mitglieder der DGBG wurden Opfer der Verfolgung durch den Nationalsozialismus.[56]

---

[51] MDGBG Bd.31. Mai/Juni 1933. Nr. 5/6. S. in: Borelli, Siegfried. (1992) S.56.
[52] Borelli, Siegfried. (1992) S. 59.
[53] Ebenda.
[54] Ebenda. S. 59 f.
[55] Sauerteig, Lutz: „Die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (DGBG), 1902-2002.“ Aktuelle Dermatologie. 28. (2002) S. 397.
[56] Ebenda. S. 393. S. a. in: Hollander, A: „Die Leiden der jüdischen Dermatologen unter dem Nazi-Regime“. In: Dermatologische Monatsschrift. Nr. 171. (1985) S. 513-522.

2.4. Jüdische Dermatologen – Dermatologie im Nationalsozialismus

Die „Ausschaltung“ jüdischer Ärzte war eines der ersten Ziele des Nationalsozialistischen Staates. Die Dermatovenerologie war von dieser Veränderung besonders stark betroffen, da es in diesem Fach eine große Anzahl jüdischer Ärzte gab. Lag um 1933 der Anteil jüdischer Ärzte insgesamt bei 16%, so war gleichzeitig jeder vierte Dermatologe jüdischer Abstammung im Sinne der Nationalsozialistischen Definition.[57] Damit waren in der Dermatovenerologie mit Abstand die meisten jüdischen Ärzte vertreten, 1934 betrug deren Anteil an Fachärzten in der Dermatologie 20%, gefolgt von Internisten mit 17%.[58] Dies macht deutlich, warum die Judenverfolgung und deren „Ausschaltung“ einen so enormen Einfluss auf die Dermatovenerologie ausübte. Innerhalb von acht Jahren sank die Zahl der Dermatologen von 1957 auf 1322, das heißt um ca. 600 Fachärzte.[59] Dieser Verlust lässt sich mit der schrittweisen „Ausschaltung“ jüdischer Ärzte in der Zeit des Nationalsozialismus begründen. Die Maßnahmen des Nationalsozialistischen Staates gegen jüdische Ärzte begannen mit Kündigungen von Dienstverträgen jüdischer Ärzte in Berliner Krankenhäusern im März 1933, dem Ausschluss aus Prüfungen und der Verweigerung der Approbation, falls kein Nachweis der „arischen“ Abstammung möglich war, gingen über die Verweigerung der Dissertation bis hin zur Entziehung der Approbation jüdischer Ärzte durch die „Vierte Verordnung zum Reichsbürgergesetz“ vom 25. Juli 1938.[60] Verfolgt man die Schicksale der jüdischen Dermatologen genauer, so lässt sich feststellen, dass 10,0% in Konzentrationslagern (KZ) ermordet wurden, 10,7% eines natürlichen Todes starben, 4,4% die Zeit des Nationalsozialismus überlebten und 2,3% der jüdischen Dermatologen in der Zeit des Nationalsozialismus Suizid begingen.[61] Unter den Dermatologen, die durch Suizid aus dem Leben schieden, waren namhafte Wissenschaftler wie beispielsweise Karl Zieler (1874-1945), der bis 1939 Direktor der Universitäts-Hautklinik in Würzburg

[57] Scholz, Stefan: *Die Wissenschaftsentwicklung auf dem Gebiet der Dermatologie in Deutschland während der Zeit des Nationalsozialismus im Spiegel dermatologischer Fachzeitschriften*. (1997) Diss. Leipzig. S. 1.
[58] Ebenda. S. 3.
[59] Ebenda. S. 5.
[60] Eppinger, Sven: *Das Schicksal der jüdischen Dermatologen Deutschlands in der Zeit des Nationalsozialismus*. (2001) Frankfurt a. M.. S. 50-55.
[61] Ebenda. S. 276f.

gewesen war.[62] Bei über 45% der jüdischen Dermatologen konnte man eine Emigration (vorwiegend in die USA und nach Palästina) nachweisen.[63] Die meisten jüdischen Ärzte gingen dabei nach New York, da vor allem diejenigen, die ihre Approbation in Deutschland oder Österreich vor dem 1. August 1914 erworben hatten, ohne vorherige Eignungsprüfung in diesem Bundesstaat praktizieren durften.[64] 56 Dermatologen fanden in verschiedenen Konzentrationslagern den Tod, allein 23 von ihnen in Theresienstadt.[65] Unter ihnen befand sich auch Abraham Buschke (1868-1943), einst Schüler Rudolf Virchows (1821-1902) und Robert Kochs (1843-191) in Berlin und von 1891 bis 1894 Assistent an der Chirurgischen Universitätsklinik in Greifswald. Nachdem Abraham Buschke 1937 seine bereits emigrierten Kinder in den USA besucht hatte, kehrte er dennoch nach Deutschland zurück und arbeitete bis zu seiner Deportation nach Theresienstadt im Jahre 1942 im Jüdischen Krankenhaus in Berlin. Er starb am 25. Februar 1943 im Zustand völliger Entkräftung im KZ Theresienstadt.[66]

Auf die Bedeutung des nationalsozialistischen Regimes in Bezug auf die dermatologischen Fachgesellschaften wurde bereits im vorangegangen Kapitel eingegangen. Der Einfluss auf die Wissenschaft in Lehre und Forschung soll im Rahmen der Geschichte der Universitäts-Hautklinik Greifswald näher erläutert werden. Die Um- und Neubesetzungen der Direktorat- und Ordinariusstellen während der Zeit des Nationalsozialismus zeigen jedoch deutlich, dass zunehmend versucht wurde, jüdische Ärzte und Direktoren abzusetzen und durch zum Teil unbekannte Ärzte zu ersetzen, welche der NSDAP angehörten. Dies lässt sich unter anderem an dem Beispiel der Wiederbesetzung der Leipziger Hautklinik zeigen. Obwohl als Nachfolger von Johann Heinrich Rille (1864-1956) bereits Hermann Werner Siemens (1891-1969) aus Frühwald durch das Ministerium aus einer Liste mit sieben vorgeschlagenen Dermatologen ausgewählt und über die Berufung informiert worden war, kam durch Initiation der Hochschulkommission der NSDAP ein weiterer Name hinzu: Bodo Spiethoff. Dieser war bereits seit 1931 Parteimitglied und zudem Mitglied in der Expertenkommission für Bevölkerungs- und Rassenpolitik

---

[62] Scholz, Albrecht: „Der Suizid von Dermatologen in Abhängigkeit von politischen Veränderungen.“ Der Hautarzt. 48. (1997) S. 933.
[63] Eppinger, Sven. (2001) S. 278f.
[64] Hollander, A.: „Die Leiden der jüdischen Dermatologen unter dem Nazi-Regime“. In: Dermatologische Monatsschrift. Nr. 171. (1985) S. 517.
[65] Eppinger, Sven / Schmitt, J. / Scholz, Albrecht / Meurer, M.: „Zur Erinnerung an die in der Zeit des Nationalsozialismus ermordeten und durch Suizid aus dem Leben geschiedenen jüdischen Dermatologen aus Deutschland.“ Der Hautarzt. 58. (2007) S. 95.
[66] Eppinger, Sven. (2001) S. 69 f. S.a. UAG PA 2788 – Abraham Buschke.

im Reichsinnenministerium. Gegen den Wunsch des Ministeriums, aber auf Drängen des Reichsärzteführers Gerhard Wagner (1888-1939), wurde Bodo Spiethoff schließlich nach Leipzig berufen.[67]

Von diesen Umbesetzungen war auch die Hautklinik in Greifswald betroffen. So wurde Walter Schönfeld 1935 nach Heidelberg umberufen. Mit ihm wurde ein Dermatologe wegberufen, der, wie Albrecht Scholz richtig bemerkt hat, einsam „auf der Gegenseite in geistiger Distanz zur Partei“[68] der NSDAP stand. Neuer Direktor der Greifswalder Hautklinik wurde Wilhelm Richter (1892-1944), Mitglied der NSDAP, SA-Sturmführer und überzeugter Nationalsozialist.

Zwischen 1933 und 1936 kam es innerhalb von gerade einmal drei Jahren an 13 von 23 deutschen Universitätshautkliniken zu Neubesetzungen von Direktoren- und Ordinariusstellen, die von der NSDAP kontrolliert worden sind. Dies zeigt deutlich die Veränderungen und die großen Lücken, die in der Dermatologie durch die „Entfernung“ jüdischer Ärzte entstanden waren. Festzustellen ist zusammenfassend ohne Zweifel, dass die Dermatologie ein durch die Zeit des Nationalsozialismus in ihrer Entwicklung stark gebremstes Fachgebiet darstellt, da allein durch die personellen Verluste durch die Politik der „Ausschaltung“ bedeutende Wissenschaftler für die Weiterentwicklung des Fachgebietes verloren gingen. Einige Autoren, wie beispielsweise Stefan Scholz, gehen noch weiter, indem sie vom Niedergang der deutschen Dermatologie während des Nationalsozialismus sprechen.[69]

---

[67] Weyers, Wolfgang: *Dermatologie im Nationalsozialismus – der Niedergang eines Fachgebietes*. In: Elsner, Peter / Zwiener, Ulrich [Hrsg.]: Medizin im Nationalsozialismus am Beispiel der Dermatologie. Aus: Palm / Enke [Hrsg.]: Schriften des Collegium Europaeum Jenense. Heft 25. Jena – Erlangen. (2002) S. 59.

[68] Scholz, Albrecht: *Aufstieg und Ende der jüdischen Dermatologen in Deutschland*. . In: Elsner, Peter / Zwiener, Ulrich [Hrsg.]: Medizin im Nationalsozialismus am Beispiel der Dermatologie. Aus: Palm / Enke [Hrsg.]: Schriften des Collegium Europaeum Jenense. Heft 25. Jena – Erlangen. (2002) S.46.

[69] Scholz, Stefan. (1997) S.8. S.a. in : Weyers, Wolfgang. (2000).

3. Das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ („GzVeN“)

> „Ganz wird die Erhaltung der Tüchtigen bei der Ausmerze des Untüchtigen – das höchste Ziel der Eugenik – nie gelingen; der Eugeniker wird sich stets in der Lage des Chirurgen befinden, der bei der Entfernung bösartiger Geschwülste vorsichtshalber lieber etwas vom Guten mitnimmt, um ja sicherzugehen, das Krankhafte völlig beseitigt zu haben.“
>
> Hans Luxenburger, 1930/31[1]

Das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ („GzVeN“) war eines der wesentlichen Instrumente der Nationalsozialisten zur Durchsetzung ihres rassenhygienischen Gedankengutes. Um „Erbkranke“ von der Fortpflanzung auszugrenzen und um die „Aufartung“ des „Deutschen Volkes“ zu ermöglichen, trat das Gesetz vom 14. Juli 1933 am 1. Januar 1934 in Kraft und diente in den folgenden Jahren dazu, mehrere Tausend Menschen aufgrund eugenischer Indikationen ihrer Fertilität zu berauben.

Auch in verschiedenen Greifswalder Kliniken wurden die operativen Eingriffe zur Unfruchtbarmachung vorgenommen. Dabei waren die Indikationen „angeborener Schwachsinn“ und „Schizophrenie“ wie in ganz Deutschland auch hier am häufigsten.

In dem folgenden Kapitel soll zunächst kurz gezeigt werden, dass die Sterilisation aus eugenischer Indikation keine Erfindung der Nationalsozialisten war und dass die Unfruchtbarmachung von „Minderwertigen“ und „Straftätern“ schon viele Jahre vor der Zeit des Nationalsozialismus immer wieder diskutiert wurde.

Danach wird die Entwicklung des „GzVeN“ und die betreffenden Krankheitsbilder beschrieben, sowie Änderungen und Verordnungen des „GzVeN“ erläutert.

Anschießend wird auf die Durchführung des Gesetztes etwas näher eingegangen und schließlich die Greifswalder Situation kurz beleuchtet.

---

[1] Luxenburger, Hans: „Psychiatrische Erbprognose und Eugenik“ In: Eugenik 1. (1930/31) S. 117-124. Zitiert aus: Müller, Joachim: *Sterilisation und Gesetzgebung bis 1933*. In: Winau, Rolf / Müller-Dietz, Heinz [Hrsg.]: Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften. Heft 49. (1985) Husum. S. 84.

3.1. Die Entwicklung des „Gesetzes zur Verhütung erbranken Nachwuchses“ in Deutschland

3.1.1. Sterilisierungspolitik vor 1933

Sterilisierungen[2] und Kastrationen[3] gehen auf eine lange Geschichte zurück. Besonders aus medizinischer Indikation wurden z. B. Ovariotomien, das heißt die operative Entfernung der Eierstöcke, bereits im 19. Jahrhundert durchgeführt, um Tumoren zu entfernen. 1823 empfahl der britische Arzt James Blundell erstmals die beidseitige Entfernung der Eierstöcke zur Heilung schwerer Dysmenorrhoen. 1872 wurde diese dann zum ersten Mal von dem Freiburger Arzt Afred Hegar (1830-1914) durchgeführt.[4] Es gibt jedoch noch viel frühere Beschreibungen von Unfruchtbarmachungen. Antike Quellen berichten von Kastrationen von Männern bereits unter Kaiser Augustus im Römischen Reich. Sie wurde damals als Strafmaßnahme für Notzuchtverbrecher eingesetzt.[5] Therapeutische Anwendung erfuhr die Kastration des Mannes, die aufgrund des geringeren Infektionsrisikos schon früher als die Kastration oder Sterilisierung bei der Frau größere Bedeutung erlangte, unter anderem bei sexuellen Abnormitäten, Prostatahypertrophie oder Prostatakarzinomen.[6]

Bereits Ende des 19. Jahrhunderts wurde auch in den USA die Vasektomie beim Manne, also die beidseitige Resektion eines Samenleiterstückes, von dem Arzt Albert John Ochsner (1858-1925) aus Chicago durchgeführt und von diesem gleichzeitig zur „Verhütung der Fortpflanzung Minderwertiger“ empfohlen.[7] Von einem Gefängnisarzt aus Jeffersonville/Indiana wurde die Vasektomie, die

---

[2] „Sterilisation, Herbeiführung von Sterilität von Mann und Frau […] Unfruchtbarmachung“. Aus: Reuter, Peter: *Springer Lexikon Medizin*. 1. Aufl. (2004) Berlin. S. 2034. Die Sterilisation erfolgt heute beim Mann typischerweise mittels chirurgischer Durchtrennung der Samenleiter, wohingegen bei der Frau eine größere Operation mit Eröffnung der Bauchhöhle erforderlich ist. Hierbei werden schließlich die Eileiter durchtrennt, thermisch koaguliert oder mittels Clips verschlossen. S. in: Stauber, Manfred / Weyerstahl, Thomas: *Gynäkologie und Geburtshilfe*. Stuttgart. (2005) S. 422.

[3] „Kastrierung, Ausschaltung oder Entfernung der männlichen oder weiblichen Keimdrüsen.“ Ebenda. S. 1106.

[4] Müller, Joachim. Sterilisation und Gesetzgebung bis 1933. S. 12. Bei der Kastration des Mannes unterscheidet man heute zwischen medikamentöser (mittels hormoneller Behandlung mit Antiandrogenen) und chirurgischer Kastration (durch Entfernung der Hoden bzw. des inneren Hodengewebes). S. dazu in: Schmelz, Hans / Sparwasser, Christoph / Weidner, Wolfgang [Hrsg.]: *Facharztwissen Urologie*. Heidelberg. (2006) S. 249. Die Ovariektomie, also die Entfernung der Eierstöcke, entspricht der Entfernung der Keimdrüsen und damit der operativen Kastration der Frau.

[5] Bady, Thomas., Blütgen, Manfred: *Untersuchungen von Patientenunterlagen der Universitäts-Nervenklinik Greifswald aus den Jahren 1933-1945 unter besonderer Berücksichtigung von Begutachtungen im Rahmen des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuches*“. (1994) Diss. Greifswald.

[6] Müller, Joachim. (1985) S.12.

[7] Ebenda. S. 20.

richtigerweise eigentlich als Vasoresektion hätte bezeichnet werden müssen, vorgenommen, „um die sexuelle Übererregtheit der Strafgefangenen zu dämpfen“.[8] Die Unfruchtbarmachung durch Bestrahlung fand ihren Anfang in einer Beschreibung von Azoospermie bei Kaninchen und Meerschweinchen nach Röntgenbestrahlung durch den Hamburger Röntgenarzt Heinrich Ernst Albers-Schöneberg im Jahre 1903. Zwei Jahre später fand Ludwig Halberstädter (1876-1949) bei bestrahlten Kaninchen entsprechende Veränderungen in den Ovarien (Schwund und Degeneration der Follikel). Erst weitere fünf Jahre später, 1910, wurde von dem Bonner Arzt Karl Reifferscheid (1874-1926) eine Studie veröffentlicht, die über entsprechende Strahlenveränderungen an den Ovarien von Menschen berichtete. Schon einige Jahre zuvor wurde die Röntgenbestrahlung bereits in der Praxis zur erfolgreichen Therapie von Myomen, Menorrhagien oder anderen Krankheitszuständen eingesetzt, bei denen eine Amenorrhoe erzielt werden sollte.[9] Schon bald war man sich bei dieser Art der Behandlung, und bei der seit 1911 eingesetzten sog. temporären Röntgensterilisation, der Gefahr der Schädigung der Erbmasse der Frauen bewusst. So fand diese Art der Sterilisation im „GzVeN“ auch erst nachträglich in der fünften Verordnung vom 25. Februar 1936 seinen Eingang und wurde nur unter bestimmten Voraussetzungen angewandt.

3.1.1. a) Die Diskussion um eugenische und rassenhygienische Sterilisation vor 1918

Einer der Vorreiter der eugenischen Sterilisation, d.h. der Unfruchtbarmachung von Männern und Frauen mit dem Ziel, die Vermehrung von „Minderwertigkeit“ zu verhindern, war der Psychiater Paul Näcke (1851-1913). Er befürwortete diese Indikation der Sterilisation um 1900 in seinem Werk *Die Kastration bei gewissen Klassen von Degenerierten als ein wirksamer socialer Schutz*.[10] Der Schweizer Psychiater Auguste Forel (1848-1931) ließ bereits 1886 eine Patientin, die an einer Sexualneurose litt, kastrieren und forderte immer wieder eine gesetzliche Regelung von Zwangssterilisation von Geisteskranken und Verbrechern.[11] Die entscheidenden Befürworter der Sterilisierungspolitik waren jedoch Alfred Ploetz (1860-1940) und vor allem Ernst Rüdin (1874-1952). Als Vertreter der Deutschen Gesellschaft für

[8] Ebenda. S. 21.
[9] Müller, Joachim. (1985) S. 22 f.
[10] Ebenda. S. 47.
[11] Forel, Auguste (1919). Zitiert aus: Bady, Thomas / Blütgen, Manfred. (1994) S. 8.

Rassenhygiene nahmen sie 1903 als Referenten am 9. Internationalen Kongress gegen Alkoholismus in Bremen mit dem Titel „Der Alkohol im Lebensprozeß der Rasse“ teil. Ernst Rüdin machte in seiner Rede deutlich, dass er bei den biologisch „minderwertigen“ Trinkern eine „Verhütung jeglicher Nachzucht“ mittels Dauerinternierung und Eheverboten für angebracht hielt.[12] Er ging sogar noch weiter als sein Schwager Alfred Ploetz, der sich ebenfalls für Eheverbote ausgesprochen hatte, und sagte:

> „Eventuell würde man einer gewissen Kategorie von Trinkern auch die Heirat gestatten können, unter der Bedingung, daß sie vor Eingehung der Ehe, auf eigenen Wunsch und mit Wissen der Ehegatten, sich der Vornahme einer kleinen Operation (wie Unterbindung der Vasa deferentia oder dergl.) unterzögen. Freilich müßte auch hier die Gesetzgebung dem im Interesse der Rasse und im Einverständnis mit dem operierten Handelnden den nötigen Schutz angedeihen lassen.“[13]

Auf diesem Kongreß stießen Ernst Rüdin und Alfred Ploetz mit ihren Ideen weitgehend auf Ablehnung und Widerspruch. Interessant ist der Diskussionsbeitrag des Vorsitzenden des Deutschen Vereins Gerhard Winter gegen den Missbrauch geistiger Getränke zu diesem Thema:

> „Ich glaube, wir würden noch zu merkwürdigen Konsequenzen kommen, wenn wir um der Gesamtheit einen Dienst zu erweisen, mit der Rücksichtslosigkeit, wie es uns […] dargelegt wurde, die Gesundheit, ja das Leben schließlich der [sic!] einzelnen Individuums direkt zu zerstören uns für berechtigt halten würden.“[14] Und weiter: „Der Schritt würde dann ja nicht weit sein, außer der Mißhandlung auch zu einem direkten Töten der Betroffenen überzugehen.“[15]

Eine Weitsicht, die sich während des Nationalsozialismus noch in erschreckender Weise bewahrheiten sollte.

1908 erschienen in Deutschland erste Veröffentlichungen über die Sterilisationsgesetzgebung in den Vereinigten Staaten von Amerika. Dort war ein Jahr zuvor ein Gesetz über die Unfruchtbarmachung von Notzuchtverbrechern, „Schwachsinnigen“ und „Idioten“ zunächst in Indiana verabschiedet worden.[16] Bis

---

[12] Zitiert aus: Müller, Joachim. (1985) S. 48.

[13] Wilhelm, Eugen: *Beseitigung der Zeugungsfähigkeit und Körperverletzung de lege lata und de lege ferenda*. Zitiert aus: Müller, Joachim. S. 48.

[14] Winter, Gerhard: „Die künstliche Sterilisierung der Frau aus eugenischer und sozialer Indikation“. In: Medizinische Klinik 15. (1919) S. 995-998. Zitiert aus: Müller, Joachim. S. 48.

[15] Winter, Gerhard: „Die künstliche Sterilisierung der Frau bei Tuberkulose der Lungen und des Larynx.“ In: Medizinische Klinik 15. (1919) S. 1049-1052. Zitiert aus: Müller, Joachim. S. 48.

[16] Bady, Thomas / Blütgen, Manfred. (1994) S. 9.

1937 gab es dann bereits in 32 Staaten Sterilisationsgesetze und es wurden bereits bis 1930 10.833 Menschen sterilisiert.[17] Auch wenn Ernst Rüdin das Gesetz als „unerschrocken“ und „nachahmenswert“ bezeichnete, so wurde es doch von der Mehrzahl der Wissenschaftler in Deutschland mit Skepsis aufgenommen.[18]
So lässt sich allgemein sagen, dass bis 1918 in Deutschland eine eher ablehnende Haltung gegenüber der Sterilisation aus eugenischer Indikation herrschte. Von einzelnen Stimmen wurde jedoch eine gesetzliche Regelung der Sterilisationsfrage gefordert, besonders, nachdem man die Gesetze aus den USA kannte.

3.1.1. b) Forderungen zur eugenischen Sterilisation nach 1918

Nach dem Ende des Ersten Weltkrieges erlebte die Rassenhygiene und mit ihr der Gedanke einer gesetzlichen Regelung der Sterilisationsfrage einen Aufschwung. Noch immer galt jedoch das StGB für das Deutsche Reich von 1871, in welchem durch den § 224 eine nicht-medizinische Sterilisierung auch bei Einverständnis der betreffenden Person verboten war.[19] Nach dem Krieg herrschte Angst vor der Ausbreitung „Minderwertiger“, die noch zusätzlich durch Publikationen, welche zahlenmäßige Belege dafür aufzeigen wollten, geschürt wurde. Untersuchungen über die Fruchtbarkeit in den verschiedenen sozialen Schichten, über Geschwisterzahlen geistig behinderter Hilfsschüler sollten die größere Fortpflanzungfähigkeit „Minderwertiger“ demonstrieren.[20] Der Sozialhygieniker Alfons Fischer (1873-1936) beschrieb in einem Bericht in der Neuen Deutschen Klinik, dass es genüge „an die große Zahl der Erbkranken und an die hohen Kosten, welche ihre Verpflegung verursacht, zu erinnern, um zu zeigen, daß die Bestrebungen, die Fortpflanzung der Minderwertigen zu verhüten, gerechtfertigt sind.“[21] Obwohl sich die deutsche Gesellschaft für Rassenhygiene bereits im Oktober 1922 in ihren Leitsätzen deutlich für eine gesetzliche Regelung der Unfruchtbarmachung krankhaft Veranlagter aussprach, waren sie doch der Ansicht, dass „Für zwangsmäßige

[17] Ebenda.
[18] Müller, Joachim. (1985) S. 49.
[19] Bady, Thomas / Blütgen, Manfred. (1994) S. 13.
[20] Ebenda. S. 57-59.
[21] Fischer, Alfons: „Über Eugenik, insbesondere über die Sterilisation zu Verhütung erbkranken Nachwuchses.“ In: Neue Deutsche Klinik. Bd. 11. (1933) Berlin und Wien. S. 378-418. Zitiert aus: Bady, Thomas / Blütgen, Manfred. (1994) S. 59.

Unfruchtbarmachung geistig Minderwertiger und sonst Entarteter […] bei uns die Zeit noch nicht gekommen zu sein“ schien.[22]

Eine wichtige Person in der Diskussion um eine gesetzliche Regelung der Sterilisation vor 1933 war der Zwickauer Bezirksarzt Gustav Boeters (1869-1942). Dieser überreichte am 12. Mai 1923 der sächsischen Staatsregierung eine Denkschrift mit einem Gesetzentwurf, den er in den folgenden Monaten auch zusammen mit einer Begründung mehrmals in der Sächsischen Staatszeitung veröffentlichte. Unter anderem forderte er darin:

> „1. Kinder, die bei ihrem Eintritt in das schulpflichtige Alter als blind geboren, taubstummgeboren oder blödsinnig und somit als unfähig erkannt worden sind, an dem normalen Volksschulunterricht mit Erfolg teilzunehmen, sind einer Operation zu unterziehen, durch welche die Fortpflanzungsfähigkeit beseitigt wird. […] 5. Bei den in Landesanstalten untergebrachten Blindgeborenen, Taubstummgeborenen, Blödsinnigen, Epileptischen und Geisteskranken ist die sterilisierende Operation vor der Entlassung vorzunehmen.[…].“[23]

Am 9. Januar 1924 veröffentlichte Gustav Boeters im Ärztlichen Vereinsblatt für Deutschland einen Aufruf an die deutsche Ärzteschaft. Er beschrieb darin die drohende „Vernichtung der geistigen Blüte des deutschen Volkes – ihr Untergang in einer Hochflut von geistig und moralisch minderwertigen Existenzen“ und richtete an „alle Kollegen in Stadt und Land […] die dringende Bitte, nach geistig Minderwertigen usw. zu fahnden […], und so viele Fälle wie nur irgend möglich selbst zu operieren oder geeigneten Fachkollegen zuzuweisen.“[24] Obwohl er mit seinen Beiträgen immer wieder eine Diskussion anregte, so stieß er mit seinen Gedanken in der Öffentlichkeit überwiegend auf Ablehnung und wurde bereits 1923 als Folge seiner fanatischen Propagandatätigkeit wegen des Verdachtes einer geistigen Erkrankung vom Dienst als Bezirksarzt suspendiert.[25]

In der darauf folgenden Zeit wurde vor allem die Frage diskutiert, welche Erkrankung eine so hohe Vererbungstendenz haben könne, dass man damit eine eugenische Sterilisation befürworten könnte. Wilhelm Strohmeyer (1874-1936) bemerkte dazu 1920 in einem Beitrag in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift: „Irren ist dabei

---

[22] Ebenda. S. 59f. In: *Leitsätze der Deutschen Gesellschaft für Rassenhygiene (468a).* S. 374.
[23] Ebenda. S. 60f. Zit. nach: Maier, H.W. (1925).
[24] Boeters, Gustav. 1924. In: Kaiser, Jochen.-Christoph., Nowak, Kurt., Schwartz, Michael: *Eugenik. Sterilisation. „Euthanasie“*. (1992) Berlin. S. 96.
[25] Müller, Joachim. (1985) S. 63.

menschlich, und das Risiko, gelegentlich neben dem Unkraut den Weizen auszureißen, muß der Eugeniker auf sich nehmen.“[26]

3.1.1. c) Vorarbeiten für ein Gesetz in der Sterilisationsfrage

Am 7. Mai 1924 stimmte das sächsische Landesgesundheitsamt einer Ergänzung des § 224 zu, in welchem nun eine gesetzliche Regelung nicht-medizinischer Sterilisierungen, unter anderem bei „Geisteskrankheit“ und schwerer verbrecherischer Veranlagung, ausgedrückt wurde.[27] Dieser wurde an das sächsische Innenministerium und von dort im Juni 1924 an das Reichsjustiz- und Reichsinnenministerium weitergeleitet. Im Jahr zuvor hatten sich auch die Länder Preußen und Thüringen näher mit den Forderungen Gustav Boeters beschäftigt, beide Länder wollten jedoch „weitere Fortschritte der erbbiologischen und klinischen Forschung“[28] abwarten. Gustav Boeters wagte im Oktober 1925 einen weiteren Vorstoß und legte dem Deutschen Reichstag einen weiteren „Entwurf zu einem Gesetz über die Verhütung unwerten Lebens durch operative Maßnahmen“ mit dem Beinamen „Lex Zwickau“ vor. Der Inhalt war im Wesentlichen derselbe geblieben, lediglich eine präzisere Beschreibung des Kreises der zu Sterilisierenden hatte stattgefunden. Der Reichstag rückte jedoch nicht von seinem Standpunkt ab, genauso erhielt Gustav Boeters auch drei Jahre später mit seinem „Lex Zwickau III“ keine Resonanz von der sächsischen Landesregierung.[29]

In den Jahren vor 1933 erhielt die spezielle Erbpathologie eine große Aufwertung und man versuchte z.B. durch die von Ernst Rüdin ins Leben gerufene „empirische Erbprognose“ Erbgänge zu klären und Vererbungswahrscheinlichkeiten zu errechnen.[30] Dem Erbfaktor wurde in den dreißiger Jahren des 20. Jahrhunderts eine viel größere Bedeutung beigemessen, als man das heute tut. Zum Beispiel weiß man heute, dass bei der Entstehung von Alkoholismus oder Kriminalität vor allem soziale und kulturelle Hintergrunde, also exogene Faktoren, wichtig sind, welche man in den 1930ern eher weniger berücksichtigte.[31]

---

[26] Strohmeyer, Wilhelm: *Zur Frage der künstlichen Sterilisierung der Frau aus eugenische Indikation*. (1920) Zitiert aus: Müller, Joachim. (1985) S. 64.
[27] S. Anhang.
[28] Zitiert aus: Müller, Joachim. (1985) S. 69.
[29] Ebenda. S. 69-72.
[30] Ebenda. S. 79.
[31] Müller, Joachim. (1985) S. 81f.

Auch von juristischer Seite waren ab den 1920er Jahren eher zustimmende Worte zu vernehmen und es begannen nun auch die gesetzlichen Forderungen von dieser Seite. Auf einer Tagung der Deutschen Landesgruppe der Internationalen Kriminalistischen Vereinigung in Frankfurt am Main am 12. und 13. September 1932 wurde ohne Gegenstimmen eine Entschließung angenommen, die ein Reichsgesetz über sie Zulassung eugenischer Sterilisierungen auf freiwilliger Grundlage empfahl und gleichzeitig die Anerkennung der sozialen Indikation einer Sterilisierung forderte.[32]

Im Mai 1933 wurde der Reichsregierung ein Gesetzesentwurf des Landes Preußen durch das preußische Staatsministerium vorgelegt. Dieser war zusammen mit einem Katalog von eugenischen Leitsätzen im Zuge eines erweiterten Ausschusses des Landesgesundheitsrates entstanden und im folgenden durch ein 13köpfiges Gremium, dem unter anderem der Ministerialdirektor Heinrich Schopohl (1877-1963), Medizinalrat Arthur Ostermann (1876-1943) und Eugen Fischer (1874-1967) angehörten, weiter bearbeitet worden[33] und wurde mehr oder weniger Grundlage des späteren „GzVeN". Am 6. Februar 1933 wurde durch den Innenminister Wilhelm Frick (1877-1946) ein „Sachverständigenrat für Bevölkerungs- und Rassenpolitik" gegründet, der aus dem früheren „Reichausschuß für Bevölkerungsfragen" entstanden war und dem unter anderem Rassenhygieniker wie Fritz Lenz (1887-1976), Alfred Ploetz, Ernst Rüdin und Vertreter der NSDAP wie z.B. Heinrich Himmler (1900-1945) angehörten. Diesem wurde im Juni 1933 von Wilhelm Frick der Entwurf für ein „GzVeN" vorgelegt und der Beirat erhielt den „Auftrag, das ganze Sterilisierungsgesetz an einem Tag fertigzustellen."[34] Ausgearbeitet wurde das „GzVeN" vor allem durch den früheren Amtsarzt Artur Gütt (1891-1949), der im Mai 1933 von Wilhelm Frick zum Ministerialrat und Referent für Bevölkerungspolitik, Erb- und Rassenlehre ernannt worden war, Ernst Rüdin und den Juristen Falk Ruttke (1894-1955), Reichskommissar des Ausschusses für Volksgesundheitsdienst.[35] Diese drei Personen waren es auch, welche die einzige Erläuterung zum „GzVeN" erarbeiteten, die in den Folgejahren für viele Ärzte eine wichtige Richtlinie für die

---

[32] Vollmann, Siegmund: „*Schwangerschaftsunterbrechung und Unfruchtbarmachung vor dem Forum der Internationalen Kriminalistischen Vereinigung*". Deutsches Ärzteblatt 61. Nr. 27. (1932) S. 356-361. Zitiert aus: Müller, Joachim. S. 88.

[33] Ebenda. S. 95-105.

[34] Ebenda. S. 105-106.

[35] Ebenda. S. 106. S. a. in: Zehmisch, Heinz: „Die deutsche Justiz – Eine Stütze der Rassenhygiene im Dritten Reich". In: Sächsisches Ärzteblatt. Nr. 4. (2005) S. 163.

praktische Umsetzung darstellte.[36] Das „GzVeN“ vom 14. Juli 1933 trat am 1. Januar 1934 in Kraft. Durch dieses Gesetz wurden die medizinische und eugenische Indikation der Zwangssterilisierung, nicht jedoch die soziale Indikation legitimiert.[37] Das Gesetz wurde teilweise mit erschreckend großer Freude und Dank aufgenommen. So schrieb der Oberregierungs- und Medizinalrat aus Stettin im September 1933:

> „Dafür sind wir Dank schuldig, denn wir sind der Überzeugung, daß ohne ein solches Gesetz die körperliche u. geistige u. damit die rassische Entartung unseres Volkes nicht aufzuhalten gewesen wäre. Zählen wir doch heute schon 250000 Geisteskranke, etwa 150000 Schwachsinnige, 75000 Blödsinnige, 10000 Epileptiker u. im ganzen annähernd 6 000 000 – d. i. 10% der Bevölkerung – seelisch Minderwertige, Abwegige und Psychopathen in unserer Bevölkerung“.[38]

3.1.2. Sterilisierungspolitik nach 1933

3.2.1. a) Änderungen und Verordnungen am „GzVeN“

In den folgenden Jahren fanden eine Reihe von gesetzlichen Änderungen und Verordnungen am „GzVeN“ statt. Die erste Verordnung (VO) zum „GzVeN“ vom 5.12.1933 legte unter anderem fest, dass kein Antrag zur Unfruchtbarmachung in zu hohen Alter oder unter 10 Jahren gemacht werden dürfe.[39] In der zweiten VO vom 23.5.1934 fand eine Bekräftigung des Rechtes des Amtsarztes statt. Es wurde ihm das Recht eingeräumt, bei einer Vorladung eines Betroffenen wenn nötig polizeiliche Hilfe in Anspruch zu nehmen.[40] Mit der dritten VO vom 25.2.1935 fand eine Änderung der ersten VO statt. Es wurde verfügt, dass ein „Erbkranker“ in besonderen Fällen noch die geschlossene Anstalt verlassen dürfe, auch wenn noch keine Unfruchtbarmachung stattgefunden hatte. Zudem wurde in dieser VO der Umfang der Beschlussmitteilung der Erbgesundheitsgerichte und -obergerichte an den Unfruchtbarzumachenden geregelt.[41] Am 26.6.1935 wurde von der

---

[36] Ley, Astrid.: *Zwangssterilisation und Ärzteschaft. Hintergründe und Ziele ärztlichen Handelns 1934-1945.* (2004) Frankfurt am Main. S. 46.

[37] Link, Gunter.: *Zwangssterilisation und Zwangsabtreibung an der Universiätsfrauenklinik Freiburg im Nationalsozialismus*. S.305. In: Grün, Bernd / Hofer, Hans-Georg / Leven, Karl-Heinz [Hrsg.]: Medizin und Nationalsozialismus. Die Freiburger Medizinische Fakultät und das Klinikum in der Weimarer Republik und im „Dritten Reich“. Bd. 10. (2002) Frankfurt am Main.

[38] SAG Rep 6 WA Nr. 58 – Abschrift „Pommersche Wohlfahrtsblätter“ Nr. 9 vom September 1933, 9. Jahrgang. Oberregierungs- und Medizinalrat i. R., Stettin (Dr. Bundt).

[39] Bady, Thomas / Blütgen, Manfred. (1994) S. 30.

[40] Ebenda.

[41] Ebenda.

Reichsregierung ein „Gesetz zur Anwendung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ verabschiedet. Darin wurde die sogenannte Notfrist, während derer der Unfruchtbarzumachende Einspruch gegen ein Urteil eines EG einlegen durfte, von ehemals einem Monat auf 14 Tage herabgesetzt. Des weiteren wurde dem § 10 ein § 10a nachgeschaltet, welcher die Möglichkeit brachte, bei einer Frau, „die zur Zeit der Durchführung der Unfruchtbarmachung schwanger ist, […] die Schwangerschaft mit Einwilligung der Schwangeren“ zu unterbrechen, wenn die Frucht noch nicht lebensfähig ist und die Unterbrechung der Schwangerschaft keine „ernste Gefahr für das Leben oder die Gesundheit der Frau mit sich bringen würde“. Als „nicht lebensfähig“ wurde die Frucht dabei „vor dem Ablauf des sechsten Schwangerschaftsmonat[s]“ angesehen.[42] Auch eine vierte VO hatte das Thema der Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisation zum Thema. In einer zweiten Gesetzesänderung vom 4.2.1936 wurde die Formulierung „nur durch chirurgischen Eingriff“ durch „ärztlichen Eingriff“ ersetzt.[43] Diese Änderung brachte die Voraussetzung für eine weitere VO vom 25.2.1936, in welcher nun auch die Röntgen- und Radiumbestrahlung in besonderen Fällen erlaubt wurde. Anzuwenden war diese Methode jedoch nur bei Frauen, die älter als 38 Jahre waren und bei denen ein chirurgischer Eingriff eine Gefahr für Leben und Gesundheit darstellte. Eine durch Röntgenstrahlen behandelte Frau musste sich zu drei Nachsorgeuntersuchungen und eventuelle Nachbehandlungen verpflichten. Diese ganzen Voraussetzungen und Verpflichtungen sah man deshalb für angebracht, da man sich der Gefahr unter anderem des Verlustes der Geschlechtsfunktion bewusst war.[44] Es folgte noch eine sechste VO, in welcher vor allem die finanzielle Unterstützung während des Krankenhausaufenthaltes bzw. des daraus resultierenden Arbeitslohnausfalls geregelt wurde.

3.2.1. b) Durchführung und Wiedergutmachung in Deutschland

Im Zeitraum zwischen 1934 und 1946 wurden ca. 375.000 Menschen aufgrund des „GzVeN“ sterilisiert.[41] Etwa 5000 sollen an den Folgen der Operationen gestorben sein. Nach offiziellen Angaben des Reichsministeriums des Innern wurden allein 1945 73.173 Menschen sterilisiert, mit 96% nahmen die Indikationen „Schwachsinn“, Schizophrenie, Epilepsie und manisch-depressives Irresein den Großteil der

[42] Reichsgesetzblatt Nr. 65. S.773.
[43] Bady, Thomas / Blütgen, Manfred. (1994) S. 31.
[44] Bady, Thomas / Blütgen, Manfred. (1994) S. 31.
[41] Link, Gunter. (2002) S. 315.

Indikationen ein, die Spitze davon bildete die Indikation des „Schwachsinnes“, welche in zwei Dritteln der Fälle den Grund zur Sterilisation lieferte.[42]
Die Rate der Anwendung unmittelbarer Gewalt bei der Durchführung des „GzVeN“ stieg von 7,7% (1934) auf fast 10% (9,4% 1936) an.[42b]
Im Oktober 1935 wurde mit dem „Gesetz zum Schutze der Erbgesundheit des deutschen Volkes“ ein weiterer Schritt für die Rassenhygiene getan. Durch dieses Gesetz war es Paaren verboten zu heiraten, wenn einer der Partner unter einer Erbkrankheit im Sinne des „GzVeN“ litt.[43]
Nach dem Ende des Dritten Reiches wurde das „GzVeN“ am 8. Januar 1946 in der damaligen sowjetischen Besatzungszone durch den Befehl Nr. 6 der sowjetischen Militäradministration aufgehoben. In allen vier Besatzungszonen wurde das Gesetz außer Kraft gesetzt.[44] Seit 1980 konnten nach einer Entscheidung der Bundesregierung Opfer von Zwangssterilisierung einen Antrag auf einmalige finanzielle Zuwendung von 5.000 DM stellen[45] und seit 1990 erhalten noch lebende Opfer der Zwangssterilisation monatlich 100 DM.[46]

3.2. Das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“

3.2.1. Der Vergleich des „GzVeN“ zum Preußischen Entwurf eines Sterilisationsgesetzes

> „Das Gesetz erkennt die Notwendigkeit eines Zwanges an. […] Dieser wichtige Punkt stellt einen entscheidenden Fortschritt dar gegenüber allen anderen schon vorher bestandenen Sterilisierungsgesetzen in aller Welt und allen vorher bestandenen Vorlagen, die sich lediglich auf eine freiwillige Sterilisierung beschränkten.“[47]

Mit diesen Worten beschreibt Hans Rudolf Heffe in seiner Dissertation von 1936 einen wesentlichen Unterschied des „GzVeN“ zum Preußischen Entwurf eines Sterilisationsgesetzes von 1932. Tatsächlich fand die zwangsweise Anordnung einer Sterilisierung im Preußischen Entwurf keinen Platz. Während sich der Preußische

[42] Bady, Thomas / Blütgen, Manfred. (1994) S. 22.
[42b] Eckart, Wolfgang: *Geschichte der Medizin*. (2005) Berlin. S. 226f.
[43] Bady, Thomas / Blütgen, Manfred. (1994) S. 22.
[44] Ley, Astrid. (2004) S. 67.
[45] Ebenda. S. 105.
[46] Ebenda.
[47] Heffe, Hans Rudolf. *Eugenische Sterilisierungen*. (1936) Diss. Greifswald.

Entwurf auf erbliche „Geisteskrankheit“, erbliche Epilepsie, „sonstige(r) Erbkrankheiten“ und auf „Träger krankhafter Erbanlagen“ beschränkte, nahm das „GzVeN“ acht „Erbkrankheiten“ in seine Satzung auf: „Angeborenen Schwachsinn“, Schizophrenie, zirkuläres (manisch-depressives) Irresein, erbliche Fallsucht, erblichen Veitstanz (Huntingtonsche Chorea), erbliche Blindheit und Taubheit und schwere erbliche körperliche Missbildung. Ferner konnten an „schwerem Alkoholismus“ leidende Personen unfruchtbar gemacht werden, was im Preußischen Entwurf keine Indikation dargestellt hatte. Bewusst wählte man z. B. bei der Indikation „Schwachsinn“ hier die leichter zu beweisende Formulierung „angeboren“ und nicht „erblich“, da man über keine endgültige systematische empirische Erbprognose-Untersuchung verfügte[48] und man das Krankheitsbild trotzdem als generell erblich betrachtete, auch wenn man um mögliche äußere Umstände, wie z.B. pränatale Infektionen oder vorgeburtliche Schäden, wusste. Unter der anscheinend weniger großen Gruppe von Betroffenen im „GzVeN“ verbarg sich also eine Vielzahl von Menschen. Es waren weit gefasste Begriffe, die viele Zustände beschrieben, welche nicht in das Bild der damaligen Gesellschaft passten. Am Beispiel der Diagnostik des „Schwachsinnes“ erläutert zeigt sich, dass offiziell Auffälligkeiten in der Intelligenzprüfung, in der sog. Lebensbewährung, der Familienanamnese und der sichere Ausschluss exogener Faktoren kennzeichnend waren. Der Nervenarzt und Rassenhygieniker Fred Dubitscher (1905-1978) betonte jedoch 1936 in einer mit „Abgrenzung des Schwachsinns“ betitelten Arbeit: „In den Vordergrund der Schwachsinnsdiagnostik rückten immer mehr Kriterien wie „allgemeiner Eindruck“ und „soziale Brauchbarkeit des Probanden für die Volksgemeinschaft“, anstatt, dass man sich exakt an den Intelligenzprüfbogen hielt.“[49] Kriterien wie berufliche Leistungsfähigkeit oder gesellschaftliche Anpassung sollten in Fällen der Abgrenzung erblicher oder nicht-erblicher Formen der im Gesetz genannten Krankheitsbilder Hilfe leisten.[50] Diese Kriterien beruhten jedoch auf rein sozialen Werturteilen und ließen sich mit medizinischer Diagnostik nicht klären. Die Verpflichtung zum Schweigen trat in beiden Texten auf, auch die praktische Ausführung der Gerichtsverhandlung in Form von drei Personen (einem Jurist und zwei Ärzten), welche die Entscheidungen treffen sollten, war gleich geblieben. Ebenso ähnelten sich die Texte sehr im Bezug auf Antragsberechtigte. Trotz dieser

[48] Ley, Astrid. (2004) S. 47.
[49] Zitiert aus: Bady, Thomas / Blütgen, Manfred. (1994) S. 47.
[50] Ley, Astrid. (2004) S. 65.

vielen Gemeinsamkeiten war man mit dem „GzVeN“ also noch einen wichtigen Schritt weiter gegangen, indem man die Möglichkeit des Zwanges legalisierte so dass man, zusammen mit den weiter dehnbaren Diagnosen, nun die Sterilisierung vieler tausend Menschen rechtlich ermöglichte.

3.2.2. Erläuterungen zum „GzVeN“ - Die Krankheitsbilder

Ursprünglich war es geplant gewesen, in einem umfassenden Gesetz neben der Sterilisation von „Erbkranken“ auch Straftäter, insbesondere „Sittlichkeitsverbrecher“, mit einzubeziehen. Der Reichsjustizminister legte jedoch Einspruch ein und es entstanden getrennte Gesetze,[51] um die „Erbkranken“ nicht durch eine solche Gleichsetzung mit Straftätern zu beunruhigen und dem „GzVeN“ gleichzeitig den Charakter einer Strafe zu nehmen.[52] So wurden in das „GzVeN“ die acht oben bereits genannten Krankheitsbilder und der „schwere Alkoholismus“ aufgeführt, wobei „keiner der Sterilisationsgründe, insbesondere keiner der meist angewandten […] einen präzisen physischen, psychischen oder geistigen Zustand“ bezeichnete.[53] Mit der Begründung des „Schwachsinns“ wurden eine große Zahl der betroffenen Frauen und Männer sterilisiert. In Greifswald waren es 20,5%, wobei hier ein Unterschied zum Rest des Landes besteht, wo die Indikation „angeborener Schwachsinn“ weitaus häufiger war, wie z. B. an der Universitätsfrauenklinik Freiburg. Hier waren es 479 von 925 Frauen, also 52,2%, welche aufgrund der Diagnose „angeborener Schwachsinn“ sterilisiert wurden.[54] Es wurde jeder „als „krank“ angesehen, bei dem sich die Anlage zur sichtbaren Krankheit entwickelt“ hatte. Es war dabei „gleichgültig, ob die Krankheit sich nur in milder Form oder sogar mit einem ersten Anfall gezeigt“ hatte. „Die leichten Fälle, die sich gerade so vererben, können in den folgenden Generationen jeder Zeit zu schweren werden und sind umso gefährlicher, als die Fortpflanzungsbedingungen für diese gewöhnlich günstiger sind“ beschrieb Hans Rudolf Heffe 1936 in Bezug auf alle sogenannte Erbleiden zutreffend die damaligen Auffassungen.[55] War der „Schwachsinn“ durch exogene Faktoren entstanden, so musste der zu Sterilisierende dies einwandfrei

[51] Gleichzeitig mit dem „GzVeN“ entstand dann ein „Gesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Maßregeln der Sicherung und Besserung“, welches ursprünglich zusammen mit dem „GzVeN“ gedacht gewesen war.
[52] Bock, Gisela. *Zwangssterilisation im Nationalsozialismus. Studien zur Rassepolitik und Frauenpolitik*. S. 86. In: Schriften des Zentralinstituts für sozialwissenschaftliche Forschung der Freien Universität Berlin. Bd. 48. (1986) Berlin.
[53] Ebenda. S. 303.
[54] Link, Gunter. (2002) S. 323.
[55] Heffe, Hans Rudolf. (1936) S. 6.

nachweisen. Laut Ernst Rüdin war es jedoch auch dann noch „der freien Beweiswürdigkeit des Erbgesundheitsgerichtes überlassen, ob der Beweis als einwandfrei erbracht zu erachten ist oder nicht“.[56]

Ernst Rüdin zählte im Gesetzeskommentar zum „GzVeN“ Autismus, Herabsetzung des Affekt- und Willenslebens und Lockerung und Spaltung der gedankenmäßigen Zusammenhänge bis zum völligen Auseinanderfallen des Denkens und schließlich zu Wahnideen und Sinnestäuschungen zu den Hauptsymptomen der Schizophrenie.[57] Es wurde also auch hier kein einheitliches Krankheitskonzept, sondern eher eine Gruppe von Erbanlagen mit verwandter Symptomatik beschrieben. Man ging von einem rezessiven Erbleiden aus, so dass auch bei nicht erkrankten Familienmitgliedern eine Sterilisierung mit dieser Begründung durchgeführt werden konnte. Auch bei völligem Abklingen der Symptomatik wurden keine Entscheidungen für eine Sterilisation rückgängig gemacht. Dies zeigt sich z. B. in einem EOG-Beschluss aus dem Jahre 1938 aus Greifswald. In diesem Beschluss heißt es:

> „Das EG Greifswald hat daher mit Recht die Unfruchtbarmachung der Beschwerdeführerin angeordnet. Diese würde auch dadurch nicht überflüssig, wenn der jetzige schizophrene Schub […] bei der Beschwerdeführerin soweit abklingen würde, dass sie für den Laien unauffällig und auch wieder arbeitsfähig wird, denn damit sind wohl die äußeren Krankheitserscheinungen zurückgetreten, aber nach wie vor ist die innere schizophrene Erbanlage vorhanden, die nicht ausgemerzt werden kann, sondern sich auf den Nachwuchs weiter vererbt.“[58]

Ob es sich bei dem „manisch-depressiven Irresein“ um einen dominanten oder rezessiven Erbgang handelte, war umstritten. Dennoch war es in jedem Fall ein Grund zur Sterilisation und Argumente wie berufliche Überforderung, familiäre Konflikte, Verlusterlebnisse oder andere Belastungen wurden nicht als gegen eine endogene Ursache sprechend angesehen: „Das sind alles gut gemeinte, laienhaft konstruierte Zusammenhänge seitens der Umgebung, die begreiflicherweise immer wieder vorgebracht werden, aber einer ernsten Prüfung nicht stand halten“ schrieb

---

[56] Rüdin, Ernst. (a) *Psychiatrische Indikation zur Sterilisierung. Das kommende Geschecht.* In: Zeitschrift für Eugenik 3. (1919) S. 1-19. Zitiert aus: Bady, Thomas / Blütgen, Manfred. (1994) S. 46.

[57] Bady, Thomas / Blütgen, Manfred. (1994) S. 57

[58] EOG-Beschluss von 1938. Schizophrenie ist eine Erbkrankheit. Greifswald. Zitiert aus: Bady, Thomas / Blütgen, Manfred. (1994) S. 63f.

Gottfried Ewald (1888-1963), der von 1933 bis 1934 Direktor der Universitäts-Nervenklinik in Greifswald war, in seinem *Lehrbuch der Neurologie und Psychiatrie*.[59]
In Bezug auf die „erbliche Fallsucht/genuine Epilepsie“ wurde mit Hilfe von „Richtlinien zur Epilepsiebegutachtung“ in Greifswald versucht, anhand von Hyperventilationsversuchen, Blutstaten, Blutzucker- und Blutkalziumwerten und Enzephalographien zwischen Fällen symptomatischer und angeborener Epilepsie zu unterscheiden. Die symptomatische Epilepsie war im „GzVeN“ nicht erwähnt, die Unterscheidung von der genuinen in der Praxis jedoch oft schwer und häufig mit fatalen Folgen für den Patienten falsch gedeutet. Der Psychiater und Neurologe Oswald Bumke (1877-1950) berichtet in seinem *Lehrbuch der Geisteskrankheiten*, dass in der Frage der Unterscheidung der Epilepsieformen „peinliche Entgleisungen“ vorkamen.[60]
Bei dem „erblichen Veitstanz (Huntingtonsche Chorea)“ handelt es sich um eine seltene Erkrankung, die bekanntermaßen einem dominanten Erbgang folgt. Problematisch für die Sterilisationspolitik war, dass sich die Krankheit meist erst im fünften Lebensjahrzehnt äußert.
Bei der Indikation der „erblichen Blindheit“ handelte es sich nicht nur um vollständige Blindheit, sondern bereits den Grad an Schwachsichtigkeit, der keine normale Schul- und Berufstätigkeit erlaubte.[61] Auch die Taubstummheit wurde unter „erblicher Taubheit“ in den Katalog des „GzVeN“ aufgenommen. Der Schweregrad der „schweren erblichen körperlichen Missbildung“ wurde daran gemessen, inwieweit die oder der Betroffene noch zu besonderen Leistungen (wie z. B. für den Kriegseinsatz) fähig war und inwieweit eine Anpassung an das Leben stattfand.[62] Laut den Kommentaren zum „GzVeN“ fielen darunter Systemerkrankungen (Osteogenesis imperfecta, Marmorknochenkrankheit), degenerative Nervenkrankheiten und konstitutionelle Muskelanomalien (Sphingomyelie, progressive Muskeldystrophie etc.) und als erblich erwiesene Missbildungen charakteristischer Ausprägung (Spalthand, Spaltfuß, kongenitaler Fibuladefekt, Phokomelie u.s.w.). Auch wenn diese Leiden schon zu dieser Zeit erfolgreich behandelt werden konnten, wie z. B. die angeborene Hüftdysplasie, so wurde eine Sterilisation durchgeführt. Es ging bei

[59] Ewald, Gottfried: *Lehrbuch der Neurologie und Psychiatrie*. München. 1948. Zitiert aus: Bady, Thomas / Blütgen, Manfred. (1994) S. 69.
[60] Bady, T., Blütgen, M. S. 69.
[61] Ebenda. S. 88.
[62] Ebenda. S. 93.

dem „GzVeN“ um die Missbildungen im Naturzustand, nicht, wie sie nach einer medizinischen Korrektur aussehen könnten.[63]

Unter „schwerem Alkoholismus“ verstand Ernst Rüdin nicht das

> „notorisch unmäßige Trinken, wie es in bestimmten Berufen und Lebenslagen vorkommen konnte“ sondern den „Grad von Mißbrauch geistiger Getränke […], der sich kennzeichnet durch gewisse, den Alkoholisten selbst oder seinen Mitmenschen schädliche Folgen: wie z.B. […] körperliche und seelische Krankheiten, strafbare Handlungen, […] Vernachlässigung der gesetzlichen Pflichten […]“[64]

Unter das „GzVeN“ fiel dabei: Alkoholismus mit pathologischen Rauschzuständen und atypische Räusche, Alkoholepilepsie, echte, endogene Dipsomanie („Quartalssäufertum“), Eifersuchtswahn des Trinkers, Alkoholhaluzinose, Korsakowsche Psychose.[65] Mit der Indikation des schweren Alkoholismus ging es Ernst Rüdin jedoch weniger um die Krankheit als solches, als um die angeblich dahinter stehenden im „GzVeN“ nicht erwähnten Psychopathen: „Der Alkoholmißbrauch ist sozusagen das Signal zum Eingreifen; getroffen werden aber soll nicht der Alkoholmißbrauch als solcher, sondern in den Psychopathen dessen schlechte Erbmasse.“[66]

Es kamen keine weiteren Indikationen zur Zwangssterilisationen hinzu, auch wenn es gelegentlich Befürworter einer Vergrößerung des pflichtigen Kataloges gab. Vor allem Ernst Rüdin plädierte für eine Ausdehnung der unter das „GzVeN“ fallenden „Erbleiden“ auf sogenannte psychopathische Persönlichkeiten, worunter für ihn alle Personen fielen, die „mangelhaft angepasst an das Leben“ waren, „insbesondere auch antisoziale und asoziale Menschen“. Zusätzlich forderte er eine gesetzliche Zulassung der freiwilligen Sterilisation im Falle schwerer internistischer Krankheiten.[67] Lediglich seiner Forderung nach straffreier Schwangerschaftsunterbrechung und einer Sterilisierung in einem Zug wurde mit dem Hinzufügen des § 10a entsprochen.

---

[63] Ebenda. S. 95f.
[64] Rüdin, Ernst: (b) *Das deutsche Sterilisationsgesetz*. Zitiert aus: Bady, Thomas / Blütgen, Manfred. (1994) S. 82.
[65] Ebenda. S. 82.
[66] Zitiert aus: Ley, Astrid. (2004) S. 174. Siehe auch in: Gütt, Rüdin, Ruttke. (1936) S. 175.
[67] Weber, Matthias: *Ernst Rüdin. Eine kritische Biographie*. (1993) Berlin. S. 220.

3.2.3. Das Erbgesundheitsverfahren

Laut des „GzVeN“ waren verschiedene Personen Antragsberechtigt und einige dazu verpflichtet, einen Antrag zur Sterilisierung zu stellen. Es war möglich, dass sich der Unfruchtbarzumachende selbst anzeigte, dessen Vormund oder Direktoren geschlossener Anstalten. Approbierte Ärzte und – nach der 1. VO vom 5.12.1933 – auch andere „mit der Heilbehandlung, Untersuchung oder Beratung von Kranken“ befasste Personen waren zur Anzeige verpflichtet.[68] Bemerkenswert ist, dass der Anzeigende nicht zur Verantwortung gezogen werden durfte und der Schweigepflicht unterlag. Im Gegensatz dazu wurde die Schweigepflicht in Bezug auf die zu Sterilisierenden in der 2. VO vom 29.5.1934 aufgehoben.[69] Auf die Anzeige bei einem Amtsarzt bzw. die anschließende Antragstellung folgte dann ein gerichtliches Untersuchungsverfahren. Zusammen mit dem Antrag auf Unfruchtbarmachung musste ein Antragsgutachten eingereicht werden, das auf einer genauen ärztlichen Begutachtung basierte und Auskunft über Familienangehörige, Krankengeschichte des Betroffenen und aktuellen körperlichen und psychischen Befund enthielt. Bei einem Antrag aufgrund des Verdachtes auf „angeborenen Schwachsinn“ musste auch ein Intelligenzprüfbogen hinzugefügt werden.[70] War der Betroffene selbst der Antragsteller, so hatte er immer die Möglichkeit, seinen Antrag zurück zu ziehen, selbst wenn schon ein gerichtlicher Entschluss vorlag. Um dem zu entkommen, empfahl der Reichsinnenminister in einem Runderlaß allen Amtsärzten daher am 19. Mai 1934 dringend, „sich den Anträgen von Betroffenen stets („vorsorglich“) mit einem eigenen Antrag anzuschießen“.[71] Am EG fand anschließend ein entsprechendes Verfahren statt. Laut „GzVeN“ waren als Mitglieder ein Jurist, ein beamteter Arzt und weiterer Arzt mit besonderer Kenntnis der Rassenhygiene zugelassen. Den Gesetzeserläuterungen von Ernst Rüdin, Artur Gütt und Falk Ruttke zufolge war das EG „nicht eingerichtet worden, um die berechtigten Interessen einzelner Volksgenossen wahrzunehmen“, sondern es sei „geschaffen worden, um die Forderungen, die die Volksgemeinschaft auf dem Gebiet der Erbpflege stellen muß, zu einem Teil durchzusetzen.“ Aus diesem Grund komme es bei den Verfahren auch „nicht darauf an, unter Beachtung bestimmter Formvorschriften eine formal richtige, sondern […] eine dem Leben des Volkes dienende Entscheidung zu

[68] RGB Nr.138. S. 1021.
[69] RGB Nr. 62. S. 475.
[70] Ley, Astrid. (2004) S. 74-85.
[71] Ebenda. S. 74.

finden."[72] Von der mündlichen Verhandlung konnten sowohl betreffende Personen, die sich nicht mit der Situation abfinden wollten und sich so der mangelnden Einsicht in die Ziele des „GzVeN" verdächtigt machen, als auch ein Verteidiger selbst, wegen Missachtung des Verfahrenszwecks („wichtige Gründe") ausgeschlossen werden.[73]
Das EOG, welches ähnlich wie das EG zusammengesetzt war, stellte die dem Oberlandesgericht angegliederte Beschwerdeinstanz der Sterilisationsverfahren dar. Die ursprüngliche Beschwerdefrist wurde mit dem Änderungsgesetz vom 26. Juni 1935 von einem Monat auf 14 Tage herabgesetzt.[74]

3.3. Die Durchführung des „GzVeN" in Greifswald

3.3.1. Die beteiligten Kliniken

Aus dem Ministerialblatt für die Preußische innere Verwaltung vom 21.3.1934 geht hervor, dass neben der Chirurgischen Universitätsklinik (CUK) und der Frauenklinik der Universität Greifswald (UFK) auch zwei Privatkliniken zur Durchführung der Sterilisierungen im Zuge des „GzVeN" bevollmächtigt waren. Es waren dies die „Privatklinik Dr. Heyemann", in welcher nur Frauen unfruchtbar gemacht werden durften, und die „Privatklinik Dr. Nauck", welche Männer zur Sterilisierung aufnahm.[75]
Die Chirurgische Klinik in Greifswald wurde nachträglich zur Durchführung von Unfruchtbarmachungen durch den Regierungspräsidenten in Stettin ermächtigt.[76] In einem Brief vom 1.4.1936 an die entsprechenden Kliniken in Greifswald ermächtigte der Regierungspräsident innerhalb der Kliniken „allgemein die Direktoren und Oberärzte und weiterhin die Assistenzärzte, soweit sie zur Führung des entsprechenden Facharzttitels berechtigt sind" zur Durchführung der Sterilisierungen.[77]

---

[72] Ebenda. S. 86. Siehe auch in: Gütt, Rüdin, Rüttke. Verhütung. (1936) Erläuterungen zu Art. 4 der VO zur Ausführung des „GzVeN".
[73] Ley, Astrid. (2004) S. 86-92.
[74] „Die Notfrist mußte bisher als reichlich lang im Hinblick auf den Zweck des Gesetzes angesehen werden, da die begründete Gefahr nicht von der Hand zu weisen war, dass die Unfruchtbarzumachenden während dieser Zeit erbkranken Nachwuchs zeugten.". Gütt, Rüdin, Ruttke. (1936) S. 80. Zitiert aus: Ley, Astrid. (2004) S. 91.
[75] *Ministerialblatt für die Preußische Innere Verwaltung vom 21. März 1934*. Ausg. B. 95. Jahrg. S. 486-490.
[76] UAG K 396 S. 2.
[77] Ebenda.

3.3.2. Die Unfruchtbarmachungen aufgrund des „GzVeN“ in Greifswald von 1933 bis 1945

Laut einer Dissertationsarbeit von Thomas Bady und Manfred Blütgen aus dem Jahre 1994 sollen zwischen 1933 und 1945 2403 Patienten, welche unter das „GzVeN“ fielen, in den Greifswalder Kliniken behandelt worden sein. In den Archiven der UNK haben die beiden Autoren 97 ablehnende und 442 befürwortende Beschlüsse der EG bzw. EOG gefunden. In der UFK fanden mit 1292 Frauen die meisten Sterilisierungen statt, wovon 878 aus ärztlicher, 404 aus eugenischer und sechs aus rassistischer Indikation durchgeführt wurden. Bei den sechs Sterilisierungen aus rassistisch bedingten Gründen handelte es sich um „Zigeunerinnen“, die alle im Jahr 1944 sterilisiert wurden.[78] Auch an der CUK gab es zwischen 1939 und 1945 solche rassistisch bedingte Sterilisierungen an 15 „Zigeunern“. Zudem wurden dort 32 Menschen wegen „angeborenem Schwachsinn“, acht wegen Epilepsie, sechs aufgrund von Schizophrenie, zwei aufgrund eines Augenleidens und jeweils einer wegen schwerem Alkoholismus und zirkulärem Irresein sterilisiert.[79] Im Stadtarchiv Greifswald finden sich Listen mit für die Anwendung des „GzVeN“ „ggf. in Frage“ kommenden Personen, darunter eine Liste, auf der 23 Personen stehen. Interessanterweise sind dabei Indikationen aufgeführt, die nicht im Gesetzestext auftauchen, wie beispielsweise „Anormal“, „Fürsorge“ und „minderwertig“.[45]

Mit der Indikation des „angeborenen Schwachsinn“ wurden in Greifswald 397 Menschen sterilisiert, 210 davon waren Männer, 187 davon Frauen. Hinzu kamen 21 Fälle, in denen eine weitere „Erbkrankheit“ vorlag. Der größte Anteil der Sterilisierten war unter 40 Jahren.[80] In dem Zeitraum von 1933-1945 befanden sich 836 Patienten wegen „Schizophrenie“ bzw. dem Verdacht darauf in der UNK in Behandlung. Darunter waren 481 Frauen, insgesamt waren die Patienten zwischen 21 und 40 Jahren alt. In den Archiven der UNK wurden nur in zehn Fällen Gutachten gefunden, welche die Diagnose „Schizophrenie“ widerlegen.[81] Begründet wurde diese Krankheit durch ein sog. charakteristisches Zustandsbild, welches optische oder akustische

---

[78] Bady, Thomas / Blütgen, Manfred. (1994) S. 37.
[79] Ebenda. S. 39.
[45] SAG Rep 6 WA Nr. 58 – „Liste der Städtischen Wohlfahrtsämter über diejenigen Personen, auf die die Anwendung des Gesetzes zur Verh. erbkr. N. - vom 14.7.1933 – RGBl. I. S. 529 – ggf. in Frage kommen könnte. Greifswald, den 12.12.1933. Handschriftlich ist hinzugefügt: „ 23 Personen. Vermutung über Art des Erbleidens: Schwachsinn/schwachsinnig: 10; Schizophren: 3; Fürsorge: 6; Anormal: 1; Minderwertig: 3; geisteskrank: 1“.
[80] Bady, Thomas / Blütgen, Manfred. (1994) S. 49.
[81] Ebenda. S. 57-59.

Halluzinationen, Beeinträchtigungs-, Wahn-, Beziehungs- und Verfolgungsideen, läppisches Verhalten, katatones Zustandsbild, Zerfahrenheit des Denkens, Autismus, Affektschwäche- oder –störung, Negativismus und Mutismus beinhaltete.[82] Zwischen 1933 und 1945 wurden in der UNK 212 Patienten mit der Diagnose des „zirkulären (manisch-depressiven) Irreseins“ behandelt. 134 davon waren Frauen zwischen 31 und 55 Jahren, 78 davon waren Männer zwischen 41 und 50 Jahren. Aus dem Jahr 1941 ist ein Beschluss des EG erhalten, welches eine Sterilisierung ablehnte. Der Beschwerde des damaligen Direktors der UNK, dass „das Auftreten manischer Attacken im Krankheitsverlauf“ […] „keineswegs obligat“ sei wurde jedoch stattgegeben.[83] 737 Patienten befanden sich zwischen 1933 und 1945 wegen „erblicher Fallsucht/genuiner Epilepsie“ oder des Verdachtes darauf zur Diagnostik, Begutachtung oder Therapie in der UNK. Neun Patienten waren im entsprechenden Zeitraum in der UNK mit der Diagnose „erblicher Veitstanz (Huntingtonsche Chorea)“ in stationärer Behandlung. Sechs von ihnen waren Männer. Es wurden vier Gutachten erstellt, welche eine Sterilisation befürworteten.[84] Mit dem Verdacht oder der Diagnose des „schweren Alkoholismus“ waren zwischen 1933 und 1945 91 Patienten in der UNK in Behandlung. Darunter waren nur sechs Frauen.[85] An der UNK gab es nur zwei Fälle von unter das „GzVeN“ fallender „erblicher Blindheit“, welche wegen einer weiteren „Erbkrankheit“ dort in Behandlung waren: Ein 15jähriger Patient mit der zusätzlichen Diagnose „Schwachsinn“ und ein 21jähriger Patient mit einem nicht-erblichen Leiden, welcher auch nicht sterilisiert wurde. In der UAK waren insgesamt 78 Patienten mit Augenleiden im Sinne des „GzVeN“ in Behandlung. Es wurden in einigen Fällen zusätzliche Untersuchungen von der HNO gemacht, in 39 Fällen konnte ein negatives GA gefunden werden. Aus der CUK konnten zwei Sterilisationsnachweise aufgrund eines Augenleidens gefunden werden.[86] Insgesamt waren in der UNK sechs Patienten wegen Taubstummheit in Behandlung, welche als „erbliche Taubheit“ unter das „GzVeN“ fiel, einer davon noch mit dem Zusatzleiden der genuinen Epilepsie.[87] Es sind sechs Fälle von „schwerer erblicher körperlicher Mißbildung“ im entsprechenden Zeitraum bekannt, wovon bei zweien ein positives GA und ein Gerichtsbeschluss vorlag.[88] Es gab des weiteren 30

[82] Ebenda.
[83] Ebenda. S. 65-67.
[84] Ebenda. S. 80.
[85] Bady, Thomas / Blütgen, Manfred. (1994) S. 84.
[86] Ebenda. S. 90.
[87] Bady, Thomas / Blütgen, Manfred. (1994) S. 91.
[88] Ebenda. S. 97.

Fälle von körperlicher Missbildung im Sinne des „GzVeN“, bei denen sich jedoch kein Hinweis auf ein Gerichtsverfahren fand.[89]

3.3.3. Sterilisationszahlen auf dem Hintergrund von Dissertationen aus dem Jahre 1936 in Greifswald

Hans Rudolf Heffe beschreibt in seiner Dissertation von 1936 50 Fälle von Unfruchtbarmachungen auf der Grundlage des „GzVeN“ an der UFK in Greifswald bis zum 31.3.1935. Darunter befanden sich 31 Fälle von „angeborenem Schwachsinn“, elf Fälle von „Schizophrenie“ und acht Sterilisierungen wegen „Epilepsie“.[90] Renate Koehler beschrieb 1936 darüber hinaus weitere Sterilisationen und befasste sich in ihrer Dissertation mit dem Zeitraum vom 1.4.1935 bis zum 31.3.1936. Laut Renate Koehler sind in der UFK in diesem Zeitraum 137 Frauen unfruchtbar gemacht worden.[91]

Die Operationsdauer variierte je nach angewandter Operationsmethode zwischen durchschnittlich 35,7 Minuten bei vaginalen Sterilisierungen und durchschnittlich 29,6 Minuten bei den Laparatomien.[92] In 13 Fällen wurde von Komplikationen berichtet, wobei es sich meist um postoperative Entzündungen, Bronchitis, Hämatome oder Fettnekrosen handelte. Die Morbidität lag somit bei 9,5 %. Die Mortalität wurde mit 1,4 % angegeben. Dabei handelte es sich einmal um eine *„schwerste akute haemorrhagisch-eitrige Bronchitits“* mit Lungenödem und Entzündung der Nebenhöhlen und um einen Fall von azinärer Tuberkulose, bei der die Patienten 14 Tage post operationem starb.[93]

Weiter wurden sechs Schwangerschaftsunterbrechungen mit anschließender Sterilisierung beschrieben, wobei jeweils drei Patientinnen im zweiten und fünften Monat und eine im sechsten Monat schwanger gewesen war. In fünf Fällen handelte es sich hierbei um „angeborenen Schwachsinn“ und einmal um „erbliche

[89] Ebenda. S. 98.
[90] Heffe, Hans Rudolf. (1936) S. 16.
[91] „Die Diagnose lautete auf: Angeborenen Schwachsinn 107 mal = 77,4 %, Schizophrenie 18 mal = 13,1 %, Epilepsie 17 mal = 12,4 %, Manisch depr. Irresein 3 mal = 2,2 %, Vererbl. Linsenverl(agerung) 1 mal = 0,7 %“ In: Koehler, Renate: *Die eugenischen Sterilisierungen vom 1.4.1935 bis 31.3.1936*. (1936) Diss. Greifswald. S. 29.
[92] Ebenda. S. 19-22.
[93] Ebenda. S. 24.

Linsenverlagerung".[94] In elf Fällen wurde die Unfruchtbarmachung direkt nach einer Geburt vorgenommen, wobei immer noch an demselben Tag operiert wurde.[95]

3.3.4. Zusammenfassende Bemerkungen

In Greifswald wurden im Zuge des „GzVeN" an der Universitäts-Frauenklinik, an der -Nervenklinik, -Augenklinik, der Chirurgischen Universitätsklinik und an zwei Privatkliniken Patienten mit unter das „GzVeN" fallenden Diagnosen behandelt. Nachweislich durften nur die UFK, CUK und die privaten Kliniken die geforderten Sterilisierungen auch durchführen.[96]

Die eugenische Indikation des „angeborenen Schwachsinns" nahm laut den Angaben von Renate Koehler in der UFK den Hauptteil der Sterilisationsgründe ein, Thomas Bady und Manfred Blütgen zeigten in ihrer Arbeit jedoch, dass die Unfruchtbarmachungen in der UNK hauptsächlich wegen „Schizophrenie" (in 51 % der Fälle) vorgenommen wurden.[97] Die im Vergleich zu anderen deutschen Bundesländern höhere Zahl der Sterilisierungen aufgrund von „Schizophrenie" begründen die beiden damit, dass die UNK in Greifswald mehr für die akuten Fälle und für deren Erstversorgung zuständig war, während die „Schwachsinnigen" eher in Pflege- und Heilanstalten in Stralsund, Lauenburg, Treptow und Rega versorgt wurden, wobei es sich um Psychiatrische Anstalten mit dem sog. Verwahrcharakter handelte.[98]

Interessant ist ein Briefwechsel zwischen der UNK und CUK von 1937, worin die CUK anfragt, woran zwei bereits sterilisierte Patienten eigentlich gelitten hätten, woraufhin ihnen die Diagnose dann übermittelt wurde.[99] Es zeigt sich, dass bei einem einmal gefassten Beschluss nicht immer nachgefragt wurde, sondern die Sterilisierungen möglichst rasch durchgeführt wurden.

In den Jahren bis 1945 nahm, wie in ganz Deutschland, die Zahl der Unfruchtbarmachungen ab. Vermutungen über Gründe dafür sind die zunehmende Euthanasie in der Zeit des Nationalsozialismus, welche die Sterilisierungen unnötig machte, Angst vor zu starkem Geburtenrückgang oder auch allein die Tatsache, dass Forderungen für eine Ausweitung der unter das „GzVeN" fallenden

---

[94] Ebenda.
[95] Bady, Thomas / Blütgen, Manfred. (1994) S. 25.
[96] *Ministerialblatt für die Preußische Innere Verwaltung vom 21. März 1934.* Ausg. B. 95. Jahrg. S. 486-490.
[97] Bady, Thomas / Blütgen, Manfred. (1994) S.39.
[98] Ebenda. S. 40.
[99] Ebenda. S. 39.

Krankheitsbilder aufgrund des beginnenden Krieges und anderer politischer Prioritäten nicht mehr durchgesetzt werden konnten.[100]

Trotz dieses Rückgangs der Zwangssterilisierungen wurden in der Zeit des Nationalsozialismus rund 350.000 Menschen gegen ihren Willen unfruchtbar gemacht und die Universitätskliniken in Greifswald bildeten bei der Durchführung der Sterilisierungen keine Ausnahme.

Es ist bedeutsam, zu sehen, dass der Gedanke der Unfruchtbarmachung von „Minderwertigen“ und Straftätern keinesfalls eine ursprüngliche Idee der Nationalsozialisten war. Vielmehr bot die Nazi-Diktatur eine ideale Möglichkeit, die sich über eine lange Zeit entwickelten Ideen der negativen Eugenik in einem unfassbaren Ausmaß durchzuführen, indem sie die Zwangssterilisierungen durch das „GzVeN“ legalisierte. Doch selbst die Tatsache, dass es auch in anderen Ländern, wie zum Beispiel in den USA, schon vorher Sterilisierungen gab, rechtfertigt nicht, in welchem Maße und mit welcher Menschenverachtung die Unfruchtbarmachungen in Deutschland während des Nationalsozialismus durchgeführt wurden.

[100] Weber, Matthias. (1993) S. 221.

4. Die Universitäts-Hautklinik Greifswald

4.1. Die Entstehung der Universitäts-Hautklinik Greifswald

Aus der Zeit von dem Beginn des 19. Jahrhunderts ab liegen Zeugnisse über Vorlesungen an der Universität Greifswald vor, die man heute in den Bereich der Dermatovenerologie rechnen würde. Zwischen 1820 und 1830 wurde zweimal wöchentlich „ad privatum“ „über venerische Krankheiten“ gesprochen, in den folgenden zehn Jahren „über die syphilitischen Krankheiten“ und zwischen 1840 und 1850 erfolgten Veranstaltungen über „Die Hautkrankheiten mit diagnostischen Übungen am Krankenbette“, „Über die chronischen exanthemischen Krankheiten“ und über „Krankheiten der Haut mit Ausschluß der sogenannten exanthemischen Fieber“.[1]

Ferner liegen bereits zwischen 1599-1816 medizinische Dissertationen vor, von denen etwa zehn dem Fach der Dermatologie und Venerologie zugeordnet werden können. In seiner Arbeit von 1760 „Experimenta usum spiritus vini mercuralis illustrantia“ untersuchte der praktische Arzt Gabriel Lund aus Stockholm die Wirkung des Quecksilbers bei verschiedenen Krankheiten, vor allem aber bei der Syphilis an Stockholmer Fällen.[2] Isaak Vougt, der in Lund, Uppsala und Greifswald studiert hatte, beschrieb in seiner Arbeit „Observationes in Exanthema Arcticum, vulgo Radesyge dictum“ das damals noch für selbstständig gehaltene Krankheitsbild der Radesyge. In den folgenden 100 Jahren entstanden insgesamt weitere 3155 medizinische Doktorarbeiten in Greifswald, von denen Walther Schönfeld (1888-1977), der spätere Direktor der Universitäts-Hautklinik Greifswald, etwa 200 „in mein Fachgebiet“ zählte.[3]

Ebenso wurden bereits im 19. Jahrhundert wissenschaftlich bedeutende Ergebnisse in dem Bereich der Dermatologie in Greifswald erzielt. 1846 wurde beispielsweise von Carl Ferdinand Eichstedt (1816-1892) der Erreger der Pityriasis versicolor in Greifswald entdeckt, was „einen bleibenden Denkstein für die Universität Greifswald

---

[1] Rede von Walther Schönfeld, gehalten anlässlich der Einweihung der neuen Hautklinik am 9.12.1929. Abgedruckt in: Greifswalder *Universitätsreden*. 23. Verlag Ratsbuchhandlung L. Bamberg. Greifswald. S. auch in: UAG R 570 - „Einweihung der neuen Hautklinik“.
[2] Ebenda.
[3] Ebenda. S. 26.

von wissenschaftlicher Bedeutung setzte".[4] Otto Busse (1861-1922) beschrieb 1894 in Greifswald die Blastomykose des Menschen, welche er auf einen positiven kulturellen Nachweis und Übertragungsversuch auf Tiere stützte,[5] wodurch

> „ein vollkommen neues Kapitel in die Pathologie eingeführt" wurde, „das von dermatologischer Seite besonders von B l a s c h k o [im Original gesperrt geschrieben], dem damaligen Assistenten von H e l f e r i c h, eine eingehende Bearbeitung erfahren hat."[6]

Das Interesse für das Gebiet der Dermatologie und Venerologie sowie deren wissenschaftlichen Fortschritte und Ergebnisse nahmen immer mehr zu,[7] so dass auch in Greifswald schließlich 1904 die Gründung einer Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten erfolgte, deren Leitung zunächst Erich Peiper (1856-1938) übernahm. Diesem oblag bereits seit 1893 die entsprechenden Vorlesungen über Hautkrankheiten an der Universität Greifswald, während der Internist Strübing über Syphilis las.[8] 1908 wurde Erich Peiper zum Direktor der Kinderklinik in Greifswald ernannt, nachdem der frühere Direktor und Gründer der Kinderklinik und –poliklinik Paul Krabler (1841-1907) verstorben war.[9] Diese zweifache Belastung führte dazu, dass Erich Peiper bereits 1908 darum bat, von seinem Amt als Leiter der Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten enthoben zu werden. Diesem Wunsch wurde jedoch erst acht Jahre später stattgegeben. Von 1916 bis 1920 übernahm Oscar Gross von der Medizinischen Klinik die Lehre in der Dermatologie und Venerologie und die Leitung der Poliklinik.[10]

Mit der Berufung des damals 32-jährigen Walther Schönfelds im Jahre 1920 wurde der erste Fachvertreter der Dermatologie Leiter der Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Greifswald. „Am 1.V.1920 durfte ich laut Ministerialerlaß die Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten mit stationärer Abteilung eröffnen, seit 1904 hatte bereits eine Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten,

---

[4] Richter, Wilhelm: *Die Dermatologie und Syphilidologie in Greifwald*. In: Loescke, H., Terbrüggen, A. [Hrsg.]: 100 Jahre medizinische Forschung in Greifswald. Festschrift zur Feier des 75jährigen Bestehens des Medizinischen Vereins. (1938) Greifswald. S. 285. S. auch: Rede von Prof. Dr. Walter Schönfeld (1929).
[5] Richter, Willhelm: Dermatologie und Syphilidologie. *(*1938). S. 287. S.a. Schönfeld, Walter: Rede (1929). S. 38.
[6] Schönfeld, Walther: Rede (1929). S. 39. Siehe dazu auch in: UAG PA 2788 – Abraham Buschke.
[7] Richter, Wilhelm. (1938) S. 287.
[8] Eulner, Hans-Heinz: *Die Entwicklung der medizinischen Spezialfächer an den Universitäten des deutschen Sprachgebietes*. Stuttgart. (1970) S. 238.
[9] Ebenda. S. 238.
[10] Richter, Wilhelm. (1938) S. 287. S. a. Schönfeld, Walter: Rede (1929). S. 20.

geleitet von Herrn Geheimrat Peiper, bestanden."[11] Der ehemalige Assistent der Universitäts-Hautklinik in Würzburg begann seine Arbeit als erster Ordinarius für Dermatologie und Venerologie in Greifswald mit einer aus 19 Betten bestehenden Poliklinik und einer poliklinischen Abteilung in einer Infektionsbaracke.[12] Obwohl er ständig auf einen Neubau der Hautklinik drängte, konnte er diese nach einer feierlichen Grundsteinlegung am 7. Mai 1927, erst 1929 eröffnen.[13]

1935 erhielt Walther Schönfeld den Ruf auf den Lehrstuhl für Dermatologie nach Heidelberg, wo er auch nach seiner Emeritierung 1959 auf dem Gebiet der Medizinhistorie arbeitete.[14] Der dortige Ordinarius, Siegfried Bettmann (1869-1939) war im gleichen Jahr als Jude entlassen worden.[15]

Die Greifswalder Universitäts-Hautklinik wurde daraufhin für wenige Monate von Josef Hämel (1894-1969) geleitet, der bis zu diesem Zeitpunkt außerordentlicher Professor an der Universität in Würzburg gewesen war.[16] 1935 erhielt dieser einen Ruf nach Jena, wo er von da an als ordentlicher Professor und Klinikdirektor arbeitete.

Nach dem Weggang Josef Hämels wurde Wilhelm Richter (1892-1944) zunächst vertretungsweise zum 1. Oktober 1935 von der Haut-Poliklinik aus der Ziegelstraße in Berlin weg zum neuen Direktor und Ordinarius der Universitäts-Hautklinik in Greifswald berufen.[17] Wilhelm Richter, Mitglied der NSDAP, Sturmführer der SA, Mitglied des NS-Dozentenbundes und der Reichsfachschaft der Hochschullehrer, wollte die Klinik „im reinen nationalsozialistischen Sinne" führen, wofür er „schon von mehreren Parteiinstanzen wiederholt Anerkennung gefunden" hatte.[18] Im April 1937 erhielt er ein Extraordinariat an der Universität Greifswald, im März 1939 wurde er schließlich zum planmäßigen Ordinarius der medizinischen Fakultät benannt.[19] Am 15. September 1939 meldete sich Wilhelm Richter für den Einsatz bei der Wehrmacht, wo er zunächst für die Organisation des militärischen und zivilen Sanitätsdienstes in Warschau als Sanitäts-Sturmführer arbeitete. Unabhängig von

---

[11] Schönfeld, Walter: Rede. (1929). S. 5.
[12] UAG MF 93 – Prof. Schönfeld (1920-1935).
[13] Scholz, Albrecht: *Geschichte der Dermatologie in Deutschland*. (1999) Berlin. S. 78.
[14] UAG MF 93 - Prof. Schönfeld (1920-1935).
[15] Scholz, Albrecht. (1999) S. 113.
[16] Logermann, Karl-Heinz: *Personalbibliographien von Professoren und Dozenten der Haut- und Geschlechtskrankheiten an der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg im ungefähren Zeitraum von 1909 bis 1972*. (1972) Diss. Erlangen-Nürnberg.
[17] Scholz, Albrecht. (1999) S. 113.
[18] Ebenda. S. 114.
[19] UAG PA 506 – Wilhelm Richter.

seinen militärischen Aufgaben, erhielt er dort die Aufgabe, nach Personalakten von Robert Koch (1843-1910) zu forschen:

> „Herr Oberstabsarzt Professor Dr. Richter, der der dortigen [gemeint ist die Greifswalder Universität] Medizinischen Fakultät angehört, zur Zeit in Warschau, hat auf Veranlassung von Herrn Professor Reiter nach den verschollenen Personalakten von Robert Koch in Warschau geforscht und sie auch dort gefunden. Diese Akten wurden mir übergeben. Sie werden im Erinnerungsraum des Robert Koch-Institutes Berlin aufbewahrt.“[20]

Wilhelm Richter starb in der Nacht vom 13. zum 14. März 1944 bei schweren Abwehrkämpfen im Südabschnitt der Ostfront mit 51 Jahren nördlich von Nikolajew.[21]
Bereits während der Abwesenheit von Wilhelm Richter in der Zeit des Zweiten Weltkrieges übernahm der Oberarzt Harry Braun (1908-1979) die Direktortätigkeit an der Universitäts-Hautklinik Greifswald.[22] Der 1946 von der Medizinischen Fakultät gestellte Antrag auf Lehrerlaubnis für Harry Braun wurde jedoch nicht vor 1947 durchgesetzt, da sich innerhalb der Ärzteschaft der Universitäts-Hautklinik immer wieder Vorwürfe und Anschuldigungen gegenüber Harry Braun auftaten, welche es verhinderten, dass er offiziell früher in die Lehrtätigkeit übertrat.[23]
So übernahm in den Jahren von 1944 bis 1946 der ehemalige Oberarzt der Universitäts-Hautklinik in Hamburg, Egon Keining (1892-1971), die Leitung der Universitäts-Hautklinik in Greifswald und mit dieser auch die Lehre.[24]
Von 1946 bis 1948 wurde Harry Braun erneut stellvertretender Direktor der Hautklinik, während Dr. Überschär die kommissarische Leitung der Klinik oblag. Dieser war bis zu diesem Zeitpunkt Leiter der Städtischen Krankenhausabteilung für Hautkrankheiten in Potsdam gewesen.[25]
Die darauf folgenden zwei Jahre übernahm der Assistent Jung die fachliche, und Gerhardt Katsch (1887-1961), Professor der Medizinischen Klinik, die kommissarische Leitung der Universitäts-Hautklinik. Erst mit Siegwald Bommer

[20] Ebenda. Aus einem Brief des Staatsrates Dr. L. Conti, Reichsgesundheitsführer, vom 9.2.1940.
[21] Ebenda. Siehe auch: *Greifswalder Zeitung*, 23.5.1944.
[22] UAG PA 834 – Harry Braun.
[23] Siehe dazu auch: UAG PA 834.
[24] UAG PA 1308 – Egon Keining.
[25] Bommer, Sigwald: „Die Klinik und Polyklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten“. In: Festschrift zur 500-Jahrfeier der Universität Greifswald. 17.10.1956. Bd. 2. (1956) S. 435.

(1893-1963) erhielt die Hautklinik in Greifswald 1950 wieder einen Fachvertreter als Leiter der Klinik.[26]

Bestand die Klinik und Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten zu Beginn des Ordinariats Walther Schönfelds noch aus einer kleinen Abteilung mit 19 Betten innerhalb der Medizinischen Klinik in der damaligen Langefuhrstraße (heute Friedrich-Loeffler-Straße), so entstand auf Prof. Schönfelds Initiative hin 1929 die eigenständige neue Hautklinik in der damaligen Elisenhainstraße (heute Fleischmannstraße 42/44). Dieser Neubau stellte eine bedeutende Zäsur in der Entwicklung der Dermatovenerologie in Greifswald dar.

> „Dieser zweckmäßige und moderne Bau war nach Schönfelds Angaben und Plänen entstanden; seine Fertigstellung war sichtbarer Ausdruck für das rasche Aufblühen des Faches in Greifswald und zugleich äußere Anerkennung der Persönlichkeit Schönfelds und seiner herausragenden wissenschaftlichen Leistungen.“[27]

Die vollständigen Entwürfe stammten von dem Berliner Architekten und Ministerialrat Dr. Schindowski, der unter anderem auch Neubauten an der Kinderklinik und Frauenklinik in Greifswald entworfen hatte.[28] Nach den Vorstellungen Schönfelds entstand zwischen 1926 und 1929 eine erste eigenständige Hautklinik in Greifswald.

> „Die Krankenabteilungen des Hauptgebäudes sind ohne Überbelegung zusammen für 62 Betten bestimmt, von denen 17 Betten auf die Männerabteilung für Geschlechtskrankheiten (M.A.), 9 Betten auf die Männerabteilung für Hautkrankheiten (M.B.), 5 Betten auf die Absonderungsabteilung für Männer (M.C.), ferner 17 Betten auf die Frauenabteilung für Geschlechtskrankheiten (F.A.), 9 Betten auf die Frauenabteilung für Hautkrankheiten (F.B.) und 5 Betten auf die Absonderungsabteilung für Frauen (F.C.) entfallen.“[29]

Neben den Krankenabteilungen verfügte die neue Hautklinik über eine poliklinische Abteilung, eine Unterrichtsabteilung einschließlich eines Hörsaals mit 60 Plätzen, Abteilungen für wissenschaftliche Forschungsarbeiten, Verwaltung und Wirtschaft, Lichtbehandlung, sowie Wohn- und Schlafräume für das Personal und verschiedene

---

[26] Ebenda.

[27] Pamber, M.: „Verbunden mit der Entwicklung der Dermatologie in Greifswald. Zum 100. Geburtstag Walther Schönfelds.“ In: „Unsere Universität“. Nr. 11. (1988) Gefunden in: UAG MF 93 – Prof. Schönfeld (1920-1935).

[28] Gadebusch Bondio, Mariacarla / Butter, Reinhold / Wittmann, Wolfgang et. al.: *Medizin in Greifswald. Ein Rundgang durch die Geschichte*. (2005) Greifswald. S. 63.

[29] Lucht, Ernst: *Die neue Hautklinik der Universität Greifswald*. (1929) Greifswald. S. 9f. S. a. in UAG K 1679.

Nebengebäude.[30] Die Krankenzimmer waren je nach Abteilung unterschiedlich eingerichtet. So verfügte ein Krankenzimmer in der Geschlechtskrankenabteilung beispielsweise über ein „weiß-eimailliertes eisernes Bettgestell mit Patentspiralfedernetz und Rosshaarmatratze, ein Nachttischchen aus emailliertem Eisenrohr […]“ und „aus hygienischen Gründen nur die allernotwendigsten Einrichtungsgegenstände“ wie zum Beispiel einem Holzstuhl und -tisch.[31] Innerhalb der Hautkrankenabteilung befanden sich zusätzlich Waschbecken und Spiegel in den Krankenräumen selbst und in den Zimmern der Absonderungsabteilung gab es eine insgesamt noch reichere Ausstattung mit weißgestrichenen Kleider- und Wäscheschränken, fahrbaren Bett-Tischplatten und bequemen Stühlen.[32] Aufgrund der Verteilung der Gesamtbettenanzahl unter den einzelnen Krankenabteilungen lassen sich Rückschlüsse auf die Bedeutung der Geschlechtskrankheiten bzw. deren Vorkommen zur damaligen Zeit ziehen. So waren die Abteilungen für Geschlechtskrankheiten mit insgesamt 34 von 62 Betten die umfangreichste der Abteilungen.

Die Bedeutung der neuen Hautklinik für die Universität Greifswald und die damit verbundenen Hoffnungen werden in der Urkunde im Grundstein der Hautklinik deutlich: „Mögen der Hautklinik bald weitere Kliniken und naturwissenschaftliche Institute als Nachbarn folgen und möge damit eine neue Zeit wissenschaftlichen und geistigen Blühens und Gedeihens für unsere Stadt und Universität anbrechen“.[33]

4.2. Greifswalder Dermatologen – Lehre und Lehrer der Universitäts-Hautklinik

Im vorangegangenen Kapitel wurden bereits einige der bedeutenden Personen in Bezug auf die Universitäts-Hautklinik erwähnt. Im folgenden soll nun etwas näher auf die einzelnen Personen eingegangen werden und dabei die einzelnen Forschungsgebiete und die Bedeutung für die Lehre in der Dermatovenerologie

[30] Ebenda. Siehe auch in: Borris, Heinrich: *Lehre und Forschung an der Ernst Moritz Arndt-Universität Greifswald*. (1959) Greifswald. S. 107.
[31] Ebenda. S. 21.
[32] Ebenda.
[33] UAG R 570 „Einweihung der neuen Hautklinik“. Ansprache des Rektors der Universität Greifswald, Prof. Dr. Ottmar Höhne, anlässlich der Einweihung der neuen Hautklinik.

herausgearbeitet werden. Es sollen dabei nur die Direktoren und Oberärzte der Universitäts-Hautklinik zur untersuchten Zeit genauer betrachtet werden. Eine genaue biographische Bearbeitung aller in Frage kommender Assistenzärzte würde den Umfang dieser Arbeit überschreiten.

4.2.1. Direktoren der Universitäts-Hautklinik

4.2.1. a) Walther Schönfeld (1888-1977)

Der für die Greifswalder Hautklinik vielleicht bedeutendste Dermatologe Walther Schönfeld stellte gleichzeitig den ersten fachspezifischen Greifswalder Lehrstuhlinhaber in der Dermatovenerologie dar. In seiner nur sehr begrenzten Zeit des Wirkens in Greifswald erreichte er mit dem eigens durch ihn geplanten Neubau einen unvorstellbaren Fortschritt und neuen Abschnitt in der Entwicklung des Fachgebietes in Greifswald.[34]

Walther Schönfeld wurde am 15. Mai 1888 in Gersfeld (Rhön) geboren.[35] Nach erfolgreich beendetem Studium in Breslau, Würzburg, Rostock und München und seiner Promotion 1912 in Würzburg wurde er im Dezember 1912 Assistent an der Universitäts-Hautklinik in Würzburg unter Karl Zieler (1874-1945).[36] Für knapp zwei Jahre diente Walther Schönfeld an der Front in einer Sanitätskompanie, bevor er am 1. Mai 1916 auf Veranlassung des Bayrischen Ministeriums für Kirche und Schulangelegenheiten nach Würzburg zurückberufen wurde. Er sollte dort die Stelle Karl Zielers übernehmen, welcher selbst als preußischer Sanitätsoffizier für Vorlesungen nicht beurlaubt wurde.[37] So übernahm der 28-jährige Walther Schönfeld die Leitung der Würzburger Klinik und die Lehre in der Dermatologie bis zur Rückkehr des Direktors im Dezember 1918. Bereits ein Jahr zuvor, 1917, habilitierte sich Walther Schönfeld mit einer Arbeit über die neurologischen Früherscheinungen der Syphilis.[38] „Seine gründliche Kenntnis dieser Krankheit [...] weisen ihn als einen unserer bedeutendsten Syphilidologen aus“.[39]

1920 erhielt der 32-jährige Walther Schönfeld einen Ruf an die Universität in Greifswald und wurde zum ersten Ordinarius für das Fach der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Er erhielt ein planmäßiges Extraordinariat mit der

---

[34] Bommer, Sigwald: *Die Klinik und Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten*. In: Festschrift zur 500-Jahrfeier der Universität Greifswald. (1956) Bd. 2. S. 431f.
[35] UAG MF 93 – Prof. Schönfeld (1920-1935).
[36] Hartmann, Martin: *100 Jahre Hautklinik Heidelberg*. (2008) Neustadt. S. 13.
[37] Ebenda.
[38] Greither, A.: „In Memoriam Walther Schönfeld (1888-1977)“. In: Der Hautarzt. Nr. 28. (1977) S. 504.
[39] Ebenda.

Verpflichtung, das Fach in theoretischen und klinischen Vorlesungen zu vertreten.[40] Zwei Jahre später wurde die außerordentliche in eine ordentliche Professur umgewandelt. In der Greifswalder Zeit begann Walther Schönfeld mit seinen wissenschaftlichen Untersuchungen zur Hauttuberkulose, zu Berufsdermatosen und vor allem zur Salvarsan-Wismut-Therapie der Syphilis.[41] Insgesamt entstanden 150 wissenschaftliche Arbeiten in der Greifswalder Zeit unter der Leitung Walther Schönfelds.[42] Darunter waren sowohl monographische Darstellungen wie beispielsweise der Beitrag *Indikationen und Bedeutung der endolumbalen Salvarsantherapie,*[43] als auch Dissertationen und medizinhistorische Arbeiten. Von besonderem Interesse waren dabei der Ausbau der Serologie und die Erforschung pathophysiologischer Veränderungen des Liquor cerebrospinalis unter besonderer Berücksichtigung der Blut-Liquor-Schranke.[44]

Neben seinen wissenschaftlichen Leistungen, die unter anderem auch dadurch honoriert wurden, dass Walther Schönfeld 1926 zum Dekan der Medizinischen Fakultät gewählt wurde,[45] waren besonders organisatorische Aufgaben in Greifswald vordergründig. Der bereits erwähnte Neubau der Hautklinik kostete Walther Schönfeld viel Geduld und Kraft, so dass er sich bis zur Einweihung am 9.12.1929 nach „jahrelangen beharrlichen und zielstrebigen Bemühungen“ zunächst mit 19 Betten im Gebäude der Medizinischen Klinik und einer poliklinischen Abteilung in einer Infektionsbaracke begnügen musste.[46] Seine Beharrlichkeit blieb jedoch nicht fruchtlos und so konnte Walther Schönfeld 1929 „die in organisatorischer Durchbildung [...] schönste Hautklinik in Deutschland“[47] eröffnen.

Im April 1935 wurde Walther Schönfeld zum Direktor der Hautklinik der Universität Heidelberg ernannt. Er trat die Stelle als Nachfolger des aus rassistischen Gründen

---

[40] UAG MF 93. Erlass des Ministers für Wissenschaft, Kunst und Volksbildung vom 26.5.1920.

[41] Bauer, Axel: *Innere Medizin, Neurologie und Dermatologie*. In: Eckart, Wolfgang / Sellin, Volker / Wolgast, Eike [Hrsg.]: Die Universität Heidelberg im Nationalsozialismus. (2006) Berlin / Heidelberg. S. 800.

[42] Richter, Wilhelm: „Die Dermatologie und Syphilidologie in Greifswald“. In: Loeschke, H. / Terbrüggen, A. [Hrsg.]: 100 Jahre medizinische Forschung in Greifswald. Festschrift zur Feier des 75jährigen Bestehens des Medizinischen Vereins. (1938) Greifswald. S. 288.

[43] Veröffentlicht in: Kolle, W. / Zieler, K. [Hrsg.]: *Handbuch der Salvarsantherapie. Mit Einschluß der experimentellen, biologischen und chemischen Grundlagen*. Bd. 2. (1925) Berlin. S. 21-72. Siehe dazu in: Logermann, Karl-Heinz: *Personalbibliographien von Professoren und Dozenten der Haut- und Geschlechtskrankheiten an der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg im ungefähren Zeitraum von 1909 bis 1972*. (1972) Diss. Erlangen. S. 25.

[44] Bommer, Siegwald. (1965) S. 435.

[45] Vorlesungs- und Personalverzeichnis der Universität zu Greifswald, Wintersemester 1926/27.

[46] Bommer, Siegwald. (1965). Artikel vom 9.6.1988 aus: „Unsere Universität“ Nr.11.

[47] Bauer, Axel. (2006) S. 796.

entlassen Siegfried Bettmann (1869-1939) an, welcher nach Zürich emigrierte.[48] Die Klinik in Heidelberg verfügte zu dieser Zeit über eine planmäßige Bettenzahl von 140 Betten.[49] Die 25-jährige Direktorentätigkeit Walther Schönfelds war geprägt durch herausragende wissenschaftliche Tätigkeiten. Vier der fünf Habilitanden Schönfelds fertigten ihre Arbeiten in dieser Zeit.[50] Zudem veröffentlichte Walther Schönfeld 1938 sein *Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten*, welches Jahrzehntelang ohne Konkurrenz blieb. Nach der Zeit des Zweiten Weltkrieges veröffentlichten Walther Schönfeld und sein Habilitand Josef Kimmig (1909-1976) das Werk *Sulfonamide und Penicilline*.[51] Aufgrund Walther Schönfelds politischer Integrität, konnte er sein Rektorat nach 1945 ohne Einschränkungen fortführen.[52] Seine wissenschaftliche Etablierung hatte bereits in der frühen Weimarer Republik begonnen, so dass Walther Schönfeld „auf nationalsozialistische Förderung kaum noch angewiesen [war] [...] So wurde er nicht Mitglied der NSDAP, sondern war lediglich seit 1934 Anwärter des NSDÄB".[53] Walther Schönfeld blieb bis zu seiner Emeritierung 1959 Direktor der Universitäts-Hautklinik Heidelberg. Er übergab die Klinik an seinen ehemaligen Mitoberarzt bei Karl Zieler und kurzzeitigem Nachfolger in der Greifswalder Klinik Josef Hämel (1959-1964).[54]

Neben seinem wissenschaftlichen Interesse für die Dermatovenerologie ist vor allem das medizinhistorische Interesse Walther Schönfelds bedeutsam. Von den zahlreichen Werken seien hier nur wenige für die Greifswalder Medizingeschichte besonders wichtige Arbeiten erwähnt. Zum einen ist dies seine bereits mehrfach erwähnte Rede „Zur Geschichte der Medizinischen Fakultät und zur Entwicklung von Lehre und Forschung in den Haut- und Geschlechtskrankheiten an der Universität Greifswald", welche Walther Schönfeld anlässlich der Einweihung der neuen Hautklinik hielt. Diese ging als 23. Greifswalder Universitätsrede in die Annalen ein und ermöglicht dem Leser einen tiefen Einblick in die Greifswalder Dermatologie- und Universitätsgeschichte. Etwa zur gleichen Zeit entstanden verschiedene Arbeiten, welche in der Dermatologischen Wochenschrift veröffentlicht wurden, wie beispielsweise „Geschichtliche Beiträge zu dermatologischen Entdeckungen in

[48] Greither, A. (1977) S. 504.
[49] Hartmann, Martin. (2008) S. 13.
[50] In Heidelberg habilitierten unter Walther Schönfeld Kimming, Josef (1948), Greither, A. (1951), Zierz, P. (1952) und Braun, W. (1954). In seiner Greifswalder Zeit hatte sich bereits sein Oberarzt Willi Leipold 1927 unter Walther Schönfeld habilitiert. Siehe dazu in: Greither, A. (1977) S. 504.
[51] Hartmann, Martin. (2008) S. 15.
[52] Ebenda. S. 14.
[53] Bauer, Axel. (2006) S. 801.
[54] Greither, A. (1977) S. 505.

Greifswald“ (1928) und „Franziscus Joël, ein Greifswalder Professor der Medizin, Stadtphysikus und Apotheker, sein Leben und seine Werke“ (1929).[55] Neben vielen anderen bedeutenden medizinhistorischen Aufsätzen und Werken veröffentlichte Walther Schönfeld 1954 die umfassende *Kurze Geschichte der Dermatologie und Venerologie und ihre kulturgeschichtliche Spiegelung*, worin auch auf die Historie der einzelnen Erkrankungen sowie die Entwicklungen und Veränderungen in der Behandlung eingegangen wird. In den Vorbemerkungen dieses Werkes hebt Walther Schönfeld die Syphilis als die Erkrankung hervor, welche die Verbindung zwischen Dermatologie und Venerologie schafft und dadurch die Verbindung dieser beiden Fächer begründet:

> „ [...] so scheint das [gemeint ist etwas Logisches und Zusammengehöriges, Verbindendes] dem Zusammenspiel von Haut- und Geschlechtskrankheiten zu fehlen. Und doch haben beide ihre gemeinsame Wurzel in der Syphilis, d.h. in deren vordringlichen Erscheinungen an der Haut“.[56]

Die Begeisterung für die Medizingeschichte zeigte sich nicht zuletzt in der Tatsache, dass Walther Schönfeld von 1954 bis 1961, das heißt bis zwei Jahre über die Beendigung seiner klinischen Tätigkeit hinaus, in Heidelberg die Vorlesung zur Medizingeschichte abhielt.[57]

4.2.1. b) Josef Hämel (1894-1969)

In der Personalakte des Universitätsarchivs von Josef Hämel findet sich ein Brief des Kurators an den Dekan der Medizinischen Fakultät vom 3. April 1935, in welchem mitgeteilt wird, dass der Reichs- und Preußische Minister für Wissenschaft, Erziehung und Volksbildung den nichtbeamteten Josef Hämel am 30. März desselben Jahres beauftragt hat, die Professur für Dermatologie in Greifswald „vertretungsweise zu übernehmen“.[58] Diese Vertretung sollte nur wenige Monate andauern, denn schon im Oktober 1935 erhielt Josef Hämel den Ruf für das Ordinariat für Haut- und Geschlechtskrankheiten an der Universität Jena.

Der im November 1894 in Straubing geborene Josef Hämel studierte und promovierte in Würzburg. Nach einjährigem Aufenthalt als Assistent am Staatsinstitut

---

[55] Bommer, Siegwald. (1956) S. 435.
[56] Schönfeld, Walther: *Kurze Geschichte der Dermatologie und Venerologie und ihre kulturgeschichtliche Spiegelung*. (1954) Heidelberg. S. 11.
[57] Hartmann, Martin. (2008) S. 16.
[58] UAG MF 87 – Prof. Dr. Josef Hämel (1935-1936)

für experimentelle Medizin in Frankfurt a. M. kehrte er nach Würzburg zurück um unter Karl Zieler zu habilitieren und im Jahre 1934 zum außerordentlichen Professor ernannt zu werden.[59]

In Jena wurde Josef Hämel ordentlicher Professor und Klinikdirektor, von 1938 bis 1944 schließlich sogar Dekan der Medizinischen Fakultät. 1959 übernahm er, nach wenigen Jahren als Stabsarzt im Lazarett in Jena und weiterer Rektortätigkeit an der Universität in Jena, nun das Ordinariat für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Heidelberg.[60] Auch hier wurde seine Hochschulerfahrung, Ehrlichkeit und Aufrichtigkeit geschätzt: So wurde Josef Hämel auch in Heidelberg für die Amtszeit 1961/62 zum Dekan der Medizinischen Fakultät gewählt.[61]

Aufgrund des zeitlich sehr begrenzen Wirkens Josef Hämels in Greifswald, wurden seine Forschungsinteressen hier nicht sehr deutlich.[62] In diesem knappen Jahr schrieb er lediglich ein Übersichtsreferat über den „Tripper", welches in der Dermatologischen Zeitschrift veröffentlicht wurde.[63] In Jena und später dann in Heidelberg zeigten sich seine Interessensfelder vornehmlich im Bereich der Infektionskrankheiten wie Tuberkulose, Syphilis und Gonorrhoe, wobei ihn speziell die Serologie und Bakteriologie besonders beschäftigte.[64] Neben diesen Gebieten war ein weiterer Schwerpunkt seiner Veröffentlichungen der Einsatz von Glukokortikoiden in der Dermatologie.[65]

4.2.1. c) Wilhelm Richter (1892–1944)

Wilhelm Richter wurde im November 1892 in Cöln/Preußen als Sohn eines Regierungsbaumeisters geboren. Nach seinem Medizinstudium in Berlin legte er, unter Anrechnung der Kriegsdienstzeit sein Staatsexamen im Jahre 1919 in Berlin ab. Im gleichen Jahr erfolgte die Promotion über „Polyurien" in Berlin.[66] In den folgenden Jahren arbeitete Wilhelm Richter, nach seiner dermatologischen Ausbildung bei Max Joseph (1860-1932), unter anderem als Assistent des Chirurgen August Bier (1861-1949) in Berlin. Zugleich oblag Wilhelm Richter die Leitung der

---

[59] Logermann, Karl-Heinz. 1972. S. 60. Habilitationsschrift: *Lassen sich in der Haut bzw. im Serum Tuberkulöser* [sic!] *Stoffe nachweisen, welche die Wirkung des Tuberkulins auf der Haut abschwächen bzw. verstärken (sog. Anti- und Prokutine)?* (1930) Leipzig. Zitiert aus: Logermann, Karl-Heinz. 1972. S. 62.
[60] Ebenda. S. 60.
[61] Hartmann, Martin. (2008) S. 17.
[62] Richter, Wilhelm. (1938) S. 289.
[63] Logermann, Karl-Heinz. (1972) S. 64.
[64] Hartmann, Martin. (2008) S. 17.
[65] Ebenda.
[66] UAG PA 506 - Wilhelm Richter. Siehe auch in: Scholz, Albrecht / Sebastian, G.: „Wilhelm Richters Weg vom Dermatologen zum Divisionsarzt". In: Dermatologische Monatsschrift. Nr. 179. (1993) S. 156.

Hautabteilung Ziegelstraße innerhalb der Chirurgie der Universitätsklinik in Berlin von 1924 bis 1934. Nach der Habilitation 1932 und der Ernennung zum außerordentlichen Professor, die aufgrund der Anerkennung seiner Kriegszeit und langjährigen Mitgliedschaft in der NSDAP ohne die übliche Wartezeit von sechs Jahren bereits 1933 erfolgte[67], folgten acht Monate als stellvertretender Direktor der Universitäts-Hautklinik in Bonn.[68] Dort sollte er eine zweite Hautklinik „als nationalsozialistisches Gegenmodell zur Charité" in Berlin aufbauen.[69] Die Ernennung zum kommissarischen Direktor erfolgte nach der „aus politischen Gründen erfolgten Emeritierung" Erich Hoffmanns (1868-1959) in Bonn.[70]

Im darauffolgenden Jahr übernahm Wilhelm Richter, nunmehr im Rahmen eines planmäßigen Extraordinariates und persönlichen Ordinariates an der Medizinischen Fakultät in Berlin, den Lehrstuhl für Dermatologie. Ein Jahr später wurde er zum Direktor der Universitäts-Hautklinik und Poliklinik in Berlin ernannt. Im Oktober 1935 übernahm Wilhelm Richter zunächst vertretungsweise, 1937 dann im Rahmen einer Professur als Extraordianarius den Lehrstuhl und die Leitung der Klinik und Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Greifswald.[71] Die Versetzung erfolgte „wegen geplanter Auflösung des gesamten Klinikums Ziegelstr. mit dem Ziel der Neuerrichtung der Univ.-Kliniken im Rahmen der Adolf-Hitler-Universität".[72]

Aufgrund seiner chirurgischen Ausbildung unter August Bier führten Wilhelm Richter seine Forschungsfragen immer wieder in Grenzgebiete von Dermatologie und Chirurgie, wie es sich beispielsweise in seinem Buch *Dermatologie und Chirurgie* zeigt, welches er in der Greifswalder Zeit fertig stellte.[73] Darin beschrieb er unter anderem die Bedeutung der Förderung der Abwehrkraft des Gesamtorganismus mittels Naturheilverfahren, Diätforschung, Hydrotherapie und Homöopathie, Ansätze, welche auf grundsätzlichen biologischen Gedankengängen fußten.[74] Es hatte das Ziel, Chirurgen das Fach der Dermatologie mit all seinen Facetten näher zu bringen.

Eine für Wilhelm Richter weitere wichtige Aufgabe stellt der Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten dar:

---

[67] Hess, Volker: „Es hat natürlich alles nur einen Sinn, wenn man sich der Resonanz des Ministeriums sicher ist." Die Medizinische Fakultät im Zeichen der „Führeruniversität". In: Jahr, Christoph [Hrsg.]: Die Berliner Universität in der NS-Zeit. Bd. 1. Strukturen und Personen. (2005) Stuttgart. S. 43.

[68] UAG PA 506 – Wilhelm Richter.

[69] Forsbach, Ralf: *Die medizinische Fakultät der Universität Bonn im „Dritten Reich"*. (2006) München. S. 228.

[70] Harnack, Klaus: *Die Hautklinik der Charité und die Dermatologie in Berlin (1710-1999)*. (2000) Berlin. S. 91.

[71] UAG PA 506 – Wilhelm Richter.

[72] Ebenda. Medizinische Fakultät Ai. 218, Professor Dr. Wilhelm Richter, Bd. 3. Tätigkeitsbericht vom 1.10.1935.

[73] Bommer, Siegwald. (1956) S. 435.

[74] Richter, Wilhelm. (1938) S. 290.

> „In meiner Eigenschaft als Bezirksleiter der „Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten“ in Pommern und Grenzmark hat sich zunächst die Aufgabe ergeben, eine systematische Aufklärungsarbeit in sämtlichen Volksschichten über die ernsten Gefahren der Geschlechtserkrankungen in Bezug auf die Volksgesundheit und Bevölkerungspolitik durchzuführen“.[75]

Nachdem Wilhelm Richter im Rahmen dieser Aufklärungsarbeit eine „ernste Fehlerquelle“ für die Erfassung der Infektionskrankheiten in der mangelnden diagnostischen Sicherheit der niedergelassenen Landärzte feststellte, organisierte er mehrtägige Kurse an der Universitäts-Hautklinik, in welchen er den „Landärzten eine praktische Ausbildung in der Untersuchungstechnik der Geschlechtskrankheiten“ ermöglichen wollte. Nach einem Aufruf durch die Gauamtsleitung des „Amtes für Volksgesundheit“ nahmen schlussendlich 140 Ärzte aus Pommern an diesen Kursen teil.[76]

Wehrmedizin stellte einen weiteren wichtigen Forschungsschwerpunkt für Wilhelm Richter dar. 1937 wurde er aus diesem Grunde als Leiter der Fachgliederung „Wehrmedizin“ in der Reichsforschungsrat berufen.[77] Unter anderem arbeitete er in der darauf folgenden Zeit an einem Werk über *Kampfstoffwirkung und Heilung*, welches als 26. Band der Reihe Wehr und Wissenschaft 1939 und 1941 in zweiter Auflage erschien. Darin waren von „ganz besonderem Interesse [...] Versuche des Verfassers zur therapeutischen Verwendung von Lost bei gewissen Hauterkrankungen und zur Beseitigung von Tätowierungen“.[78] Dabei konnte Wilhelm Richter unter anderem einen Zusammenhang zwischen der angewandten Menge des Lost und der Art der Blasenbildung der Haut feststellen.[79]

Das Interesse für die Wehrmedizin wird nicht zuletzt aufgrund der langjährigen Militärlaufbahn des Dermatologen deutlich. Nach seinem Militärdienst 1912 meldete sich Wilhelm Richter 1914 freiwillig zum Kriegsdienst und „war wohl auch der einzige dermatologische Ordinarius, der sich auch 1939 freiwillig zum Kriegsdienst an der

---

[75] Ebenda. S. 291.
[76] Ebenda. S. 291f.
[77] Richter, Wilhelm. (1938) S. 292. Der Reichsforschungsrat koordinierte knapp 2000 wissenschaftliche und technische Institutionen und diente der Zusammenführung kriegswichtiger Forschungen. 1939 wurde er direkt dem Ministerpräsidenten Hermann Göring (1893-1945) unterstellt. Siehe dazu in: Scholz, Albrecht. (1999) S. 113f.
[78] „Bücherschau“. In: Archiv für Pharmazie. Nr. 281:2. (2006) Weinheim. S. 95.
[79] Richter, Wilhelm: *Kampfstoffwirkung und Heilung*. In: Schumann, Erich [Hrsg.]: Wehr und Wissenschaft. Bd. 26. (1941) Leipzig. S.81f.

Ostfront zur Verfügung stellte".[80] Seiner Einstellung nach war „die Hauptsache [...], daß jeder an seiner Stelle seine Pflicht und Schuldigkeit tut und seinen Anteil zu der Erringung des Endsieges beiträgt".[81] So sah Wilhelm Richter seine Aufgabe als überzeugter Nationalsozialist, als Mitglied der NSDAP und des NS-Dozentenbundes als Sturmführer der SA an der Ostfront. Sein militärischer Weg führte ihn über die Stellung eines Feldamtsarztes zum Sturmführer und Divisionsarzt, nach seinem „Heldentod" 1944 wurde er zum Oberfeldarzt ernannt.[82]

„Seine Karriere war das Ergebnis seiner uneingeschränkten Hinwendung zu den Prinzipien des Nationalsozialismus".[83] So lassen sich in seiner Greifswalder Personalakte zwar einige Publikationen finden, länger ist jedoch die Liste an Reisen und Kriegseinsätzen in der Zeit des Nationalsozialismus.

4.2.1. d) Egon Keining (1892-1971)

Egon Keining wurde im November 1892 als Sohn eines Arztes in Soest/Westfalen geboren. Er absolvierte sein Medizinstudium an den Universitäten Marburg und Bonn, promovierte 1921 und arbeitete anschließend als Medizinalpraktikant an der Universitäts-Hautklinik in Bonn.[84] 1927 bis 1939 war Egon Keining in der Universitäts-Hautklinik in Hamburg zunächst als Assistent, ab 1930 schließlich als Sekundär- und später als Oberarzt beschäftigt. Dort habilitierte er sich 1929 für Haut- und Geschlechtskrankheiten und wurde vier Jahre später zum außerordentlichen Professor ernannt.[85] Nach einem einjährigen Aufenthalt in Rostock - Egon Keining wurde 1940 die stellvertretende Leitung der Universitäts-Hautklinik übergeben - blieb der Dermatologe noch ein weiteres Jahr als Oberarzt in Universitäts-Hautklinik in Hamburg.[86] 1944 wurde Egon Keining schließlich als Fachvertreter und Direktor der Universitäts-Hautklinik nach Greifswald berufen.

An der Biographie Egon Keinings wird die Problematik der nationalsozialistisch geprägten Berufungspolitik deutlich: „Er war Mitglied der NSDAP, zeigte jedoch den aktiven Vertretern der Personalpolitik gegenüber zu wenig politische Aktivitäten, um deren Zustimmung für einen Lehrstuhl vor 1944 zu erhalten".[87] 1946 wurde er

---

[80] Harnack, Klaus. (2000) S. 92.
[81] Zitiert aus: Scholz, Albrecht. (1999) S. 114.
[82] Brief der Ehefrau vom 16.7.1944. UAG PA 506.
[83] Harnack, Klaus. (2000) S. 92.
[84] UAG PA 1308 - Egon Keining.
[85] Ebenda.
[86] Ebenda.
[87] Scholz, Albrecht. (1999) S. 114.

schließlich Ordinarius und Direktor der Johannes-Gutenberg-Universitäts-Hautklinik in Mainz, wo er „aus einer desolaten Abteilung [...] eines der führenden universitären dermatologischen Zentren in Deutschland“ schuf.[88]

Sein wissenschaftliches Interesse galt klinisch-morphologischen Fragestellungen, wie beispielsweise die Frühlingsperniosis oder der 1939 entstandenen Beschreibung eines Nagelphänomens bei Dermatomyositis, welches letztlich nach ihm als „Keining-Zeichen“ benannt wurde.[89] In seiner zu Beginn sehr durch organisatorische Aufgaben geprägten Arbeitszeit in der Universitäts-Hautklinik Mainz entstand 1960 ein Lehrbuch für Dermatologie und Venerologie, welches Egon Keining gemeinsam mit seinem Schüler Otto Braun-Falco (1922) geschrieben hatte.[90] Ein Jahr später wurde Egon Keining emeritiert, er starb 1971 im Alter von 78 Jahren.

4.2.2. Oberärzte der Universitäts-Hautklinik

4.2.2. a) Willy Leipold (1893-1973)

Willy Leipold wurde 1893 in Pirmasens/Rheinpfalz als Sohn eines Bankdirektors geboren.[91] Er begann in Würzburg mit seinem Medizinstudium, bevor er als Sanitäts-Unteroffizier, dann als Sanitäts-Vizefeldwebel, Feldunterarzt und schließlich als Feldhilfsarzt bei der kämpfenden Truppe im Ersten Weltkrieg eingezogen wurde. Im April 1918 wurde Willy Leipold von der Front ausgetauscht und ins Kriegslazarett versetzt, nachdem auch sein zweiter Bruder gefallen war.[92] Er studierte zunächst in Heidelberg, später wieder in Würzburg und beendete sein Studium schließlich 1921. Anschließend arbeitete er als Volontärarzt in der Chirurgie an der Universität Würzburg und in der Frauenklinik in Dresden. Nach einem Jahr als praktischer Arzt in Amberg/Oberpfalz, ging Willy Leipold schließlich zunächst als Volontärarzt, ab Mai 1923 als planmäßiger Assistent an die Universitäts-Hautklinik Greifswald.[93] Im Oktober 1927 wurde er zum Oberarzt befördert. Im gleichen Jahr hatte sich Willy Leipold für das Fach der Haut- und Geschlechtskrankheiten unter Walther Schönfeld

---

[88] Löser, Christoph / Bendick, Christoph: *Egon Keining (1892-1971)*. Poster Nr. 13 im Rahmen der Ausstellung „Zwanzig Poster. Herausragende historische Persönlichkeiten“ der Arbeitsgemeinschaft für Geschichte der Dermatologie und Venerologie (AGDV) e.V. im Rahmen der 19. Fortbildungswoche für praktische Dermatologie und Venerologie, 25.-30.7.2004 in München. www.agdv.org/downloads/Posterausstellung_2004_FobiWo.pdf. [Download am 09.01.2010]

[89] Ebenda. Das „Keining-Zeichen“ beschreibt ein schmerzhaftes Zurückschieben des Nagelhäutchens bei Dermatomyositis. Siehe dazu in: Kunte, Christian / Plewig, Gerd: „Das „Keining-Zeichen“ bei Dermatomyositis“. In: Der Hautarzt. Nr. 49. (1998) Berlin / Heidelberg. S. 596f.

[90] Ebenda.

[91] UAG PA 2387 – Willy Leipold.

[92] Ebenda. Die beiden Brüder Willy Leipolds waren beide Offiziere, die 1914 bzw. 1818 an der Front fielen.

[93] Ebenda.

habilitiert.[94] Im Januar 1935 erhielt er eine Beförderung zum außerordentlichen Professor in Greifswald.[95] Als Walther Schönfeld im Jahr 1935 einen Ruf nach Heidelberg erhielt, folgte ihm Willy Leipold und arbeitete nun dort zunächst als Oberarzt und schließlich als nichtbeamteter außerordentlicher Professor weiter mit ihm zusammen.[96]

Im Gegensatz zu seinem Direktor Walther Schönfeld war Willy Leipold deutlich mehr in das nationalsozialistische Regime verwickelt. So trat er bereits im Mai 1933 in die NSDAP ein. Er war Mitglied der NS Volkswohlfahrt und dabei in der Ortstruppe Greifswald Ost tätig, Mitglied der SA und des NS-Ärztebundes.[97] Seit Januar 1936 war Willy Leipold zusätzlich Mitglied des NSKK.[98] In seinen Veröffentlichungen wurden teilweise sensible sozialhygienische Fragen diskutiert, welche vorwiegend die Venerologie betrafen. Beispielsweise die Frage nach der Herausgabe von Heiratserlaubnissen von an Syphilis erkrankten Patienten.[99] In einer weiteren Arbeit über die möglichen Maßnamen praktischer Ärzte im Kampf gegen die Gonorrhoe beschrieb Willy Leipold, dass es sich bei an Gonorrhoe erkrankten Mädchen „bekanntlich um asoziale, moralisch minderwertige und oft gewissenlose Personen [handele], die regelmäßig den wilden Geschlechtsverkehr gewöhnlich mit verschiedenen Männern ausüben“ und bei denen „nur eine Zwangseinweisung in ein Krankenhaus in Frage“ käme.[100] Die in der Greifswalder Zeit entstandenen wissenschaftlichen Arbeiten beschäftigten sich hingegen vorwiegend mit Fragen der Tuberkulose-Erforschung, der Lepra sowie der Erforschung der Blut-Rückenmark-Schranke.[101]

Fünf Jahre nachdem Willy Leipold nach Heidelberg gegangen war, wurde er zum Lehrstuhlvertreter an der Hautklinik der „Reichsuniversität“ Straßburg ernannt. Die Auswahlverfahren für Anwärter waren hier strenger, nur in jeder Hinsicht nationalsozialistisch anerkannte Dozenten, d.h. den politischen, ideologischen und

---

[94] Ebenda. Das Thema seiner Habilitationsarbeit lautete: *Durchlässigkeitsverhältnisse der Blut-Liquor-Schranke unter besonderer Berücksichtigung der „Permeabilitäts-Prüfungen*, sowie Beiträge zur normalen und pathologischen Physiologie des Liquor cerebrospinalis“.

[95] Bauer, Axel. (2006) S. 805.

[96] Ebenda.

[97] UAG PA 2387 – Willy Leipold. Eintritt in die SA am 9.4.1933. Mitglied im NS-Ärztebund seit dem 23.4.1934.

[98] Bauer, Axel. (2006) S. 508.

[99] Zitiert aus: Bauer, Axel. (2006) S. 508. Siehe dazu auch in: Leipold, Willy: „Wann darf einem Kranken, der an Syphilis erkrankt war, die Heiratserlaubnis erteilt werden?“. In: Pro medico 8. (1937) S. 342–345.

[100] Zitiert aus: Bauer, Axel. (2006) S. 508. Siehe dazu auch in: Leipold, Willy: „Durch welche Maßnahmen kann der praktische Arzt den Kampf gegen die in bevölkerungspolitischer Hinsicht wichtigste Geschlechtskrankheit, den Tripper, wirksam unterstützen?“. In: Pro medico 10. (1939) S. 567–571.

[101] UAG PA 2387 – Willy Leipold.

rassistischen Anschauungen des Regimes entsprechende Dozenten, wurden hier aufgenommen.[102] Im März 1943, d.h. ein Jahr später, wurde er dort zum außerordentlichen Professor und Direktor der Straßburger Hautklinik ernannt.[103] Dort versuchte er, die in die Wehrmacht berufenen „Vorkriegsassistenten" zurückzubeordern, hinderte die Gestapo daran, Assistenten, die aufgrund der Verweigerung des freiwilligen Dienstes bei der Waffen-SS verhaftet werden sollten, diese mitzunehmen und schützte polizeilich gesuchte Elsässer, indem er sie als Privatpatienten stationär aufnahm.[104] Die Arbeit an der Straßburger Klinik endete 1944.[105] Nach dem Zweiten Weltkrieg übernahm Willy Leipold 1947 die Leitung der Hautabteilung des Städtischen Krankenhauses in Lübeck.[106] Zuvor war er bis 1946 in amerikanischer Kriegsgefangenschaft gewesen und hatte anschließend in Südfrankreich in einer Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten gearbeitet.[107] Willy Leipold sollte in Lübeck den Wiederaufbau der Dermatologischen Klinik leiten und betreute dazu 180 Betten, die teilweise noch in einer Baracke sowie im Keller der damaligen Chirurgie untergebracht waren.[108] 1958 wurde Willy Leipold ermeritiert.[109]

4.2.2. b) Joachim Hartung (1908-1980)

Joachim Hartung wurde im November 1908 in Bologne geboren. Nach seinem Studium in Jena und Berlin begann er 1934 zunächst als außerplanmäßiger, später als planmäßiger Assistent in der Universitäts-Hautklinik Ziegelstraße in Berlin zu arbeiten.[110] Seine Promotion *Über Poikiloderma vascularis atrophicans* beendete er 1937 ebenfalls in Berlin. Zusammen mit Wilhelm Richter ging Joachim Hartung 1935 nach Greifswald und übernahm dort im Oktober die kommissarische Leitung der Oberarztstelle in der Universitäts-Hautklinik. In der Greifswalder Zeit arbeitete Joachim Hartung mehrmals als Vertretung des Direktors, da dieser 1938 für etwa

---

[102] Uhlmann, Angelika: *Die medizinische Fakultät der Reichsuniversität Straßburg und die Menschenversuche im KZ Natzweiler-Struthof.* In: Hahn, Judith / Kavčič, Silvija / Kopke, Christoph [Hrsg.]: Medizin im Nationalsozialismus und das System der Konzentrationslager. Frankfurt a. M. (2005) S. 168.
[103] Bauer, Axel. (2006) S. 508.
[104] Proppe, Albin / Bieber, Philippe / Burgun, René: „Willy Leipold (1893-1973) zum Gedächtnis". In: Der Hautarzt. Nr. 39. (1988) S. 261.
[105] Schönfeld, Walther: „In memoriam Willy Leipold 1893-1973". In: Der Hautarzt. Nr. 26. (1975) S. 290.
[106] Bauer, Axel. (2006) S. 508.
[107] Schönfeld, Walther. (1975) S. 290.
[108] Wolff, H. H. / Zillikens, D.: „Klinik für Dermatologie und Venerologie". In: Focus MUL. Zeitschrift für Wissenschaft, Forschung und Lehre an der Universität zu Lübeck. Heft. 3 / 4. (2004) S. 230.
[109] Bauer, Axel. (2006) S. 806.
[110] UAG PA 499 - Joachim Hartung.

acht Monate, 1939 für zwei Monate und nach dem 1. Januar 1940 fast ununterbrochen Kriegsdienst leistete und demnach nicht in Greifswald sein konnte.[111] Damit verbunden war auch das Abhalten von Vorlesungen und Prüfungen, sowie die Übernahme der Aufgaben Wilhelm Richters als Lupusbeauftragter für Pommern und als Bezirksleiter der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten für Pommern. Joachim Hartung selbst, seit 1933 Mitglied der NSDAP,[112] meldete sich sowohl 1936 im Sommer als auch 1937 im Frühjahr zum freiwilligen Wehrdienst, wo er schließlich zum Reserve-Sanitätsoffizier ernannt wurde. 1939 wurde er Mitglied der NSKK. Im darauffolgenden Jahr wurde Joachim Hartung in den Lazarettdienst einberufen und zum Oberarzt der Reserve befördert.[113] Zudem wurde er Kompanieführer einer Schülerkompanie und Abteilungsarzt im Luftwaffenlazarett.[114]

In Greifswald entstandene Publikationen von Joachim Hartung hatten zumeist die verschiedenen Therapieansätze von Infektionskrankheiten, vor allem der Gonorrhoe zum Thema. Beispiele dafür sind die in der Dermatologischen Wochenschrift bzw. Münchener Medizinischen Wochenschrift veröffentlichten Artikel „Über Albucidbehandlung der Gonorrhoe“ und „Uliron- und Lokalbehandlung der Gonorrhoe“. Auch in seiner Habilitationsschrift aus dem Jahre 1940 beschäftigte sich Joachim Hartung mit dem entsprechenden Gebiet.[115] Eine nicht veröffentlichte Arbeit Joachim Hartungs fiel durch einen gänzlich anderen Schwerpunkt auf. In der Aufzählung seiner wissenschaftlichen Arbeiten ist als siebter Punkt aufgeführt: „Über Kampfgase. (Geheim). Nicht veröffentlicht“.[116] Da es sich um eine chronologische Aufzählung der Arbeiten handelte, müsste diese nicht veröffentlichte Arbeit im Jahr 1938 entstanden sein. Der Inhalt der Arbeit ließ sich leider nicht mehr herausfinden.

Deutlich war jedoch, dass Joachim Hartung das Ansehen seines Vorgesetzten Wilhelm Richter genoss. In einem Zeugnis, das Wilhelm Richter ihm im Dezember 1937 ausstellte, hieß es:

> „Charakterlich ist H. gefestigt und ist in seiner Dienstauffassung pünktlich und gewissenhaft sowie verantwortungsbewusst. H. ist ein Nationalsozialist – im

[111] Ebenda.
[112] Ebenda. Band 3. Nachweis über die Zugehörigkeit zur NSDAP, Mitglied seit dem 1. Mai 1933.
[113] Ebenda.
[114] Ebenda. Siehe auch in: UAG MF 571 „Geheim. 1932-1944“.
[115] Ebenda. *Die Bedeutung der Abwehrlage des Organismus und ihre therapeutische Beeinflussung im Heilungsverlauf der Gonorrhoe*. Habilitationsschrift.
[116] Ebenda. Liste der wissenschaftlichen Arbeiten Joachim Hartungs.

übrigen auch Pg. [Parteigenosse] - was er durch seine berufs-ethische Einstellung zu den Kranken immer wieder unter Beweis stellt".[117]

Der weitere Werdegang von Joachim Hartung ist aus den Akten des Universitätsarchivs Greifswald nicht eindeutig zu erschließen. In einem Brief von Egon Keining an den Kurator der Universität vom April 1946 heißt es:

> „Hiermit beantrage ich, dass der Oberarzt der Univ.-Hautklinik Dozent Dr. med. Jo Hartung endgültig aus seiner Stellung an der Hautklinik ausscheidet. Ich begründe diesen Antrag damit, dass Herr Dr. H. seit einem Jahr, obgleich aus dem Wehrdienst am 21.9.45 [...] entlassen ist, nicht mehr zurück gekehrt ist".[118]

Die Entlassung Joachim Hartungs erfolgte zum 13. Mai 1946. Von 1948 bis 1977 war Joachim Hartung der Leiter der Hannoverschen Hautklinik in Linden.[119] Er verstarb 1980 im Alter von 72 Jahren.

4.2.2. c) Harry Braun (1908-1979)

Harry Braun wurde 1908 als Sohn eines Marine-Oberingenieurs in Cottbus geboren.[120] Sein Studium an den Universitäten in Freiburg, Berlin und Leipzig musste er für zwei Jahre unterbrechen, da er das väterliche Geschäft aufgrund einer Verschlechterung eines Kriegsleidens des Vaters zwischenzeitlich leitete. Nach seiner Zeit als Medizinalpraktikant im medizinisch-klinischen Institut der Universität Leipzig und einer kurzen Arbeitsphase in der dortigen Chirurgie, begann Harry Braun im August 1938 als Assistent in der Universitäts-Hautklinik in Greifswald zu arbeiten.[121] Nach seiner Promotion *Über die Bedeutung der Takata-Ara-Reaktion im Blut und Liquor für die Diagnostik* im Januar 1939 erhielt er nach einer Bitte Wilhelm Richters die vollen Bezüge eines planmäßigen Assistenten.[122] Im Februar 1945 wurde Harry Braun, nach freiwillig erfolgter Meldung zur Waffen-SS, einberufen.[123]

---

[117] Ebenda. Bd. 3. Zeugnis von Prof. Richter über Joachim Hartung vom 13.12.1937. Darin enthalten ist eine Empfehlung, ihn zu habilitieren.
[118] Ebenda. Band 2. Brief vom 30.4.1946 von Egon Keining an den Universitäs-Kurator.
[119] Riebe, Erik: *Soziale und medizinhistorische Aspekte der Moulagen an der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald unter besonderer Berücksichtigung des Faches Haut- und Geschlechtskrankheiten*. (2005) Diss. Greifswald. S. 37.
[120] UAG PA 834 - Harry Braun.
[121] Ebenda.
[122] Ebenda. Bd. 2.
[123] Ebenda. Abschrift eines Briefes an das SS-Führungshauptamt Berlin vom 11.10.1944 von Harry Braun. Hierin bittet er um einen kurzen zeitlichen Aufschub seiner „Frontbewährung bei der Waffen-SS [...] Die Änderung in der Sachlage ist durch die Berufung von Herrn Prof. Keining erfolgt, die nach meiner freiwilligen Meldung erst zustande gekommen ist". Der 1944 nach Greifswald berufene Egon Keining benötigte die

Nach kurzer Ausbildung als Unterarzt der Reserve im Reservelazarett V in Hamburg, wurde Harry Braun im Oktober 1945 wieder aus der Wehrmacht entlassen, da er auf Anordnung des Greifswalder Rektors die Aufgaben und Geschäfte eines stellvertretenden Oberarztes in der Hautklinik wahrnehmen sollte.[124] 1946 erhielt Harry Braun schließlich die kommissarische Leitung der Universitäts-Hautklinik in Greifswald.

Das Berufungsverfahren wurde aufgrund seiner politischen Vergangenheit verkompliziert. Im Rahmen seiner Berufung und des Entnazifizierungsverfahrens fanden viele Gespräche, Vernehmungen und Erklärungen verschiedener Mitglieder der Universitäts-Hautklinik statt. Darunter fanden sich zum einen Aussagen, welche die Harmlosigkeit der politischen Einstellung Harry Brauns unterstrichen, wie beispielsweise die angebliche Aussage des Kurators in einer Unterredung mit der Assistenzärztin Vera Plume (geb. 1919). In dieser soll es geheißen haben: „daß der freiwillige Eintritt des Dr. Braun in die Waffen-SS kein aktiver Faschismus sei [...] Oftmals wären Leute, die nicht in der Partei gewesen sind, schlimmere Faschisten als solche, die in der Partei waren".[125] Auch Egon Keining sprach von einem sich durch „charakterlich [...] ruhiges, gleichmässiges Wesen, Kameradschaftlichkeit und durch zähes Festhalten an den von ihm in Angriff genommenen wissenschaftlichen Problemen" auszeichnenden Harry Braun.[126] Seine aktive Mitgliedschaft in der SED wurde durch eine Kollegin bestätigt.[127] Harry Braun selbst begründete seine Mitgliedschaft in der NSDAP in einem Schreiben an den Antifa-Block in Schwerin vom 22.4.1946:

> „Durch meine Anstellung in einem staatlichen Institut und im Hinblick auf meine beabsichtigte Hochschullaufbahn war ich gezwungen, der NSDAP beizutreten [...] Mein ehemaliger Chef, Prof. Wilh. Richter, war Oberstaffelführer der NSKK. und übte in dieser Eigenschaft auf seine Assistenten grossen Druck aus".

Weiter heißt es in diesem Anschreiben, das der Streichung seiner Mitgliedschaft bei der NSDAP dienen sollte: „Ich habe keiner weiteren Organisation und ihren Gliederungen angehört, weder der SA., SS., NSKK., NSFK. etc. und mich niemals

---

Unterstützung des Assistenzarztes als Vertreter des sich im Militärdienst befindlichen Oberarztes in der Hautklinik. Siehe dazu auch: Schreiben des Kurators an das Arbeitsamt vom 06.10.1944. UAG PA 834. Bd. 1. S. 17.

[124] Ebenda. Bd. 1. S. 25.

[125] Ebenda. Erklärung von Frl. Dr. Vera Plume vom 2.9.1947.

[126] Ebenda. Allgemeine Charakterisierung von Dr. Braun durch Egon Keining, 11.8.1946.

[127] Ebenda. Einzelaussage von Frau Wolfram vom 30.8.1947.

politisch beteiligt".[128] In einem persönlichen Fragebogen vom 11.8.1946 gab Harry Braun jedoch eine „Mitgliedschaft der NSV seit 1938" zu. Zudem tauchten Abschriften seiner freiwilligen Meldung bei der Waffen-SS wieder auf,[129] welches er selbst zuvor noch bestritten hatte bzw. als Idee seines Oberarztes zum besseren Vorankommen seiner beruflichen Karriere begründet hatte.[130] Gleichzeitig häuften sich die Aussagen, die Harry Braun als überzeugten Nationalsozialisten darstellten, der in SS-Uniform in der Klinik zur Visite auftrat und während abendlicher Feiern nationalsozialistische und die SS verherrlichende Parolen verlauten ließ.[131] Ein weiterer, auch im Rahmen des Entnazifizierungsverfahrens bedeutender Anklagepunkt, war eine Schrift, welche Harry Braun Ende 1939 verfasst hatte. Die mit „Ueber die Bedeutung der Geschlechtskrankheiten im Kriege" betitelte Arbeit enthielt viele deutlich nationalsozialistisch geprägte Aussagen wie beispielsweise:

> „In Kriegszeiten bedarf der Dermatologe neben der Hilfe des Staatlichen Gesundheitsamtes noch einer engen Bindung zur GESTAPO (geschlechtskranke Polen), KRIPO (Sittlichkeitsdelikte und Prostitution) und der Truppenärzte (Infektionsquellen-Meldung). Ein erspriessliches Zusammenarbeiten mit diesen Stellen ist letzten Endes nur dann möglich, wenn vor eigene Interessen die Ideale gestellt werden, die alle diese Zweige zusammenführen: Die Gesunderhaltung des Volkes und damit die Fortführung der Reichs-Idee".

Eine weitere diesbezüglich bedeutsame Passage lautete:

> „Die neuen Meldemögen [für Infektionsquellen] deuten in ihrer Anlage schon darauf hin, dass die Infektionsquellen-Forschung nicht mehr ein rein ärztliches, sondern ein volkspolitisch-polizeiliches Gebiet darstellen. [...] Ebenso müssen wir uns hüten, bei der Infektionsquellenforschung zuviel private Rücksicht auf einzelne Volksgenossen zu nehmen. Jeder, der in Kriegszeiten wahllos Geschlechtsverkehr mit einem oder mehreren unbekannten Partnern tätigt, treibt Sabotage an der Wehrtüchtigkeit und dem Volksvermögen im Kriege. [...] Praktisch lernen wir Ärzte daraus, dass es in Kriegszeiten selbst in den intimsten Dingen des Lebens kein sogen.-

[128] Ebenda. Abschrift des Schreibens Dr. Brauns an den Antifa-Block Schwerin (22.3.46).
[129] Ebenda. Brief vom 29.9.1947 des Universitäts-Kurators Wohlgemuth an die Landesregierung Mecklenburg-Vorpommern, persönlich an Minister Grünberg.
[130] Ebenda. Stellungnahme Harry Brauns zu seiner Meldung zur Waffen-SS (30.12.1946): „Vielmehr waren Herr Professor Keining [...] wie dann später auch ich der Meinung, dass diese Meldung von Herrn Hartung ausgegangen war".
[131] Ebenda. Protokoll des Pflegers Willy Schulz vom 2.9.1947, sowie Einzelaussage von Dr. Becker vom 30.8.1947. Harry Braun rechtfertigt seine Äußerungen damals als „reine Zweckäusserung [...] Denn Herr Dr. Krause [ein Arzt der Universitäts-Hautklinik] schnüffelte politisch sehr". Siehe dazu in: Ebenda. Aus dem Protokoll der 8. Sitzung der Entnazifizierungskommission Greifswald-Stadt am 21. Okt. 1947.

> Privatleben [sic!] mehr gibt, sondern alles dem Wohl des Staates unterstellt werden muss".[132]

Bezüglich dieser Arbeit gab Harry Braun im Rahmen der 8. Sitzung der Entnazifizierungskommission am 21.10.1947 zu Protokoll:

> „Mein Chef wollte mit mir diese politische Arbeit schreiben, damit ich vorwärts käme. [...] Die Arbeit war nach Fertigstellung derart, dass ich es nicht verantworten konnte, sie zu veröffentlichen. [...] Sie war inhaltlich eine Unmöglichkeit und entsprach auch niemals meiner politischen Anschauung. [...] Ich habe die Arbeit entgegen Richter niemals freigegeben."

Er begründete seine wissenschaftliche Arbeit und auch seine nationalsozialistischen Äußerungen damit, primär seine Karriere voran treiben zu wollen. Dem entspricht auch eine weitere Einzelaussage eines Assistenzarztes der Hautklinik [Dr. Müller]: „Im Übrigen halte ich den Oberarzt für einen großen Streber, der sich über alles hinwegsetzen würde, um das Ziel zu erreichen, dass ihm vorschwebt, nämlich hier an der hiesigen Klinik Chef zu werden".[133] Dieser Wunsch zur Beförderung wird auch aus einem Bericht des Stadtrates Köhler deutlich. Demnach habe er zu einer Assistenzärztin gesagt:

> „Das Schreiben nach Dresden [Harry Braun hatte sich dort beworben] ist von mir nur eine Finte, ich denke nicht daran von Greifswald fortzuziehen, es soll von mir aus nur ein Druckmittel sein [...] [damit] so meine schnellere Beförderung vonstatten gehen kann".[134]

Auch der Landesregierung Mecklenburgs war an Harry Brauns Beförderung gelegen. In einem Brief an den Rektor und Kurator begründete die Landesregierung den Wunsch, Harry Braun doch recht zeitnah zum Professor zu ernennen, damit, dass dieser bereits die verantwortliche Leitung der Hautklinik übernommen habe und aufgrund dieser Mehrbelastung nicht zu einer Habilitation gekommen sei. Zudem habe er „seine Eignung als Forscher und Hochschullehrer [...] bereits unter Beweis gestellt".[135] In der Antwort des Dekans an die Landesregierung Mecklenburg

---

[132] Ebenda. „Aus der UHK Greifswald „Ueber die Bedeutung der Geschlechtskrankheiten im Kriege" von Dr. H. Braun, Assistenzarzt, Dir.: Richter, z. Zt. Oberstabsarzt im Felde". Teil 1 bzw. Teil 2.
[133] Ebenda. Einzelaussage von Dr. Müller am 30.8.1947.
[134] Ebenda. Bericht von Stadtrat Köhler vom 25.9.1947.
[135] Ebenda. Abschrift des Briefes der Landesregierung Mecklenburgs, Ministerium für Volksbildung – Abt. Hochschulwesen vom 20.6.47 an den Rektor und Kurator. Gezeichnet Grünberg.

Vorpommerns bezüglich der Habilitation und der Ernennung Harry Brauns zum Professor hieß es:

> „Nach sorgfältiger Prüfung der bisherigen wissenschaftlichen Arbeiten und bezüglich der persönlichen Eignung des Herrn Dr. Braun sieht sich die Fakultät außer Stande, ihn sofort zu habilitieren; noch weniger ist sie in der Lage, seine Ernennung zum Professor mit vollem Lehrauftrag zu empfehlen".[136]

Trotz dieser brieflichen Auseinandersetzung wurde Harry Braun am 31.7.1947 durch die Landesregierung Mecklenburg zum Professor mit vollem Lehrauftrag ernannt.[137]
Die Entnazifizierung Harry Brauns erfolgte einstimmig am 21. Oktober 1947. Es erfolgte eine „Einstufung als Mitläufer". Begründet wurde diese Entscheidung damit, dass die Rangstufe für die Mitgliedschaft in der Waffen-SS entscheidend gewesen wäre, das Manuskript „Über die Geschlechtskrankheiten im Krieg" in Zusammenarbeit mit Wilhelm Richter entstanden und nicht veröffentlicht worden sei und über der SS-Uniform stets ein Arztkittel getragen worden sei. Es habe ferner keine öffentlichen Reden durch Harry Braun gegeben und er sei erst sehr spät in die NSDAP eingetreten, so dass davon auszugehen sei, dass er kein offener Anhänger der Nationalsozialisten gewesen sei und eher eine passive politische Haltung gezeigt habe.[138]
In den ersten Jahren nach dem Zweiten Weltkrieg arbeitete Harry Braun zunächst in Schwerin,[139] 1949 ging er schließlich als Chefarzt der Hautklinik nach Magdeburg und wurde dort zusätzlich Ärztlicher Leiter des Magdeburger Klinikums.[140] Die Geschäfte des Direktors in der Universitäts-Hautklinik in Greifswald übernahm der damals dienstälteste Assistent der Klinik, Kurt Schuster, während der Chefarzt der dermatologischen Klinik in Potsdam, Dr. Überschär, die kommissarische Leitung übernahm.[141]
Aufgrund Harry Brauns Wirken in Magdeburg wurde die Hautklinik, welche mit 280 Betten seinerzeit zu den größten Hautkliniken Deutschlands gehörte, 1952

---

[136] Ebenda. Brief des Dekans an die Landesregierung Mecklenburg, Ministerium für Volksbildung – Abt. Hochschulen und an den Rektor vom 12.7.1947.
[137] Ebenda. Brief der Landesregierung Mecklenburg, Ministerium für Volksbildung – Abt. Hochschulwesen, Schwerin vom 31.7.1949. Gezeichnet Grünberg.
[138] Ebenda. Protokoll der 8. Sitzung der Entnazifizierungskommission Greifswald-Stadt am 21. Oktober 1947.
[139] Schubert, H.: „In memoriam Harry Braun 1908-1979". In: Der Hautarzt. Nr. 30. (1979) S. 455.
[140] Koch, H. A.: „In memoriam Prof. Dr. H. Braun". In: Mykosen. Nr. 22. Heft 4. (1979) S. 107.
[141] UAG PA 834.

schließlich in den Verband des Sudenberger Krankenhauses zurückgegliedert.[142] Hier bemühte er sich, der sinkenden Bettenzahl aufgrund der in den 1950er Jahren rückläufigen Patientenzahlen mit Geschlechtskrankheiten, mittels der Hervorhebung anderer dermatologischer Gebiete entgegen zu wirken.[143] Dies waren die Arbeitsgebiete der Mykologie, Gewebedermatologie, medizinische Kosmetik und chirurgische Dermatologie. Mit der Mykologie etablierte Harry Braun seine „besondere Liebe"[144] unter den Forschungsgebieten, was sich nicht zuletzt in seiner 10-jährigen Leitung der 1960 gegründeten „Gesellschaft für Medizinische Mykologie der DDR" zeigte.[145] In der 1954 gegründeten Medizinischen Akademie Magdeburg wurde Harry Braun zum ersten Ordinarius für Dermatologie.[146]

Die letzten zwölf Jahre seiner Karriere verbrachte Harry Braun in der Hautklinik der Universität Leipzig, bevor er 1975 emeritiert wurde.[147] Dort unterstützte er vornehmlich die Weiterentwicklungen verschiedener Subspezialitäten der Dermatologie, wie beispielsweise die Phlebologie, Arbeitsdermatologie, Immunologie und Andrologie. Dies entsprach seinem Verständnis der Dermatologie als Querschnitts- und Verbindungsfach innerhalb der Medizin, bei dem er immer versuchte, in Kooperation verschiedener Fachkollegen zu arbeiten.[148] Er fand in seiner Arbeit große Anerkennung von Kollegen und Schülern seines Faches, wurde viele Male offiziell geehrt und ausgezeichnet. Mit ihm, so heißt es in seinem Nachwort, „hat unser Fachgebiet eine prägnante Persönlichkeit verloren, die ein Stück Geschichte der deutschen Dermatologie mitgeschrieben hat".[149]

4.2.3. Lehre und Vorlesungen der Universitäts-Hautklinik Greifswald

Bereits zu Beginn des vierten Kapitels wurde kurz auf die ersten in Greifswald gelesenen Vorlesungen aus dem Bereich der Dermatologie und Venerologie eingegangen. Im Folgenden soll dies nun noch ein wenig weitgreifender erläutert werden, dabei liegt der Schwerpunkt erneut auf der Zeit des Nationalsozialismus

---

[142] Kühne, Karl-Henry: „Zur Geschichte der Dermatologie und Venerologie in Magdeburg 1906-1997". In: Der Hautarzt. Nr. 50. (1999) S. 302.
[143] Ebenda.
[144] Koch, H. A. (1979) S. 108.
[145] Siehe dazu auch in: Seebacher, Claus / Blaschke-Hellmessen, Renate / Keilstein, Peter: „Zur Geschichte der medizinischen Mykologie in der ehemaligen DDR". In: Mycosos. Nr. 45. (2002) S. 8.
[146] Schubert, H. (1979) S. 455.
[147] Koch, H. A. S.107.
[148] Schubert, H. (1979) S. 455.
[149] Ebenda.

bzw. auf dem Beginn als eigenständiges Fachgebiet in Greifswald mit Walther Schönfeld.

Walther Schönfeld übernahm 1920 mit der Klinik für Hautkrankheiten auch die Aufgabe der Lehre in Greifswald. So hielt er seit dem Wintersemester 1920/21 „Übungen in der Erkennung und Behandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten" für Studenten der Medizin ab, welche die Vorlesung bereits gehört hatten und hielt zugleich Vorlesungen über die „Pathologie und Therapie der Gonorrhoe mit praktischen Übungen".[150] Des weiteren war Walther Schönfeld Mitglied der Ärztlichen Prüfungskommission.[151] Seit dem Sommersemester 1922 kamen weitere Vorlesungen hinzu. So las Walther Schönfeld zusätzlich „Über Strahlenbehandlung von Hautkrankheiten (Röntgen, Finsen, Quarzlicht, Höhensonne)" und über „Die Geschlechtskrankheiten, ihre Verbreitung und Bekämpfung, für Hörer aller Fakultäten".[152] Eine einmalige Vorlesungsreihe stellte die öffentliche Vorlesung im Wintersemester 1922/23 über „Geschlechtskrankheiten und Ehe" dar. Seit dem Wintersemester gab Walther Schönfeld ferner eine Einführung über das „Arbeiten im Laboratorium der Klinik". Im Wintersemester 1928/29 übernahm Willy Leipold das erste Mal Vorlesungen, zunächst las er über die „Erkennung und Behandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten" und über den „Tripper beider Geschlechter", von Beginn des Sommersemester 1930 an übernahm er zusätzlich den „Kursus mit praktischen Übungen in der Erkennung und Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten".

Die Vorlesungen über Geschlechtskrankheiten für Hörer aller Fakultäten, welche unregelmäßig in den Winterhalbjahren seit 1922 gelesen wurden, erhielten 1930/31 einen anderen Titel, nunmehr wurde explizit die „soziale Bedeutung" der Geschlechtskrankheiten hervorgehoben.[153]

Im Wintersemester 1935/36 und im Sommersemester 1936 hielt Josef Hämel die Vorlesungen der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten. Am Vorlesungsprogramm änderte sich nichts zu den voran gegangenen Semestern. Auch als Wilhelm Richter 1936/37 die Vorlesungen übernahm, blieben zunächst die Vorlesungsthemen konstant. Seit dem Sommersemester 1938 bot Wilhelm Richter

---

[150] UAG. Verzeichnis der Vorlesungen der Universität zu Greifswald im Winterhalbjahr 1920-21.

[151] UAG. Verzeichnis der Dozenten, der Institute und der Vorlesungen der Preußischen Universität zu Greifswald im Sommerhalbjahr 1921.

[152] Die folgenden Angaben über Vorlesungen beziehen sich alle auf die entsprechenden Verzeichnisse aus den Jahrgängen 1920/21 bis 1950/51. Eingesehen wurden diese im Universitätsarchiv Greifswald.

[153] 1930/31 trug die Vorlesung den Titel „Geschlechtskrankheiten und ihre soziale Bedeutung". Sie wurde gemeinsam von Walther Schönfeld und Willy Leipold abgehalten.

zusätzlich einen „Kursus für Endoskopie und Cystoskopie“ an. Die Vorlesungen hielt er jedoch nur bis zum 1. Trimester 1940 selbst, fortan übernahm Joachim Hartung die Vorlesungen der Klinik, da sich Wilhelm Richter seitdem an der Front befand.[154] Hierbei ist besonders eine nur zweimalig gehaltene Vorlesung Joachim Hartungs interessant, welche er unter dem Titel „Kampfstoffwirkung und –Behandlung“ im Sommersemester 1941 und Wintersemester 1941/42 abhielt. Es ist dabei nicht vermerkt, ob es sich um eine öffentliche Vorlesung oder nur um eine Vorlesung für die Studierenden der Medizin handelte. Auch die genauen Inhalte der Vorlesung lassen sich nicht rekonstruieren. Bemerkenswert dabei ist jedoch, dass diese Vorlesung nur zweimalig in der Zeit des Zweiten Weltkrieges gehalten wurde, in dem Jahr, in dem Wilhelm Richters Arbeit *Kampfstoffwirkung und Heilung* in zweiter Auflage erneut veröffentlicht wurde und etwa zu der Zeit, in der Joachim Hartung sich selbst wissenschaftlich mit diesem Thema befasste. Interessant ist dabei zudem, dass von anderen Instituten wie beispielsweise durch die Universitäts-Nervenklinik im Gegensatz zu anderen Universitäten Deutschlands, keine Vorlesungen zu wehrmedizinisch bedeutsamen Themen abgehalten wurden.[155] Von der Medizinischen Fakultät der Universität Rostock beispielsweise wurden 1939 entstandene Richtlinien zur Haltung wehrmedizinischer Vorlesungen umgesetzt.[156]

Im Sommersemester 1945 übernahm Egon Keining die Vorlesungen der Hautklinik. In den folgenden drei Semestern sind keine Vorlesungen verzeichnet. Der nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges wieder aufgenommene Vorlesungsbetrieb wurde zunächst von Harry Braun für drei Semester geführt. Er hielt dabei Vorlesungen „Über Dermatologie und Venerologie für Studierende der Zahnheilkunde“, ein Thema, welches bereits seit dem Sommersemester 1934 angeboten wurde und bot zudem verschiedene Übungen an. So gab es einen „Demonstrationskurs für Haut- und Geschlechtskrankheiten“, eine „klinische Visite in der Hautklinik“ und „Praktische Übungen in der Diagnostik und Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten“. In den Vorlesungsverzeichnissen sind die Vorlesungen von 1948/49 bis 1950/51 nicht mit einem Namen versehen, so dass daraus nicht ersehen werden konnte, wer in

---

[154] In den Vorlesungsverzeichnissen der ersten beiden Trimester 1940 steht zunächst noch Wilhelm Richter als Vortragender geschrieben. Dies ist in der Ausgabe des Universitätsarchivs Greifswald jedoch durchgestrichen und handschriftlich ersetzt durch Joachim Hartung. In den folgenden Trimestern steht Joachim Hartung als Vortragender geschrieben.

[155] Pfau, Arne: *Die Entwicklung der Universitäts-Nervenklinik (UNK) Greifswald in den Jahren von 1933 bis 1955*. (2002) Diss. Greifswald. S. 76.

[156] Witte, Christina*: „Ungestört wissenschaftlich weiterarbeiten...“ Der Pharmakologe Peter Holtz (1902-1970).* (2006) Diss. Greifswald. S. 28.

dieser Zeit die Vorlesungen der Hautklinik abhielt.[157] Es ist jedoch davon auszugehen, dass diese durch den Assistenten Jung, welchem in dieser Zeit die fachliche Leitung der Klinik oblag, abgehalten wurden. Erst mit Siegwald Bommer erhielt die Universitäts-Hautklinik 1950 wieder einen Fachvertreter, welcher als Ordinarius auch die Vorlesungen abhielt.

Zusammenfassend ließ sich feststellen, dass sich die Vorlesungsthemen der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten in der Zeit des Nationalsozialismus im Vergleich zur umliegenden Zeit nicht stark veränderten. Mit Ausnahme der zweimaligen Vorlesung über Kampfstoffe lassen sich keine durch die nationalsozialistische Ideologie besonders gefärbten Vorlesungsthemen finden. Diese sind unter Umständen auch auf die in der neuen Studienordnung von 1939 geforderten Erweiterungen der tradierten Ausbildungsdisziplinen um wehrmedizinische Themen zu erklären.[158] Jedoch wird daraus nicht ersichtlich, warum eine solche Vorlesung nicht früher und nicht länger stattfand, hätte sie den Forderungen der neuen Studienordnung entsprechen sollen. Möglicherweise ist dies auf die mangelnden personellen Möglichkeiten in der Zeit des Zweiten Weltkrieges in Greifswald zurückzuführen.

Nationalsozialistisch geprägte Vorlesungen, beispielsweise über „Sozialhygiene“, „Rassenhygiene und Erbgesundheitspflege“ oder „Praktische Erbpflege“ hatten in Greifswald für Hörer aller Fakultäten zwar auch stattgefunden, wurden jedoch vornehmlich durch das Institut für Hygiene der Medizinischen Fakultät und durch das Philosophische Institut, vor allem durch den Zoologen und Direktor der Abteilung für Vererbungswissenschaft Günther Just (1892-1950), abgehalten.[159]

---

[157] In den Vorlesungsverzeichnissen von 1948/49 bis 1950 sind die Vorlesungen der Hautklinik mit „N.N.“ gekennzeichnet.

[158] Siehe dazu auch in: Thom, Achim: *Die nationalsozialistische Hochschul- und Wissenschaftspolitik in der Medizin. Intentionen – Instrumente – Wirkungen*. In: Grau, Günther / Schneck, Peter [Hrsg.]: Akademische Karrieren im „Dritten Reich“. Beiträge zur Personal- und Berufungspolitik an Medizinischen Fakultäten. (1993) Berlin. S. 8.

[159] Schneck, Peter: *Die Berufungs- und Personalpolitik an der Greifswalder Medizinischen Fakultät zwischen 1933 und 1945*. In: Grau, Günther / Schneck, Peter [Hrsg.]: Akademische Karrieren im „Dritten Reich“. Beiträge zur Personal- und Berufungspolitik an Medizinischen Fakultäten. (1993) Berlin. S. 60f.

4.3. Die Universitäts-Hautklinik Greifswald in der Zeit des Nationalsozialismus

Die Universitäts-Hautklinik in Greifswald war genau wie die übrige Medizinische Fakultät von den Veränderungen durch das Nationalsozialistische Regime betroffen. Es zeigte sich, dass am Ende des Dritten Reichs die Mehrheit der Fakultätsmitglieder der Medizinischen Fakultät in Greifswald nationalsozialistisch belastet war.[160] Wie groß dieser Anteil war, beschrieb Arne Pfau in seiner Dissertation. Demzufolge waren 23 der 25 Hochschullehrer der Medizinischen Fakultät politisch belastet, 16 davon seien in leitenden Positionen gewesen.[161] Dieser hohe Anteil wird spätestens im Vergleich zur Ärzteschaft in ganz Deutschland deutlich. Hier lag der Anteil an Mitgliedern der NSDAP zum Ende des Nationalsozialismus bei rund 45%.[162] Auch in der Greifswalder Hautklinik hatte mit Wilhelm Richter ein überzeugter Nationalsozialist die Leitung der Klinik übernommen. Sein Einfluss auf die Klinik zeigt sich bereits in den Aussagen von Assistenzärzten der Klinik, die berichten, es sei „in Greifswald bekannt, dass gerade die hiesige Hautklinik als „Naziklinik“ gilt“.[163]

Die weiter oben erwähnten Vorlesungen über „Rassenhygiene“ und „Erbbiologie des Menschen und Eugenik“ wurden bereits 1932 gehalten, die „Abteilung für Vererbungswissenschaft“ bestand seit 1929 am Zoologischen Institut. Im Rahmen von Ringvorlesungen wurden dabei Vorlesungen und praktische Übungen wie zum Beispiel das Sammelkolleg „Praktische Erbgesundheitspflege“ durch Vertreter unterschiedlicher Fachgebiete abgehalten.[164] Dabei lag ein Schwerpunkt der Auseinandersetzung mit rassenhygienischen Maßnahmen auf den praxisbezogenen Aspekten der Durchführung des „GzVeN“.[165]

Im folgenden Kapitel soll anhand der Umbesetzungen von Direktoren, der Wissenschafts- und Forschungsentwicklung und anhand der Veränderungen innerhalb der Klinik während der Zeit des Zweiten Weltkrieges ein etwas genaueres

---

[160] Schmiedebach, Heinz-Peter: *Die Medizinische Fakultät Greifswald in den letzten 200 Jahren – Akademische Tradition und gesellschaftliche Anforderungen*. In: Alvermann, Dirk / Spieß, Karl-Heinz [Hrsg.]: Universität und Gesellschaft. Festschrift zur 550-Jahrfeier der Universität Greifswald 1456-2006. Bd. 1. Die Geschichte der Fakultäten im 19. Und 20. Jahrhundert. (2006) Rostock. S. 321.

[161] Pfau, Arne. (2002) S. 103.

[162] Methfessel, Birgit / Scholz, Albrecht: „Ärzte in der NSDAP. Regionale Unterschiede. Das Beispiel Niederschlesien zeigt: Auch Geschlecht, Fachgebiet und Karrierepläne spielten eine Rolle“. In: Deutsches Ärzteblatt. Jg. 103. Heft 16. (2006) S. 1064.

[163] UAG PA 834 – Harry Braun. Aussage des Dr. Müller am 30.8.1947.

[164] Pfau, Arne. (2002) S. 24.

[165] Ebenda. S. 39.

Bild der Greifswalder Situation entworfen werden. Auf das unter anderem aufgrund seiner praktischen Bedeutung für den Alltag der Kliniken hervorzuhebende „GzVeN“ wurde bereits im dritten Kapitel eingegangen. Die Bedeutung des Gesetzes für die Universitäts-Hautklinik soll im letzten Kapitel der Dissertation herausgearbeitet werden.

4.3.1. Berufungspolitik im Nationalsozialismus und dessen Auswirkungen

Nach der Machtergreifung der Nationalsozialisten in Deutschland war es eines der großen Ziele, die Wissenschaft, Forschung und Lehre an deutschen Hochschulen durch politische Veränderungen und politisches Eingreifen so zu steuern, dass das nationalsozialistische Gedankengut weitergetragen und gefördert werden sollte. So folgten mit dem am 7. April 1933 erlassenen „Gesetz zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums“ zahllose Entlassungen von Dozenten und Krankenhausmitarbeitern aufgrund rassistischer Beweggründe. Mit der „4. Verordnung zum Reichsbürgergesetz“ vom 25. Juli 1938 wurden auch die letzten verbliebenen jüdischen Ärzte „ausgeschaltet“, indem ihnen die Approbation entzogen wurde.[166] Die dadurch entstandenen Lücken in den Kliniken und Klinikvorständen wurden durch Angehörige der Partei versucht zu schließen.

Auch in der Greifswalder Umgebung wurde die nationalsozialistische Politik deutlich. Von den Anfang 1938 tätigen 92 jüdischen Ärzten im Bezirk Pommern einschließlich der Grenzmark, Ostpreußen, Schleswig-Holstein, Mecklenburg und Lübeck, waren Anfang Oktober desselben Jahres nur noch zwei als „Krankenbehandler“ zugelassene jüdische Ärzte tätig.[167] Es lassen sich bereits vor 1933 an der Medizinischen Fakultät in Greifswald antisemitische Tendenzen, wie beispielsweise in der durch antijüdische Intentionen geförderte Rufmordkampagne gegen den Greifswalder Hygieniker Ernst Friedberger (1875-1932), erkennen.[168] Auch die Greifswalder Studentenschaft war ungewöhnlich stark mit der Ideologie des Nationalsozialismus verbunden, was sich unter anderem in der 1930/31 erreichten absoluten Mehrheit der NS-Studentenorganisation bei den Wahlen zum Allgemeinen

---

[166] Scholz, Stefan: *Die Wissenschaftsentwicklung auf dem Gebiet der Dermatologie in Deutschland während der Zeit des Nationalsozialismus im Spiegel dermatologischer Fachzeitschriften*. (1997) Diss. Leipzig. S. 5.

[167] Fahrenbach, Sabine: *Verfolgung – Vertreibung – Vernichtung jüdischer Mediziner in Deutschland*. In: Fahrenbach, Sabine / Thom, Achim [Hrsg.]: Der Arzt als „Gesundheitsführer“. Ärztliches Wirken zwischen Ressourcenerschließung und humanitärer Hilfe im Zweiten Weltkrieg. (1991) Frankfurt a. M. S. 153.

[168] Schneck, Peter. (1993) S. 51.

Studentenausschuss zeigte. Dies war zuvor nur an einer anderen Universität in Deutschland vorgekommen.[169]

Auch die Greifswalder Universitäts-Hautklinik selbst war durch die Umbesetzung des Ordinariats direkt betroffen. Walther Schönfeld wurde nach Heidelberg berufen, sein dortiger jüdischer Vorgänger Siegfried Bettmann war zunächst 1934 emeritiert, 1936 dann in den Ruhestand entlassen worden. Bei der Umbesetzung Walther Schönfelds handelte es sich um eine Berufung aufgrund fachlicher Aspekte, da der Dermatologe „keine politischen Aktivitäten" aufwies.[170] Damit verließ ein Direktor Greifswald, der keine Parteizugehörigkeit hatte und der als einer der beiden einzigen dermatologischen Professoren in Deutschland mit geistiger Distanz zur NSDAP und in seiner „Position als unantastbare[r] Wissenschaftler nicht verführbar" galt.[171] Sein Nachfolger, Josef Hämel, sollte nur wenige Monate in Greifswald tätig sein, bevor ihn ein Ruf an die Hautklinik Jena ereilte. Dort beschäftigte er sich mit Nachdruck der Bekämpfung venerischer Krankheiten. Wegen Unterlassung der Ermittlung, weiterer Verfolgung und Meldung einer durch die Medizinische Studentenkompanie erfolgten Zerstörung einer Büste Adolf Hitlers wurde Josef Hämel zu „6 Wochen verschärftem Stubenarrest" verurteilt. Zudem sollte er „auf Anordnung des Reichsführers-SS Himmler [...] nach Entlassung aus dem Gefängnis unter Degradierung strafweise zu einer Fronteinheit versetzt werden, wozu es durch die Kriegsereignisse nicht mehr gekommen" war.[172]

Nach der zwischenzeitlichen Leitung durch Josef Hämel kam es nun zu der stark politisch begründeten Berufung Wilhelm Richters nach Greifswald. Auch wenn es innerhalb der deutschen Ärzteschaft eine Vielzahl von Haltungen gegenüber dem nationalsozialistischen System gab, so findet sich in Wilhelm Richter einer der drei dermatologischen Ordinarien in Deutschland, welche mit tiefster Überzeugung die Ideologie der Nationalsozialisten unterstützt, verteidigt und ausgeübt haben.[173] Dabei waren die fachlichen Voraussetzungen und wissenschaftlichen Leistungen für die Umbesetzungen zweitrangig. In einer Stellungnahme von Franz Wirtz (geb. 1889), des Hochschulreferenten für Medizinische Fakultäten in der Reichsleitung der NSDAP hieß es, dass

---

[169] Ebenda. S. 52f.
[170] Scholz, Albrecht / Holubar, Karl / Burg, Günther [Hrsg.]. (2009) S. 110.
[171] Ebenda. S. 136. Der zweite hier genannte Professor war Otto Grütz (1885-1963), der in Bonn tätig war.
[172] Ebenda. S. 111.
[173] Ebenda. S. 136. Die beiden anderen genannten Ordinarien waren die des Ernst Brill (1892-1945) und Georg Birnbaum (1890-1946).

> „Professor Richter für das Fach der dermatologischen Wissenschaft nicht qualifiziert ist. Dem einer Berufung zustimmenden Urteil von Professor W. Frieboes stehen die Gutachten aller maßgeblichen dematologischen Universitätslehrer schärfstens gegenüber“.[174]

Dennoch erhielt Wilhelm Richter den Ruf nach Greifswald und blieb dort vor seiner freiwilligen Meldung zur Wehrmacht 1939 für vier Jahre Direktor der Universitäts-Hautklinik.

Nach dem Tod Wilhelm Richters erhielt Egon Keining einen Ruf nach Greifswald. Dieser hatte, seit 1929 habilitiert, bis 1944 keinen Lehrstuhl erhalten. Den Greifswalder Archivaufzeichnungen zufolge war Egon Keining elf Mal in der Dreierliste der Vorschläge für das Ordinariat in Greifswald aufgeführt.[175] Dabei wurde mehrere Male angemerkt, dass er aufgrund seiner wissenschaftlichen Leistungen schon lange auf einen Lehrstuhl hätte berufen werden müssen. Zurückgeführt wurden die fehlenden Berufungen auf seine zu geringe politische Aktivität.[176]

So lassen sich anhand der Berufungen nach Greifswald an zwei Positionen die nationalsozialistisch gesteuerten Besetzungen deutlich zeigen. Mit Wilhelm Richter erfolgte eine Ernennung zum Klinikdirektor, die fachlich nicht zu begründen war. Ebenso ließ sich die bis 1944 heraus gezögerte Berufung Egon Keinings lediglich politisch erklären. Allein die Anzahl der Umbesetzungen in der UHK lassen bereits erkennen, dass sich die Dermatologie in Greifswald ebenso wie in ganz Deutschland in einer durch die nationalsozialistische Berufungspolitik verursachten Unruhe befand. In der ganzen Medizinischen Fakultät in Greifswald kam es von 1933 bis 1945 25 mal zu Wechseln von Lehrstuhlinhabern. Von diesen 25 fanden zwei in der Dermatologie statt, wobei in dieser Rechnung von Peter Schneck die zwischenzeitliche Leitung durch Josef Hämel unberücksichtigt bleibt und es demnach eigentlich drei Umbesetzungen waren.[177] Damit gehörte die Dermatologie neben der Chirurgie, Psychiatrie und Hygiene zu den vier Fächern der Medizinischen Fakultät in

---

[174] Zitiert aus: Ebenda. S. 108.

[175] UAG MF 558: „Besetzung des Lehrstuhls für Haut- und Geschlechtskrankheiten. 1944.“ Egon Keining wurde durch folgende Lehrstühle vorgeschlagen: Breslau, Düsseldorf, Erlangen, Göttingen, Halle, Hamburg, Heidelberg, Leipzig, München, Rostock, Straßburg. In der Dreierliste der Medizinischen Fakultät Greifswald an das Reichsministerium für Wissenschaft, Erziehung und Volksbildung vom 28.6.1944 steht Egon Keining an Platz eins, es folgen der Innsbrucker Dermatologe Loos (geb. 1904) und Friedrich Marquardt (geb. 1901) aus Göttingen.

[176] Scholz, Albrecht / Holubar, Karl / Burg, Günther [Hrsg.]. (2009) S. 109.

[177] Schneck, Peter. (1993) S. 53-55.

Greifswald, in der die meisten Wechsel der Lehrstühle in der Zeit des Nationalsozialismus statt fanden.
Mit Wilhelm Richter wurde ein fachlich nicht unumstrittener Professor nach Greifswald berufen, der hier mit der Leitung der Klinik, der Fachgliederung Wehrmedizin im Reichsforschungsrat und der Bezirksleitung der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten beauftragt wurde und dadurch eine sich rasch entwickelnde Karriere vorweisen konnte. Diese Karriere könnte ein Beispiel dafür sein, dass Greifswald als „Bewährungsstätte für dem NS-Regime besonders verpflichtete medizinische Hochschullehrer“ galt.[178]

4.3.2. Forschung im Nationalsozialismus

Auf die einzelnen Forschungsschwerpunkte der Direktoren der Universitäts-Hautklinik Greifswald wurde in den vorangegangenen Kapiteln bereits kurz eingegangen. Im Folgenden soll nun ein kurzer Einblick auf die Forschungssituation in der Dermatologie in Deutschland während des nationalsozialistischen Regimes geworfen und im Anschluss ein im nationalsozialistischen Sinne bedeutsames Forschungsthema aus der Greifswalder Hautklinik näher beleuchtet werden.
Auch die Dermatologische Forschung war in der Zeit von 1933 bis 1945 deutlich durch die nationalsozialistische Ideologie geprägt. Innerhalb der dermato-venerologischen Forschung in der Zeit des Nationalsozialismus lassen sich beispielsweise Hinweise darauf finden, dass man versuchte, verschiedene Erkrankungen bezüglich der Anwendbarkeit des „GzVeN“ zu untersuchen. Karl Hoede (1897-1974) beispielsweise, der seit 1939 als Nachfolger von Karl Zieler (1874-1945) die Würzburger Hautklinik leitete, erforschte die Schuppenflechte (Psoriasis) unter anderem im Hinblick auf das „GzVeN“.[179]
Auch der Dermatologe Heinrich Adolf Gottron (1890-1974) schrieb, dass es Aufgabe der Ärzte sei, die neuen Erkenntnisse der Vererbungslehre so zu bewerten, dass eine Neugestaltung des Volkes „nach den Richtlinien unserer Führung“[180] daraus entstehe. Hier zeigt sich bereits die nach nationalsozialistischen Gesichtspunkten ausgelegte Forschung der damaligen Zeit. Dies beschrieb auch Ernst Heinrich Brill

[178] Ebenda. S. 62.
[179] Weyers, Wolfgang: *Dermatologie im Nationalsozialismus – der Niedergang eines Fachgebietes*. In: Elsner, Peter / Zwiener, Ulrich [Hrsg.]: Medizin im Nationalsozialismus am Beispiel der Dermatologie. Aus: Palm / Enke [Hrsg.]: Schriften des Collegium Europaeum Jenense. Heft 25. (2002) Jena-Erlangen. S. 60. Siehe auch in: Hoede, Karl: „Hautarzt und Erbpflege“. In: Archiv für Dermatologie und Syphilis. Nr. 172. (1935) S. 27.
[180] Ebenda.

(1892-1945), Ordinarius der Hautklinik in Rostock und Mitglied der NSDAP, auf der Tagung der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft 1935:

> „Man versage der Tätigkeit des Forschers in der Betonung objektiver Methodik und Leistung nicht, das Ethos in den völkischen, nationalen und sozialen, d.h. in der Synthese der nationalsozialistischen Wertung der wissenschaftlichen Fragestellung ihre Erfüllung zu suchen.“[181]

Dieses Zitat macht deutlich, dass die klinischen Fragestellungen der Forschungsarbeiten in dieser Zeit nach nationalsozialistischen Interessen ausgerichtet waren bzw. sein sollten. Wie weit diese nationalsozialistisch ausgerichteten Forschungen vorangetrieben wurden zeigt nicht zuletzt das Beispiel der Idee einer Massensterilisation, an welcher der Dermatologe Adolf Pokorny (geb. 1895) beteiligt war. Dieser beschrieb in einem Brief an Heinrich Himmler (1900-1945) im Oktober 1941, dass er versuchen wollte, mit Hilfe eines neuen Medikamentes eine unbemerkte Sterilisation beim Menschen herbeizuführen:

> „Allein der Gedanke, daß die 3 Millionen momentan in deutscher Gefangenschaft befindlichen Bolschewisten sterilisiert werden könnten, so daß sie als Arbeiter zur Verfügung stünden, aber von der Fortpflanzung ausgeschlossen wären, eröffnet weitgehende Perspektiven.“[182]

Der Gedanke hinter der Entwicklung einer Methode zur Massensterilisierung war also nicht nur die Anwendung gegen Betroffene des „GzVeN“, sondern auch als Mittel zur Kriegsführung und der Feindbekämpfung. Adolf Pokorny stand als einer der beiden Dermatologen vor Gericht des Nürnberger Ärzteprozesses und wurde freigesprochen, da keine Beweise dafür erbracht werden konnten, dass irgendwelche Schritte zur Ausführung der Menschenversuche unternommen worden waren.[183]
Herta Oberheuser (1911-1978) war ebenfalls Angeklagte im Nürnberger Ärzteprozess. Die Dermatologin hatte während des Krieges als Lagerärztin im Konzentrationslager Ravensbrück gearbeitet und dort die Wirkung von Sulfonamiden an Gefangenen erprobt. Anschließend hatte sie mehrere Gefangene durch Benzin- oder Phenol-Injektionen getötet.[184] Herta Oberheuser wurde vom Gerichtshof zu 20

---

[181] Weyers, Wolfgang. (2002) S. 59f.
[182] Mitscherlich, Alexander / Mielke, Fred [Hrsg.]: *Medizin ohne Menschlichkeit. Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses*. (2004) Frankfurt a. M. S. 307.
[183] Ebenda. S. 309.
[184] Ebenda. S. 204f. S.a. S. 184-187. Auch der Chefarzt der orthopädischen Heilanstalt Hohenlychen Karl Gebhardt (1897-1948) hatte im Frauen-Konzentrationslager Ravensbrück Forschung mit Sulfonamiden durchgeführt. Er hatte die Wirksamkeit des Medikamentes bei Schussverletzungen feststellen wollen. Siehe dazu

Jahren Haft verurteilt, jedoch nach sieben Jahren wegen guter Führung vorzeitig entlassen.[185]

Neben diesen Einzelfallbeispielen lässt sich bei der Untersuchung der dermatovenerologischen Forschung in der Zeit des Nationalsozialismus anhand von Zeitschriftenbeiträgen eine deutliche und fast konstante Abnahme der Veröffentlichungen seit 1933 feststellen.[186] Dies betraf fachspezifische Zeitschriften wie etwa die Dermatologische Wochenschrift, Dermatologische Zeitschrift und das Archiv für Dermatologie und Syphilis deutlicher als allgemeinärztlich-klinische Zeitschriften wie etwa das Deutsche Ärzteblatt, wobei sich auch in diesen Zeitschriften, wie auch in der Münchner Medizinischen Wochenschrift oder der Deutschen Medizinischen Wochenschrift ein Rückgang der Veröffentlichungen nachweisen ließ.[187] Daneben war auch eine Abnahme von Veröffentlichungen ausländischer Autoren festzustellen, was vor allem in der Zeit des Zweiten Weltkrieges als Zeichen des Rückgangs internationalen wissenschaftlichen Austausches gewertet wurde.[188] Wurden anteilig zwischen 1933 und 1938 noch 47% ausländische Autoren gezählt, so waren es in den folgenden Jahren bis 1945 nur noch 34%.[189]

Inhaltlich waren neben Grundlagenforschung und klinischer Anwendungsforschung, vor allem von Sulfonamiden, auch Veröffentlichungen im thematischen Zusammenhang mit der „Neuen Deutschen Heilkunde“ zunehmend vorhanden.[190] Dabei trat auch Wilhelm Richter in den Vordergrund, dessen Lehrmeinung der naturheilkundlichen Methoden unter anderem in seiner bereits erwähnten Monographie *Dermatologie und Chirurgie* hervorgehoben wurde.[191] Neben den thematisch am Nationalsozialismus orientierten Arbeiten, waren, dem totalitären

---

auch in: Baader, Gerhard: *Menschenversuche in Konzentrationslagern*. In: Bleker, Johanna / Jachertz, Norbert [Hrsg.]: Medizin im Dritten Reich. (1989) Köln. S. 106f.

[185] Weyers, Wolfgang. (2002) S. 61.

[186] Scholz, Albrecht / Holubar, Karl / Burg, Günther [Hrsg.]. (2009) S. 126. Siehe auch in: Scholz, Albrecht: „Die Entwicklung der dermatologischen Zeitschriften von 1946 bis 2004“. In: Aktuelle Dermatologie. Nr. 30. (2004) S. 250.

[187] Ebenda. S. 126-128.

[188] Ebenda. S. 127.

[189] Scholz, Stefan. (1997) S. 24.

[190] Scholz, Albrecht / Holubar, Karl / Burg, Günther [Hrsg.]. (2009) S. 128. Die „Neue Deutsche Heilkunde“ stellte eine große Strömung innerhalb der Zeit des Nationalsozialismus dar, bei der es zu einer zunehmenden Förderung alternativmedizinischer und naturheilkundlicher Ansätze kam, wohingegen der Schulmedizin zunehmend in den Hintergrund gedrängt wurde. Siehe dazu auch in: Angetter, Daniela: *Alternativmedizin kontra Schulmedizin im Nationalsozialismus*. In: Hahn, Judith / Kavčič, Silvija / Kopke, Christoph [Hrsg.]: Medizin im Nationalsozialismus und das System der Konzentrationslager. (2005) Frankfurt a. M. S. 93f.

[191] Siehe dazu auch in: Scholz, Albrecht: „Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in verschiedenen politischen Systemen“. In: Der Hautarzt. Nr. 54:7. (2003) S. 672.

Anspruch des Regimes folgend, auch die Formulierungen und Äußerungen innerhalb der wissenschaftlichen Arbeiten ideologisch gefärbt. Dies wird beispielsweise in einem von Wilhelm Richter gehaltenen Vortrag über „Vergleichende Betrachtungen über das dermatologische Krankengut in Deutschland und Japan“ deutlich, wo er davon sprach, dass „Rassenmischung“ jedes „völkische Denken und Fühlen“ zerstöre.[192]

Die Zahl der Veröffentlichungen von Professoren aus der Universitäts-Hautklinik in Greifswald war in der Zeit des Nationalsozialismus ebenfalls leicht rückläufig. Hatte Wilhelm Richter beispielsweise von 1928 bis 1932 37 wissenschaftliche Artikel veröffentlicht, waren es zwischen 1933 und 1937 fünf weniger.[193] Mit Kriegsbeginn wurde die Situation zunehmend schwieriger, zumal kein Ordinarius in der Hautklinik war und viele der Assistenten zum Kriegsdienst einberufen wurden und von der Front teilweise nicht mehr zurückkehrten.[194] Es gab jedoch verschiedene wissenschaftliche Mitarbeiter, die in der Zeit des Nationalsozialismus an der Universitäts-Hautklinik tätig waren. Darunter waren Alfred Marhoven und Joseph Werth, die nach Angaben Joachim Hartungs mit „besonderen kriegswichtigen Forschungsarbeiten von Seiten des Reichsforschungsrates, Fachgliederung „Wehrmedizin“ beauftragt und an der Greifswalder Hautklinik beschäftigt waren.[195] In einer Stellungnahme vom Mai 1942 äußert sich Joachim Hartung im Auftrag von Wilhelm Richter folgendermaßen:

> „Dr. Werth ist ein wissenschaftlich begabter und interessierter Arzt, der beim Reichsforschungsrat ein Stipendiat hat und hier [...] durch seine Forschungsarbeiten Anerkennung gefunden hat. Er ist seit [mehreren] Jahren zunächst als M. P. [Medizinal-Praktikant], später durch die Personalunion meines Chefs als Spartenleiter des Reichsforschungsrats für Wehrmedizin als Stipendiat, teils in unserer Klinik tätig gewesen, teils als Gast hier noch tätig“.[196]

---

[192] Scholz, Albrecht / Holubar, Karl / Burg, Günther [Hrsg.]. (2009) S. 129. Wilhelm Richter befand sich vom 8.2. bis 2.8. 1938 auf Japanreise. Siehe dazu UAG PA 506 – Wilhelm Richter. S. 123. Er besuchte dort auf Anordnung Adolf Hitlers als Teil einer ärztlichen Kommission den japanisch-chinesischen Kriegsschauplatz. Siehe dazu auch in: Scholz, Albrecht / Holubar, Karl / Burg, Günther [Hrsg.]. (2009) S. 129.

[193] UAG PA 506 – Wilhelm Richter. Veröffentlichungen an der Univ. Greifswald.

[194] Der Assistent Walter Berghoff verstarb als Oberarzt der Reserve „nicht durch Feindeinwirkung, aber doch im Kriegsdienst“. Siehe dazu in: UAG MF 178 „Angehörige der Fakultät, die im Kriege gefallen sind. 1940-1944“. Rundbrief Nr. 5.

[195] UAG PA 834 – Harry Braun. Schreiben von Joachim Hartung an den Kurator, Januar 1940. Siehe auch in: UAG K 472 „Die Assistenzärzte der Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten“. Bd. 2. 1936-1944. S. 73 und S. 97. Josef Werth war den Archivaufzeichnungen zufolge ab April 1940, ab März 1941 und ab April 1943 in der Hautklinik beschäftigt.

[196] UAG MF 111 „Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten. 1906-1944“. Stellungnahme zu dem Vorfall in der Klinik zwischen Dr. Werth und Alfred Marhoven vom 21.5.1942.

Bereits aus dem Jahr 1938 liegen Zeugnisse über in der Hautklinik beschäftigte wissenschaftliche Assistenten vor, die als Mitglieder des Reichsforschungsrates tätig waren.[197] Woran diese wissenschaftlichen Assistenten forschten, ist aus den Unterlagen des Universitäts-Archivs Greifswald nicht genau ersichtlich. Die bereits an anderer Stelle erwähnte Arbeit Joachim Hartungs „Über Kampfgase. (Geheim)“ ist an dieser Stelle insofern interessant, dar sie ein Thema betrifft, welches wehrmedizinische Bedeutung hatte. Sie stellt, neben der vom Reichsforschungsrat beauftragten Assistenten ein weiteres Indiz dafür dar, dass an der Greifswalder Universitäts-Hautklinik Forschungen mit Kampfgasen wie beispielsweise Lost stattgefunden haben. Bezüglich der Geheimhaltung wissenschaftlicher Arbeiten hieß es in einer Bestimmung des Reichsministeriums für Wissenschaft, Erziehung und Volksbildung:

> „Grundsätzlich sind alle Arbeiten geheimzuhalten [sic!], die auf Anregung oder in Verbindung mit einem Reichsministerium durchgeführt werden und geheimhaltungsbedürftige Gegenstände enthalten, oder im wirtschaftspolitischen Interesse oder aus sonstigen Gründen der Geheimhaltung bedürfen“.[198]

Insofern könnte dies darauf hinweisen, dass sich in der Arbeit wehrmedizinisch oder wirtschaftspolitisch wichtige Aspekte befanden. Zu diesem Forschungsgebiet passend stellt sich die Veröffentlichung Wilhelm Richters aus dem Jahre 1939 bzw. 1941 *Kampfstoffwirkung und ihre Heilung* dar. In dieser Arbeit beschreibt der Direktor der Greifswalder Hautklinik „therapeutische Versuche“ mit Lost an Patienten. Neben der bereits an anderer Stelle erwähnten Versuche zur Behandlung von Tätowierungen mit Lost ist darin beispielsweise die „Versuchsreihe“ der Behandlung psoriatrischer Herde beschrieben, bei der am Rücken des Patienten Lost in verschiedenen Konzentrationen aufgetragen wurde.[199] Daneben wurden Versuche an Meerschweinchen, Kaninchen und Schweinen zur Wirkung von Lost auf die Haut, den Respirationstrakt, Augen, Magen- und Darmtrakt und verschiedene andere Organsysteme untersucht. Auch bei den „therapeutischen Versuchen“ an Patienten

[197] UAG K 472 „Die Assistenzärzte der Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten“. Bd. 2. 1936-1944. In einem Schreiben an den Universitäts-Kurator durch Wilhelm Richter vom 3.1.1938 heißt es: „Als Mitglied des Reichsforschungsrates für Wehrmedizin sind mir die wissenschaftlichen Assistenten Dr. Bernhard Lampe und Dr. Werner Matthias zur Arbeitsleistung überwiesen worden.“ S. 49.

[198] UAG MF 571 „Geheim. 1932-1944“. S. 61. Bestimmungen für die Geheimhaltung wissenschaftlicher Arbeiten (Dissertationen, Habilitationsschriften, Forschungs- und Entwicklungsarbeiten) vom 15.8.1938 aus dem Reichsministerium für Wissenschaft, Erziehung und Volksbildung an die Dekane der Hochschulen.

[199] Richter, Wilhelm: *Kampfstoffwirkung und Heilung*. In: Schumann, Erich [Hrsg.]: Wehr und Wissenschaft. Bd. 26. (1941) Leipzig. S. 99-101.

wurde die Wirkung des Lost auf das Atemsystem untersucht. Wilhelm Richter beschrieb dazu, dass zum Ausschluss von Verschlucken und Einatmen von Lostdämpfen, welche nachweislich schwerwiegende Nebenwirkungen zeigten, die Patienten „unter dem Abzug nach vorherigem Anlegen einer Gasmaske mit Lost betupft“ wurden. Trotzdem traten „die gleichen Beschwerden wie Übelkeit und Erbrechen auf, die mitunter äußerst heftig waren und mehrere Stunden anhielten“.[200]
Die beschriebenen Versuche decken sich auch mit den Angaben von Ernst Klee: „[...] Prof. Wilhelm Richter, Universitäts-Hautklinik Greifswald, erforscht „Die Einwirkung von Lost [Giftgas] auf die menschliche Atmung“.“[201] Auch in den Archivaufzeichnungen finden sich Hinweise auf die Versuche mit Lost. So heißt es in einem Bericht von 1947: „In der hiesigen Hautklinik wurden auch L o s t [im Original gesperrt geschrieben]–Versuche (Gelbkreuz) gemacht, die bei den ausländischen Patienten unter dem Namen „Regentropfen“ angewandt wurden“.[202] Bezüglich des Umgangs mit ausländischen Patienten findet man in diesem Schreiben weiterhin Angaben einer Röntgenschwester:

> „Dr. Schwarztkopf [Assistent der Hautklinik] war Mitglied der NSDAP. Auf Grund seiner angeblichen Humanität den Ausländern gegenüber wurde er im Jahre 44 oder 45 von der ihm unterstellten Ausländerbaracke abgelöst und an seine Stelle trat Dr. Braun, der angeblich die ausländischen Patienten sehr grob behandelt haben soll. [...] Es sollen nach der Übernahme der Leitung der Baracke durch Herrn Dr. Braun angeblich etliche Ausländer der G e s t a p o [im Original gesperrt geschrieben] übergeben worden sein“.[203]

Es lässt sich nicht mehr rekonstruieren, welcher Art und in welchem Umfange die Lost-Versuche in der Hautklinik stattfanden. Dass mit Lost gearbeitet und im Rahmen von „therapeutischen Versuchen“ experimentiert wurde, lässt sich aus den verschiedenen Quellen nachweisen. In wieweit diese Versuche an ausländischen Patienten gemacht wurden und vor allem, ob dies mit ihrem oder gegen ihr Einverständnis geschah, lässt sich aus den Untersuchungen nicht feststellen. Auch Christina Witte beschreibt in ihrer Dissertation die Kampfstoff-Forschungen in Greifswald und wirft dabei die Frage auf, ob es sich bei der Forschung in der Hautklinik, bei dem Anatom August Hirt (1898-1945), dem Pharmakologen Paul Wels (1890-1963) und dem Chemiker Gerhard Jander um eine zufällige Häufung der an

[200] Ebenda. S. 121f.
[201] Klee, Ernst: *Auschwitz, die NS-Medizin und ihre Opfer*. (1997) Frankfurt am Main. S. 84.
[202] UAG PA 834 – Harry Braun. Bericht von Stadtrat Köhler vom 25.9.1947.
[203] Ebenda. Köhler beschreibt dabei die Angaben des Frl. Tank, Röntgenschwester, Mitglied der NSDAP.

Giftgas forschenden Wissenschaftler handelte, oder ob die Greifswalder Universität eine Sonderstellung in diesem Forschungszweig hatte, welche die Forschung von vier verschiedenen Fachdisziplinen rechtfertigte.[204] Im Rahmen des Nürnberger Ärzteprozesses galten die Giftgasvorräte anderer Länder und die damit verbundene Gefahr für das eigene Land als Argumentation für die Erforschung der Giftgaswirkungen. Damit wurden auch, so der Medizinhistoriker Gerhard Baader, die Experimente an Insassen der Konzentrationslager durch die Angeklagten des Nürnberger Ärzteprozesses gerechtfertigt.[205] Eine ähnliche Begründung für die Erforschung mit Giftgasen findet sich auch in der Arbeit Wilhelm Richters:

> „Wenn angesichts des klaren Vernichtungswillens unserer heutigen Gegner dem neuen Deutschland gegenüber also jederzeit mit der Möglichkeit des Einsatzes chemischer Kampfstoffe gerechnet werden muß, so erwächst daraus der Gesamtheit des Volkes – besonders aber der Ärzteschaft – die Verpflichtung, dieser Gefahr mit allen Mitteln zu begegnen. Die Kenntnisse des Wesens der chemischen Kampfstoffe, der Auswirkungen, der zweckdienlichen Abwehr und der therapeutischen Maßnahmen müssen zum Rüstzeug jedes deutschen Arztes gehören.“[206]

4.3.3. Die Universitäts-Hautklinik im Krieg

Die Universität Greifswald hat den Zweiten Weltkrieg „in ihrem materiellen Bestand [...] unversehrt und daher äußerlich unberührt“ überstanden.[207] Die drohende Zerstörung der Stadt und damit der Universität war in der Nacht zum 30. Februar 1945 unter anderem durch den Rektor der Universität, Carl Engel (1895-1947), und den Internisten Gerhard Katsch (1887-1961) durch die kampflose Übergabe der Stadt an die Rote Armee verhindert worden. Damit war in Greifswald als erste Universität in Deutschland eine Wiederaufnahme des Lehrbetriebes bereits am 3.5.1945 möglich.[208]

Trotz der materiellen Unversehrtheit der Universität sind die Veränderungen beispielsweise in den räumlichen Verhältnissen und die Einbußen, welche in der Patientenversorgung, der Forschung, Lehre und Weiterentwicklung erlitten wurden, nicht von der Hand zu weisen. Und diese wurden natürlich auch in der Hautklinik

---

[204] Witte, Christina: *„Ungestört wissenschaftlich weiterarbeiten...“. Der Pharmakologe Peter Holtz (1902-1970).* (2006) Diss. Greifswald. S. 19.
[205] Baader, Gerhard: Lost-Levisit-Kampfstoffversuche in der deutschen Militärmedizin 1939-1945. In: Sozialgeschichte der Medizin. Nr. 3. S. 12-27. Zit. Aus: Witte, Christina. (2006). S. 32.
[206] Richter, Wilhelm. (1941). Vorwort. S. IIIf.
[207] Borriss, Heinrich: *Lehre und Forschung an der Ernst Moritz Arndt-Universität Greifswald*. (1959) Greifswald. S. 12.
[208] Pfau, Arne. (2002) S. 97-101.

ersichtlich. Ein großes Problem stellten dabei vor allem die Geschlechtskrankheiten dar, welche mit der Dauer des Krieges und den dadurch immer schlechter werdenden hygienischen Möglichkeiten deutlich zunahmen. Hierdurch zeigt sich, warum gerade die Hautklinik von den personellen Engpässen und den zunehmenden Patientenzahlen besonders betroffen war.

Im Jahre 1941 erhielten der wissenschaftliche Assistent Dr. Schwarztkopf (geb. 1912) gemeinsam mit Harry Braun UK-Stellung [Unabkömmlichkeits-Stellung].[209] Die beiden Ärzte versorgten zu zweit die insgesamt 110 Betten der Universitäts-Hautklinik, wofür eigentlich vier Ärzte vorgesehen waren. In dem Schreiben des Kurators wurden insgesamt fünf weitere Ärzte für vier Greifswalder Kliniken gefordert, wobei zwei davon für die Hautklinik vorgesehen waren.[210] Darin zeigt sich, dass der Mangel an Ärzten zwar auch in anderen Kliniken in Greifswald kriegsbedingt groß war, der Hautklinik aber prozentual am wenigsten Ärzte zur Verfügung standen. Die Situation verschärfte sich zunehmend, einerseits durch die zunehmende Patientenzahl, andererseits durch die Einberufung des Assistenten Schwartzkopfs im Mai 1941, so dass Harry Braun als einziger Assistent für die mit nun 124 Betten belegte Klinik verantwortlich war.[211] Vergleichbare Situationen ergaben sich in fast allen anderen Kliniken in Greifswald. So waren für die 70 Betten des zivilen Bereichs der Universitäts-Nervenklinik lediglich zwei junge Ärztinnen verantwortlich, die sich am Anfang ihrer Ausbildung befanden.[212] Die Situation war in ganz Deutschland ähnlich, so dass verschiedene Autoren sogar von einem „Zusammenbruch der nationalsozialistischen Gesundheitsführung“ nach 1942 sprachen, verursacht durch die verstärkte Einberufung männlicher Ärzte und der Überforderung der weiter in den Kliniken tätigen Ärzte.[213]

Im September 1939 wurden im Rahmen des Reichsleistungsgesetzes 70 Betten in der Hautklinik für die Unterbringung verwundeter und kranker

---

[209] UAG MF 156 „Neue Assistentenordnung. 1921-1942“. Schreiben des Universitäts-Kurators an den Regierungspräsidenten in Stettin vom 27.1.41. Betreff: UK-Stellung der Ärzte in den Univ.-Kliniken und in den medizinischen Instituten.

[210] Ebenda. Jeweils ein zusätzlicher Arzt wurde für die Medizinische Klinik, Chirurgische Klinik und für die Nervenklinik gefordert. Die Belegung der Hautklinik entsprach einer Überbelegung von fast 100%.

[211] Ebenda. Schreiben des Kurators an den Regierungspräsidenten in Stettin vom 29.5.1941. Betreff: Ärzte in den Universitäts-Kliniken.

[212] Schmiedebach, Heinz-Peter. (2006) S. 336.

[213] Schmiedebach, Heinz-Peter: *Der Arzt als Gesundheitsoffizier – die systematische Militarisierung der Medizin von 1933 bis zum Zweiten Weltkrieg*. In: Bleker, Johanna / Schmiedebach, Heinz-Peter [Hrsg.]: Medizin und Krieg. Vom Dilemma der Heilberufe 1865 bis 1985. (1987) Frankfurt am Main. S. 206.

Wehrmachtsangehöriger im Sinne eines Reservelazarettes veranschlagt.[214] Diese versuchte Joachim Hartung 1941 auf 50 Betten zu reduzieren, da er aufgrund der fehlenden Räumlichkeiten eine Separierung der Soldaten von den übrigen Kranken nicht gewährleisten konnte. Nach einer Besichtigung der Hautklinik durch das Staatliche Gesundheitsamt wurde die Problematik sehr eindrücklich:

> „Die Zustände spotten jeder Beschreibung. Die Kranken liegen eng gedrängt in den einzelnen Zimmern; in einem Einzelzimmer stehen 4 Betten. In Vierbettzimmern steht die drei= u. vierfache Anzahl von Betten. Zum Teil werden Matratzen, die in den Korridoren tagsüber aufgeschichtet stehen, abends in die Korridore gelegt, auf denen sich die Kranken hinlegen".[215]

Die zunehmenden Patientenzahlen zeigen sich in der wachsenden Inanspruchnahme der Betten. Wurden im Januar 1942 insgesamt 10.885 Kranke versorgt, so waren es 1943 mit 11.910 Kranken über 1.000 Patienten mehr innerhalb eines Monats.[216]

> „Die Räume der Dienstwohnung des Pförtners [wurden] als Kinderstation benutzt", Joachim Hartung begründete dies als „vorübergehende Massnahme für die Dauer des Krieges wegen der ausserordentlich unhygienischen Zustände" in der Hautklinik".[217]

Für die Behandlung haut- und geschlechtskranker „Angehöriger der Feindstaaten" wurde 1942 eine Baracke in der Nähe der Hautklinik errichtet. Dabei gab Joachim Hartung zu bedenken, dass eine räumliche Trennung der Geschlechter unbedingt notwendig sei:

> „Diese [Geschlechts-]Kranken, die meist an sich schon moralisch nicht ganz einwandfrei sind, suchen ständig untereinander in Beziehung zu treten, sodass nur weitgehende räumliche Trennung und ständige Aufsicht andererseits, Übertragung von Geschlechtskrankheiten während der Behandlung verhüten können".[218]

---

[214] UAG K 5610 – „Nutzung von Universitätskliniken als Reservelazarette. 1939-1945". S. 1. In anderen Kliniken Greifswalds wurden ebenfalls Reservelazarette eingerichtet. So musste die Chirurgische Universitäts-Klinik 120 Betten, die Medizinische Klinik 80 Betten, die Klinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde 75, die Nervenklinik und die Universitäts-Augenklinik jeweils 50 Betten bereitstellen.
[215] Ebenda. S. 237. Schreiben des Staatl. GA an die Univ.-Hautklinik. „Betreff: Besichtigung der UHK am Freitag, 28.11.41 auf Ansuchen von OA Hartung". Verfasst von Prof. Peiper, Amtsarzt.
[216] Ebenda. Inanspruchnahme. S. 162 und S. 332.
[217] UAG K 470 – „Die Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten". Heft 3. 1939-1946. S. 150. Brief von Joachim Hartung an den Universitäts-Kurator vom 30.9.1941.
[218] UAG K 1679 – „Das Grundstück für Haut- und Geschlechtskrankheiten, Bau und Bauliche Unterhaltung des Grundstückes". Bd. 2. 1929-1940. S. 299. Brief von Joachim Hartung i.A. an das Reichsbauamt und an den Kurator der Universität vom 7.8.1942.

Bereits im Dezember wurde eine zweite Baracke für die Behandlung weiblicher ausländischer Geschlechtskranker zur Verfügung gestellt.[219]

Des weiteren wurde seit 1939 versucht, eine geschlossene Abteilung für geschlechtskranke Frauen zu schaffen, welche polizeilich eingewiesen worden waren und zwangsweise behandelt werden sollten. Dies wurde auch durch den Direktor der Universitäts-Augenklinik Karl Velhagen (1897-1990), der zu der Zeit die offizielle Leitung der Klinik des sich im Kriegseinsatz befindlichen Wilhelm Richter übernommen hatte, unterstützt:

> „Die Anregungen von Herrn Dr. Hartung, eine geschlossene Abteilung einzurichten, möchte ich dringend unterstützen. Der Kampf gegen die kranken Prostituierten ist unbedingt kriegswichtig, da diese Damen uns sicher z. Z. mehr Verlust verursachen als die Franzosen“.[220]

Joachim Hartung hatte dabei vorgesehen, ein Zimmer der Frauen-B-Station, den Tagesraum, Behandlungsraum, die Küche, ein Isolierzimmer und eine Toilette „durch Vergitterung der Fenster und festen Verschluss der unteren Fenster, durch Einbau von Schnappschlössern an den Türen, [...] Entfernen wertvollen Mobiliars“ abzutrennen und zu verändern und dabei die Tür, welche den Durchgang zur Privatstation bildete, durch eine schalldichte Doppeltür zu ersetzen.[221] Auch vom Amtsarzt Peiper wurde diese Einrichtung für „Mädchen, die sich asozial verhalten“ mit zunächst 12 Betten „im Interesse der Volksgesundheit“ unterstützt.[222]

Die Situation in der Greifswalder Hautklinik spitzte sich weiter zu, da die umliegenden Fachkliniken in Rostock, Hamburg und Stettin durch Bombenangriffe zerstört wurden und Greifswald damit die einzige aufnahmefähige Hautklinik für Norddeutschland darstellte. Vor allem die Patientinnen mit Gonorrhoe stellte eine stetig wachsende Patientengruppe dar, so dass die Hautklinik schließlich dazu über ging, nur noch diejenigen Patienten zu behandeln, die an Komplikationen der Erkrankung oder Behandlung litten oder die zwangsweise behandelt werden sollten. Den praktischen Ärzten und Staatlichen Gesundheitsämtern wurde die Behandlung der unkomplizierten Fälle überlassen.[223]

---

[219] Ebenda. S. 318. Brief des Kurators an den Dekan der Medizinischen Fakultät vom 24.12.1942.
[220] UAG K 470 – „Die Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten“. Heft 3. 1939-1946. S. 41. Brief von Prof. Velhagen an den Kurator vom 30.12.1939.
[221] UAG K 1679 - „Das Grundstück für Haut- und Geschlechtskrankheiten, Bau und Bauliche Unterhaltung des Grundstückes“. Bd. 2. 1929-1940. S. 240. Brief von Joachim Hartung i.A. an den Kurator vom 10.1.1940.
[222] Ebenda. S. 240. Brief des Amtsarztes Prof. Peiper an den Direktor der UHK vom 10.1.1940.
[223] UAG K 470 - „Die Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten“. Heft 3. 1939-1946. S. 170-173. Brief von Joachim Hartung an den Obermedizinal-Rat Dr. Lemke in Stettin und an den Kurator vom 10.8.1943.

Die Situation der bei weitem nicht ausreichenden Betten für die Versorgung Kranker war in fast allen Greifswalder Kliniken, wie auch in vielen anderen Universitätsstädten Deutschlands, ähnlich. So mussten auch für die Klinik für Innere Medizin Hilfskrankenhäuser, beispielsweise im Lyzeum am Wall, in der Odebrechtstiftung und im Waisenhaus der Katholischen Gemeinde, eingerichtet werden, die auch nach 1945 noch aufgrund des Flüchtlingsstroms dringend benötigt wurden.[224] Auch für die Universitäts-Hautklinik wurde versucht, Hilfskrankenhäuser und Betten in anderen Abteilungen und Krankenhäusern bereit zu stellen. Im Sommer 1945 war das Patientenaufkommen schließlich so groß, dass Egon Keining 200 Betten für die Behandlung von geschlechtskranken Patienten organisieren musste, da die Hautklinik selbst hoffnungslos überbelegt war. So stellte Karl Velhagen in einem zur Augenklinik gehörenden Gartenhaus 30 Betten zu Verfügung und erklärte sich bereit, eine weitere Baracke für weitere 30-40 an Gonorrhoe erkrankte Frauen bereit zu stellen. Eine Schule in der Anklamer Straße wurde mit der Aufschrift „Seuchenstation für die Hautklinik für venerische Krankheiten“ in deutscher und russischer Sprache versehen und als weitere Hilfsstation in Betrieb genommen.[225]
Ein Vergleich mit anderen Hautkliniken Deutschlands zeigt ein ähnliches Bild in der Zeit des Zweiten Weltkrieges. In der Universitäts-Hautklinik in Münster beispielsweise versorgten 1941 zwei wissenschaftliche Assistenten die sonst auf einen Oberarzt und fünf Assistenzärzte ausgelegte Klinik mit 76 Betten.[226]

Im Lehrbetrieb an der Universität Greifswald hatten während des Nationalsozialismus keine langfristigen Unterbrechungen erfolgen müssen. Die Universität wurde im September 1939 zwar zunächst geschlossen, jedoch nur, um zu Beginn des Jahres 1940 mit der Umstellung der Lehre auf Trimester wieder zu eröffnen.[227] Dies war aufgrund einer neuen Studienordnung erfolgt und hatte den Zweck, die Studienzeit insgesamt zu verkürzen, um so schneller mehr medizinische Absolventen zu erhalten, welche die fehlenden Ärzte ersetzen und die Ärzte in der Wehrmacht

[224] Ewert, Ralf / Ewert, Günter / Lerch, Markus M.: *Geschichte der Inneren Medizin an der Universität Greifswald. Herausbildung und Entwicklung von 1456 bis 1990*. (2006) Greifswald. S. 168.
[225] UAG K 470 - „Die Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten“. Heft 3. 1939-1946. S. 208. Brief von Egon Keining an den Kurator vom 5.7.1945.
[226] Krutmann, Jean: *Die Geschichte der Universitäts-Hautklinik in Münster in Westfalen*. In: Murken, Axel Hinrich [Hrsg.]: Studien zur Geschichte des Krankenhauswesens. Band 25. Herzogenrath. (1987) S. 79.
[227] Schmiedebach, Heinz-Peter. (2006) S. 334.

unterstützen sollten.[228] Trotz dieser ununterbrochenen Lehrtätigkeit in Greifswald, war die Qualität der Lehre durch fehlendes qualifiziertes Personal und die Fähigkeiten der Absolventen durch verkürzte Studienzeiten und zunehmende Ausrichtung der medizinischen Ausbildung auf wehrmedizinische und praxisbezogene Aspekte wie in ganz Deutschland deutlich eingeschränkt. Die zunehmend schlechteren Studienbedingungen führten bereits zu Beginn des Zweiten Weltkrieges zu deutlich verschlechterten Studienleistungen.[229] Gleichwohl erwartete die Absolventen trotz der qualitativ geringeren Ausbildung nach dem Examen eine hohe Arbeitsbelastung und Verantwortung.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass in der Greifswalder Universitäts-Hautklinik während des Zweiten Weltkrieges keinerlei materielle Verluste durch den Krieg entstanden. Die Arbeit in der Klinik war jedoch durch die extrem hohe Zahl von geschlechtskranken Patienten und den immensen personellen Mängeln deutlich eingeschränkt. Die zunehmenden Patientenzahlen, insbesondere aufgrund der Zunahme von an Gonorrhoe erkrankten Frauen, zwangen den leitenden Oberarzt, räumliche Veränderungen vorzunehmen und mit der Behandlung auf Baracken auszuweichen. Dabei zeigte sich deutlich die Bedeutung der Geschlechtskrankheiten für die Ärzte in den Kliniken, jedoch auch die Bedeutung, welche den Patienten durch die Nationalsozialisten zugeschrieben wurde. Auf die Bedeutung der Geschlechtskrankheiten im Nationalsozialismus soll im folgenden Kapitel noch einmal näher eingegangen werden.

[228] Pfau, Arne. (2002) S. 76f.
[229] Schneck, Peter. (1993) S. 59.

5. Die Behandlung der Geschlechtskrankheiten an der Universitäts-Hautklinik 1933 bis 1945

Im folgenden Kapitel soll nun auf die beiden Geschlechtskrankheiten Syphilis und Gonorrhoe eingegangen werden. Die Bearbeitung der Patientenakten aus der Zeit von 1933 bis 1945 macht einen zentralen Teil der Arbeit aus, so dass in der Auswertung der Akten keine Beschränkung auf beispielsweise Krankheitsstadium, Behandlung, Dauer des stationären Aufenthaltes etc. stattfand. Neben der systematischen Auswertung erfolgte parallel die Aufarbeitung verschiedener umgebender wichtiger Funde. So wurde unter anderem ein Schwerpunkt bei der Bearbeitung auf die Suche nach Hinweisen auf Zwangssterilisationen und andere für die Zeit des „Dritten Reiches“ bedeutende Punkte gelegt.
Zunächst soll für beide Erkrankungen eine medizinische Erläuterung erfolgen, anschließend wird auf den historischen Hintergrund und die jeweilige Bedeutung der Erkrankung für die Zeit des Nationalsozialismus eingegangen. Der Schwerpunkt dieses Kapitels liegt auf den Auswertungen der Krankenakten. Hierbei wird wie bereits erwähnt neben einer zahlenmäßigen Auswertung die Auswertung im Hinblick auf die geschichtliche Bedeutung der Krankenakten besonders berücksichtigt.

5.1. Die Syphilis

Die Syphilis ist eine durch das Bakterium Treponema pallidum hervorgerufene chronische, in Stadien verlaufende Erkrankung, die unbehandelt zu Siechtum und Tod führen kann.[1] Über die Herkunft und das erste Auftreten der Erkrankung herrscht seit vielen Jahren Uneinigkeit, was in den folgenden Unterkapiteln kurz erörtert werden soll.
Medizinisch betrachtet ist die Syphilis, auch Lues genannt, heute durch die Gabe von Penicillin gut therapierbar. Die zur Zeit der ersten Epidemien gesehenen foudroyanten Verläufe der Syphilis lassen sich heute nur noch vereinzelt bei immunologisch abgeschwächten Patienten beobachten. Dies wird auf eine im Laufe

[1] Moll, Ingrid: *Dermatologie*. (2005) Stuttgart. S. 275.

der Jahrhunderte veränderte Virulenz des Erregers beziehungsweise auf eine Selektion immunkompetenter Patienten zurückgeführt.[2] Die Syphilis wird fast ausschließlich über Geschlechtsverkehr übertragen, sehr selten kommt es jedoch auch zu einer intrauterinen Übertragung, zu einer Schmierinfektion oder zu einer Infektion aufgrund von kontaminierten Bluttransfusionen.[3] Nach einer Inkubationszeit von zwei bis drei Wochen entsteht an der Eintrittsstelle des Erregers zunächst eine Papel[4] und schließlich ein wenig schmerzhaftes hartes Ulcus[5], das sogenannte Ulcus durum. Dieses wird auch als Primäraffekt oder harter Schanker bezeichnet. Es ist nicht zu verwechseln mit dem sogenannten syphilitischen Primärkomplex, worunter das Ulcus durum mit begleitender regionärer Lymphnotenschwellung verstanden wird.[6] Wird zu diesem Zeitpunkt keine Behandlung begonnen, so heilt das Ulcus nach wenigen Wochen unter Narbenbildung ab. Dies wird als das erste der drei Stadien bezeichnet.[7] Das zweite Stadium, das sogenannte Sekundärstadium, beschreibt die Auseinandersetzung des Organismus mit dem Erreger, welche nach dessen Aussaat im Körper stattfindet. Klinisch zeigt sich dabei eine meist fieberhafte Reaktion mit Arthralgien, das heißt Gelenkbeschwerden, und einem typischen Exanthem[8] (sogenannte Syphilide) nach ca. acht bis zwölf Wochen. Zugleich zeigen sich generalisierte Lymphnotenschwellungen am ganzen Körper. In den einige Woche später gelegentlich auftretenden eitrigen Tonsillitiden[9] (Angina specifica), sowie weißlichen Plaques an der Mundschleimhaut (Plaques muqueuses) oder den meist im Genital- oder Analbereich sichtbaren Papillomen[10] (Condylomata lata) lassen sich die Bakterien nachweisen.[11] In diesen Fällen ist von einer Ansteckungsgefahr wie im ersten Stadium auszugehen. Bereits drei bis vier Wochen nach der Infektion lassen sich serologisch Antikörper nachweisen und die Diagnose dadurch bestätigen. In den folgenden ein bis zwei Jahren kann es rezidivierend zu

---

[2] Ebenda. S. 275.
[3] Braun-Falco, Otto / Plewig, Gerd / Wolff, Helmut H. et. al: *Dermatologie und Venerologie*. (2005) Heidelberg. S. 227.
[4] Syn. Papula, Hautknötchen. Siehe in: Reuter, Peter: *Springer Lexikon Medizin*. 1. Auflage. (2004) Berlin. S. 1621.
[5] Syn. Geschwür. „lokale Entzündung von Haut und Schleimhaut mit in die Tiefe gehendem Substanzverlust". Siehe in: Reuter, Peter. (2004) S. 2205f.
[6] Moll, Ingrid. (2005) S. 275.
[7] Einige Autoren unterscheiden vier Stadien der Syphilis, wobei unter dem vierten Stadium die Neurosyphilis verstanden wird. Siehe dazu in: Moll, Ingrid. (2005) S. 275-278.
[8] Ausschlag, Hautausschlag. Siehe in: Reuter, Peter. (2004.)
[9] Mandelentzündung. Siehe in: Reuter, Peter. (2004) S. 2131f.
[10] Geschwulst, „mit Epithel überkleidete, gutartige Bindegewebsgeschwulst der Haut und/oder Schleimhaut". In: Reuter, Peter. (2004) S. 1622.
[11] Moll, Ingrid. (2005) S. 275f.

unterschiedlich aussehenden Exanthemen kommen, zudem kann kleinfleckiger Haarausfall, eine sogenannte Alopecia areolaris, entstehen.[12] Im Anschluss an das Sekundärstadium kommt es zu einer verschieden langen Latenzzeit (Latenzstadium), welche lediglich durch serologisch noch nachweisbare Infektion ohne klinische Symptome gekennzeichnet ist (sogenannte Lues latens seropositiva). Es kann jedoch bereits nach kurzer Zeit zu Rezidiven kommen, welche sich dann durch eine geringer ausgeprägte klinische Symptomatik und eine regrediente Kontagiosität auszeichnen.[13]

Das dritte Stadium der Syphilis ist schließlich gekennzeichnet durch das Auftreten sogenannter Gummen (Syphilome). Dies sind allergische Gewebereaktionen, die sich in Form von entzündlichen, geschwürartigen Läsionen an Haut und Schleimhäuten zeigen. Sind innere Organe befallen, kann es zu entsprechenden klinischen Auswirkungen wie zum Beispiel zu einem Herzinfarkt oder Aneurysmenbildung[14] unter Umständen mit Ruptur der Hauptschlagader kommen. Das dritte Stadium der Syphilis wird heute nur noch selten erreicht, da es nur bei ausbleibender Therapie in den vorherigen Stadien und auch dann nur in etwa einem Drittel der Fälle auftritt.[15]

Die Neurolues, von einigen Autoren als viertes oder quartäres Stadium bezeichnet, bedeutet das Endstadium der Syphilis. Hierbei kommt es bei abgeschwächter Immunitätslage des Betroffenen zu einer erneuten Vermehrung des Erregers.[16] Es können zwei Formen auftreten: Die Tabes dorsalis oder die progressive Paralyse, welche beide zwischen 5 und 25 Jahren nach der initialen Infektion auftreten können.[17] Bei der Tabes dorsalis handelt es sich um einen Befall der weichen Hirnhäute, Atrophie der grauen Hirnsubstanz und einer Entmarkung der Hinterstänge, wodurch Symptome einer chronischen Leptomeningitis, einer chronischen Hirnhautentzündung, entstehen.[18] Dabei kommt es typischerweise zu plötzlichen brennenden Schmerzen, Sensibilitätsausfällen, Ataxie, Areflexie, Verminderung der Vibrations- und Tiefensensibilität und reflektorischer

---

[12] Ebenda. S. 276.
[13] Braun-Falco. (2005) S. 235.
[14] Aneurysmen sind lokale Wanderweiterungen von Gefäßen. Siehe dazu in: Reuter, Peter. (2004) S. 104. Bei der Syphilis entsteht in diesem Falle eine soganannte Mesaortitis luica, wobei es zu einer Entzündung und schließlich narbiger Schrumpfung einzelner Schichten der Gefäßwand kommt. Siehe dazu auch in: Braun-Falco. (2005) S. 237.
[15] Petzoldt, Detlef / Gross, Gerd: *Diagnostik und Therapie sexuell übertragbarer Krankheiten. Leitlinien 2001 der Deutschen STD-Gesellschaft*. (2001) Berlin. S. 103.
[16] Moll, Ingrid. (2005) S. 277.
[17] Braun-Falco. (2005) S. 237f.
[18] Braun-Falco. (2005) S. 237.

Pupillenstarre[19], der sogenannten Argyll-Robertson-Pupille.[20] Die progressive Paralyse bezeichnet eine chronische Meningoenzephalitis mit Gewebeverlust durch Atrophie,[21] das heißt hierbei ist die weiße Substanz des Gehirns mit betroffen. Sie zeigt sich durch zunehmende dementielle Entwicklung und Verlust der Persönlichkeitsstruktur.[22]

Von der beschriebenen Form der Syphilis ist die konnatale, das heißt angeborene Syphilis durch intrauterine Übertragung zu unterscheiden. Der Schweregrad der Erkrankung beim Neugeborenen hängt dabei von der Infektiosität der mütterlichen Syphilis ab. Dabei zeigt sich die schwerste Form in einer Totgeburt im 7.-8. Schwangerschaftsmonat, wenn bei der Mutter eine Syphilis im frühen Stadium vorlag.[23] Bei länger zurück liegender Infektion der Mutter zeigt das Kind nach der Geburt Symptome des zweiten Stadiums der Syphilis wie zum Beispiel Haut- und Weichteilexantheme. Dies wird auch als Lues connanta praecox bezeichnet.[24] Bei der sogenannten Lues connata tarda, einer späten Sonderform der angeborenen Syphilis, treten die Symptome beim Kind erst im Jugendlichen- oder Erwachsenenalter auf. Anhand der typischen morphologischen Zeichen wie zum Beispiel der Sattelnase durch eine entzündliche Zerstörung des Nasenknorpels und -septums sowie Parrot-Furchen,[25] lassen sich diese Patienten jedoch meist erkennen.[26]

Die allgemeine Diagnostik der Syphilis heute beinhaltet neben anamnestischen und klinischen Datenerhebungen verschiedene Tests, wobei neben einer Direktbestimmung der Erreger im Dunkelfeld verschiedene serologische Tests zur Verfügung stehen[27]. Am gebräuchlichsten sind dabei der Treponema-pallidum-Hämaglutinationstest (TPHA-Test) als Suchtest und der Fluoreszenz-Treponema-Antikörpertest (FTA-Test) sowie der Treponema-pallidum-Westernblot als

---

[19] Ebenda.

[20] Störung der Lichtreaktion bei erhaltener Konvergenzreaktion. Siehe dazu in: Poeck, Klaus / Hacke, Werner: *Neurologie*. 2006. Heidelberg. S. 443.

[21] Moll, Ingrid. (2005) S. 277.

[22] Braun-Falco. (2005) S. 327f.

[23] Moll, Ingrid. (2005) S. 280.

[24] Braun-Falco. (2005) S. 238.

[25] Radiäre Narben perioral, welche aus Läsionen der Mundwinkel (sog. Hochsinger-Infiltrate) entstehen. Siehe in: Reuter, Peter. (2004) S. 2085.

[26] Braun-Falco. (2005) S. 238. Die typische beweisende Trias der Lues connata tarda ist dabei die sogenannte Hutchinson-Trias mit Tonnenform der oberen Schneidezähne, Keratitis parenchymatosa und Innenohrschwerhörigkeit.

[27] Der Nachweis von Treponema pallidum oder spezifischer Antikörper ist nach dem seit dem 1.1.2001 in Kraft getretenen Infektionsschutzgesetz nicht-namentlich meldepflichtig. Siehe dazu in: Moll, Ingrid. (2005) S. 280.

Bestätigungstests.[28] Bei diesen Tests handelt es sich um sogenannte treponemale Seroreaktionen, das heißt Reaktionen, bei denen spezifische Antikörper gegen Antigene des Erregers nachgewiesen werden.[29] Die nichttreponemalen Seroreaktionen (Wassermann-Reaktion, Wa/R) werden heutzutage nicht mehr verwendet. Es handelt sich dabei um den Nachweis von Antikörpern gegen Phospholipide, welche bei Syphilis vermutlich vermehrt freigesetzt werden.[30] Ein weiterer in der Routine häufig eingesetzter Suchtest ist der Veneral disease research laboratory test (VDRL-Test) als Schnelltest. Dies ist ein nicht-spezifischer serologischer Test, bei dem sowohl IgM- also auch IgG-Antikörper nachgewiesen werden können.[31] Der VDRL-Test kann auch zur Verlaufskontrolle als quantitativer Test genutzt werden.[32]

Die Behandlung der Syphilis erfolg mit der Gabe von Penicillin als Mittel der Wahl. Bei Neurolues erfolgt diese parenteral.[33] Der Gefahr einer Jarisch-Herxheimer-Reaktion[34] kann mit der einmaligen Gabe von Prednisolon zusammen mit der ersten Penicillin-Injektion begegnet werden. Nach der Therapie erfolgen oben genannte Nachkontrollen nach drei, sechs und zwölf Monaten, danach jährlich bis zu vier Jahren. Dabei können fehlender Therapieerfolg oder erneute Infektion festgestellt werden.[35]

5.2. Die Gonorrhoe

Die Gonorrhoe, auch heute noch eine der häufigsten Geschlechtskrankheiten, wird umgangssprachlich auch „Tripper“ genannt und ist eine durch das Bakterium Neisseria gonorrhoeae verursachte Infektionskrankheit.[36] Da das Bakterium sehr empfindlich auf Umwelteinflüssen wie etwa Temperaturschwankungen oder Austrocknung reagiert, ist eine Übertragung ausschließlich über direkten

[28] Moll, Ingrid. (2005) S. 278f.
[29] Braun-Falco. (2005) S. 240.
[30] Ebenda. S. 239f.
[31] Petzoldt, Detlef / Gross, Gerd. (2001) S. 104.
[32] Moll, Ingrid. (2005) S. 279.
[33] Ebenda S. 279f.
[34] Durch den hohen Erregerzerfall kommt es dabei zu einer toxischen Reaktion mit Fieber, Schüttelfrost und Exanthem. Siehe dazu in: Moll, Ingrid. (2005) S. 280.
[35] Moll, Ingrid. (2005) S. 280.
[36] Moll, Ingrid. (2005) S. 269.

Schleimhautkontakt, meist beim Geschlechtsverkehr, möglich.[37] Nach einer Inkubationszeit von ein bis sechs Tagen führt die Gonorrhoe meist zu Symptomen der Schleimhautinfektion an der Eintrittspforte, beim Mann zu Urethritis anterior, bei der Frau zu Zervizitis mit oftmals begleitender Urethritis.[38] Die Urethritis anterior des Mannes macht sich durch akute eitrige Infektion bemerkbar, die Dysurie und einen gelblich-grünen Ausfluss aus der Harnröhre verursacht. Betrifft die Infektion des Mannes den hinteren Bereich der Harnröhre (Urethritis posterior), so kommt es zu Pollakisurie[39] mit terminaler Hämaturie, das heißt blutigem Urin.[40] Steigt die Infektion unbehandelt auf, so kann eine Entzündung der Prostata (Prostatitis), des Samenstrangs (Funiculitis) oder der Nebenhoden (Epididymitis) die Folge sein.[41] Diese Komplikationen können durch entzündlichen Verschluss der Samenkanälchen zu Infertilität führen.[42] Während die Infektion beim Mann nur in 20% der Fälle asymptomatisch verläuft, bleibt bei 50-70% der Frauen die frühe Erkrankung unbemerkt.[43] Leitsymptom bei der Zervizitis ist vermehrter Ausfluss (Fluor), oftmals begleitet von brennenden oder stechenden Schmerzen beim Wasserlassen.[44] Auch hier ist eine aufsteigende und dann sehr schmerzhafte Infektion hin zu einer Entzündung der Gebärmutterschleimhaut (Endometritis), der Eileiter (Salpingitis) und Eierstöcke (Adnexitis) mit nachfolgend möglicher Sterilität und erhöhtem Risiko für extrauterine Gravidität aufgrund von Verwachsungen möglich.[45] Lokale Infektionen von umgebenden Drüsen können sowohl beim Mann (Cowperitis), als auch bei der Frau (Bartholinitis) vorkommen.[46] Eine Kolpitis oder Vaginitis, das heißt eine Infektion der Scheide durch Gonokokken kommt bei der geschlechtsreifen Frau nicht vor. Nur vor der Menarche können die Bakterien das Vaginalepithel infizieren.[47] Sowohl beim Mann, als auch bei der Frau ist bei entsprechendem Sexualverhalten eine extragenitale Gonorrhoe in Form einer anorektalen Gonorrhoe (Proktitis) oder oropharygealen Gonorrhoe (Pharyngitis) möglich.[48] In sehr seltenen Fällen, meist bei gleichzeitigem Vorliegen eines Komplementmangels, kann es zu einer

[37] Ebenda.
[38] Braun-Falco. (2005) S. 217.
[39] Häufige Harnentleerung, häufiges Wasserlassen. Siehe dazu in: Reuter, Peter. (2004) S. 1727.
[40] Braun-Falco. (2005) S. 216.
[41] Ebenda.
[42] Moll, Ingrid. (2005) S. 269.
[43] Ebenda.
[44] Braun-Falco. (2005) S. 217.
[45] Ebenda.
[46] Ebenda. S. 216f.
[47] Moll, Ingrid. (2005) S. 269.
[48] Ebenda. S. 269f.

disseminierten Gonorrhoe, das heißt einer Infektion des Gesamtorganismus durch hämatogene Aussaat des Erregers kommen. Die Symptome erscheinen in Form einer Trias mit intermittierendem Fieber, Arthralgien[49] und einer charakteristischen Dermatitis mit hämorrhagischen Pusteln[50] als Ausdruck einer Vaskulitis (Gefäßentzündung). Gelegentlich ist auch eine Verlaufsform mit isolierter Mono- oder Polyarthritis gonorrhoica möglich.[51]

Bei Kindern ist neben der bereits erwähnten Vaginitis eine Infektion aller Bereiche des Harn- und Geschlechtsapparates möglich. Die Symptome einer solchen Vulvovaginitis reichen von Juckreiz und Ausfluss bis hin zu Dysurie, also Beschwerden beim Wasserlassen, Fieber, Appetitlosigkeit und Schlaflosigkeit des Kindes, sie kann aber auch völlig symptomlos verlaufen.[52] In Fällen von Vulvovaginitis gonorrhoica infantum muss meist der Verdacht auf sexuellen Missbrauch geäußert werden, da eine Infektion durch verschmutzte Wäsche, Handtücher, Schwämme, Toilettensitz, Fieberthermometer oder Spielzeug bisher wissenschaftlich nicht erwiesenermaßen möglich ist.[53]

Der Nachweis einer Infektion mit Gonokokken erfolgt entweder durch den Erregernachweis mittels gefärbtem Direktpräparat oder durch kulturelle Anzucht. Für den direkten Nachweis stehen zwei verschiedene Färbemethoden zur Verfügung: Die Methylenblau-Färbung oder die Gram-Färbung nach Jensen.[54] Der Abstrich wird hierzu beim Mann aus der Harnröhre, bei Frauen aus Harnröhre und endozervikal, das heißt aus dem Gebärmutterhals, entnommen.[55] Beweisend für eine Infektion ist jedoch der kulturelle Nachweis. Er wird vor allem bei unklaren Fällen zum Ausschluss einer Gonorrhoe-Infektion und zur Erkennung von asymptomatischen Infektionen, vor allem bei Frauen verwendet.[56]

Therapeutisch wird die unkomplizierte Gonorrhoe heute durch die Gabe von Antibiotika behandelt, die oral oder intramuskulär verabreicht werden. Dabei ist immer eine begleitende Infektion durch andere Erreger sowie eine HIV-Infektion auszuschließen.[57] Komplizierte Verläufe werden entsprechend länger und teilweise durch die intravenöse Gabe der Antibiotika behandelt. Drei bis sieben Tage nach

---

[49] Syn. Arthrodynie, Gelenkschmerzen. Siehe dazu in: Reuter, Peter. (2004) S. 161.
[50] Syn. Eiterbläschen, Pustula. Siehe dazu in: Reuter, Peter. (2004) S. 1792.
[51] Braun-Falco. (2005) S. 219.
[52] Ebenda. S. 217.
[53] Ebenda.
[54] Christophers, Enno / Ständer, Markward: *Haut- und Geschlechtskrankheiten*. (2003) München. S. 214.
[55] Ebenda.
[56] Moll, Ingrid. (2005) S. 270.
[57] Ebenda.

Abschluss der Behandlung sollten Kontroll-Abstriche zum Nachweis des Therapieerfolgs stattfinden. In jedem Fall sollte eine Untersuchung und gegebenenfalls Mitbehandlung des Sexualpartners erfolgen.[58]

5.3. Kurze historische Abhandlung über die beiden Geschlechtskrankheiten Syphilis und Gonorrhoe

Zu Beginn des 19. Jahrhunderts herrschte die allgemeine Lehrmeinung, dass Gonorrhoe und Syphilis verschiedene Stadien ein und derselben Krankheit seien. Erst durch den französischen Venerologen Philippe Ricord (1800-1889) konnte dies 1838 widerlegt werden und die beiden Erkrankungen wurden nun getrennt voneinander betrachtet und erforscht.[59] So ist die weiter zurückliegende Geschichte der Syphilis schwer von jener der Gonorrhoe zu trennen. Mit dem Dominieren der morphologischen Beschreibung wurden seit dem 16. Jahrhundert alle Geschlechtskrankheiten als Symptome einer Krankheitsgruppe zugeordnet, sie wurden als ursächlich mit bestimmten astrologischen Konstellationen, krankhaften Säftemischungen oder unmoralischem sexuellem Verhalten angesehen.[60] Der moralisierende Aspekt haftete jedoch schon seit dem Mittelalter den Geschlechtskrankheiten an, wurden sie doch als Folgen des „unreinen Beischlafes" angesehen.[61]

Ab dem 13. Jahrhundert zwang das Vorherrschen der venerischen Erkrankungen zur medizinischen Volksaufklärung in der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Dies geschah zunächst durch mündliche Aufklärung in Versform, nach der Mitte des 15. Jahrhunderts schließlich durch gedruckte Veröffentlichungen.[62] Auf die für die vorliegende Arbeit besonders relevante Art der Geschlechtskrankheiten-Bekämpfung soll an anderer Stelle eingegangen werden. In dem folgenden Unterkapitel soll zunächst versucht werden, für die beiden Erkrankungen der Syphilis und Gonorrhoe einen historischen Einblick zu entwerfen.

---

[58] Braun-Falco. (2005) S. 221.
[59] Sauerteig, Lutz. (1999) S. 32.
[60] Scholz, Albrecht / Holubar, Karl / Burg, Günter. 2009. S. 489. Siehe auch in: Scholz, Albrecht: *Geschlechtskrankheiten im 19. Und 20. Jahrhundert.* In: Schultheiss, Dirk / Rathert, Peter / Jonas, Udo [Hrsg.]: Streiflichter aus der Geschichte der Urologie. (2000) Berlin. S. 134.
[61] Ellenbrand, Petra: *Die Volksbewegung und Volksaufklärung gegen Geschlechtskrankheiten in Kaiserreich und Weimarer Republik.* In: Wissenschaft in Dissertationen. Band 459. (1999) Diss. Marburg. S. 11.
[62] Ebenda. S. 15f.

5.3.1. Historische Aspekte der Syphilis

„Die früheste Geschichte der Syphilis ist in Dunkel gehüllt“.[63] Der Ursprung der Syphilis gehört zu den am meisten diskutierten Themen in der Medizingeschichte.[64] Verschiedene Theorien wurden immer wieder erstellt, diskutiert und wieder verworfen, so dass die Herkunft der Syphilis bis heute nicht vollständig geklärt werden konnte.

Als erstes Auftreten der Syphilis in Europa gilt jedoch heute der Einzug des französischen Königs Karl VIII. (1483-1498) mit einem Söldnerheer in die Stadt Neapel, nach dessen Rückzug sich eine neue, als „Mal de Neaple“ oder „Mal franzoso“ bezeichnete Seuche ausbreitete.[65] Dies entspricht in etwa der Ursprungstherorie der „Amerikanisten“, dessen wohl bedeutendster Verfechter Iwan Bloch (1872-1922) versuchte, diese Theorie im Rahmen seines zweibändigen Werkes *Der Ursprung der Syphilis* zu begründen.[66] Die „Amerikanisten“ gingen von einer 1493 durch Kolumbus und seiner Mannschaft bei der Rückkehr aus Amerika nach Spanien gebrachten und dann von dort durch das teilweise aus erkrankten Spaniern bestehende Söldnerheer Karls VIII. nach Neapel verschleppten Erkrankung aus.[67] Demgegenüber glaubten die Verfechter der „Altertumssyphilis“, unter ihnen die namhaften Medizinhistoriker Karl Sudhoff (1853-1938) und Georg Sticker (1860-1960), an eine uralte, seit der Antike in Europa heimische Krankheit. Auch der Leipziger Universitätsprofessor Heinrich Botho Scheube (1853-1923) glaubte an die „Altertums-Syphilis“ und versuchte diese, mit Hilfe alter japanischer Schriften zu begründen, die seiner Meinung nach die Syphilis bereits im Jahre 808 beschrieben.[68] Allerdings ist es bis heute nicht gelungen, einen wirklichen Beweis für das Vorkommen einer solchen „Altertumssyphilis“ zu liefern.[69] Trotz der bereits seit dem ersten Auftreten der Syphilis beginnenden Kontroverse über die Herkunft, hat die Frage an Aktualität bis heute nicht verloren. So stehen mittlerweile diagnostische Möglichkeiten zur Verfügung, die eine weitere Erforschung der Fragestellung

---

[63] Scheube, Heinrich Botho.: „Zur Geschichte der Syphilis“. In: Virchows Archiv. Vol 91. Nr. 3. 1883. S. 448.
[64] Leven, Karl-Heinz: *Die Geschichte der Infektionskrankheiten. Von der Antike bis ins 20. Jahrhundert*. In: Hofmann, F. [Hrsg.]: Fortschritte in der Präventiv- und Arbeitsmedizin. Bd. 6. (1997) Landsberg/Lech. S.53.
[65] Ebenda. S. 53.
[66] Siehe auch in: Bloch, Iwan: *Das erste Auftreten der Syphilis (Lustseuche) in der europäischen Kulturwelt. Gewürdigt in seiner weltgeschichtlichen Bedeutung, dargestellt nach Anfang, Verlauf und voraussichtlichem Ende*. Vortrag, gehalten in der Staatswissenschaftlichen Vereinigung zu Berlin am 12. November 1903. (1904) Jena. S. 8.
[67] Sauerteig, Lutz. (1999) S. 30.
[68] Scheube, Heinrich Botho. (1888) S 448-452.
[69] Leven, Karl-Heinz: „Amerika oder die „babylonische Üppigkeit“? – Der Streit um die „Altertumssyphilis“ am Anfang des 20. Jahrhunderts“. In: Praxis. Schweizerische Rundschau für Medizin. Jg. 91. Nr. 6. (2002) S. 245.

ermöglichen. Im Jahr 2008 wurde diesbezüglich ein neuer Ansatz gewählt, indem mittels Genanalysen verschiedener Stämme des Syphilis-Erregers die zeitliche Abfolge des Auftretens anhand von Ähnlichkeiten im Erbgut nachgewiesen werden sollte. Mittels dieses Forschungsansatzes konnte erneut ein Hinweis auf den amerikanischen Ursprung der Syphilis gefunden werden.[70]

Auch die vielen Bezeichnungen der Syphilis machen die Kontroverse um den Ursprung der Erkrankung deutlich. Der Name „Syphilis" wurde im Jahr 1530 durch den Veroneser Arzt und Humanisten Girolamo Fracastoro (ca. 1478-1553) in einem mythologischen Lehrgedicht erfunden, mit dem er die zu seiner Zeit vorkommende „neue" Krankheit, den „Mal franzoso" oder „Morbus gallicus" bezeichnete.[71] In diesem Gedicht *Syphilidis sive morbi gallici libri tres* ließ er den Hirten Siphylus wegen Gotteslästerung mit der neuen Krankheit bestrafen.[72] Die Ursache für diese Krankheit glaubte er in der Verunreinigung der Atmosphäre mit den „Keimen" der Krankheit durch eine Konjunktion der Planeten Saturn, Jupiter und Mars zu sehen, eine astromedizinische Theorie, die dem Höchststand der zeitgenössischen Universitätsmedizin entsprach.[73] Andere Bezeichnungen für die Syphilis, wie „Franzosen-Krankheit", in Frankreich die „Italienische Krankheit", in Schottland die „Englische Krankheit" etc. zeigen deutlich, dass die Namen gleichzeitig einerseits Krankheitsbezeichnungen, andererseits Herkunftszuschreibungen darstellten. Und dies macht gleichzeitig den moralisierenden Aspekt deutlich, der stets mit der Syphilis einherging, denn keiner wollte diese Erkrankung eingeschleppt oder übertragen haben, denn „in der Mehrzahl der Fälle war es eben doch moralisch verdorben, das von Syphilis befallene Weib".[74] Diese Ansicht, der durch sexuelles Verhalten verursachten Erkrankung und damit die Ansicht einer moralischen Individualschuld, war jedoch eine Erklärungstheorie, die auf viele Erkrankungen, wie beispielsweise auch auf die „Pest" und den „Aussatz", angewendet wurde.[75]

Der Beweis für die Ursache der Syphilis im naturwissenschaftlichen Sinn konnte durch die Entdeckung des Erregers, des Treponema pallidum, 1905 durch Fritz

---

[70] Harper, Kristin / Ocampi, Paolo / Steiner, Bret et.al.: „On the Origin of the Treponematoses: A Phylogenetic Approach". In: PLoS Neglected Tropical Diseases. Bd. 2. Artikel e148. (2008).

[71] Leven, Karl-Heinz. (2002) S. 244.

[72] Schönfeld, Walther: *Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten*. (1950) Heidelberg. S. 317.

[73] Ebenda. S. 244.

[74] Köster-Lösche, Kari: *Die großen Seuchen. Von der Pest bis Aids.* (1995) Frankfurt a. M. / Leipzig. S. 54.

[75] Kinzelbach, Annemarie: *„Böse Blattern" oder „Franzosenkrankheit": Syphiliskonzept, Kranke und die Genese des Krankenhauses in oberdeutschen Reichsstädten in der frühen Neuzeit*. In: Dinges, Martin / Schlich, Thomas [Hrsg.]: Neue Wege in der Seuchengeschichte. MedGG-Beihefte. Heft. 6. (1995) Stuttgart. S. 47.

Schaudinn (1871-1906) erbracht werden.[76] Dies gab den Anstoß für die Erforschung von Nachweismöglichkeiten, welche schließlich ein Jahr später August Paul Wassermann (1866-1925) und Carl Bruck (1879-1944) dazu führte, ein kompliziertes serologisches Nachweisverfahren zu entwickeln, mit dem die Syphilis auch in der Latenzphase sicher diagnostiziert werden konnte.[77] Bei der Entwicklung dieses Nachweisverfahrens ist besonders bedeutsam, dass hinter der Entstehung nicht nur ein rein wissenschaftliches, sondern auch ein soziales Motiv stand. Ludwik Fleck beschreibt es als „Völkerwettkampf auf einem Gebiete, das auch Laien, als sehr wichtig ansehen".[78] Er beschrieb weiter: „Der Nachdruck, die Bedeutung, die Entwicklungskraft, die durch die spezielle moralische Betonung der Syphilis der Forschung gegeben wurden, sind nicht hoch genug einzuschätzen".[79] Dieses besondere Forschungsinteresse führte dazu, dass es sich bei der Entwicklung der Wassermann-Reaktion nicht um ein Individuum, sondern um ein organisiertes Kollektiv handelte, das sie vollbrachte. Nur durch Vor- und Mitarbeit anderer Wissenschaftler war es schlussendlich möglich, dieses komplizierte Nachweisverfahren zu entwickeln und zu verbessern.[80]

Die Behandlung der Syphilis erfolgte in der frühen Neuzeit mit Quecksilber und Guajakholz, wobei dem therapeutischen Erfolg des Guajaks vermutlich lediglich eine psychosomatische und die körperlichen Abwehrkräfte stimulierende Wirkung zugrunde lag.[81] Die unangenehmen, teils qualvollen Nebenwirkungen des Quecksilbers versuchte man später durch Kombination mit anderen Präparaten und durch verschiedene Darreichungsformen (perkutan, peroral, per Injektion) zu verringern, da man aufgrund der Wirksamkeit nicht auf das Quecksilber in der Therapie verzichten wollte.[82] Die frühesten Versuche einer solchen intravenösen Behandlung der Syphilis sind durch den Danziger Stadtphysikus Johannes Schmiedt (1623-1690) in den Jahren um 1667 beschrieben. Er behandelte damals Soldaten

[76] Scholz, Albrecht / Holubar, Karl / Burg, Günter. (2009) S. 494.
[77] Sauerteig, Lutz. (1999) S. 33. Siehe auch in: Bruck, Carl: „Die Serodiagnostik der Syphilis nach Wassermann, Neisser und Bruck". Nach dem Vortrage auf dem X. Kongreß der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft in Frankfurt am Main. Juni 1908. In: Archieves of Dermatological Research. Vol. 91. Nr. 2-3. (1908) S. 337-354.
[78] Fleck, Ludwik: *Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv.* (1980) Frankfurt am Main. S. 90.
[79] Ebenda. S. 102.
[80] Ebenda. S. 90.
[81] Sauerteig, Lutz. (1999). S. 34.
[82] Ebenda.

jedoch durch Gabe eines Purgiermittels, also eines Mittels mit abführender Wirkung.[83]

Ein aufsehenerregender Wandel in der Therapie der Syphilis trat mit dem 1909 durch Paul Ehrlich (1854-1915) und seinem Schüler Sahachiro Hata (1873-1938) entdeckten Dioxydiamidoarsenobenzol ein, einer Arsenverbindung mit dem späteren Namen „Salvarsan".[84] In der Erprobung dieses neuen Medikamentes fanden, neben den üblichen tierexperimentellen Studien, auch Selbstversuche und Versuche an Menschen statt. So schüttete beispielsweise der Nobelpreisträger Paul Ehrlich sich und seinem Assistenten Alfred Stühmer (1885-1957) Neosalvarsan in den Kognak, „und wir haben das getrunken. Es hat uns nicht geschadet" berichtete Alfred Stühmer.[85] Bekannter geworden ist jedoch der „Fall Neisser". In seinem erfolglosen Versuch, eine Serumtherapie gegen die Syphilis zu entwickeln noch bevor der Erreger der Erkrankung entdeckt worden war, injizierte er zwei Gruppen von Prostituierten Serum von Syphiliskranken subkutan bzw. intravenös ohne deren Einverständnis. Dieser für die damalige Zeit durchaus übliche Versuchsaufbau mit Menschenversuchen wurde durch Zeitschriften-Artikel skandalisiert, indem nun von „unschuldigen Kindern" die Rede war. Es wurde daraufhin ein strafrechtliches Untersuchungsverfahren gegen Albert Neisser eingeleitet, welches jedoch bald wieder eingestellt wurde.[86] Dennoch führte diese Öffentlichmachung der Forschungsmethoden dazu, dass im Dezember 1900 erstmals ethische Regeln im Umgang mit Probanden bei medizinischen Menschenversuchen durch das preußische Kultusministerium erlassen wurden.[87] Somit ist der Erforschung der Syphilis gleichzeitig ein bedeutsamer Fortschritt im ethischen Umgang mit Patienten und Probanden zuzuschreiben.

Die in der Öffentlichkeit herrschenden Diskussionen um das neu eingeführte Salvarsan mit all seinen veröffentlichten Nebenwirkungen diente den

---

[83] Schönfeld, Walther*:* „Aus den Anfängen der intravenösen Behandlung in Deutschland und bei der Syphilis". In: Dermatologische Wochenschrift. Bd. 101. Nr. 38. (1935) S. 1158f.

[84] Scholz, Albrecht. (2000) S. 140f.

[85] Zitiert nach: Leven, Karl-Heinz: *Syphilis und Menschenversuche um 1900*. In: Wolff, Helmut / Welzel, Julia / v. Engelhardt, Dietrich [Hrsg.]: Ethik in der Dermato-Venerologie. (2002) Lübeck. S. 53.

[86] Leven, Karl-Heinz. Syphilis und Menschenversuche. (2002) S. 60f.

[87] Ebenda. S. 62. 1931 folgten „Richtlinien für neuartige Heilbehandlungen und die Vornahme wissenschaftlicher Versuche am Menschen" durch den Reichsgesundheitsrat. Dennoch zeugt die Tatsache, dass die verbrecherischen Versuche in den Konzentrationslagern während des Nationalsozialismus vom damaligen „wissenschaftlichen Paradigma keineswegs unseriös" angesehen wurden davon, dass die ethische Auseinandersetzung bei der Anwendung wissenschaftlicher Versuche noch nicht stattgefunden hatte. Siehe dazu auch in: Baader, Gerhard: *Ethik in der Begegnung mit der Vergangenheit – ein Weg der Auseinandersetzung*. In: Horn, Sonia / Malina, Peter [Hrsg.]: Medizin im Nationalsozialismus: Wege der Aufbereitung. Wiener Gespräche zur Sozialgeschichte der Medizin. (2001) Wien. S. 237.

Naturheilverbänden dazu, gegen die herrschende „Schulmedizin“ vorzugehen. Die von ihnen durchgeführten Behandlungen im Sinne einer Stärkung der körpereigenen Abwehrkräfte mittels Licht-, Heißluft-, Durst-, Fasten- und Schwitzkuren stellten ihrer Meinung nach die schmerzlosere und schnellere Alternative zur Quecksilber- und Salvarsantherapie dar. Dagegen kämpfte die DGBG und die 1903 gegründete „Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung des Kurpfuschertums“ entschieden an.[88] In mehreren Schritten wurde schließlich die Behandlung der Geschlechtskrankheiten Sache der approbierten Ärzte, beginnend mit Inkrafttreten des neuen Krankenversicherungsgesetzes von 1914, nachdem die Krankenkasse Leistungen nichtapprobierter Heiler nicht mehr vergüten durfte, über Behandlungsverbote für Laienheiler, Geschlechtskranke zu behandeln durch verschiedene stellvertretende Generalkommandos nach dem Ersten Weltkrieg, bis hin zum Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten von 1927, in dem schließlich die Kurierfreiheit deutlich eingeschränkt wurde.[89]

Neben dem bereits beschriebenen Quecksilber hatte das neu entwickelte Salvarsan trotz allem öffentlichen Schrecken, der über Nebenwirkungen verbreitet wurde, eine große Bedeutung in der Therapie der Syphilis. So schrieb Albert Neisser 1916:

> „Das Unglück, das die Geschlechtskrankheiten und namentlich die Syphilis mit sich bringen, wäre lange nicht so groß, trüge nicht das Kurpfuscherwesen dazu bei, Tausenden von Syphilitikern das ungerechtfertigte Misstrauen gegen die Wundermittel Quecksilber und Salvarsan einzupflanzen“.[90]

Auch in der Zeit des Nationalsozialismus wurden in der Therapie die „chemotherapeutisch“ wirksamen Arzneimittel Quecksilber, Wismut, Jod und Salvarsan eingesetzt. Nur Salvarsan und Quecksilber wurden als „Heilmittel“ angesehen, während Jodverbindungen lediglich die späteren Erscheinungen der Erkrankung günstig beeinflussten, selbst aber nicht Spirochaeten-abtötend wirkten. So war das „zuverlässigste Verfahren der Syphilisbehandlung“ in der Zeit des Nationalsozialismus die „gründliche Anwendung von Quecksilber (oder Wismut) und

---

[88] Sauerteig, Lutz: *Salvarsan und der „ärztliche Polizeistaat“. Syphilistherapie im Streit zwischen Ärzten, pharmazeutischer Industrie, Gesundheitsverwaltung und Naturheilverbänden (1910-1927)*. In: Dinges, Martin [Hrsg.]: Medizinkritische Bewegungen im Deutschen Reich (ca. 1870-ca. 1933). In: Jütte, Robert [Hrsg.]: Medizin, Gesellschaft und Geschichte. Jahrbuch des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert-Bosch-Stiftung. Beiheft 9. (1996) Stuttgart. S. 190f.

[89] Ebenda. S. 192-198.

[90] Neisser, Albert: *Die Geschlechtskrankheiten und ihre Bekämpfung. Vorschläge und Forderungen für Ärzte, Juristen und Soziologen*. (1916) Berlin. S. 57.

Salvarsan".[91] Diese waren auch, allerdings oftmals in Verbindung mit naturheilkundlichen Ansätzen, als Standardtherapie in den Krankenakten der Universitäts-Hautklinik nachweisbar.

5.3.2. Historische Aspekte der Gonorrhoe

Die Geschichte der Gonorrhoe geht noch weiter zurück als die der Syphilis. Jedoch wurde sie aufgrund der Unitaritätslehre zunächst immer gemeinsam mit den verschiedenen Geschlechtskrankheiten betrachtet und erhielt erst nach deren Überwindung eine ätiologische Aufklärung.[92] Vorbedingungen für diese Aufklärung waren die Entdeckungen Robert Kochs (1843-1910) über die Möglichkeit der Ausstrichverfahren zum Nachweis von Bakterien von 1877 und die durch den Pathologen Karl Weigert (1845-1904) im Jahr 1871 zuvor eingeführte Färbetechnik in der Bakterienforschung.[93] 1879 entdeckte schließlich der 24-jährige Assistenzarzt Albert Neisser (1855-1916) Gonokokken, die Erreger der Gonorrhoe.[94]

Die Behandlung der Gonorrhoe war vor der Entwicklung des Sulfonamids Prontosil 1935 durch Gerhard Domagk (1895-1965) geprägt durch Anwendung lokaler antientzündlicher Maßnahmen wie Spülungen der Harnröhre mittels Silberverbindungen, Behandlungen mit Kaliumpermanganat-Lösungen oder mit Farbstoffen wie Trypaflavin.[95] Protargol stellte dabei das wohl bekannteste Mittel dar, welches als besonders „zuverlässig" und „energisch" wirkend beschrieben war, „ohne, dass die erkrankte Schleimhaut durch das Medicament selbst allzusehr in Mitleidenschaft gezogen wurde".[96] Hinweise darauf, dass auch schon zu Beginn des 18. Jahrhunderts Einspritzungen in die Harnröhre bei der Behandlung des Trippers mit Bleiwasser oder Quecksilber-Alkohol-Gemischen stattfanden, lieferte wiederum Walther Schönfeld in einer seiner medizinhistorischen Arbeiten.[97] Andere Autoren

---

[91] Zieler, Karl: *Lehrbuch und Atlas der Haut- und Geschlechtskrankheiten in zwei Bänden*. (1939) Berlin. S. 539-541.
[92] Scholz, Albrecht / Holubar, Karl / Burg, Günter. (2009) S. 491.
[93] Ebenda.
[94] Sauerteig, Lutz. (1999) S. 32.
[95] Scholz, Albrecht / Holubar, Karl / Burg, Günter. (2009) S.493.
[96] Bender, Max: „Ueber neue Antigonorrhoica (insbes. Argonin und Protargol)". In: Archieves of Dermatological Research. Vol. 43. Nr. 1. (1898) S. 31.
[97] Schönfeld, Walther: „Von der Entwicklung der Tripperspritze". In: Dermatologische Wochenschrift. Bd. 102. Nr. 12. (1936) S. 350.

beschreiben bereits Einspritzungen ca. 1350 v. Chr. zur Behandlung von Harnröhrenausfluss.[98]

Zunächst jedoch war eine innerliche Behandlung des Trippers verbreitet. Bereits aus dem ersten nachchristlichen Jahrhundert sind Empfehlungen überliefert, die Gonorrhoe, den vermeintlichen „Samenfluss", mittels verschiedener den Samen verdickender oder die Samenbereitung hindernder Mittel zu behandeln. Angewendet wurden dabei beispielsweise Hanfsamenabkochungen, Anissamen, Teichrose, Aloe, Lattich, Hanf oder Raute.[99] Auch im beginnenden 19. Jahrhundert war die innerliche Behandlung mittels harziger Stoffe, Balsamen und Ölen vorherrschend.[100] Gleichzeitig waren jedoch auch (teilweise absurde) „Volksmittel", wie etwa die in der französischen Armee zu Beginn des 19. Jahrhunderts gebrauchte Mischung aus Schießpulver und schwarzem Pfeffer üblich. Stets gründeten sich diese Maßnahmen jedoch auf den Glauben, damit die Ursache der Gonorrhoe zu bekämpfen. So glaubte man bei der Anwendung des schwarzen Pfeffers beispielsweise an eine durchblutungsfördernde und damit heilende Wirkung im Bereich der Unterleibsgefäße.[101]

Die innerliche Behandlung des Trippers erhielt eine Revolution mit der Entwicklung des Prontosils. Gleichzeitig wurden allgemeine Maßnahmen angewendet, welche auch noch zu Zeiten des Penicillins in den Lehrbüchern auftauchten. So beschrieb Walther Schönfeld 1950:

> „Für leichten Stuhlgang, milde gewürzarme Kost ist zu sorgen. Alkoholische und kohlensäurehaltige Getränke sind zu meiden und durch Milch, dünnen Tee, Kakao und Bärentraubenblättertee zu ersetzen. [...] Starke körperliche Bewegungen, Turnen, Rad- oder Motorradfahren, Tanzen, geschlechtliche Erregungen sind zu vermeiden".[102]

Mit (Wieder-)Beginn der innerlichen Behandlung mittels der Sulfonamide und später Penicillin ließ sich auch ein Rückgang der Behandlungskomplikationen wie etwa der Nebenhodenentzündungen feststellen, so dass man die unphysiologische

---

[98] Ellenbrand, Petra. (1999) S. 11.

[99] Schönfeld, Walther: „Die früher übliche innere Behandlung des Trippers". In: Dermatologische Wochenschrift. Bd. 113. Nr. 37. (1941) S. 671. Die Ursache des Trippers glaubte man damals in der Erschlaffung der Samengefäße zu sehen, welche den krankhaften Samen nicht mehr zurückhalten konnte. Dieser verursache dann die brennenden Schmerzen. So war es eine logische Schlussfolgerung, den Samen in seiner Konsistenz verändern zu wollen bzw. seine Bildung zu hemmen um diese Erkrankung zu behandeln. Ebenda. S. 761.

[100] Ebenda. S. 762.

[101] Ebenda. S. 765.

[102] Schönfeld, Walther. (1950) S. 438f.

Behandlung mittels Einspritzungen als ursächlich für diese Komplikation hielt.[103] Walther Schönfeld ging soweit, zu sagen, dass seit der Einführung des Penicillins „der Tripper [...] fast bedeutungslos geworden“ sei.[104] Bezieht man diese Aussage auf die Therapiemöglichkeit der Gonorrhoe, so kann man dieser Aussage sicherlich zustimmen. Bezogen auf die Inzidenz dieser Geschlechtskrankheit, ließ sich jedoch gerade in den letzten Jahren wieder eine Zunahme der Erkrankung feststellen[105], so dass hier nicht von einer Bedeutungslosigkeit gesprochen werden darf.

5.4. Der Stand der Forschung und der Therapie zur Zeit des Nationalsozialismus

Die Bedeutung der Geschlechtskrankheiten im Nationalsozialismus soll in dem Kapitel über Gesundheitspolitik und Gesundheitsfürsorge näher beleuchtet werden. Doch allein durch die Anzahl der an Syphilis und Gonorrhoe erkrankten Patienten hatten die beiden Geschlechtskrankheiten einen hohen Stellenwert in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung der Dermatologen. Die in der Zeit des Nationalsozialismus etablierte „Neue Deutsche Heilkunde“ fand in der Therapie der Geschlechtskrankheiten ihre Anwendung, wenn sich auch eine alleinige Therapie durch naturheilkundliche Maßnahmen bei den führenden Dermatologen nicht durchsetzen konnte (s.u.). Für die vorliegende Arbeit ist die Anwendung naturheilkundlicher Maßnahmen in der Therapie der Geschlechtskrankheiten jedoch insofern interessant, als dass mit Wilhelm Richter einer der in den Publikationen diesbezüglich führenden Dermatologen Deutschlands in Greifswald als Ordinarius tätig war.[106] Allerdings galten seine Empfehlungen, die sich aus der Humoralpathologie ableiteten, eher den die Therapie unterstützenden Maßnahmen wie beispielsweise Diät, Aderlass, Umstimmungstherapie mit Arsen, Gold oder Schwefel und nicht der Durchsetzung dieser Methoden als alleinige Therapie der Geschlechtskrankheiten. So waren auch in den Greifswalder Krankenakten häufig unterstützende Maßnahmen in der Therapie der Syphilis und Gonorrhoe als Anordnung zu finden.

---

[103] Schönfeld, Walther. (1954) S. 132.
[104] Ebenda.
[105] Lautenschlager, Stephan: „Bakteriell bedingte Geschlechtskrankheiten. Teil 1“. In: Praxis. Schweizer Medizinisches Forum. Nr. 38. (2003) S. 898.
[106] Siehe dazu auch in: Scholz, Albrech / Holubar, Karl / Burg, Günter. (2009) S. 506f.

5.4.1. Erforschung und Therapie der Syphilis

Die Therapie der Syphilis war während der Zeit des Nationalsozialismus, wie bereits beschrieben, durch die Anwendung von Salvarsan, meist in Kombination mit Wismut oder Quecksilber, teilweise auch mit Gold oder Jod, gekennzeichnet.[107] Die Behandlung der Syphilis mittels Salvarsan oder seinen Abkömmlingen war jedoch keinesfalls eine einfache Angelegenheit und wurde, mitunter aufgrund der teils schwerwiegenden Nebenwirkungen, durch viele nationale und internationale Wissenschaftler erforscht.[108] Aufgrund der Schäden, welche durch Nebenwirkungen der Therapie entstanden waren und für einige Ärzte so manchen zivilrechtlichen oder strafrechtlichen Prozess bedeutet hatten, wurden 1935 erneut Richtlinien für die Anwendung der Salvarsanpräparate erlassen. Darin wurde unter anderem gefordert, dass die Behandlung „nur durch einen Arzt ausgeübt werden [sollte], der die Technik vollkommen beherrscht und die Vorsichtsmaßnahmen gewissenhaft beachtet".[109] In diesen Richtlinien wurden nicht nur die genaue Anwendungstechnik und Dosierung angegeben, es wurde auch auf mögliche Nebenwirkungen der Präparate, wie etwa „universelle Hautentzündung", Kopfschmerzen, Übelkeit, Schwindel, Erbrechen, Fieber, Ohnmachtsanfälle, Blutungen, Gewichtsabnahme und Schädigung der Nieren hingewiesen.[110] Besonderen Stellenwert in den Richtlinien nahm zudem der vorherige Ausschluss verschiedener Erkrankungen, wie beispielsweise Erkrankungen des Herzens, der Gefäße, der Verdauungsorgane oder des Zentralnervensystems sowie der Ausschluss einer Schwangerschaft ein, bei denen besondere Vorsicht in der Anwendung der Präparate geboten wurde.[111] Trotz allem war die Bedeutung des Salvarsans in der Behandlung der Syphilis groß und wurde mit als Hauptgrund für die „beschleunigte Überwindung der Kriegs- und Nachkriegswelle und den weiteren Rückgang der Syphilis" vor 1939 verantwortlich

---

[107] Scholz, Albrecht / Holubar, Karl / Burg, Günter. (2009) S. 506.

[108] Siehe dazu in: Schönfeld, Walther: „Syphilis. Referat über Arbeiten des Jahres 1933". In: Dermatologische Zeitschrift. Nr. 70. (1935) S. 87-117. Die Forschung erstreckte sich dabei auf die verschiedensten Gebiete der Syphilis: Erkennung der Erkrankung anhand verschiedener Diagnostikmethoden, Wesen und Verlauf der Syphilis, Symptomatik an den verschiedenen Organen, Therapie der Syphilis, Paralyse und Tabes, angeborene Syphilis etc. Auch in Greifswald entstanden Dissertationen zu entsprechenden Themen: Siehe dazu in: Stüwe, Ingeborg: *Salvarsanagranulocytose an Hand des Krankenmaterials der Universitäts-Hautklinik zu Greifwald.* (1950) Diss. Greifswald.

[109] Spiethoff, Bodo / Keining, Egon [Red.]: „Richtlinien für die Anwendung der Salvarsanpräparate". In: Dermatologische Wochenschrift. Nr. 48. (1935) S. 1535-1538.

[110] Ebenda. S. 1537.

[111] Ebenda. S. 1536.

gemacht.[112] Parallel erfolgte die Erforschung anderer Medikamente wie beispielsweise von Arsen-Schwefel-Gemischen und Spirochaetenvakzinen, die in ihrer Wirksamkeit stets mit Salvarsan verglichen und diesem nachrangig befunden wurden.[113] Auch an weiteren Möglichkeiten der Diagnostik wurde geforscht.[114] Die Entwicklung von Nachfolgeprodukten des Salvarsans wie Neo-Salvarsan und Na-Salvarsan sowie Vorbehandlungen beispielsweise mit Wismutpräparaten erbrachten weniger komplikationsträchtige Therapiemöglichkeiten.[115] Trotz allem gab es eine große Zahl an Nebenwirkungen, die sich auch im Krankengut der Greifswalder Universitäts-Hautklinik nachweisen lassen konnte (s. Kap. 5.6.3.).

Gegen die auch in der Behandlung der Syphilis auftauchenden Empfehlungen zur naturheilkundlichen Behandlung der Geschlechtskrankheit wurden durch die DDG und die DGBG „schärfsten[s] Einspruch" erhoben.[116] Im Vordergrund der Ablehnung standen dabei der fehlende wissenschaftlich belegte Therapieerfolg und die zu langsam einsetzende Verminderung der Ansteckungsfähigkeit durch die „naturgemäße Behandlung", was insgesamt „alles aufs Spiel setzen würde, was staatliche Gesundheitsführung und sorgsame Arbeit der Aerzte in den beiden letzten Jahrzehnten geleistet haben".[117] Die naturheilkundlichen Behandlungsansätze fanden trotz allem ihre Anwendung in der Therapie der Syphilis. Allerdings wurden sie ergänzend zur „chemotherapeutischen" Medikation oder zur Behandlung von seroresistenter, das heißt auch nach Therapie in den Laborergebnissen noch immer nachweisbaren Syphilis in Form von Kurzwellentherapie, Temperatursteigerung, Eigenblut oder Höhensonne erforscht und eingesetzt.[118] Wurde die Behandlung bereits im seronegativen Primärstadium begonnen, so genügte „nach allgemeiner

---

[112] Gottschalk, H.: „Zur Statistik der progressiven Paralyse". In: Dermatologische Wochenschrift. Bd. 114. Nr. 24. (1942) S. 481.

[113] Schönfeld, Walther: „Ergebnise der Dermatologie und Venerologie in Deutschland in den Jahren 1939 bis 1946". In: Dermatologische Wochenschrift. Bd. 120. Heft 19/20. (1949) S. 629.

[114] Reingardt, Ernst-Ludwig: *Zur Entwicklung der Hautimpfungen bei Syphilis unter besonderer Berücksichtigung der Loutest-Reaktion und ihrer Wertung an Fällen der Greifswalder Universitäts-Hautklinik.* (1935) Diss. Greifswald.

[115] Richter, Wilhelm: „Betrachtungen zum Wesen der verschiedenen Hautreaktionen nach Darreichung von Salvarsanpräparaten". In: Archiv für Dermatologie und Syphilis. Nr. 183. (1943) S. 523 und S. 526.

[116] Zieler, Karl / Spiethoff, Bodo: „Erklärung zur Frage der „naturgemäßen" Behandlung der Syphilis". In: Münchener Medizinische Wochenschrift. Nr. 89. (1942) S.113.

[117] Ebenda. S. 114.

[118] Schönfeld, Walther. (1935) S. 108.

Erfahrung in fast allen Fällen eine einzige energische Salvarsankur oder kombinierte Kur, um eine Dauerheilung zu erzielen".[119]

Auch Wilhelm Richter sprach als Verfechter der naturheilkundlich orientierten Medizin der Anwendung ultravioletter Strahlung eine Steigerung der therapeutischen Erfolge der Syphilis zu.[120]

Eine weitere, in der Erforschung der Syphilis im Nationalsozialismus praktisch sehr bedeutsame Frage war die nach den Auswirkungen einer angeborenen Syphilis, das heißt einer durch die Mutter übertragenen Syphilis. Gerade die bevölkerungspolitischen Gesichtspunkte dieser Fragestellung, bei Müttern mit erworbener Syphilis lag der Verlust von Nachkommen aufgrund von Früh- und Todgeburten, sowie Todesfällen innerhalb der ersten Lebensjahre immerhin bei 51,6%, sollten in einer Arbeitsgruppe der DGBG erforscht werden.[121] Die Therapie und Behandlungserfolge von schwangeren Frauen mit Syphilis interessierten auch Wilhelm Richter, wobei er dieser Fragestellung bereits 1929 die Eigenschaften zuschrieb, von „eugenischem Interesse" zu sein:

> „Man muß sich vor Augen führen wieviel Kinder durch die angeborene Lues dem Siechtum verfallen und wie groß hierdurch die Zahl von Krüppeln ist, die ihrer Umwelt und häufig auch dem Staat ihr ganzes Leben hindurch zur Last fallen".[122]

Ebenfalls von bevölkerungspolitischer Bedeutung waren die Auswirkungen der Geschlechtskrankheiten auf die Ehe, was ein viel erforschtes Thema in dieser Zeit darstellte.[123]

Welche sozialpolitische Bedeutung die Behandlung der Geschlechtskrankheiten während des Nationalsozialismus hatte, macht folgendes Zitat aus einem Brief aus der Universitäts-Hautklinik an die Ortskrankenkasse Demmin deutlich:

---

[119] Werr, Florian. : *Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. (Nach dem derzeitigen Stand der gesetzlichen Bestimmungen).* In: Schriftenreihe der Reichsarbeitsgemeinschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Sonderdruck. (1941) Berlin. S. 37.

[120] Richter, Wilhelm: „Beiträge über die Wirkung ultravioletter Strahlen auf die spezifische Behandlung der Lues". In: Münchener Medizinische Wochenschrift. Nr. 5. (1929) S. 189. Siehe dazu auch in: Richter, Wilhelm: „Zur Theorie und Praxis der Homöopathie auf Grund unserer bisherigen Erfahrungen". In: Münchener Medizinische Wochenschrift. Nr. 51. (1925) S. 2181-2185.

[121] Spiethoff, Bodo: „Die angeborene Syphilis in den ersten und in den späteren Geschlechterfolgen". In: Dermatologische Wochenschrift. Nr. 13. (1936) S. 394.

[122] Richter, Wilhelm: „Ueber die Behandlungsresultate von luisch infizierten Schwangeren unter der Breücksichtigung der Prognose für das Kind". In: Münchener Medizinische Wochenschrift. Nr. 18. (1929) S. 735.

[123] Siehe dazu in: Grunwald, H: „Syphilis und Ehezeugnis". In: Dermatologische Wochenschrift. Nr. 39. (1939) S 1175-1178.; Hammer, Irmtraut*: „Die Bedeutung der Ehestandsdarlehen im Kampf gegen die Syphilis"*. In: Dermatologische Wochenschrift. Nr. 39. (1939) S. 1178-1182.

„Lueskranke können nicht mit einer einzigen Kur geheilt werden. Es müssen mehrere, meistens 4 - 7 Kuren im Verlauf von 2 Jahren gemacht werden. Wenn diese Kuren ambulant durchgeführt werden können, schicken wir von uns aus die Patienten zu dem behandelnden Arzt, der die Kur durchführt. Sind die Patienten unzuverlässig, so entscheiden wir, dass die Pat. der Klinikbehandlung bedürfen. Da erfahrungsgemäss die Krankenkassen die luischen Pa. zu erneuten Kuren von sich aus nicht anhalten, , [sic] unternehmen wir es seit Jahren, alle luischen Pat. direkt oder über das Staatl. Gesundheitsamt immer wieder daran zu erinnern, dass erneute Kuren durchgeführt werden müssen. Dieses tun wir nicht, um die Krankenkassen zu schädigen, sondern im Interesse der Volksgesundheit. [...] Ich glaube sicher, dass für jede Isolierte wegen ihres unzuverlässigen Lebenswandels bekannte Pat., solange sie im Krankenhaus weilt, die Gewähr ist, dass weitere Ansteckungen, die bei ambulanter Behandlung erfolgen [...] verhindert werden.“[124]

Auf diese Themen der gesundheits- und bevölkerungspolitischen Bedeutung der Geschlechtskrankheiten soll im Rahmen der Gesundheitspolitik näher eingegangen werden (s. Kap. 5.5.).

In der Therapie der Syphilis erfolgte ein großer Wandel und auch deutlicherer Heilerfolg erst nach Ende des Zweiten Weltkrieges, als auch in Deutschland das durch Alexander Fleming (1881-1951) entdeckte Penicillin eingeführt wurde.[125]

5.4.2. Erforschung und Therapie der Gonorrhoe

Aufgrund der großen bevölkerungspolitischen Bedeutung der Gonorrhoe, stellte dieses Gebiet auch in der Zeit des Nationalsozialismus einen wichtigen Forschungsschwerpunkt dar. Vordergründig waren dabei vor allem die verschiedenen Behandlungsmethoden, die eine raschere und effektivere Bekämpfung der Erkrankung ermöglichen sollten. Aber auch auf dem Gebiet des Gonokokken-Nachweises wurde erfolgreich geforscht. Mittels Spezialfärbungen mit Akridinfarbstoffen war seit 1942 die elektronenmikroskopische Differenzierung zwischen lebenden und toten Gonokokken möglich.[126] Serologische Methoden wie die Komplementbindungsreaktion erleichterten die Diagnostik insbesondere in Fällen von chronischer oder komplizierter Gonorrhoe.[127] Auch die Greifswalder Ärzte veröffentlichten ihre Ergebnisse in der Anwendung verschiedener Therapeutika,

[124] Brief im Auftrag von Wilhelm Richter an die Allgemeine Ortskrankenkasse Demmin vom 15. März 1940. Aus einer Patientenakte der Syphilis-Gruppe.
[125] Siehe dazu auch in: Schönfeld, Walter. (1954) S. 130.
[126] Schönfeld, Walther. (1949) S. 630.
[127] Nagell, H.: „Zum heutigen Stande der Serologie der Gonorrhoe“. In: Archiv für Dermatologie und Syphilis. Nr. 169. (1933) S. 212.

Wilhelm Richter hielt zudem 1936 einen Vortrag über „Gonorrhoe und Ehe“ auf einem Urologen-Kongress.[128] Von Walther Schönfeld sind die Forschungsansätze in Deutschland zusammenfassende Arbeiten entstanden, die einen guten Einblick in die zeitbezogene Situation der Forschung ermöglichen.[129]

Der spätere Nobelpreisträger Gerhard Domagk revolutionierte 1935 die Therapie der Gonorrhoe durch die Entdeckung der Sulfonamide.[130] Zunächst mittels des 1935 eingeführten „Prontosil“, später mit „Uliron“ und weiteren Sulfonamidderivaten erfolgte während der Diktatur die Therapie der Gonorrhoe. Dem Refraktärwerden des Erregers konnte erst mit dem nach dem Zweiten Weltkrieg auch in Deutschland eingeführten Penicillin begegnet werden, welches auch heute noch in der Therapie der Gonorrhoe eingesetzt wird. Zuvor waren beispielsweise Lokalbehandlungen der weiblichen Zervix mit ätzenden Medikamenten vorgenommen worden, welche die „Komplikationen in beängstigender Form“ ansteigen ließen.[131] Erste Versuche einer internen Behandlung geschahen mittels hochbakteriziden Acridin- und Azofarbstoffen, welche bereits in der Therapie anderer bakterieller Erkrankungen eingesetzt worden waren. Diese zeigten jedoch nicht den gewünschten Erfolg.[132]

Mit Einführung der Sulfonamide konnte neben des Rückgangs der Komplikationsraten verschiedener anderer Therapien auch eine Verringerung der durchschnittlichen Klinikaufenthaltsdauer und damit eine Kostensenkung der Behandlung erreicht werden. So verkürzte sich der durchschnittliche Klinikaufenthalt in der Behandlung mit Eleudron bei Frauen von 54 auf 35 Tage, bei Männern von 45 auf 36 Tage, was „sich auch bei der Wehrmacht hervorragend bemerkbar“ machte.[133]

Welches der Medikamente zum Einsatz kam, wurde im Einzelnen „verschieden gehandhabt, aber stets so, daß die Mittel in einzelnen `Stößen` angewendet“

---

[128] Richter, Wilhelm: Vortrag „Gonorrhoe und Ehe“, anlässlich des Urologenkongress am 1.10.36 in Eisenach. Ref. Ztschr. f. Urologie. Bd. 31. Heft 1. (1937) Beispielhaft für die verschiedenen Arbeiten sollen hier noch einige Arbeiten Joachim Hartungs erwähnt sein: „Über die Bedeutung der Mensespräparate für die Diagnose der weiblichen Gonorrhoe“. In: Dermatologische Wochenschrift. Bd. 103. (1937); „Uliron- und Lokalbehandlung der Gonorrhoe“. In: Münchener Medizinische Wochenschrift. Nr. 49. (1938); „Über Albucidbehandlung der Gonorrhoe“. In: Dermatologische Wochenschrift. Bd. 109. Nr. 28. (1939); „Die Bedeutung der Abwehrlage des Organismus und ihre therapeutische Beeinflussbarkeit im Heilungsverlauf der Gonorrhoe“. Habilitationsschrift. 1940; „Erfahrungen in der Gonorrhoe-Therapie unter Berücksichtigung der pathologisch-physiologischen Vorgänge“. Vortrag. Klinische Wochenschrift. (1938) S. 1493.

[129] Schönfeld, Walther. (1949) S. 625-633.; Schönfeld, Walther. (1935) S. 1150-1161.

[130] Schönfeld, Walther. (1954) S. 130.

[131] Richter, Wilhelm: „Die weibliche Gonorrhoebehandlung durch Tampovagan“. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift. Nr. 43. (1926).

[132] Grütz, Otto: „Neue Grundlegung für die Gonorrhoebehandlung“. In: Münchener Medizinische Wochenschrift. Jg. 84. Nr. 31. (1937) S. 1202.

[133] Krückeberg, B. / Piper, H. G.: „Klinische Erfahrungen mit Eleudron bei der Behandlung der Gonorrhoe“. In: Dermatologische Wochenschrift. Bd. 113. Nr. 28. (1941) S. 593.

wurden.[134] Diese Art von „Stößen“ erfolgte zur Prohylaxe einer Gewöhnung der Gonokokken an das Medikament, mit der man sich seit 1940 beschäftigte,[135] sowie zur Reduktion von unerwünschten Nebenwirkungen. In der Behandlung einer sulfonamidresistenten Gonorrhoe kamen eine gleichzeitige Fieberstoßbehandlung oder eine gleichzeitige Behandlung mit Silberpräparaten zur Anwendung.[136]
Vor der eigentlichen Behandlung mit Uliron und später mit Albucid, beides Sulfonamidpräparate, erfolgte eine Lokalbehandlung, beispielsweise mit Silberpräparaten, Kaliumpermanganat-Spülungen oder Iontophoresen. Die Anwendung der beiden Sulfonamidpräparate geschah teilweise ergänzend: Albucid bei einer unkomplizierten Gonorrhoe, die bereits mindestens 10 Tage bestand und Uliron bei älterer Gonorrhoe oder Komplikationen.[137] Andere Autoren gaben jedoch an, dass die Zeitspanne zwischen Infektion und Behandlungsbeginn für den therapeutischen Erfolg des Ulirons unerheblich seien.[138]

Zwischen 1939 und 1942 kamen eine Reihe weiterer Sulfonamid-Derivate zur Anwendung, da man bei der Therapie mit Uliron in einigen Fällen Schädigungen des peripheren Nervensystems feststellen musste. Bei diesen neuen Derivaten handelte es sich um Globucid, Marfanil, Pyrimal, Debenal und Methyldiazin, die jedoch entweder bei guter Verträglichkeit zu schwach waren, oder eine zu hohe Toxizität besaßen.[139] In vergleichenden Studien erbrachten 1943 Eubasin sowie Cibazol/Eleudron (ein Sulfathiazolen) die besten Heilungsraten.[140]
Bezüglich der Therapie der Gonorrhoe mit Eubasin schrieb der Greifswalder Dermatologe Joachim Hartung:

> „Eine Lokalbehandlung ist nicht unbedingt erforderlich, jedoch auch nicht schädlich. Die Dosierung beträgt 5 Tage lang 6 Tabletten (im ganzen 30 Tabl.) [...]. Ganz frische Gonokokken (bis zum 10. Tag nach der Infektion [sic] sprechen nicht so sehr gut an. Der höchste Prozentsatz der Heilung wird erst nach dem 10. Tag erreicht. Es empfiehlt sich daher bei ganz frischen Gonorrhoen, die Tage bis zum 10. Infektionstag durch Vaccination und Lokalbehandlung auszufüllen. Vaccinationen können vorgenommen werden

[134] Zieler, Karl. (1939) S. 40.
[135] Schönfeld, Walther. (1949) S. 631.
[136] Ebenda. S. 630f.
[137] Hartung, Jo / Braun, Harry: „Über Albucidbehandlung der Gonorrhoe“. In: Dermatologische Wochenschrift. Bd. 109. Nr. 28. (1939) S. 840f.
[138] Krückenberg, B. / Schulze, S.: „Klinische Erfahrungen mit Uliron (Diseptal) C“. In: Dermatologische Wochenschrift. Bd. 113. Nr. 33. (1941) S. 695.
[139] Schönfeld, Walther. (1949) S. 630f.
[140] Scholz, Albrecht / Holubar, Karl / Burg, Günter. (2009) S. 506.

> mit Compligon, [...] Gonargin, Gono-Yatren, Arthigon oder dergl. [...] Hierbei meistens keine Fieberreaktionen höchstens bis 38° [...]. Über den Wert der Vaccinierung bei älteren Gonorrhoen (also nach dem 10. Tag) ist sich die Wissenschaft noch nicht einig. Am einfachsten ist es jedenfalls gleich mit einem chemotherapeutischen Stoss zu beginnen und bei Versagen desselben zwischen zu vaccinieren und erst nach dieser Zwischenvaccination den 2. Stoss zu geben. Dem Eubasin gleichwertig ist das Albucid in der Dosierung von 60 Tabletten in 4 Tagen (20, 16, 12, 12). Unserer Erfahrung nach ist im Prozentsatz der Heilung etwas schwächer das Neo-Uliron“[141].

Hier beschreibt Joachim Hartung den damals in Deutschland üblichen therapeutischen Weg, der aus der Verbindung von Lokaltherapie und interner Sulfonamidtherapie bestand. Neben der von ihm erwähnten Vakzinetherapie war auch der Einsatz von Fieber durch Malaria oder Pyrifer in der Therapie der chronischen Gonorrhoe üblich und wurde auch so in der Greifswalder Hautklinik durchgeführt, wie es sich in einigen Krankenakten nachweisen ließ.

Eine der großen Schwierigkeiten in der Therapie der Gonorrhoe stellte der schwierige Nachweis der erfolgreichen Ausheilung bei der Frau dar. Allgemein galt der Tripper der Frau „als nicht mehr ansteckungsfähig, wenn nach Aussetzen der Behandlung 3 Monate lang bei wöchentlich einmaliger Untersuchung in den Absonderungen der Harnröhre, des Gebärmutterhalses, der Bartholinischen Drüsen, sowie des Mastdarms“ keine Gonokokken mehr nachweisbar waren. „Untersuchungen unmittelbar vor, während oder nach der Menstruation“ galten als „besonders beweiskräftig“.[142] Bei männlichen Patienten wurden zum Ausschluss einer Ansteckungsfähigkeit über drei Monate wöchentlich die Absonderungen der Harnröhre, der Harn und das Prostatasekret auf Gonokokken hin untersucht.[143] Die Form der Provokationsverfahren war unterschiedlich. Man unterschied zwischen allgemeiner Reizung mittels intramuskulärer, intravenöser oder intrakutaner Injektion spezifischer Mittel und der örtlichen Reizung durch chemische (Lugol`sche Lösung, Silberpräparate u.a.), mechanische (Dehnung) oder Wärmereizung (z. B. mittels Heizsonde, Diathermie oder Kurzwelle).[144] Auch heutzutage stellt der Erregernachweis mittels Direktpräparat eine der verwendeten diagnostischen Möglichkeiten dar, eine weitere besteht in der kulturellen Anzucht der Erreger. Zum Nachweis werden jedoch lediglich wenige Kontroll-Abstriche durchgeführt, eine so

[141] Aus einem Brief von Joachim Hartung an das Evangelische Krankenhaus in Belgard vom 8.1.1941. Aus einer Patientenakte.
[142] Werr, Florian. (1941) S. 38f.
[143] Ebenda. S. 38.
[144] Ebenda. S. 39.

lange Kontroll-Periode, wie sich noch in den 1930er Jahren stattfand, ist seit der Einführung des Penicillins nicht mehr üblich. Mit dessen Einführung nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges war auch die Zeit der Sulfonamid-Therapie der Gonorrhoe überholt. Die Sulfonamide finden heute allerdings als Kombinationspartner mit anderen Antibiotika noch Anwendung in der Therapie einfacher Harnwegsinfekte und in der Therapie der durch Pneumocystis jirovecii verursachten Pneumonie, hier als Mittel der Wahl.[145]

5.5. Gesundheitspolitik und Gesundheitsfürsorge der Geschlechtskrankheiten – Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Nationalsozialismus

> „Staatliche Maßnahmen auf dem Gebiete der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten allein können nicht ausreichen. Hier muß die Menschenführung der Partei einsetzen. Sie muß jeden einzelnen Volksgenossen auf seine Verpflichtung gegenüber der Volksgemeinschaft, der Familie und seiner eigenen Leistungsfähigkeit hinweisen und ihn zu einer verantwortungsbewußten Lebensführung anhalten".[146]

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts waren in den Kliniken Deutschlands Bestimmungen geläufig, die besagten, dass prinzipiell keine Geschlechtskranken behandelt werden sollten. Oder, falls doch, gab es entwürdigende Sonderregelungen für die Betroffenen.[147] Geschlechtskrankheiten galten als selbstverschuldet, als Folge des Lebenswandels, der gegen geltende sexualmoralische Normen verstieß, so dass die Betroffenen einer massiven Diskriminierung unterworfen waren.[148] Die Auffassung des selbstverschuldeten Leidens galt im Krankenversicherungsgesetz noch bis 1901, so dass auch die Krankenkassen die Behandlungskosten nicht trugen.[149]

---

[145] Karow, Thomas / Lang-Roth, Ruth: *Allgemeine uns Spezielle Pharmakologie und Toxikologie. Vorlesungsorientierte Darstellung und klinischer Leitfaden*. Köln. (2007) S. 754

[146] Rundschreiben der NSDAP an die Gauamtsleitung des Amtes für Volksgesundheit der NSDAP vom 9.2. 1940. Zitiert aus: Werr, Florian. (1941) S. 52.

[147] Sauerteig, Lutz: *Krankheit, Sexualität, Gesellschaft. Geschlechtskrankheiten und Gesundheitspolitik in Deutschland im 19. Und frühen 20. Jahrhundert*. In: Jütte, Robert [Hrsg.]: Medizin, Gesellschaft und Geschichte: Jahrbuch des Insituts für Geschichte der Medizin der Robert-Bosch-Stiftung. Beiheft 12. (1999) Stuttgart. S. 126.

[148] Ebenda. S. 129.

[149] Sommer, Rolf: *Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten aus sozialhygienischer Sicht am Beispiel des Bezirkes Neubrandenburg von 1953-1956*. (1959) Diss. Greifswald. S. 2.

Auch während der Diktatur, als es bereits viele Kliniken für Haut- und Geschlechtskrankheiten gab und nachdem unter anderem durch die DGBG viel Aufklärungsarbeit geleistet worden war, wurde die Sicht auf die Krankheiten nicht enttabuisiert. Die Geschlechtskrankheiten galten nunmehr als „Volksseuche“, als „Volkskrankheit“ und „Volksgeißel“[150], welche die Gesundheit und das Wohl des „Deutschen Volkes“ gefährdeten. Bereits in *Mein Kampf* äußerte sich Adolf Hitler diesbezüglich:

> „Die Ursache [der Syphilis] liegt in erster Linie in unserer Prostituierung der Liebe [...] Die Verjudung unseres Seelenlebens und Mammonisierung unseres Paarungstriebes werden früher oder später unseren Nachwuchs verderben“.[151]

Auch der Reichsgesundheitsführer, Leonardo Conti (1900-1945), beschrieb bezüglich Syphilis und Gonorrhoe 1943:

> „Die Geschlechtskrankheitenbekämpfung wurde [nach 1933] gleichzeitig aus ihrer Isolierung in den Zusammenhang einer Seuchenbekämpfung größeren Umfanges gestellt, wodurch die Erkenntnis, daß es sich hier um eine Volksseuche handelt, deren Bekämpfung nach dem gleichen Grundgedanken erfolgen müsse, befestigt wurde“.[152]

Diese Äußerungen, wie auch jene zu Beginn dieses Unterkapitels, machen deutlich, welchen Stellenwert die Geschlechtskrankheiten im Nationalsozialismus besaßen und welche Bedeutung ihrer Bekämpfung zukam. Es wurde die Auffassung vertreten, dass Geschlechtskrankheiten „zwar keine Schande, aber auch keine Privatangelegenheiten mehr“ seien.[153] Der Einzelne sollte zu der Erkenntnis „erzogen“ werden, dass „jede Gefährdung seiner Fähigkeit, gesunden Nachwuchs zu haben, gleichzeitig eine Beeinträchtigung der Lebenskraft der gesamten Volksgemeinschaft und damit der Zukunft unseres Volkes bedeutet“, womit die „Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten zu einer Erziehungsaufgabe der Partei“ wurde.[154] Die Ärzte erhielten dabei die „Aufgabe von Gesundheitsoffizieren“, die am

---

[150] Werr, Florian: „Professor Spiethoff – 60 Jahre“. In: Dermatologische Wochenschrift. Nr. 48. (1935) S. 1523.
[151] Zitiert aus: Scholz, Albrecht / Holubar, Karl / Burg, Günther. (2009) S. 508.
[152] Conti, Leonardo: „Gesundheitspflicht und Geschlechtskrankheiten. Bilanz einer erfolgreichen Bekämpfung“. In: Archiv für Dermatologie und Syphilis. Nr. 184. (1943) S. 10.
[153] Schönfeld, J.: „Wandlungen in der Einstellung der Moral zu den Geschlechtskrankheiten (STD)“. In: Zentralblatt Haut- und Geschlechtskrankheiten. Dermatology – Venerology – Andrology. Nr. 152. (1986) S. 206.
[154] Rundschreiben der NSDAP an die Gauamtsleitung des Amtes für Volksgesundheit der NSDAP vom 9.2. 1940. Zitiert aus: Werr, Florian. (1941) S. 52.

„Kampf um ein gesundes, starkes und leistungsfähiges Volkstum“ beteiligt werden sollten.[155]

War die Gonorrhoe bereits 1927 neben den Masern die am meisten verbreitetste Infektionskrankheit in Deutschland,[156] so spitzte sich mit Beginn des Zweiten Weltkrieges die Situation durch eine erneute Zunahme der „Volksseuchen“ Syphilis und Gonorrhoe weiter zu. Bis 1937 waren bereits alljährlich eine Viertelmillion Deutsche in Behandlung, 45.000 Kinder pro Jahr galten in Folge der Geschlechtskrankheiten als nicht geboren oder bald nach der Geburt verstorben und die Zunahme der Geschlechtskrankheiten „wegen des nach Kriegsbeginn einsetzenden Sexualnotstandes von Fronturlaubern und der damit in Zusammenhang stehenden Promiskuität junger Frauen“ bedeutete ein besonderes Problem gerade für Jugendliche in Deutschland.[157] Auch die Frontkämpfer selbst blieben davon nicht verschont: Allein im Kriegsjahr 1942/43 zählte man 15.000 Fälle von Syphilis und 35.000 Fälle von Gonorrhoe unter dem Kriegsheer.[158] Zudem befürchtete man die Sterilität vieler Frauen infolge einer Gonorrhoe und die damit verbundenen bevölkerungspolitischen Auswirkungen.[159] Auch wurde die angeborene Syphilis als häufige Ursache des kindlichen Schwachsinns angeführt.[160]

So galt den Nationalsozialisten die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten als eine der wichtigsten Aufgaben, der sie mit Hilfe der öffentlichen Gesundheitsämter, dem noch gültigen „Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten“ von 1927 und verschiedenen neuen Gesetzen entgegen treten wollten. In den von Bodo Spiethoff 1936 veröffentlichten Leitsätzen für das „Verantwortungsbewusstsein im Geschlechtsleben“ wurde die Bedeutung dieses Kampfes gegen die Geschlechtskrankheiten deutlich:

> „Wisse: die Geschlechtskrankheiten sind nicht nur eine Gefahr für Deine Gesundheit, ja Dein Leben, sondern eine ebenso große Gefahr für das Wohl und die Kraft und die Zukunft Deines Volkes! Höre, was Dein Führer Dir sagt:

---

[155] Schmiedebach, Heinz-Peter. (1987) S. 196.

[156] Borelli, Siegfried / Vogt, Hermann-Joseph / Kreis, Michael. (1992) S. 54.

[157] Kater, Michael H.: *>Volksgesundheit< Ein biologischer Begriff und seine Anwendung*. In: Lehmann, Hartmut / Oexle, Otto Gerhard [Hrsg.]: Nationalsozialismus in den Kulturwissenschaften. Bd. 2. Leitbegriffe – Deutungsmuster – Paradigmenkämpfe – Erfahrungen und Transformationen im Exil. (2004) Göttingen. S. 107. Siehe auch in: Spiethoff, Bodo: „Die angeborene Syphilis in der ersten und in den späteren Geschlechterfolgen“. In: Dermatologische Wochenschrift. Nr. 13. (1936) S. 394.

[158] Leven, Karl-Heinz. (1997) S. 130.

[159] Scholz, Albrecht: „Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in verschiedenen politischen Systemen“. In: Der Hautarzt. Vol. 54. Nr. 7. (2003) S. 670.

[160] Breger, Johannes: „Die Rückwirkung der Geschlechtskrankheiten auf die Rasse“. In: Reichsgesetzblatt Nr. 36. (1935) S. 791. Abgedruckt in: Dermatologische Wochenschrift. Nr. 48. (1935) S. 1525

> „Die Rasse, welche der Pest der Geschlechtskrankheiten nicht Herr zu werden vermag wird eher sterben und Gesünderen den Platz räumen“ [...] Sprich nicht nur vom Nationalsozialismus – lebe ihn!“[161]

Neben dem „GzVeN“ stellt das am 3. Juli 1934 erlassene und am 1. April 1935 in Kraft getretene „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ eines der bedeutendsten Gesetze der nationalsozialistischen Regierung dar.[162] Mit der Schaffung dieser Reform des öffentlichen Gesundheitswesens wurden die Gesundheitsämter mit einer Fülle neuer Aufgaben versehen, die zu einem großen Teil die „Erb- und Rassenpflege“ betrafen. Arthur Gütt beschrieb die neuen Ziele treffend:

> „So wird demnach der öffentliche Gesundheitsdienst auch wie bisher die Bevölkerung vor Seuchen und Volkskrankheiten oder schädlichen Umwelteinflüssen zu bewahren haben, aber außer der Fürsorge für das Einzelwesen sind den Gesundheitsämtern und den in ihnen beschäftigten Personen damit neue große Aufgaben übertragen worden, die das Ziel einer erblichen und rassischen Volksgesundheit anstreben!“[163]

Auch die DGBG war, wie bereits im zweiten Kapitel beschrieben, von der nationalsozialistischen Politik der Gleichschaltung betroffen, wobei diese schon mit der Einsetzung Bodo Spiethoffs als Reichskommissar erfolgt war. Während Geschlechtskrankheiten vor 1933 bereits zunehmend als medizinisches Problem wahrgenommen wurden,[164] galt es nun, den Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten mittels stärkerer Überwachung und gegebenenfalls Zwangseinweisungen und –behandlungen zu verstärken. Nach dem „Grunderlass Vorbeugende Verbrechensbekämpfung“ vom 14. Dezember 1937 konnte zudem in Vorbeugehaft genommen werden, „wer ohne Berufs- oder Gewohnheitsverbrecher zu sein, durch sein asoziales Verhalten die Allgemeinheit gefährdet“. Nach den Richtlinien des Reichskriminalpolizeiamts vom 4. April 1938 galten auch „Dirnen“ und Geschlechtskranke, die sich den Maßnahmen der Gesundheitsbehörden

---

[161] Spiethoff, Bodo: „Verantwortungsbewusstsein im Geschlechtsleben“. In: Münchner Medizinische Wochenschrift. Nr. 83. (1936) S. 1621.

[162] „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3. Juli 1934“. In: Klinische Wochenschrift. 13. Jg. Nr. 31. (1934) S. 1135.

[163] Zitiert aus: Labisch, Alfons / Tennstedt, Florian: *Gesundheitsamt oder Amt für Volksgesundheit? Zur Entwicklung des öffentlichen Gesundheitsdienstes seit 1933*. In: Frei, Norbert [Hrsg.]: Medizin und Gesundheitspolitik in der NS-Zeit. (1991) München. S. 50.

[164] Sauerteig, Lutz. (2002) S. 396.

entzogen als „Asoziale“ im Sinne des Grunderlasses.[165] Damit war die rechtliche Grundlage geschaffen worden, die auch in der Universitäts-Hautklinik in einigen Fällen dazu führte, dass Patientinnen nach ihrem stationären Aufenthalt in polizeiliche Vorbeugehaft genommen wurden. So bestand also im Nationalsozialismus nicht nur die bereits mit dem „Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten“ von 1927 entstandene und vielfach genutzte Möglichkeit der Zwangsuntersuchung und Zwangsbehandlung,[166] sondern auch die Möglichkeit der anschließenden „Festsetzung“ von geschlechtskranken Patienten.

Bereits seit längerer Zeit war solch eine Art „Bewahrungsgesetz“ für Überträger von Geschlechtskrankheiten und andere, als „gefährlich“ eingestufte Menschen in Deutschland diskutiert worden. Auch anlässlich der Internationalen Hygiene-Ausstellung im Mai 1930 wurde das Thema in Referaten erörtert. Ein Kommentar zu einem diesbezüglichen Referat sei hier besonders hervorgehoben, da er die Befürchtungen, wie sie sich auch im Nationalsozialismus bestätigen sollten, prägnant darstellt:

> „An manchen Stellen besteht die Vorstellung, alles mögliche unter das Gesetz bringen zu können- fast möchte man sagen: was man nicht definieren kann – alles, was man in der heutigen menschlichen Gesellschaft nicht mehr gebrauchen, nicht recht unterbringen kann. Man stellt sich das Gesetz vor als eine Sammelstelle für Alte, Sieche, Halbirre usw. An dem Verband der Krankenhausärzte Deutschlands ging ein Antrag, darauf hinzuwirken, daß im neuen Reichsbewahrungsgesetz eine solche Zwangseinweisung renitenter Geschlechtskranker in Arbeitshäuser vorgesehen wird.“[167]

Trotz dieser mahnenden Worte wurde noch in derselben Versammlung einer Entschließung zum Bewahrungsgesetz der DGBG zugestimmt, die an verschiedene

---

[165] Freund-Widder, Michaela: *Frauen unter Kontrolle. Prostitution und ihre staatliche Bekämpfung in Hamburg vom Ende des Kaiserreichs bis zu den Anfängen der Bundesrepublik*. (2000) Diss. Hamburg. S. 153f.

[166] Siehe dazu auch in: Loewenstein, Georg: „Betrachtungen zum Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten“. In: Klinische Wochenschrift. Jg. 6. Nr. 43. (1927) S. 2055. Siehe auch in: Hensel, Eva: „Die Ausführungsverordnungen der Länder zum Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten“. In: Klinische Wochenschrift. Jg. 6. Nr. 51. (1927) S. 2440. Siehe auch in: Memelsdorff, F.: „Die Gemeinden und das Reichsgesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten“. In: Dermatologische Wochenschrift. Nr. 1. (1928) S. 30. Bemerkenswert in Bezug auf die Zwangsmaßnahmen zur Behandlung der Geschlechtskrankheiten ist jedoch, dass bei den beiden in der Zeit des Nationalsozialismus wirksamsten Präparaten zur Behandlung der Syphilis, Salvarsan und Quecksilber, zuvor das Einverständnis des Patienten eingeholt werden musste. Sie fielen unter die ärztlichen Eingriffe, die für das Leben oder die Gesundheit des Patienten eine ernste Gefahr bedeuten konnten. Inwieweit jedoch durch die Ärzte vor einer solchen Einwilligung eine Aufklärung über die möglichen Risiken und Nebenwirkungen erfolgen musste, war nicht gesetzlich festgelegt. Siehe dazu in: Sauerteig, Lutz. (1996) S. 200.

[167] 28. Jahresversammlung am 30./31. Mai 1930 anlässlich der Internationalen Hygiene-Ausstellung in Dresden; Referat über „Das Problem des Bewahrungsgesetzes“ von Ministerialrat Dr. Rupert vom Reichsministerium des Innern. Frau Neuhaus, Mitglied des Reichstages, brachte diese Aussage bezüglich des Gesetzentwurfes. Zitiert aus: Borelli, Siegfried / Vogt, Hermann-Joseph / Kreis, Michael. (1992) S. 52f.

Behörden gesandt wurde. In dieser Entschließung, in der die DGBG „die beschleunigte Einbringung eines Bewahrungsgesetzes“ forderte, hieß es:

> „Erfahrungsgemäß befinden sich unter den geistig oder psychisch defekten Personen solche, die infolge von Willensschwäche, ihrer Haltlosigkeit und ihres Hanges zu einem ungeordneten Leben besonders gefährliche Träger und Verbreiter von Geschlechtskrankheiten sind“.[168]

Da die Förderung der Eheschließungen eine der wichtigsten Maßnahmen der nationalsozialistischen Gesundheitsführung darstellte, war es

> „selbstverständlich, daß auch die Geschlechtserkrankungen, die eine ernste Gefahr für die Volksgesundheit bedeuten, mit allen nur erdenklichen Mitteln bekämpft und bei Ehesuchenden unbedingt ausgeschlossen oder ihre Gefahren durch Erfüllung wissenschaftlich festgelegter Bedingungen [...] beseitigt sein mussten“.[169]

Im Oktober 1935 war hierzu ein weiteres Gesetz erlassen worden, welches auf den Bemühungen im Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten fußte: Das „Gesetz zum Schutze der Erbgesundheit des Deutschen Volkes (Ehegesundheitsgesetz)“. Dieses Gesetz verbot die Ehe unter Partnern, von denen einer an einer ansteckenden Krankheit litt, wobei hier die Geschlechtskrankheiten die größte Rolle spielten. Es sollte der Geburtenausfall durch Gonorrhoe und Syphilis, sowie die Geburt „von körperlich und geistig minderwertigen Kindern“, die „durch schwere Folgeerkrankungen der Syphilis jährlich [...] vorzeitig invalide, [...] damit der Allgemeinheit zur Last“ fallende Erkrankte durch dieses Gesetz verhindert werden.[170] Auch das bereits im Juni 1933 erlassene „Gesetz zur Förderung der Eheschließungen“ und insbesondere die diesbezügliche Durchführungsverordnung vom 26. Juli 1933 hatten schon gesetzlich festgelegt, dass Ehestandsdarlehen nicht erteilt wurden, wenn einer der Ehegatten an einer ansteckenden Infektionskrankheit litt.[171] Auch dieses Gesetz war bereits als „wichtiges Mittel in der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, besonders der Syphilis“ gewertet worden, da durch die Tests im Rahmen der Tauglichkeitsuntersuchungen viele latente Erkrankungen

---

[168] Zitiert aus: Ebenda. S. 53.
[169] Richter, Wilhelm: „Über die Erteilung von Eheunbedenklichkeitsbescheinigungen bei unerwartet positiven Seroreaktionen“. In: Medizinische Welt. Nr. 16. (1942) S. 391.
[170] Grundwald, H.: „Syphilis und Ehezeugnis“. In: Dermatologische Wochenschrift. Nr. 39. (1939) S. 1175.
[171] Werr, Florian. (1941) S. 33.

festgestellt werden konnten.[172] Das Gesetz war ursprünglich aufgrund von Bestrebungen, die Arbeitslosigkeit zu beseitigen, entwickelt worden, da nach diesem Gesetz Frauen das Ehestandsdarlehen nur dann gewährt wurde, wenn sie in den letzten beiden Jahren vor Antragstellung mindestens neun Monate gearbeitet hatten und sich nun verpflichteten, aus dem Arbeitsverhältnis auszuscheiden und nicht mehr in dieses zurückzukehren.[173] Auch wenn man diese Bestimmung mit abnehmender Arbeitslosigkeit 1937 wieder aus dem Gesetz strich, so wurde darin doch ein Mittel zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten gesehen, „denn ein geordnetes, arbeitsreiches Leben, eine straffe Menschenführung, Arbeitsmöglichkeit und Arbeitspflicht führen an sich schon zu einer Verringerung der Geschlechtskrankheiten".[174]

All diese Gesetze und Verordnungen erweiterten das seit 1927 bestehende „Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten". Auch hier war in einem ersten und lange geforderten derartigen Gesetz in Deutschland bereits die Möglichkeit der Ausübung von Zwangsuntersuchung und Zwangsbehandlung rechtlich ermöglicht worden und die Eheschließung unter Bestrafung gestellt, sollte einer der Partner wissentlich an einer Geschlechtskrankheit erkrankt sein.[175] Mit dem Ziel, die „Volksgesundheit" zu erhöhen, hatte die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Nationalsozialismus höchste Priorität. Auch in der Universitäts-Hautklinik ließen sich viele Beispiele dafür finden, inwiefern die Gesetze und Reformen der Nationalsozialisten umgesetzt wurden. Sei es mit der Ausstellung von Ehegesundheitszeugnissen, der Fahndung nach geschlechtskranken Frauen, der zwangsweisen Unterbringung und Behandlung, der Unterbringung „moralisch minderwertiger" Patienten in Arbeitshäusern oder polizeilicher Vorbeugehaft oder der Meldung von Patienten und der Mitwirkung an der Ausführung des „GzVeN". Die Auswirkungen und der Einfluss der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik auf die Greifswalder Universitäts-Hautklinik soll im folgenden Kapitel gezeigt werden.

---

[172] Hammer, Irmtraut: „Die Bedeutung der Ehestandsdarlehen im Kampf gegen die Syphilis". In: Dermatologische Wochenschrift. Nr. 39. (1939) S. 1178.
[173] Ebenda.
[174] Conti, Leonardo. (1943) S. 10.
[175] Werr, Florian. (1941) S. 13f., S. 18f. Siehe auch in: Heller, Julius: *Die Haut- und Geschlechtskrankheiten im Staats-, Straf-, Zivil- und Sozialrecht. Entwurf einer Geschichte der ansteckenden Geschlechtskrankheiten*. (1931) Berlin. S. 152.

5.6. Ergebnisse der Auswertung von Krankenakten unter besonderer Berücksichtigung des „GzVeN“

Bei der Bearbeitung der Krankenakten wurden im Voraus verschiedene Punkte festgelegt, nach denen die Auswertung der einzelnen Akten erfolgte. Dabei handelte es sich um Name, Geburtsdatum, Datum der stationären Aufnahme und Entlassung, Diagnose und mögliche Nebendiagnosen, Therapie sowie vorherige Krankenhausaufenthalte. Neben diesen bei jeder Krankenakte erhobenen Daten wurde auf darüber hinausgehende Besonderheiten geachtet wie beispielsweise beiliegende Briefwechsel, Aktennotizen der Ärzte, Hinweise auf Erbgesundheits- und Sterilisationsverfahren, Komplikationen während der Therapie. So konnten sowohl quantitative als auch qualitative Erhebungen und Auswertungen erfolgen, was einen umfassenderen Einblick ermöglichte.
Die Einteilung der Patientenakten geschah aufgrund von zwei Gesichtspunkten: Einerseits erfolgte eine Unterscheidung der Patienten anhand der Hauptdiagnosen Syphilis und Gonorrhoe, andererseits wurde eine chronologische Unterteilung in zwei Gruppen (1933 bis 1938 sowie 1939 bis 1945) vorgenommen. So konnte eine für die jeweilige Erkrankung differenzierte Auswertung erfolgen und zudem ermöglichte die zeitliche Zuordnung eine thematische Bezugnahme auf die Zeit des Nationalsozialismus und die des Zweiten Weltkrieges.

5.6.1. Auswertung der Zahlen

Insgesamt wurden 2936 Patientenakten aus den Jahren von 1933 bis 1945 untersucht. Darunter waren 1134 Akten von Syphilis-kranken Patienten, 1802 Patienten wurden aufgrund von Gonorrhoe in der Hautklinik behandelt.[176] Dabei ließ sich die bereits im vierten Kapitel beschriebene deutliche Zunahme an Patienten mit Geschlechtskrankheiten in beiden Gruppen nachweisen.[177] Wurden in den Jahren von 1933 bis 1938 aufgrund von Syphilis 275 Patienten in der Hautklinik aufgenommen und behandelt, waren es von 1939 bis 1945 bereits 859 (Tab.1.), das heißt mehr als dreimal so viele.

[176] Das Problem der Doppeldiagnose, d.h. Patienten waren sowohl an Syphilis als auch an Gonorrhoe erkrankt, wurde insofern gelöst, als dass immer die erste Hauptdiagnose als Zuordnungsgrund gewählt wurde.
[177] Ein Kriegsbedingter Anstieg war sowohl für die Syphilis, als auch für die Gonorrhoe in Deutschland nachweisbar gewesen. Siehe dazu auch in: Vogt, H.-J.: „Die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (DGBG/GBGK). Die Ära von 1945-1984“. In: Der Hautarzt. Vol 54. Nr. 9. (2003) S. 886.

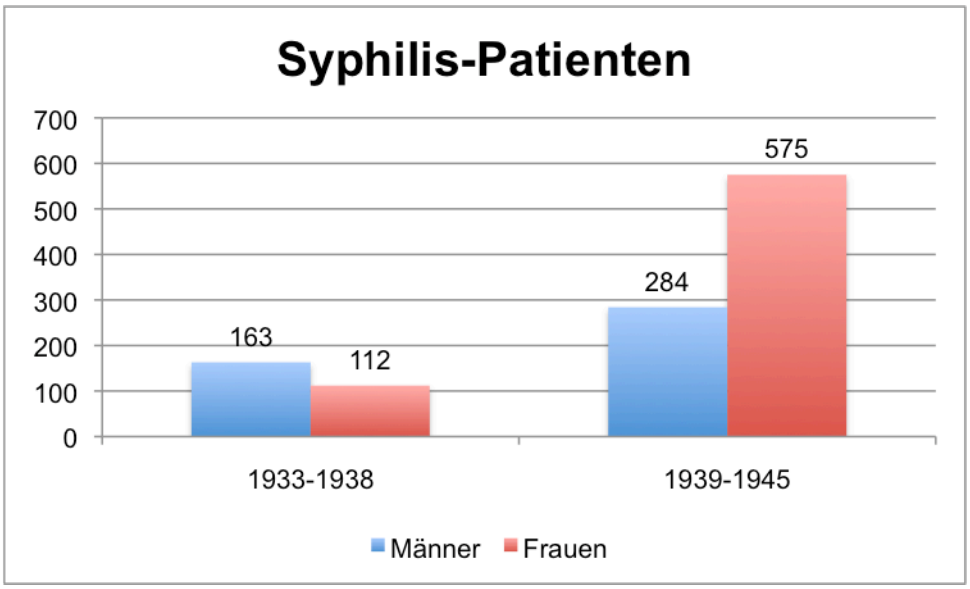

Abb. 1.

Gleichzeitig zeigte sich vor allem eine deutliche Zunahme vor allem der weiblichen Patienten. Während sich die Zahl der männlichen an Syphilis erkrankten Patienten lediglich knapp verdoppelte, so stieg die Zahl der weiblichen Patienten um das fünffache. In der mit 1802 Patienten sehr großen Gruppe der Gonorrhoe-Erkrankten zeigte sich eine Steigerung um das 13fache von 127 auf 1675 Patienten im Vergleich der beiden Zeitintervalle. Dabei war wie auch schon bei den Patienten mit Syphilis vor allem eine Zunahme der weiblichen Patienten zu vermerken (Abb. 2.). Jedoch ist die Zunahme der Patientenzahlen hier noch um ein vielfaches deutlicher als bei den an Syphilis erkrankten Patienten.

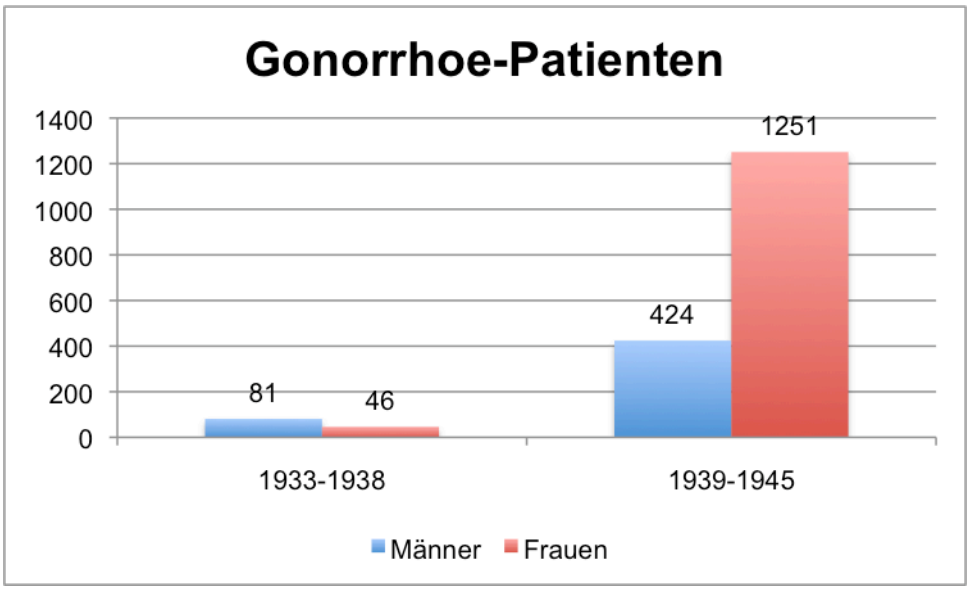

Abb. 2.

Die Problematik der doppelten Diagnose, das heißt Aufnahmen von Patienten, die sowohl an Gonorrhoe als auch an Syphilis litten, trat vor allem bei den Syphilis-Patienten in den Vordergrund. Und auch hier zeigte sich eine deutliche Zunahme der zweifachen Diagnose im Vergleich der beiden Zeiträume: Waren es 1933-1938 noch 25 Patienten, so wurden zwischen 1939 und 1945 227 Patienten mit beiden Diagnosen stationär behandelt. Diese Zunahme lässt sich sicherlich mit der allgemeinen Häufung der Gonorrhoe-Erkrankungen in diesem Zeitraum begründen. Lediglich bei acht Patienten mit der Hauptdiagnose Gonorrhoe wurde gleichzeitig Syphilis festgestellt, sechs davon befanden sich zwischen 1939 und 1945 in der Universitäts-Hautklinik. Möglicherweise wurden Patienten, die sowohl an Syphilis als auch an Gonorrhoe erkrankt waren, unter der Hauptdiagnose der Syphilis aufgenommen, da dies die schwerwiegendere Erkrankung bezüglich der Therapie darstellte. Unabhängig von der Zuordnung der Hauptdiagnose ist hier vor allem die Zunahme der Fälle von Patienten mit zwei verschiedenen Geschlechtskrankheiten bedeutsam.

Ein möglicher Grund für die starke Zunahme der Geschlechtskrankheiten im Krieg stellten die mangelnde Hygiene und die unzureichenden räumlichen Verhältnisse dar. So wurde beispielsweise eine Patientin behandelt, die angab, sich durch die gemeinsame Nutzung desselben Waschlappens bei einem Familienmitglied angesteckt zu haben. Diesen einen Waschlappen hatte sich das Kind mit ihrer Mutter und zwei anderen Kindern geteilt. Bei einem anderen achtjährigen Kind gaben die Eltern an, es habe „mit ihrer angeblich kranken Schwester im gleichen Bett gelegen“

und sich dadurch angesteckt. Ob dies tatsächlich einen möglichen Infektionsweg darstellt, ist fraglich. Bezüglich einer ebensolchen Ansteckung durch Schlafen im gemeinsamen Bett bei Erwachsenen äußerte sich der Dermatologe Harry Braun folgendermaßen:

> „Eine solche Möglichkeit ist bei einer geschlechtsreifen Frau unter gewöhnlichen Umständen nicht gegeben. Hierbei ist unter gewöhnlichen Umständen zu verstehen, dass von Seiten der erkrankten mitschlafenden Person Tripperkeime oder Gegenstände, die mit solchen behaftet sind, nicht direkt in die Harnröhre oder an den Gebärmuttermund der Schlafpartnerin gebracht werden. Die oberflächliche Haut der Scheide einer geschlechtsreifen Frau besitzt genügend Schutz für von aussen lediglich durch Berührung eindringende Trippererreger. Bei geschlechtsreifen Frauen ist der Infektionsweg des Trippers mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit nur durch den Geschlechtsverkehr gegeben.“[178]

Als ein besonders im Jahr 1945 häufig auftauchender Infektions-Grund stellte sich die Ansteckung durch eine Vergewaltigung dar. So fanden sich in den Gonorrhoe-Akten von 1939-1945 17 solcher Fälle von jungen Patientinnen, die eine Vergewaltigung durch einen oder „mehrere Russen“ angaben. Bei den Syphilis-Patienten fanden sich in demselben Zeitraum ebenfalls zwei Ansteckungen durch Vergewaltigungen. Dass Vergewaltigungen, oft verbunden mit anschließender Infektion und Schwangerschaft ein allgemein sehr großes Problem in Greifswald war, wird nicht zuletzt daraus deutlich, dass in einem Beschluß des Rektorats vom 16. Oktober 1945 für Fälle der „nachgewiesenen Nötigung“ ein besonderes Vorgehen bezüglich einer Schwangerschaftsunterbrechung festgelegt wurde. Hierbei konnte eine „besondere soziale oder kriminologische Indikation zum Schwangerschaftsabbruch“ angewandt werden, „wenn eine ärztliche Indikation als nicht ausreichend anzusehen war“.[179]

Bedeutender für die ansteigende Patientenzahl war jedoch vermutlich die Möglichkeit der polizeilichen Zwangseinweisung und der zwangsweisen Behandlung von Geschlechtskrankheiten durch das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Dies zeigt sich auch deutlich in der Zunahme der Zwangsbehandlungen in der Universitäts-Hautklinik im zweiten Zeitintervall (Abb. 3.)

---

[178] Aus einem Gutachten vom 7.5.1942 bezüglich Ansteckung durch Schlafen im gemeinsamen Bett. Aus einer Patientenakte.

[179] Schmiedebach, Heinz-Peter. (2006) S. 339.

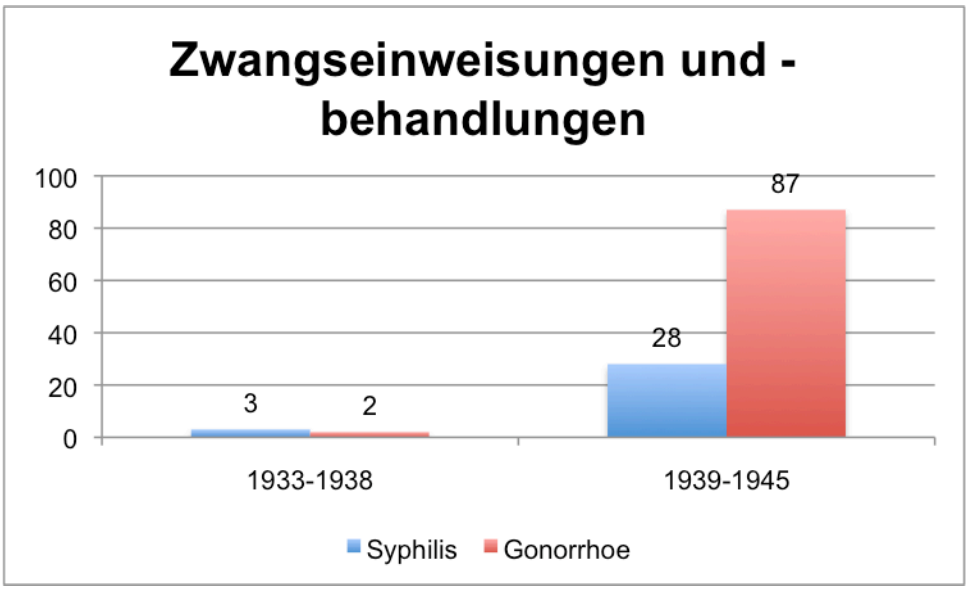

Abb. 3.

Weiter bedeutsam für die Zunahme geschlechtskranker Patienten war, dass sich in den Krankenakten Hinweise darauf fanden, dass nach „charakterschwachen geschlechtskranken Mädchen“ gefahndet wurde. So fand sich in einer der Akten beispielsweise ein Brief des Oberarztes Joachim Hartung an das Gesundheitsamt:

> „In Verfolg [sic] unserer Fahndungen nach charakterschwachen geschlechtskranken Mädchen teile ich einen weiteren Namen mit, *E. K.* [im Original unterstrichen][180]. Es erfolgte bereits Beschwerde des Staatl. Ges. Amt [...] an uns wegen ihrer moralischen Haltlosigkeit. Sie benimmt sich auch in unserer Klinik wie die Axt im Walde. Ich bitte das Weitere zu veranlassen und lege das Schreiben des Staatl. Ges. Amt [...] bei.“

Die Greifswalder Kriminalpolizei leitete diesen Brief weiter mit der Bemerkung: „…Da anzunehmen ist, dass sie auch wieder nach der Entlassung aus der Klinik eine weitere Gefahr für die Umgebung bildet halte ich eine zwangsweise Unterbringung für erforderlich.“ So folgte für zwölf Patienten der Hautklinik eine Unterbringung in Arbeitslagern, polizeilicher Verwahrungshaft, Fürsorgeheimen oder Gemeinschafts- oder Erziehungslagern. Acht Patienten wurden in geschlossene psychiatrische Kliniken verlegt. 14 Patienten wurden nach ihrer Behandlung in das Generalgouvernement abgeschoben.[181] Eine Patientin, die aufgrund von Gonorrhoe

[180] Die Namen der Patienten aus den Krankenakten sind anonymisiert, die Angaben von Geburtsdaten, Wohnort etc. wurde aus möglichen Zitaten entfernt.

[181] Bei dem Generalgouvernement handelte es sich um militärisch besetzte Gebiete westlich der deutsch-sowjetischen Demarkationslinie mit den Distrikten Krakau, Radom, Warschau, Lublin und ab dem Sommer 1941 auch Galizien. Als „östliches Nebenland“ gedacht wurde das Generalgouvernement schließlich durch

in der Hautklinik war, wurde gar aufgrund ihres „liderlichen Lebenswandels“ in ein Frauen-Konzentrationslager gebracht. Viele der Patienten befanden sich bereits vorher in Lagern oder Gefängnissen und wurden nach der Behandlung in der Hautklinik wieder dorthin zurück gebracht. Oftmals lag eine fehlende „Lagerfähigkeit“ vor, so dass die Patienten in der Universitäts-Hautklinik anbehandelt und die Therapie nach Besserung des Allgemeinbefindens in den jeweiligen Lagern dann beendet wurde.

Bei den Verlegungen in psychiatrische Kliniken handelte es sich in fünf Fällen auch um eine Verlegung in die Landesheilanstalt Ückermünde. Dies betraf vornehmlich Patienten mit syphilitischer Paralyse oder Tabes dorsalis, welche sich in der Hautklinik auffällig verhielten. Über eine Patientin wurde beispielsweise in der Epikrise geschrieben: „Pat. neigte, […] infolge von Wahnideen zu Ausbruchsversuchen und war zeitweilig derart gereizt, dass eine Unterbringung in eine geschlossene Anstalt nötig erschien“. Einweisungen in die Landesheilanstalt Ückermünde waren in Greifswald zwischen 1939 und 1945 keine Seltenheit. Aus der Universitäts-Nervenklinik waren es 190 Patienten in diesem Zeitraum.[182] Das erschreckende dabei war, dass 57 von diesen 190 Patienten in der Landesheilanstalt starben, was einer viel höheren Sterberate als in der Universitäts-Nervenklinik entsprach.[183] Arne Pfau hat in seiner Dissertation die in den Diagnosebüchern der Landesheilanstalt verzeichneten Todesursachen beschrieben, die fast alle in keinem direkten Zusammenhang mit dem Grundleiden der Patienten standen. Die Ausnahme bildete hierbei die progressive Paralyse, eine Diagnose mit der viele Patienten aus der Universitäts-Nervenklinik nach Ückermünde verlegt wurden, die als Todesursache angegeben wurde. Insbesondere die Diagnosen „Entkräftung“ und „Erschöpfung“ tauchten 1945 überzufällig häufig als Todesursache auf und stehen nach Pfau „für das Hungersterben, das im letzten Kriegsjahr in den Anstalten einsetzte“.[184] Andere Medizinhistoriker, wie beispielsweise Heinz-Peter Schmiedebach, beschrieben Hinweise darauf, dass Patienten in der Anstalt

---

Aushungerung, Erschießungen und Deportationen von Polen und Juden zu einem „Experimentierfeld nationalsozialistischer Ausbeutungs- und Rassenpolitik“. Siehe dazu in: Dressen, Willi / Rieß, Volker: *Ausbeutung und Vernichtung. Gesundheitspolitik im Generalgouvernement*. In: Frei, Norbert [Hrsg.]: Medizin und Gesundheitspolitik in der NS-Zeit. Aus: Institut für Zeitgeschichte [Hrsg.]: Schriftenreihe der Vierteljahrshefte für Zeitgeschichte. Sondernummer. (1991) München. S. 157.

[182] Schmiedebach, Heinz-Peter. (2006) S. 331. Siehe dazu auch in: Pfau, Arne. (2002).

[183] Ebenda.

[184] Pfau, Arne. (2002). S. 100f.

Ückermünde getötet wurden und auch darauf, dass Sammeltransporte in andere Tötungsanstalten stattfanden.[185]

Es lässt sich an dieser Stelle zusammenfassend festhalten, dass die untersuchten Krankenakten die Zunahme von Geschlechtskrankheiten in der Zeit des Zweiten Weltkrieges belegen. Diese könnte auf verschiedene Ursachen zurück geführt werden. Einerseits führten möglicherweise die deutlich schlechter werdenden hygienischen Bedingungen zu einer Verbreitung der Geschlechtskrankheiten. Andererseits wurde auch von Seiten des Staates und der Kliniken vermehrt nach geschlechtskranken Patienten gesucht und diese zwangsweise behandelt, um eine weitere Ausbreitung der Erkrankungen zu verhindern. So ließ sich im Vergleich der ansteigenden Zahl an Geschlechtskrankheiten um das 6,3fache von 402 auf 2534 eine Zunahme der Zwangseinweisungen um das 23fache von fünf auf 115 in den Vergleichszeiträumen feststellen. Dies wiederum führte erneut zu steigenden Patientenzahlen in der Greifswalder Hautklinik. Der Versuch, das „Volkswohl“ vor „asozialen“ Geschlechtskranken zu schützen, endete für die Betroffenen teilweise in Arbeitslagern oder polizeilicher Verwahrungshaft. So erging es auch einer gerade einmal 16-jährigen Patientin, die in der Universitäts-Hautklinik aufgrund einer Syphilis zwangsweise behandelt wurde. Bereits vor der Therapie in der Hautklinik, die sich wegen Überfüllung herauszögerte, wurde S. D. auf Geheiß des Gesundheitsamtes Barth durch die Geheime Staatspolizei (Gestapo) in Schutzhaft genommen. Die Art des Umgangs mit solchen Patienten und die nationalsozialistische Sicht auf solche Patienten wird in dem Brief des Gesundheitsamtes Barth an die Gestapo vom 19. Juli 1944 deutlich. Darin heißt es:

> „Aus dem beigefügten Schreiben [...] bitte ich zu entnehmen, daß die S. D. [...] gemeingefährlich ist. Sie leidet an einer ansteckenden Lues, hat die 1. Kur nur mit Unterbrechungen durchgemacht, ist unregelmässig beim Arzt erschienen, und hat sich in der Zwischenzeit dauernd mit anderen Männern herumgetrieben. Eine Schwester der D. ist wegen Schwachsinn unfruchtbar gemacht worden. Es handelt sich also um ein Mädchen mit minderwertigem Erbteil aus einer asozialen Familie, die durch ihr Verhalten die Männer gefährdet. Ich bitte sie in Schutzhaft zunehmen [sic], in eine solche Stelle, wo die Luesbehandlung zwangsweise durchgeführt werden kann“.

[185] Schmiedebach, Heinz-Peter. (2006) S. 331.

5.6.2. Auswertung der Altersgruppen

Eine Auswertung nach dem Alter der Patienten hat nur insofern stattgefunden, dass zwischen Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen unterschieden wurde. Als Kinder wurden alle Patienten zwischen null und zwölf Jahren, als Jugendliche alle Patienten von 13 bis einschließlich 17 Jahre und als Erwachsene alle Patienten ab 18 Jahre angesehen. Dabei zeigte sich auch in den Gruppen der Kinder und Jugendlichen eine deutliche Zunahme der Patientenzahlen. Während bei den Kindern die Zunahme von zehn auf 42 Patienten in der Syphilis-Gruppe nachweisbar war (Abb. 4.), stieg die Zahl der an Syphilis erkrankten Jugendlichen noch eindrücklicher von neun auf 190 (Abb. 5.).

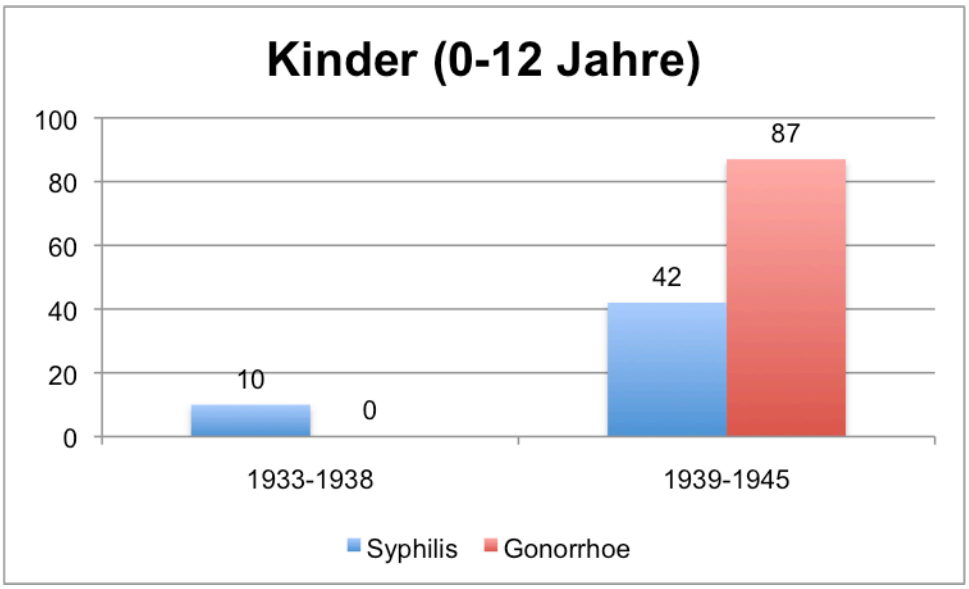

Abb. 4.

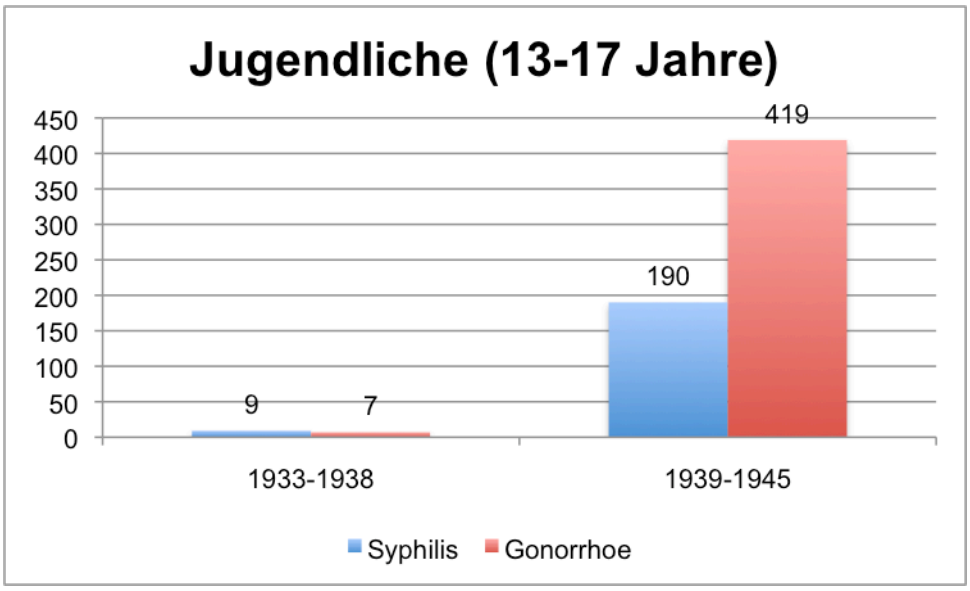

Abb. 5.

Die Steigerung ließ sich noch deutlicher in der Gonorrhoe-Gruppe nachweisen (Abb. 4., Abb. 5.), wo sich eine Erhöhung der Patientenzahlen von null auf 87 zwischen 1933 und 1938 sowie von sieben auf 419 Patienten nachweisen ließ. Auch ohne die absolute Sicherheit einer Vollständigkeit der Krankenakten zu haben, bleibt hier kaum ein Zweifel an der Tatsache, dass sich anhand der Patientenakten beider Gruppen die drastische Zunahme der Geschlechtskrankheiten in der Zeit des Zweiten Weltkrieges, wie bereits in Kapitel 5.6.1. beschrieben, belegen lässt.

5.6.3. Auswertung der Komplikationen

Ein weiterer Aspekt, welcher in der Auswertung der Akten bei den Syphilis-Patienten viel deutlicher auffiel als in der Gonorrhoe-Gruppe, waren die verzeichneten Komplikationen während der Therapie, die teilweise tödlich endeten. Auf die Therapie mit Salvarsan, welche insgesamt eine hohe Komplikationsrate zeigte, wurde bereits an vorheriger Stelle eingegangen (s. Kap. 5.4.1.). Es zeigte sich in der Syphilis-Gruppe eine Verdopplung der prozentualen Komplikationen im Vergleich der Zeitabschnitte von 8% auf 16,9%. Darunter waren häufig leichtere Nebenwirkungen der Therapie wie beispielsweise allergisch bedingte exanthematische[186] Erscheinungen nach Gabe von Neo-Salvarsan als sogenannte Salvarsan-Dermatitis oder Exanthem des neunten Tages[187] oder auch Nebenwirkungen der häufig

[186] Exanthem: Ausschlag, Hautausschlag. Siehe dazu in: Reuter, Peter. (2004) S. 648.
[187] Mit „Erythem des 9. Tages“ wurde ein Hautausschlag bezeichnet, der ca. neun Tage nach Beginn der ersten Salvarsan-Injektion auftrat und als „Provokation auf die cellulär gebundenen Abwehrkräfte gegenüber der

durchgeführten Malaria-Kuren, Kopfschmerzen, Unwohlsein oder Veränderungen im Blutbild im Sinne einer Entzündung oder allergischen Reaktion. Schwerwiegendere Komplikationen traten gelegentlich auf in Form von Nierenschädigungen (Nephritis[188], toxische Nierenschädigung), Leberschädigung mit Ikterus oder in seltenen Einzelfällen in Form einer Neuritis.[189] Der Nierenschädigung, die sich oftmals durch Eiweiß im Urin zeigte, wurde mit Safttagen, Nierenschonkost und Behandlung mit Kurzwelle begegnet. Auch Aborte fanden unter der Therapie mit Salvarsan statt. Insgesamt 20 syphilitische Patienten verstarben in der Universitäts-Hautklinik oder kurz nach der Verlegung in eine andere Klinik, davon waren drei Kinder zwischen vier und sechs Jahren und drei Jugendliche zwischen 13 und 17 Jahren. Die weitaus häufigste Todesursache stellte akutes Kreislaufversagen im Rahmen der Syphilis-Erkrankung oder der Therapie mit Salvarsan oder Malaria-Kuren dar. Ebenfalls häufig waren Hirnentzündungen nach Salvarsan und Intoxikationen durch Salvarsan (Abb. 6.). Ein Patient beging Selbstmord durch Sturz aus einem Fenster der Universitäts-Hautklinik. Er ist nicht in die Grafik (Abb. 6.) eingeschlossen. Die Todesursachen wurden in den meisten Fällen durch Obduktionen geklärt, die dortigen Befunde fanden sich in den jeweiligen Krankenakten. Beispielsweise hieß es in einem der Befunde von einer 20-jährigen Patientin aus dem Pathologischen Institut in Greifswald vom 15. Dezember 1941:

> „Die hämorrhagische Encephalitis ist, wie klinisch bereits angenommen wurde, durch Gefässschädigungen nach Neo-Salvarsan mit Sicherheit zu erklären; auch die schon makroskopisch festgestellten ausgedehnten subendocardialen Blutungen können mit Sicherheit auf derartige Gefässschädigungen zurückgeführt werden“.

Damit war das Medikament Neo-Salvarsan als Ursache der tödlichen Veränderungen bewiesen.

---

luischen Infektion“, also als verstärkte Abwehrreaktion des Körpers angesehen wurde. Siehe dazu in: Richter, Wilhelm: „Betrachtungen zum Wesen der verschiedenen Hautreaktionen nach Darreichung von Salvarsanpräparaten“. In: Archiv für Dermatologie und Syphilis. Nr. 183. (1943) S. 525.

[188] Syn. Nierenentzündung, Entzündung des Nierenparenchyms. Siehe dazu in: Reuter, Peter. (2004) S. 1474.

[189] Syn. Nervenentzündung. Siehe dazu in: Reuter, Peter. (2004) S. 1493.

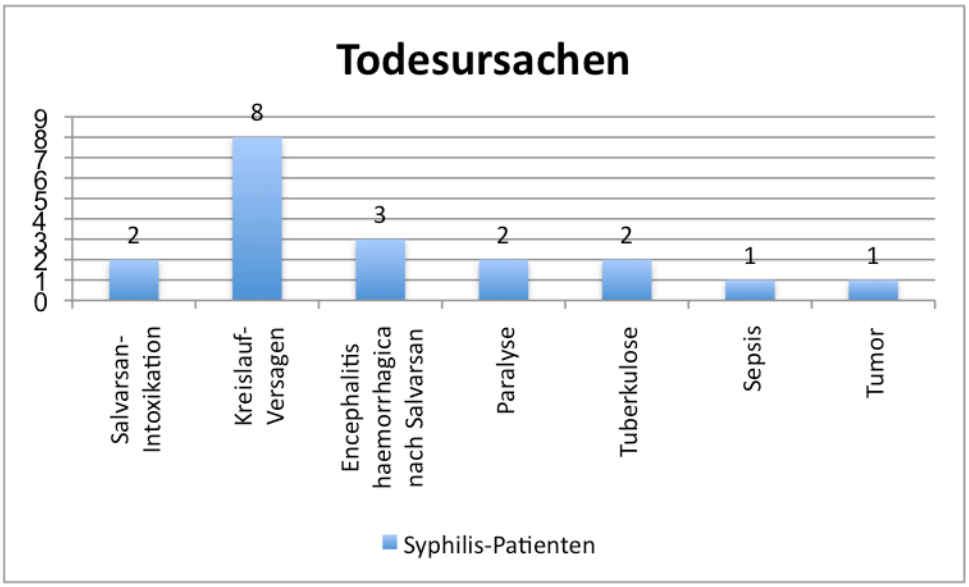

Abb. 6.

In der Gonorrhoe-Gruppe traten Komplikationen in 3% bzw. 5,2% auf, waren also weitestgehend konstant und auch deutlich seltener als in der Gruppe der an Syphilis Erkrankten. Dies waren vor allem unter der Menstruation aufsteigende Infektionen, welche dann zu Adnexitiden, das heißt Entzündungen der Eierstöcke, bei Frauen führten. Bei männlichen Patienten traten hingegen Entzündungen der Hoden, Nebenhoden und Prostata auf. Des weiteren kam es zu Aborten, ulzerösen Blasenentzündungen und allergischen Reaktionen in Form von Erythemen, Exanthemen und Urtikaria.

Zusammenfassend lässt sich an dieser Stelle anmerken, dass es bei der Behandlung der Syphilis-Patienten deutlich häufiger zu Nebenwirkungen und Komplikationen kam, die teilweise sogar tödlich endeten. Mit der Auswertung der Krankenakten ließ sich somit die komplizierte und komplikationsträchtige Behandlungsart mit Salvarsan nachweisen.

5.6.4. Sterilisationsproblematik

Ein besonderer Schwerpunkt bei der Bearbeitung und Auswertung der Krankenakten wurde auf Hinweise bezüglich des „GzVeN“ gelegt. Hierbei ließ sich zunächst feststellen, dass sich in der Gruppe der Syphilis-Patienten 20 Patienten fanden, die bei Aufnahme bereits sterilisiert waren, ein Patient war aufgrund eines Sittlichkeitsverbrechen kastriert worden. Diese Sterilisationen hatten alle zwischen 1933 und 1943 stattgefunden, die Mehrzahl davon zwischen 1936 und 1939 (Abb.

7.). Zwei Sterilisationen konnten zeitlich nicht exakt zugeordnet werden, eine davon war sicher vor 1937 erfolgt.

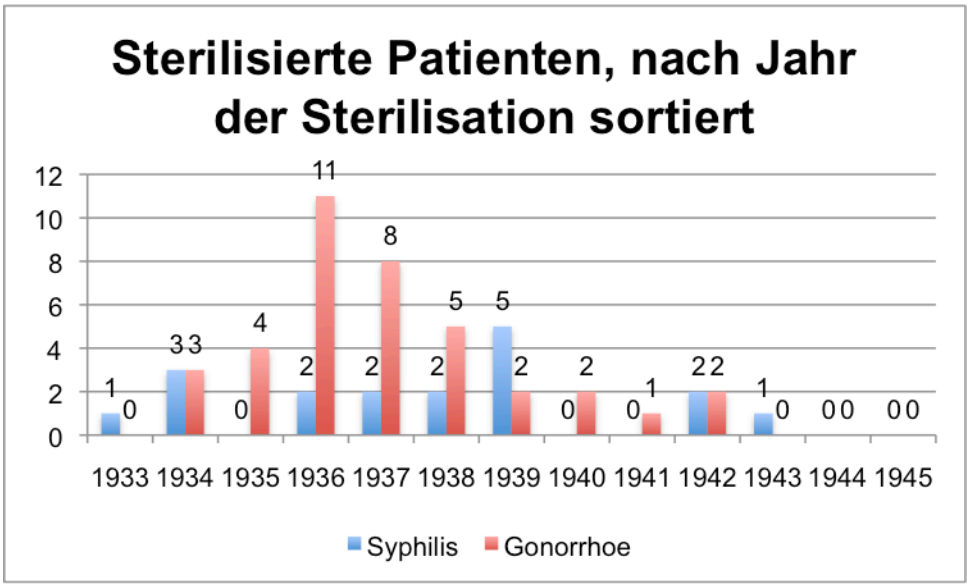

Abb. 7.

Deutlicher wird die zeitliche Häufung der Sterilisationen um 1937, wenn man die Patienten aus der Gonorrhoe-Gruppe betrachtet. Hier waren insgesamt 41 Patienten sterilisiert, die meisten in den Jahren 1936 und 1937. Drei Sterilisationen konnten auch hier zeitlich nicht mehr zugeordnet werden und sind auch nicht in der Grafik erfasst. Das Absinken der Sterilisationszahlen nach 1938 ist in beiden Gruppen deutlich. Dies war ein deutschlandweites Phänomen, dessen Ursache nicht genau bekannt ist. In der Medizinhistorischen Literatur tendieren die Autoren zu zwei Begründungen dieses Phänomens, das Abflauen der Anfangseuphorie und eine Dämpfung der Sterilisationstätigkeit von offizieller Seite.[190] Weitere mögliche Gründe für den Rückgang der Sterilisationen stellen die fehlende Arbeitskraft der Frauen, die sich in den Kliniken befanden, und die an der Front zunehmend benötigten Ärzte dar.[191] Deutlich wird jedoch, dass drei Viertel aller Unfruchtbarmachungen in Deutschland zwischen 1934 und 1939 stattfanden[192] und die Zahlen mit Kriegsbeginn und mit Beginn der „Euthanasie-Aktion“ rückläufig waren.[193]

---

[190] Link, Gunther. (2002) S. 313.
[191] Horban, Corinna: *Gynäkologie und Nationalsozialismus: Die zwangssterilisierten, ehemaligen Patientinnen der I. Universitätsfrauenklinik heute – eine späte Entschuldigung*. (1999) Diss. München. S. 25.
[192] Siehe dazu auch in: Horban, Corinna. (1999) S. 40.
[193] Siehe dazu auch in: Schmuhl, Hans-Walter: *Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie. Von der Verhütung >lebensunwerten Lebens<, 1890-1945*. In: Berding, Helmut / Kocka, Jürgen / Wehler, Hans-Ulrich [Hrsg.]: Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft. Bd. 75. (1987) Göttingen. S. 159.

Die Ursachen der bereits erfolgten Sterilisationen ließen sich nicht mehr in jedem Fall exakt klären (Abb. 8). Deutlich wurde jedoch auch bereits bei dieser Patientenzahl eine Häufung der Ursache des „angeborenen Schwachsinns“. Anders als in den Sterilisationszahlen aus der Universitäts-Nervenklinik sind in der Hautklinik keine Patienten behandelt worden, die aufgrund von Schizophrenie unfruchtbar gemacht worden waren.

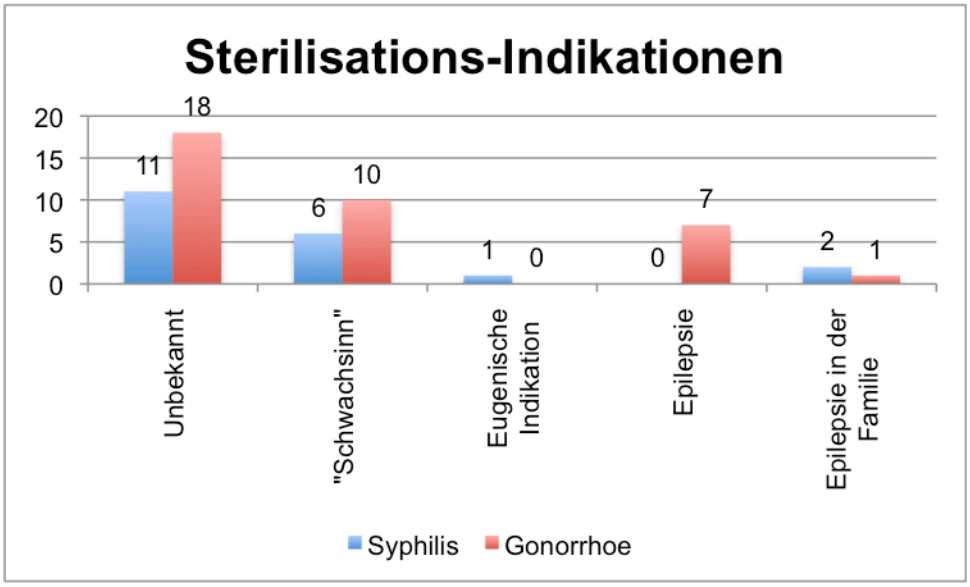

Abb. 8.

Die bereits erwähnte Kastration aufgrund eines Sittlichkeitsverbrechens wurde in dieser Grafik nicht berücksichtigt. Unter die Rubrik „Unbekannt“ wurden hier verschiedene Fälle gefasst. In insgesamt 21 Fällen konnte in der Krankenakte kein Hinweis auf eine möglichen Grund der Unfruchtbarmachung gefunden werden. In den anderen acht Fällen gab es verschiedene Anhaltspunkte. In jeweils drei Fällen lagen Lungenerkrankungen, insbesondere Tuberkulose, in der Familie oder bei dem Betroffenen selbst vor oder in der Krankenakte wurden Bemerkungen wie „stumpfer Allgemeineindruck“, „maskuline Behaarung“ gefunden, die zunächst als auffällig bewertet wurden. In jeweils einem Fall war ein Familienmitglied „geisteskrank“ bzw. „taubstumm“. In diesen letzten beiden Fällen können wir davon ausgehen, dass dies die Sterilisationsgründe - als „erbliche Leiden“ durch das jeweilige Erbgesundheitsgericht eingeschätzt - gewesen sein mussten. Da sich aber die Sterilisations-Ursache in keinem der Fälle als eindeutig herausstellte, wurden diese Fälle als „unbekannte Ursache“ eingestuft. Interessant dabei sind jedoch die drei Fälle der Patienten mit Lungenerkrankungen in der Anamnese. So war doch die

Tuberkulose, als weitere „Volksseuche“ schon 1933 als „erbliche Krankheit“ im Zuge des „GzVeN“ diskutiert worden. Einige Ärzte glaubten, die Erblichkeit würde sich darin zeigen, als an ihr „nur spezifisch Disponierte“ erkrankten, womit vornehmlich „Asoziale und Antisoziale“ gemeint waren.[194] Auch wenn die Lungentuberkulose nicht als Krankheit im Sinne des „GzVeN“ galt, so wurde sie doch, ähnlich wie die Geschlechtskrankheiten, mit einem „asozialen“ Lebenswandel assoziiert und die Betroffenen vermehrt überwacht und kontrolliert. Leider lässt sich in den drei Fällen aus der Hautklinik nicht mehr herausfinden, ob die Lungenerkrankungen der Grund für die Unfruchtbarmachungen gewesen sind. Allerdings dürften sich die Krankheiten im Erbgesundheitsprozess für die jeweiligen Betroffenen wohl kaum günstig ausgewirkt haben.

Auch die Universitäts-Hautklinik war mit in die Sterilisationspolitik eingebunden. Dabei konnten in der Bearbeitung der Krankenakten sowohl Beispiele dafür gefunden werden, dass Frauen im Sinne des „GzVeN“ angezeigt wurden, als auch Beispiele dafür, dass trotz vieler möglicher Ansatzpunkte im Sinne des Gesetzes von Seiten der Hautklinik keine Anzeige erstattet wurden. Die Fälle, in denen keine Folgen für die Patientinnen im Sinne von Zwangssterilisationen entstanden, lagen zahlenmäßig über denen der Anzeigen. Da die Haltung der Universitäts-Hautklinik zur Sterilisationspolitik im Nationalsozialismus einen der zentralen Aspekte der Arbeit darstellt, soll an dieser Stelle etwas näher auf diese Patienten eingegangen werden. Insgesamt fanden sich unter den 2936 Krankenakten in sechs Fällen Hinweise auf Sterilisationsverfahren, in welche die Greifswalder Hautklinik involviert war. Dabei waren es vier Fälle bei Patienten der Syphilis-Gruppe, jeweils zwei in den einzelnen Zeitabschnitten, und zwei Fälle in der Gonorrhoe-Gruppe in der Zeit von 1933-1938. In der Syphilis-Gruppe von 1933-1938 handelte es sich um eine 22-jährige Frau und einen 43-jährigen Mann. Der männliche Patient war bereits in der Chirurgischen Universitäts-Klinik zur geplanten Sterilisation aufgenommen worden und wurde nach Ausheilung der zwischenzeitlichen festgestellten dermatologischen Problematik dorthin zurück zur letztendlichen Durchführung der Sterilisation verlegt. Die Universitäts-Hautklinik war somit in diesem Fall lediglich insofern beteiligt, dass sie die erforderliche Rückverlegung durchführte. In den Fall der 22-jährigen Frau waren die Ärzte der Hautklinik etwas mehr involviert. Diese war zur Begutachtung einer angeborenen Syphilis mittels Blutuntersuchungen und zur Frage der Sterilisierung

[194] Kater, Michael. (2004) S. 107f.

vom Kreisarzt in die Hautklinik eingewiesen worden. Die Universitäts-Nervenklinik untersuchte die Patientin mittels einer „Intelligenzprüfung“[195] und stellte einen „ziemlich hohen Grad von Imbezilität, der den Anforderungen des Gesetzes vollauf entspricht“ fest. Auch, wenn in den Aufzeichnungen der Krankenakte aus der Hautklinik lediglich von „leichte[r] Demenz!“ die Rede ist, so heißt es in dem Brief an des Kreisarzt des Kreises Demmin, der sich in der Krankenakte findet:

> „Die Pat. war bei uns zur Beobachtung auf eine congenitale Syphilis. ausser [sic!] einer Sattelnase bestehen bei ihr sonst keine Stigmata, die Blut= und Liquorreaktion fiel negativ aus. Die Sterilisierung wird beantragt von der hiesigen Nervenklinik wegen hochgradiger Imbezilität“.

Der Eindruck der Ärzte der Hautklinik einer leichten Demenz wurde also durch die durch einen Intelligenztest festgestellte „Imbezilität“[196] ersetzt. Die Anmeldung zur Sterilisation erfolgte jedoch durch die UNK und nicht durch die Hautklinik.

Die beiden anderen Fälle der Syphilis-Gruppe betrafen eine 16-jährige und eine 36-jährige Patientin. Die Jugendliche war mit Syphilis, Scabies[197] und Pyodermien[198] 1944 in der Hautklinik in Behandlung. Sie war zunächst in der Chirurgie des Kreiskrankenhaus Bergen durch das Staatliche Gesundheitsamt zur Sterilisation eingewiesen worden. Dort war aufgrund des Hautausschlages die Operation verschoben und die Patientin in die Hautklinik verlegt worden. Erst hier wurde eine gleichzeitig bestehende Syphilis festgestellt. Nach der Therapie wurde die Jugendliche zurück nach Bergen zur Sterilisation verlegt. Der Grund der Sterilisation wird in keinem der Briefe zwischen der Universitäts-Hautklinik und der Chirurgie in Bergen erwähnt. Da jedoch handschriftlich in der Patientenakte in der Rubrik „Allgemeineindruck“ der Vermerk „psychisch gestört“ eingetragen wurde, ist anzunehmen, dass es sich hierbei um einen weiteren Fall von angeblichem „Schwachsinn“ als Sterilisationsgrund handelte.

Die 36-jährige Patientin war bereits durch viele frühere Aufenthalte in der Hautklinik bekannt, da sie aufgrund von Syphilis und Gonorrhoe schon seit 1924 immer wieder zur Behandlung eingewiesen wurde. Die immer wiederkehrenden, größtenteils

---

[195] Genauere Angaben bzgl. des „Intelligenztests“ waren aus den Krankenakten leider nicht ersichtlich. Es ist jedoch auch durchaus denkbar, dass es sich um einen Test der sog. Lebensbewährung handelte (s. Kap. 3.2.2.).

[196] „Mittelgradige Intelligenzminderung [IQ 33-49]; heute i.d.R. als geistige Behinderung bezeichnet“. Reuter, Peter. (2004) S. 1005.

[197] Syn. Krätze, Ascariasis, Befall der Haut mit Krätzmilben. Siehe dazu in: Reuter, Peter. (2004) S. 1896.

[198] Syn. Grintausschlag, Eiterausschlag, durch Eitererreger verursachte Erkrankung der Haut und Hautanhangsgebilde. Siehe dazu in: Reuter, Peter. (2004) S. 1795.

polizeilichen Einweisungen aufgrund von erneuten Infektionen führten schließlich dazu, dass vom Bezirksfürsorgeverband im Juni 1939 eine Anfrage an die Hautklinik gestellt wurde, was aus ärztlicher Sicht am besten zu unternehmen sei. Der Ansicht des Oberbürgermeisters nach sei es das beste,

> „wenn sie durch Einweisung in eine Heilanstalt unschädlich gemacht werden könnte [...] Fällt die K. nicht unter das Gesetz zur „Verhütung erbkranken Nachwuchses“? Ihr im Kinderheim befindliches jüngstes Kind scheint idiotisch zu sein“.[199]

Auch ein Aufenthalt in der Landesbesserungsanstalt Ueckermünde habe bereits ohne Erfolg stattgefunden. Aus dem Antwortschreiben vom 16. Juni wird ersichtlich, dass bereits 1937 durch die Hautklinik vorgeschlagen wurde, die arbeitslose Patientin, die durch „geschlechtlichen Verkehr ihren Lebensunterhalt verdient [...] zum Schutze der Volksgesundheit“ in ein Arbeitshaus zu verbringen. Weiter heißt es:

> „Vom ärztlichen Standpunkt aus muss die K. ständig unter einer Führung stehen [...] Sie müsste einer öffentlichen Einrichtung überwiesen werden, in der sie von morgens bis abends unter dem Komando [sic] eines energischen Wächters arbeiten müsste. In der betr. Kolonne müssten unbedingt verschärfte Strafbedingungen bestehen. [...] Das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses kann bei ihr angewandt werden, insofern bei ihr moralischer Schwachsinn vorliegt“.[200]

Mit diesem Schreiben wurde „moralischer Schwachsinn“ als Sterilisationsgrund ärztlich gerechtfertigt und damit deutlich, wie unscharf der Begriff „Schwachsinn“ war und wie er teilweise scheinbar wahllos eingesetzt wurde. Wie hätte man „moralischen Schwachsinn“ ärztlich nachgewiesen und beweisen können? Der Legitimationsgrund für eine Zwangssterilisation war hier nicht medizinischer Natur, er war Ausdruck davon, dass der „Lebenswandel“, den diese Patientin führte, nicht den Normen entsprach und nicht geduldet wurde. In diesem Brief nutzte der Oberarzt der Universitäts-Hautklinik sogleich die Gelegenheit, dem Oberbürgermeister die Namen, Geburtsdaten und Anschriften dreier Patientinnen, die „genauso gelagerten Fälle[n]“ entsprachen, zu nennen. Von einer der dort aufgeführten Patientinnen, alle etwa im Alter von 25 Jahren, zeugten die Krankenakten ebenfalls von häufigen stationären

---

[199] Schreiben vom 10. Juni 1944 vom Oberbürgermeister Bezirksvorsorgeverband an die Universitäts-Hautklinik z. Hd. des Herrn Oberarztes in Greifswald. Aus einer Patientenakte von E. K. aus dem Jahr 1939.

[200] Antwortschreiben des Oberarztes vom 16. Juni 1939 an den Oberbürgermeister als Bezirksfürsorgeverband. Aus einer Patientenakte von E. K. aus dem Jahr 1939.

Aufenthalten aufgrund von Gonorrhoe oder Syphilis in der Hautklinik. Die anderen beiden Akten sind nicht im Bestand erhalten gewesen. Es wird jedoch nicht ersichtlich, was aus diesen drei Patientinnen geworden ist. In einem weiteren Brief, der im Februar 1940 in Vertretung Wilhelm Richters an den Oberbürgermeister geschrieben wurde, tauchten erneut Fragen bezüglich Zwangsmaßnahmen gegenüber der Patientin E. K. auf, da sie von einem der Ärzte am Bahnhof in Stralsund gesehen worden sei, „wie sie wieder versuchte, Soldatenbekanntschaften zu machen". Auch in diesem Brief wurde erneut darauf hingewiesen, dass „gerade jetzt während der Kriegszeit [...] verschärfte Massnahmen im Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten" erforderlich seien. Ob nun letztendlich eine Sterilisation oder eine Unterbringung in einem Arbeitslager stattgefunden hat, lässt sich nicht mehr nachweisen. Es lässt sich jedoch feststellen, dass die Universitäts-Hautklinik in diesem Fall maßgeblich an der Anwendung des „GzVeN" bei der Patientin beteiligt war. Sie bezog sich hierbei auf eine Indikation, die es ermöglichte, „asoziale Psychopathen", also Menschen, die keinem geordneten Beruf nachgingen oder straffällig geworden waren in die rassenhygienischen Sterilisierungen mit einzubeziehen, ohne dass „Psychopathie" in einem solchen Fall eine Indikation gewesen wäre.[201] Bereits in den Erläuterungen zum „GzVeN" wurde präzisiert, dass „bei zahlreichen asozialen und antisozialen, schwer erziehbaren, stark psychopathischen Debilen" eine Unfruchtbarmachung „unbedenklich für zulässig" erklärt werden könnte, „selbst wenn sie in ihrer Intelligenzentwicklung allein nicht übermäßig zurückgeblieben sind".[202] Das bedeutet, dass bereits schlechte Schulnoten in Verbindung mit Arbeitslosigkeit oder Prostitution unter Umständen zu einer Unfruchtbarmachung auf Grundlage von „moralischem Schwachsinn" führen konnten. Bei mangelnder klinischer Auffälligkeit bezogen sich die Ärzte der Hautklinik wohl auf solche Begründungen.

Die beiden Fälle aus den Krankenakten Gonnorrhoe-kranker Patienten betrafen erneut zwei Frauen. Eine 27-jährige Patientin wurde wegen Gonorrhoe und Syphilis Ende 1934 in der Hautklinik behandelt. Aufgrund des Beschlusses des Erbgesundheitsgerichtes des Kreises Pyritz verlegte man die Patientin nach Abschluss der Behandlung in der Hautklinik zur Sterilisation in die Universitäts-

[201] Siehe dazu auch in: Schmuhl, Hans-Walter. (1987) S. 157.

[202] Birk, Hella: *Das >Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses<. Eine Untersuchung zum Erbgesundheitswesen im bayrischen Schwaben in der Zeit des Nationalsozialismus.* In: Kießling, Rolf [Hrsg.]: Veröffentlichungen der Schwäbischen Forschungsgemeinschaft. Reihe 1. Studien zur Geschichte des Bayrischen Schwaben. Bd. 33. (2005) Augsburg. S. 195.

Frauenklinik. In der Krankenakte fand sich der Beschluss mit dem Hinweis, dass sich die Patientin binnen 14 Tagen nach Empfang des Schreibens in der Frauenklinik zur Sterilisation einzufinden habe. Der Grund für die Sterilisation war weder aus der Krankenakte noch aus den Briefen des Kreisarztes ersichtlich. Bei der anderen Patientin handelte es sich um eine 24-jährige Frau, die 1934 zum ersten Mal in der Universitäts-Hautklinik aufgrund von Syphilis und Gonorrhoe behandelt wurde. Im Krankenblatt war von einer „mongoloid[en]“ Patientin mit Epikantus die Rede, so dass davon ausgegangen werden muss, dass die Patientin unter dem Down-Syndrom litt. Mit der handschriftlichen Notiz „Pat. leicht dement“ begründete man die fehlende ausführliche Anamneseerhebung. Die „Meldung beim Kreisarzt zur Durchführung einer Sterilisation“ erfolgte in diesem ersten Aufenthalt am 13. Februar. Im darauf folgenden Jahr war die Patientin erneut in der Universitäts-Hautklinik in Behandlung. In der Krankenakte findet sich eine Aktennotiz, die besagt, dass die damals angemeldete Sterilisation bis dato noch nicht durchgeführt worden war. Eine erneute Meldung und das weitere Vorgehen bei der Patientin ist anhand des Krankenaktenmaterials nicht nachvollziehbar. Ob beispielsweise eine Sterilisation aufgrund des „GzVeN“ nicht gerechtfertigt gewesen wäre und es deshalb nicht dazu kam, lässt sich nicht mehr reproduzieren.

Unter den Krankenakten der Greifswalder Hautklinik gab es 12 Fälle, in denen eine Anmeldung zur Sterilisation im Sinne des „GzVeN“ hätte gerechtfertigt werden können. Darunter waren sechs Patienten mit Epilepsie, zwei Patienten mit „angeborenem Schwachsinn“, je ein Patient mit Chorea Huntington und sogenannter psychopathischer Persönlichkeit. Bei zwei weiteren Patientinnen tauchten die Begriffe „moralisch minderwertig“ bzw. „moralisch schwachsinnig“ auf. Allerdings wurde hier von Seiten der Hautklinik nichts unternommen, in einem der Fälle wurde die „moralische Minderwertigkeit“ sogar mit einer zu geringen Aufklärung begründet.

Es zeigt sich also, dass auch die Ärzte der Greifswalder Hautklinik sich nicht ganz von der Sterilisationspolitik der Nationalsozialisten frei machen konnten. Allerdings überwiegen die Beispiele, in denen keine Anzeige erfolgte, obwohl ein Grund im Sinne des „GzVeN“ hätte gerechtfertigt werden können. Der eine Fall, in dem eine Zwangsterilisation von Seiten der Hautärzte mit „moralischem Schwachsinn“ begründet wurde, zeigt jedoch einen bedeutsamen Punkt auf. Es waren sehr viele

der geschlechtskranken Patientinnen der Hautklinik Frauen, bei denen mit Hilfe dieser Begründung eine Anzeige hätte erfolgen können. Viele Male tauchten in den Akten dererlei Notizen auf, wie beispielsweise „Dirne“, „Prostituierte“, „unzuverlässig“, „steckt wahllos Männer an“, „betreibt ungehemmt Geschlechtsverkehr mit fremden Männern“. Wäre in jedem Fall eine Anzeige seitens der Klinik erfolgt, so wäre die Zahl der Frauen, die sich einer Zwangssterilisation unterziehen mussten, sicher noch sehr viel größer gewesen. Für die Universitäts-Hautklinik war die Anwendung des Gewohnheitsverbrechergesetzes in ihrer Tätigkeit jedoch viel bedeutsamer. Die Abschiebung von Patientinnen in Arbeitslager, Heil- und Besserungsanstalten sowie die Sicherungsverwahrung kam wie bereits beschrieben sehr viel häufiger vor.

6. Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit behandelt ein Kapitel der Greifswalder Medizingeschichte. Sie stellt eine institutsgeschichtliche Arbeit dar, die sich in ihrem Schwerpunkt auf die Zeit des Nationalsozialismus konzentriert. Aufgrund der mehrdimensionalen Aspekte der Arbeit erfolgte zunächst eine allgemeine Betrachtung der geschichtlichen Hintergründe, bevor eine genauere Analyse der Schwerpunkte vorgenommen wurde. Im Fokus der Arbeit stehen die Greifswalder Universitäts-Hautklinik in den 1930er Jahren, die Durchführung nationalsozialistischer Ideen und Gesetze (hierbei insbesondere das „GzVeN“) und die Behandlung von Geschlechtskrankheiten in Greifswald, deren Auswertung anhand von Krankenakten geschah.
Bei den geschichtlichen Hintergründen, die für die vorliegende Arbeit relevant sind, handelt es sich insbesondere um die deutsche Dermatologie-Geschichte, sowie um die Entstehung und Durchführung des „GzVeN“ als eines der in der klinischen Praxis bedeutsamsten Gesetze des Nationalsozialismus.

Die Dermatovenerologie entwickelte sich aus zwei verschiedenen Fachgebieten heraus. Während sich die Venerologie, die Lehre der Geschlechtskrankheiten, schon um 1490 von der Chirurgie gelöst hatte, erfolgte die Trennung der Dermatologie, der Lehre der Hautkrankheiten, von der Inneren Medizin erst zu einem späteren Zeitpunkt. Die Verbindung der beiden Fächer geschah schließlich in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts. Bevor eigenständige Kliniken und schließlich universitäre Einrichtungen für Dermatovenerologie entstanden, versorgte man haut- und geschlechtskranke Patienten zunächst auf der Ebene der niedergelassenen Ärzte und privaten Krankenhäuser.
Als vierte Fachdisziplin innerhalb der Medizin gründeten die Dermatovenerologen 1888 mit der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft eine eigene Fachgesellschaft. Um 1902 erfolgte die Gründung der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (DGBG). Ihre vordergründige Arbeit sah die Organisation darin, die Geschlechtskrankheiten durch Aufklärung zu bekämpfen. Anhand der Entwicklung dieser Gesellschaft und ihrer „Mitteilungen“ lässt sich die Politik der Gleichschaltung des Nationalsozialismus nachvollziehen. Der Vorstand der DGBG trat geschlossen zurück, als 1933 Bodo Spiethoff als Reichskommissar eingesetzt wurde und verkündete, dass die DGBG fortan nicht mehr ihre eigene

Politik machen werde, sondern „im Geiste des Nationalsozialismus“ arbeiten würde. So begann mit der Ernennung Bodo Spiethoffs für viele Historiker der Niedergang des Faches im Nationalsozialismus. Wie groß die entstehenden Lücken in den Kliniken und in der dermatologischen Forschung waren, zeigt sich durch die Vielzahl jüdischer Dermatologen, die zu einer Aufgabe ihrer Tätigkeit gezwungen wurden. Dies und die zahlreichen deutschlandweiten politischen Umbesetzungen hinterließen ihre Spuren, wie auch ein Blick auf den Rückgang der wissenschaftlichen Veröffentlichungen in der Dermatologie bestätigt.

Das „GzVeN“ war eines der wesentlichen Instrumente der Nationalsozialisten zur Durchsetzung ihres rassenhygienischen Gedankengutes und wurde aus diesem Grund in der vorliegenden Arbeit besonders berücksichtigt. Um „Erbkranke“ von der Fortpflanzung auszugrenzen und um die „Aufartung“ des „Deutschen Volkes“ zu ermöglichen, trat das Gesetz vom 14. Juli 1933 am 1. Januar des folgenden Jahres in Kraft und diente in den folgenden Jahren dazu, mehrere Tausend Menschen aufgrund eugenischer Indikationen gegen ihren Willen unfruchtbar zu machen.

Auch in verschiedenen Greifswalder Kliniken wurden die operativen Eingriffe zur Unfruchtbarmachung vorgenommen. Dabei waren die Indikationen „angeborener Schwachsinn“ und „Schizophrenie“ wie in ganz Deutschland auch hier am häufigsten. Dies ließ sich anhand der für die Greifswalder Frauenklinik vorliegenden Arbeiten über die Anwendung des Gesetzes aus der Zeit des Nationalsozialismus und anhand einer ausführlichen Studie aus der Universitäts-Nervenklinik (UNK) von 1994 bestätigen. Letztere Studie erforschte den Sachverhalt ebenfalls anhand von Patientenunterlagen. Schnittpunkte mit der Universitäts-Hautklinik ergaben sich hier beispielsweise durch die in der UNK behandelten Patienten mit Progressiver Paralyse, dem vierten Stadium der Syphilis.
Eine Arbeit, welche die Bedeutung des „GzVeN“ innerhalb anderer, nicht primär mit dem Gesetz in Kontakt stehenden Fachrichtungen untersuchte, liegt meines Wissens noch nicht vor.

Für die Entstehung der Greifswalder Universitäts-Hautklinik ist die Berufung des Dermatologen Walther Schönfeld (1888-1977) als erster Ordinarius dieses Fachgebietes im Jahre 1920 nach Greifswald besonders bedeutsam gewesen. Nicht nur aufgrund seiner wissenschaftlichen Leistungen - in seiner Greifswalder Zeit

entstanden etwa 150 wissenschaftliche Publikationen unter seiner Leitung - sondern insbesondere auch aufgrund seines Einsatzes in der Planung der neuen Hautklinik verdankt ihm die Greifswalder Hautklinik einen Meilenstein in der Entwicklung und Etablierung des Fachgebietes.
Andere, für diese Arbeit wichtige Fachvertreter in Greifswald waren Wilhelm Richter (1892-1944), Josef Hämel, Egon Keining (1892-1972) sowie die Oberärzte der Klinik während des untersuchten Zeitraumes Willy Leipold (1893-1973), Joachim Hartung (1908-1980) und Harry Braun (1908-1979).

Durch die Einsicht in Archivaufzeichnungen, durch Literaturauswertung und durch das Studium der Patientenakten ließen sich die Geschichte der Greifswalder Universitäts-Hautklinik und für die Zeit des Nationalsozialismus typische Entwicklungen nachvollziehen.
Anhand der Umbesetzung Walther Schönfelds 1935 nach Heidelberg und den Ernennungen der nachfolgenden Direktoren der Greifswalder Dermatologie kann die nationalsozialistisch gesteuerte Berufungspolitik deutlich gemacht werden. Im ersten Fall, bei der Berufung Wilhelm Richters, handelte es sich um eine Berufung, die aufgrund der richtigen Parteizugehörigkeit und nicht wegen fachlicher Qualifikation erfolgte. Die späte Berufung Egon Keinings stellte ein Beispiel für die durch fehlende politische Aktivität behinderte Karriere eines qualifizierten Arztes dar.
Ein Blick auf die Forschungsthemen der Greifswalder Dermatologen in der Zeit zwischen 1933 und 1945 lässt ebenfalls nationalsozialistisch gefärbte Inhalte erkennen. Diese wurden nicht zuletzt in der wehrmedizinischen Forschung Wilhelm Richters und seiner Assistenten deutlich. So forschten verschiedene Stipendiaten der Fachgliederung Wehrmedizin des Reichsforschungsrates während des Nationalsozialismus in der Greifswalder Hautklinik. Zudem veröffentlichte der Direktor der Hautklinik sein Werk über *Kampfstoffwirkung und Heilung*, in dem er „therapeutische Versuche“ am Menschen mit dem Kampfstoff Lost beschrieb. Auch wenn sich aus verschiedenen Quellen Hinweise auf die diesbezügliche Forschungsarbeit finden lassen (in den Veröffentlichungen von Wilhelm Richter, in der Publikationsliste seines Oberarztes, in Personalakten aus dem Universitäts-Archiv Greifswald, UAG), so konnte doch kein exakteres Bild dieser Forschung und vor allem des Umfanges derselben entwickelt werden. Es ließ sich lediglich

nachweisen, dass diesbezügliche Versuche an Patienten der Hautklinik stattgefunden haben.

Eine weitere, für die Zeit des Zweiten Weltkrieges typische Entwicklung war der zunehmende Ärztemangel in den Hautkliniken bei ansteigender Patientenzahl vor allem geschlechtskranker Patienten. Auch dies konnte für die Hautklinik Greifswald belegt werden, in der zeitweise ein einziger Assistent für die überbelegte Klinik zuständig war, während der Direktor der Klinik sich bereits 1939 freiwillig zum Kriegseinsatz gemeldet hatte. Die erhebliche Zunahme an geschlechtskranken Patienten konnte anhand beider Gruppen der untersuchten Patientenakten zweifelsfrei aufgezeigt werden und bestätigte damit auch die offiziellen Zahlen, die sich in den Akten der Medizinischen Fakultät im UAG finden ließen.

Die Behandlung der Geschlechtskrankheiten stellte nicht nur einen für diese Arbeit zentralen Aspekt in der Beschreibung der Universitäts-Hautklinik dar. Die Geschlechtskrankheiten waren auch für die nationalsozialistische Bevölkerungspolitik ein sehr großes Problem, das mit Hilfe von Gesetzen und Verordnungen massiv bekämpft wurde. Die „Volksseuchen“ Syphilis und Gonorrhoe minderten die „Volksgesundheit“ und führten zu einer verringerten Geburtenzahl bzw. zu vermehrten Geburten „unwerten Lebens“ durch erkrankte Mütter und schwächten zudem die Soldaten. Damit berührten sie die sensibelsten Punkte der Nationalsozialisten und wurden zum Ziel nationalsozialistischer Bevölkerungs- und Gesundheitspolitik. Man begegnete den Erkrankten mit der Anwendung von Zwangseinweisungen, Zwangsbehandlungen in Krankenhäusern und Heil- und Pflegeanstalten sowie mit der Unterbringung in Arbeitshäuser, psychiatrischen Anstalten und Konzentrationslager. Eine Anwendung des „GzVeN“ auf Geschlechtskranke war von Seiten des Gesetzes nicht vorgesehen, wenngleich es Vorstöße gab, „Asoziale“ und „psychopathische Persönlichkeiten“ mit in die Indikationsliste des Gesetzes aufzunehmen.

Auch für die Greifswalder Universitäts-Hautklinik ließ sich anhand der Patientenakten die Anwendung nationalsozialistischer Gesetze feststellen. So nahm die Zahl der zwangsweise eingelieferten und behandelten Patienten von fünf in den Jahren 1933-1938 auf 115 in den darauffolgenden sieben Jahren zu. Zwölf Patienten wurden nach der stationären Behandlung in Arbeitslager, polizeiliche „Vorbeugehaft“, Erziehungs- oder Konzentrationslager verbracht. In sechs Fällen war die Universitäts-Hautklinik an der Durchführung von Sterilisationen im Rahmen des „GzVeN“ beteiligt, wobei die

Anmeldung durch die Hautklinik selbst in zwei Fällen erfolgte. In weiteren zwölf Fällen lag eine Erkrankung im Sinne des „GzVeN“ vor, ohne dass eine Meldung seitens der Hautklinik erfolgte.

All diese Ergebnisse aus der Auswertung der Krankenakten zeigen deutlich, dass die Politik des Nationalsozialismus auch in der Greifswalder Universitäts-Hautklinik zu Veränderungen führte. Gerade weil mit Wilhelm Richter ein überzeugter Nationalsozialist die Leitung der Hautklinik inne hatte und gerade weil die Geschlechtskrankheiten ein so wichtiges und zentrales, sensibles Feld innerhalb der Dermatologie und auch des Nationalsozialismus darstellten, ergab sich hier eine Konstellation, die zu einer aktiven Unterstützung und Teilnahme an der rassenhygienischen NS-Politik und den damit verbundenen eugenischen Verbrechen führte. Dies ließ sich an vielen Stellen nicht nur anhand der Krankenakten, sondern auch mit Blick auf die personellen Veränderungen in der Geschichte der Hautklinik nachvollziehen.

Quellen- und Literaturverzeichnis

1. Quellenverzeichnis

Universitäts-Archiv Greifswald (UAG)

Personalakten:

PA 499 – Joachim Hartung

PA 506 - Wilhelm Richter

PA 834 - Harry Braun

PA 1308 - Egon Keining

PA 1661 – Walter de Pay

PA 1683 – Vera Plume

PA 2387 – Willy Leipold

PA 2788 – Abraham Buschke

Kuratorakten:

K 396 – Die Chirurgische Klinik 1936-1938.

K 423 – Universitäts-Frauenklinik Bd. 12. 1928-1935.

K 424 – Universitäts-Frauenklinik. Bd. 13. 1936-1946.

K 444 – Die Psychiatrische und Nervenklinik. Heft 1. 1901-1943.

K 449 – Die Psychiatrische Klinik und Nervenklinik. Bd. 4. 1928-1934.

K 450 – Die Psychiatrische Klinik und Nervenklinik. Bd. 5. 1935-1939.

K 451 – Die Psychiatrische Klinik und Nervernklinik. Bd. 6. 1939-1946.

K 467 – Die Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten. Hft.1. (1921-1940)

K 469 – Die Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten. Hft. 2. (1930-1938)

K 470 – Die Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten. Hft.3. (1939-1946)

K 471 – Die Assistenten der Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten. Bd.1.

K 472 – Die Assistenten der Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten. Bd.2.

K 702 – Institut für Vererbungs-Wissenschaft.

K 819 – Nebenämter und Nebenbeschäftigungen der Professoren und Beamten. Bd. 3. (1936-1941).

K 1206 - Den [sic!] Etat der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten (1930-1943).

K 1244 - Luftschutz. Bd. 3. (1943).

K 1246 - Luftschutz. Bd. 5. (1944-1945).

K 1247 - Luftschutz. Bd. 6. (1945).

K 1677 - Das Grundstück der Klinik und Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten (1929-1936).

K 1679 - Das Grundstück für Haut- und Geschlechtskrankheiten, Bau und Bauliche [sic] Unterhaltung des Grundstücks. Bd. 2. (1929-1940)

K 5482 - Klage der Marga Storrer in Hamburg gegen die Universität wegen Schadensersatz infolge Falschbehandlung in der Hautklinik (Injektionsnadel im Becken verblieben). (1935-1939).

K 5610 - Nutzung von Universitätskliniken als Reservelazarette (1939-1945).

K 5948 - Anlage von Deckungsgräben bei der Universitätshaut- und Ohrenklinik [sic!] (1943-1945).

K 5992 – Vertrag mit dem Deutschen Roten Kreuz

K 6027 - Haushaltspläne der Universität (1937-1939).

K 6028 - Haushaltspläne der Universität (1939).

K 6029 - Haushaltspläne der Universität (1940-1942).

Registratorakten:

R 330 - Bebauungsplan der Stadt Greifswald und Neubauten der Universität (1924-1935).

R 570 – Einweihung der neuen Hautklinik, (1929-1945).

R 1197 - Untersuchungsangelegenheit zwischen den Assistenzärzten Dr. Riecke (Hautklinik) und Dr. Huber (Frauenklinik) wegen einer öffentlichen Schägerei (1936-1948).

Medizinische Fakultät:

MF 87 - Prof. Dr. Josef Hämel (1935-1936).

MF 93 - Prof. Schönfeld (1920-1935).

MF 109 - Betr. Wissenschaftliche Assistenten. 1945.

MF 111 - Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten. (1906-1944).

MF 118 – Chirurgische Klinik 1932-1944.

MF 133 – Rassenhygiene 1942-1943.

MF 156 - Neue Assistentenordnung. (1921-1942).

MF 178 - Angehörige der Fakultät, die im Kriege gefallen sind. 1940-1944.

MF 180 - Glückwünsche. Betreuung im Felde stehende Dozenten. 1938-1943.

MF 217 – Frauenklinik 1907-1943.

MF 221 - Beurlaubung von Dozenten. 1929-1942.

MF 222 - Anzeige von Beurlaubungen der Dozenten und Fakultätsmitglieder. 1937-1944.

MF 558 - Besetzung des Lehrstuhls für Haut- und Geschlechtskrankheiten. (1944).

MF 571 - „Geheim“ (1932-1944).

Stadtarchiv Greifswald (SAG)

Rep 6 P Nr. 153 – Polizeidirektion. (Privatkliniken 1934-1940).

Rep 6 P Nr. 160 – Polizeidirektion. (Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses 1935-1937).

Rep 6 P Nr. 158 – Polizeidirektion. (Unterbringung von Geisteskranken in Heilanstalten 1938-1950; Zwangssterilisation).

Rep 6 WA Nr. 7 – Magistrat d. St. Greifswald, Wohlfahrtsamt. (Unfruchtbarmachung 1937-1941).

Rep 6 WA Nr. 15 – Magistrat d. St. Greifswald, Wohlfahrtsamt. (Vereinbarungen mit den Universitätskrankenhäusern u. sonstig. Pflegeanstalten)

Rep 6 WA Nr. 58 – Magistrat d. St. Greifswald, Wohlfahrtsamt (Unfruchtbarmachung; „GzVeN“, Verordnungen zur Ausführung, Änderungen des Gesetzes; Liste infrage kommender Pers. 1933-1940).

Institut für Geschichte der Medizin Greifswald

Patientenakten der Universitäts-Hautklinik Greifswald aus den Jahren 1933 bis 1945.

Gedruckte Quellen

„Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. Vom 14. Juli 1933“. In: Reichsgesetzblatt. Nr. 86. (1933) S. 529-531. SAG.

„Verordnung zur Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. Vom 5. Dezember 1933“. In: Reichsgesetzblatt. Nr. 138. (1933) S. 1021f. SAG.

„Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. Vom 26. Juni 1935“. In: Reichsgesetzblatt. Nr. 65. (1935) S. 773. SAG.

„Zweite Verordnung zur Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. Vom 29. Mai 1934“. In: Reichsgesetzblatt. Nr. 62. (1934) S. 475f. SAG.

„Sechste Verordnung zur Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. Vom 23. Dezember 1936“. In: Reichsgesetzblatt. Nr. 125. (1936) S. 1149f. SAG.

„Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3. Juli 1934“. In: Klinische Wochenschrift. 13. Jg. Nr. 31. (1934) S. 1135.

Verzeichnis der Dozenten, der Institute und der Vorlesungen der Preußischen Universität zu Greifswald. Jahrgänge 1920/21 bis 1950/51. Universitätsarchiv Greifswald.

Schönfeld, Walther: „Zur Geschichte der Medizinischen Fakultät und zur Entwicklung von Lehre und Forschung in den Haut- und Geschlechtskrankheiten an der Universität Greifswald“. Rede, gehalten anlässlich der Einweihung der neuen Hautklinik am 9.2.1929. Abgedruckt in: Greifswalder Universitätsreden. 23. Verlag Ratsbuchhandlung L. Bamberg. Greifswald.

2. Literaturverzeichnis

Angetter, Daniela: *Alternativmedizin contra Schulmedizin im Nationalsozialismus*. In: Hahn, Judith / Kavčič, Silvija / Kopke, Christoph [Hrsg.]: Medizin im Nationalsozialismus und das System der Konzentrationslager. (2005) Frankfurt a. M. S. 91-107.

Baader, Gerhard: *Menschenversuche in Konzentrationslagern*. In: Bleker, Johanna / Jachertz, Norbert [Hrsg.]: Medizin im Dritten Reich. (1989) Köln. S. 103-111.

Baader, Gerhard: *Ethik in der Begegnung mit der Vergangenheit – ein Weg der Auseinandersetzung*. In: Horn, Sonia / Malina, Peter [Hrsg.]: Medizin im

Nationalsozialismus: Wege der Aufbereitung. Wiener Gespräche zur Sozialgeschichte der Medizin. (2001) Wien. S. 235-243.

Bady, Thomas / Blütgen, Manfred: *Untersuchungen von Patientenunterlagen der Universitäts-Nervenklinik Greifswald aus den Jahren 1933-1945 unter besonderer Berücksichtigung von Begutachtungen im Rahmen des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“.* (1994) Diss. Greifswald.

Bauer, Axel: *Innere Medizin, Neurologie und Dermatologie*. In: Eckart, Wolfgang / Sellin, Volker / Wolgast, Eike [Hrsg.]: Die Universität Heidelberg im Nationalsozialismus. (2006) Berlin / Heidelberg. S. 719-810.

Bender, Max: „Ueber neue Antigonorrhoica (insbes. Argonin und Protargol)“. In: Archieves of Dermatological Research. Vol. 43. Nr. 1. (1898) S. 31-36.

Benthien, Claudia: *Haut. Literaturgeschichte – Körperbilder – Grenzdiskurse*. (2001) Hamburg.

Birk, Hella: *Das >Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses<. Eine Untersuchung zum Erbgesundheitswesen im bayrischen Schwaben in der Zeit des Nationalsozialismus*. In: Kießling, Rolf [Hrsg.]: Veröffentlichungen der Schwäbischen Forschungsgemeinschaft. Reihe 1. Studien zur Geschichte des Bayrischen Schwaben. Bd. 33. (2005) Augsburg.

Bloch, Iwan: *Das erste Auftreten der Syphilis (Lustseuche) in der europäischen Kulturwelt. Gewürdigt in seiner weltgeschichtlichen Bedeutung, dargestellt nach Anfang, Verlauf und voraussichtlichem Ende*. Vortrag, gehalten in der Staatswissenschaftlichen Vereinigung zu Berlin am 12. November 1903. (1904) Jena.

Bock, Gisela: *Zwangssterilisation im Nationalsozialismus. Studien zur Rassenpolitik und Frauenpolitik*. In: Schriften des Zentralinstituts für sozialwissenschaftliche Forschung der Freien Universität Berlin. Bd. 48. (1986) Berlin.

Boeters, Gerhard: „Aufruf an die deutsche Ärzteschaft“. In: Ärztliches Vereinsblatt für Deutschland. 9. Januar 1924. (1924) S. 3f.

Bommer, Sigwald: *Die Klinik und Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten*. In: Festschrift zur 500-Jahrfeier der Universität Greifswald. 17.10.1956. Bd. 2. (1956) S. 431-437.

Borelli, Siegfried / Vogt, Hermann-Joseph / Kreis, Michael [Hrsg.] *Geschichte der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten*. (1992) Berlin.

Borriss, Heinrich: *Lehre und Forschung an der Ernst Moritz Arndt-Universität Greifswald*. (1959) Greifswald.

Braun-Falco, Otto / Plewig, Gerd / Wolff, Helmut H.: *Dermatologie und Venerologie*. (2005) Heidelberg.

Breger, Johannes: „Die Rückwirkung der Geschlechtskrankheiten auf die Rasse“. In: Reichsgesetzblatt Nr. 36. 1935. S. 791. Abgedruckt in: Dermatologische Wochenschrift. Nr. 48. (1935) S. 1525.

Bruck, Carl: „Die Serodiagnostik der Syphilis nach Wassermann, Neisser und Bruck“. Nach dem Vortrage auf dem X. Kongreß der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft in Frankfurt am Main. Juni 1908. In: Archieves of Dermatological Research. Vol. 91. Nr. 2-3. (1908) S. 337-354.

Christophers, Enno / Ständer, Markward: *Haut- und Geschlechtskrankheiten*. (2003) München.

Conti, Leonardo: „Gesundheitspflicht und Geschlechtskrankheiten. Bilanz einer erfolgreichen Bekämpfung“. In: Archiv für Dermatologie und Syphilis. Nr. 184. (1943) S. 7-22.

Dinges, Martin: „Die Bewertung und Erschließung von Krankenakten: Vorschläge zur Bewältigung der Aktenberge“. In: Deutsches Ärzteblatt. Jg. 94. Nr. 47. (1997) S. 3172.

Dreßen, Willi / Rieß, Volker: *Ausbeutung und Vernichtung. Gesundheitspolitik im Generalgouvernement*. In: Frei, Norbert [Hrsg.]: Medizin und Gesundheitspolitik in der NS-Zeit. Aus: Institut für Zeitgeschichte [Hrsg.]: Schriftenreihe der Vierteljahrshefte für Zeitgeschichte. Sondernummer. (1991) München. S. 157-171.

Eckart, Wolfgang: *Geschichte der Medizin.* (2005) Berlin. S.226f.

Ellenbrand, Petra: *Die Volksbewegung und Volksaufklärung gegen Geschlechtskrankheiten in Kaiserreich und Weimarer Republik*. In: Wissenschaft in Dissertationen. Band 459. (1999) Diss. Marburg.

Eppinger, Sven: *Das Schicksal der jüdischen Dermatologen Deutschlands in der Zeit des Nationalsozialismus*. (2001) Frankfurt a.M.

Eppinger, Sven / Schmitt, J. / Scholz, Albrecht / Meurer, M.*: „Zur Erinnerung an die in der Zeit des Nationalsozialismus ermordeten und durch Suizid aus dem Leben geschiedenen jüdischen Dermatologen aus Deutschland.“* In: Der Hautarzt. 58. (2007) S. 94-95.

Eulner, Hans-Heinz: *Die Entwicklung der medizinischen Spezialfächer an den Universitäten des deutschen Sprachgebietes*. In: Artelt, W. / Rüegg, W. [Hrsg.]: Studien zur Medizingeschichte des neunzehnten Jahrhunderts. Bd. IV. (1970) Stuttgart. S. 222-255.

Ewert, Ralf / Ewert, Günter / Lerch, Markus M.: *Geschichte der Inneren Medizin an der Universität Greifswald. Herausbildung und Entwicklung von 1456 bis 1990*. (2006) Greifswald.

Fahrenbach, Sabine: *Verfolgung – Vertreibung – Vernichtung jüdischer Mediziner in Deutschland*. In: Fahrenbach, Sabine / Thom, Achim [Hrsg.]: Der Arzt als „Gesundheitsführer". Ärztliches Wirken zwischen Ressourcenerschließung und humanitärer Hilfe im Dritten Reich. (1991) Frankfurt a. M. S. 151-159.

Fleck, Ludwik: *Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv.* (1980) Frankfurt am Main.

Forsbach, Ralf: *Die medizinische Fakultät der Universität Bonn im „Dritten Reich".* (2006) München.

Freund-Widder, Michaela: *Frauen unter Kontrolle. Prostitution und ihre staatliche Bekämpfung in Hamburg vom Ende des Kaiserreichs bis zu den Anfängen der Bundesrepublik*. (2000) Diss. Hamburg.

Gadebusch Bondio, Mariacarla / Butter, Reinhold / Wittmann, Wolfgang / Schmiedebach, Heinz-Peter / Lammel, Hans-Uwe / Schulz, Jörg: *Medizin in Greifswald. Ein Rundgang durch die Geschichte*. (2005) Greifswald.

Gottschalk, H.: „Zur Statistik der progressiven Paralyse". In: Dermatologische Wochenschrift. Bd. 114. Nr. 24. (1942) S. 473-489.

Greither, A.: „In Memoriam Walther Schönfeld (1888-1977)". In: Der Hautarzt. Nr. 28. (1977) S. 504f.

Grimm, Jana: *Zwangssterilisation von Mädchen und Frauen während des Nationalsozialismus – eine Analyse der Krankenakten der Universitäts-Frauenklinik Halle von 1934 bis 1945*. (2004) Diss. Halle.

Grundwald, H.: „Syphilis und Ehezeugnis". In: Dermatologische Wochenschrift. Nr. 39. (1939) S. 1175-1177.

Grütz, Otto: „Neue Grundlegung für die Gonorrhoebehandlung". In: Münchener Medizinische Wochenschrift. Jg. 84. Nr. 31. (1937) S. 1202-1205.

Hammer, Irmtraut*:* „Die Bedeutung der Ehestandsdarlehen im Kampf gegen die Syphilis“. In: Dermatologische Wochenschrift. Nr. 39. (1939) S. 1178-1182.

Harnack, Klaus: *Die Hautklinik der Charité und die Dermatologie in Berlin (1710-1999).* (2000) Berlin.

Harper, Kristin / Ocampi, Paolo / Steiner, Bret et.al.: „On the Origin of the Treponematoses: A Phylogenetic Approach“. In: PLoS Neglected Tropical Diseases. Bd. 2. Artikel e148. (2008).

Hartmann, Martin: *100 Jahre Hautklinik Heidelberg*. (2008) Neustadt.

Hartung, Joachim: „Über die Bedeutung der Mensespräparate für die Diagnose der weiblichen Gonorrhoe“. In: Dermatologische Wochenschrift. Bd. 103. (1937).

Hartung, Joachim: „Uliron- und Lokalbehandlung der Gonorrhoe“. In: Münchener Medizinische Wochenschrift. Nr. 49. (1938).

Hartung, Joachim / Braun, Harry: „Über Albucidbehandlung der Gonorrhoe“. In: Dermatologische Wochenschrift. Bd. 109. Nr. 28. (1939) S. 831-841.

Heffe, Hans-Rudolf: *Eugenische Sterilisierungen*. (1936) Diss. Greifswald.

Heller, Julius: *Die Haut- und Geschlechtskrankheiten im Staats-, Straf-, Zivil- und Sozialrecht. Entwurf einer Geschichte der ansteckenden Geschlechtskrankheiten*. (1931) Berlin.

Hensel, Eva: „Die Ausführungsverordnungen der Länder zum Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten“. In: Klinische Wochenschrift. Jg. 6. Nr. 51. (1927) S. 2439-2441.

Hess, Volker: „Es hat natürlich alles nur einen Sinn, wenn man sich der Resonanz des Ministeriums sicher ist.“ Die Medizinische Fakultät im Zeichen der „Führeruniversität“. In: Jahr, Christoph [Hrsg.]: Die Berliner Universität in der NS-Zeit. Bd. 1. Strukturen und Personen. (2005) Stuttgart. S. 43-48.

Hoede, Karl: „Hautarzt und Erbpflege“. In: Archiv für Dermatologie und Syphilis. Nr. 172. (1935) S. 25-29.

Hollander, A.: „Die Leiden der jüdischen Dermatologen unter dem Nazi-Regime“. In: Dermatologische Monatsschrift. Nr. 171. (1985) S. 513-522.

Horban, Corinna: *Gynäkologie und Nationalsozialismus: Die zwangssterilisierten, ehemaligen Patientinnen der I. Universitätsfrauenklinik heute – eine späte Entschuldigung*. (1999) Diss. München.

Kaiser, Jochen.-Christoph./ Nowak, Kurt./ Schwartz, Michael: *Eugenik. Sterilisation. „Euthanasie“.* (1992) Berlin.

Karow, Thomas / Lang-Roth, Ruth: *Allgemeine uns Spezielle Pharmakologie und Toxikologie. Vorlesungsorientierte Darstellung und klinischer Leitfaden*. (2007) Köln.

Kater, Michael H.: >*Volksgesundheit*< *Ein biologischer Begriff und seine Anwendung*. In: Lehmann, Hartmut / Oexle, Otto Gerhard [Hrsg.]: Nationalsozialismus in den Kulturwissenschaften. Bd. 2. Leitbegriffe – Deutungsmuster – Paradigmenkämpfe – Erfahrungen und Transformationen im Exil. (2004) Göttingen. S. 101-114.

Kinzelbach, Annemarie: *„Böse Blattern“ oder „Franzosenkrankheit“: Syphiliskonzept, Kranke und die Genese des Krankenhauses in oberdeutschen Reichsstädten in der frühen Neuzeit*. In: Dinges, Martin / Schlich, Thomas [Hrsg.]: Neue Wege in der Seuchengeschichte. MedGG-Beihefte. Heft. 6. (1995) Stuttgart. S. 43-70.

Klee, Ernst: *Auschwitz, die NS-Medizin und ihre Opfer*. (1997) Frankfurt a. M.

Klee, Ernst*: Das Personenlexikon zum Dritten Reich. Wer war was vor und nach 1945*. (2007) Frankfurt a. M.

Koch, H. A.: „In memoriam Prof. Dr. H. Braun“. In: Mykosen. Heft 4. Nr. 22. (1979) S. 107f.

Koehler, Renate*: Die eugenischen Sterilisationen vom 1.4.1935 bis 31.3.1936*. (1936) Diss. Greifswald.

Köster-Lösche, Kari: *Die großen Seuchen. Von der Pest bis Aids.* (1995) Frankfurt a. M. / Leipzig.

Krückeberg, B. / Piper, H. G.: „Klinische Erfahrungen mit Eleudron bei der Behandlung der Gonorrhoe“. In: Dermatologische Wochenschrift. Bd. 113. Nr. 28. (1941) S. 593-597.

Krückenberg, B. / Schulze, S.: „Klinische Erfahrungen mit Uliron (Diseptal) C“. In: Dermatologische Wochenschrift. Bd. 113. Nr. 33. (1941) S. 693-697.

Krutmann, Jean: *Die Geschichte der Universitäts-Hautklinik in Münster in Westfalen*. In: Murken, Axel Hinrich [Hrsg.]: Studien zur Geschichte des Krankenhauswesens. Bd. 25. (1987) Herzogenrath.

Kühne, Karl-Henry: „Zur Geschichte der Dermatologie und Venerologie in Magdeburg 1906-1977“. In: Der Hautarzt. Nr. 50. (1999) S. 299-304.

Kunte, Christian / Plewig, Gerd: „Das „Keining-Zeichen“ bei Dermatomyositis“. In: Der Hautarzt. Nr. 49. (1998) S. 596f.

Labisch, Alfons / Tennstedt, Florian: *Gesundheitsamt oder Amt für Volksgesundheit? Zur Entwicklung des öffentichen Gesundheitsdienstes seit 1933*. In: Frei, Norbert [Hrsg.]: Medizin und Gesundheitspolitik in der NS-Zeit. (1991) München. S. 35-66.

Lautenschlager, Stephan: „Bakteriell bedingte Geschlechtskrankheiten. Teil 1“. In: Praxis. Schweizer Medizinisches Forum. Nr. 38. (2003) S. 898-903.

Leven, Karl-Heinz: *Die Geschichte der Infektionskrankheiten. Von der Antike bis ins 20. Jahrhundert*. In: Hofmann, f. [Hrsg.]: Fortschritte in der Präventiv- und Arbeitsmedizin. Bd. 6. (1997) Landsberg / Lech.

Leven, Karl-Heinz: „Amerika oder die „babylonische Üppigkeit“? – Der Streit um die „Altertumssyphilis“ am Anfang des 20. Jahrhunderts“. In: Praxis. Schweizerische Rundschau für Medizin. Jg. 91. Nr. 6. (2002) S. 244-251.

Leven, Karl-Heinz: *Syphilis und Menschenversuche um 1900*. In: Wolff, Helmut / Welzel, Julia / v. Engelhardt, Dietrich [Hrsg.]: Ethik in der Dermato-Venerologie. (2002) Lübeck. S. 53-70.

Ley, Astrid: *Zwangssterilisation und Ärzteschaft. Hintergründe und Ziele ärztlichen Handelns 1934-1945.* In: Frewer, Andreas [Hrsg.]: Kultur der Medizin. Geschichte – Theorie – Ethik. Bd.11. (2004) Frankfurt a.M.

Link, Gunter.: *Zwangssterilisation und Zwangsabtreibung an der Universiätsfrauenklinik Freiburg im Nationalsozialismus*. In: Grün, Bernd / Hofer, Hans-Georg / Leven, Karl-Heinz [Hrsg.]: Medizin und Nationalsozialismus. Die Freiburger Medizinische Fakultät und das Klinikum in der Weimarer Republik und im „Dritten Reich“. Bd. 10. (2002) Frankfurt am Main.

Loewenstein, Georg: „Betrachtungen zum Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten“. In: Klinische Wochenschrift. Jg. 6. Nr. 43. (1927) S. 2054-2056.

Logermann, Karl-Heinz: *Personalbibliographien von Professoren und Dozenten der Haut- und Geschlechtskrankheiten an der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg im ungefähren Zeitraum von 1909 bis 1972. Mit kurzen biographischen Angaben und Überblick über die Hauptarbeitsgebiete*. (1972) Diss. Erlangen-Nürnberg.

Lucht, Ernst: *Die neue Hautklinik der Universität Greifswald.* (1929) Greifswald.

Luxenburger, Hans: „Psychiatrische Erbprognose und Eugenik“. Eugenik 1. (1930/31) S.117-124.

Memelsdorff, F.: „Die Gemeinden und das Reichsgesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten“. In: Dermatologische Wochenschrift. Nr. 1. (1928) S. 27-30.

Methfessel, Birgit / Scholz, Albrecht: „Ärzte in der NSDAP. Regionale Unterschiede. Das Beispiel Niederschlesien zeigt: Auch Geschlecht, Fachgebiet und Karrierepläne spielten eine Rolle“. In: Deutsches Ärzteblatt. Jg. 104. Heft 16. (2006) S. 1064f.

Mitscherlich, Alexander / Mielke, Fred [Hrsg.]: *Medizin ohne Menschlichkeit. Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses.* (2004) Frankfurt a. M.

Moll, Ingrid: *Dermatologie*. (2005) Stuttgart.

Müller, Joachim: *Sterilisation und Gesetzgebung bis 1933*. In: Winau, Rolf / Müller-Dietz, Heinz [Hrsg.]: Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften. Heft. 49. (1985) Husum.

Nagell, H.: „Zum heutigen Stande der Serologie der Gonorrhöe“. In: Archiv für Dermatologie und Syphilis. Nr. 169. (1933) S. 212-215.

Neisser, Albert: *Die Geschlechtskrankheiten und ihre Bekämpfung. Vorschläge und Forderungen für Ärzte, Juristen und Soziologen*. (1916) Berlin.

Petzoldt, Detlef / Gross, Gerd: *Diagnostik und Therapie sexuell übertragbarer Krankheiten. Leitlinien 2001 der Deutschen STD-Gesellschaft*. (2001) Berlin.

Pagel, Julius: *Biographisches Lexikon hervorragender Ärzte des neunzehnten Jahrhunderts*. (1901) Berlin/Wien.

Pfau, Arne: *Die Entwicklung der Universitäts-Nervenklinik (UNK) Greifswald in den Jahren von 1933 bis 1935*. (2002) Diss. Greifswald.

Poeck, Klaus / Hacke, Werner: *Neurologie*. (2006) Heidelberg.

Proppe, Albin / Bieber, Philippe / Burgun, René: „Willy Leipold (1893-1973) zum Gedächtnis“. In: Der Hautarzt. Nr. 39. (1988) S. 261f.

Reingardt, Ernst-Ludwig: *Zur Entwicklung der Hautimpfungen bei Syphilis unter besonderer Berücksichtigung der Loutest-Reaktion und ihrer Wertung an Fällen der Greifswalder Universitäts-Hautklinik*. (1935) Diss. Greifswald.

Reuter, Peter: *Springer Lexikon Medizin*. (2004) Berlin.

Richter, Paul: *Geschichte der Dermatologie*. In: Jadassohn, Josef [Hrsg.]: Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. (1928) Berlin. S. 3-25.

Richter, Wilhelm: „Zur Theorie und Praxis der Homöopathie auf Grund unserer bisherigen Erfahrungen“. In: Münchener Medizinische Wochenschrift. Nr. 51. (1925) S. 2181-2185.

Richter, Wilhelm: „Beiträge über die Wirkung ultravioletter Strahlen auf die spezifische Behandlung der Lues“. In: Münchener Medizinische Wochenschrift. Nr. 5. (1929) S. 189-191.

Richter, Wilhelm: „Ueber die Behandlungsresultate von luisch infizierten Schwangeren unter der Berücksichtigung der Prognose für das Kind“. In: Münchener Medizinische Wochenschrift. Nr. 18. (1929) S. 735-737.

Richter, Wilhelm : *Die Dermatologie und Syphilidologie in Greifswald*. In: Loeschke, H. / Terbrüggen, A. [Hrsg.]: 100 Jahre Medizinische Forschung in Greifswald. Festschrift zur Feier des 75jährigen Bestehens des Medizinischen Vereins. (1938) Greifswald. S. 285-292.

Richter, Wilhelm: *Kampfstoffwirkung und Heilung*. In: Schumann, Erich [Hrsg.]: Wehr und Wissenschaft. Bd. 26. 2. Aufl. (1941) Leipzig.

Richter, Wilhelm: „Über die Erteilung von Eheunbedenklichkeitsbescheinigungen bei unerwartet positiven Seroreaktionen“. In: Medizinische Welt. Nr. 16. (1942) S. 391f.

Richter, Wilhelm: „Betrachtungen zum Wesen der verschiedenen Hautreaktionen nach Darreichung von Salvarsanpräparaten“. In: Archiv für Dermatologie und Syphilis. Nr. 183. (1943) S. 523-528.

Riebe, Erik: *Soziale und medizinhistorische Aspekte der Moulagen an der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald unter besonderer Berücksichtigung des Faches Haut- und Geschlechtskrankheiten*. (2005) Diss. Greifswald.

Sauerteig, Lutz: *Salvarsan und der „ärztliche Polizeistaat“. Syphilistherapie im Streit zwischen Ärzten, pharmazeutischer Industrie, Gesundheitsverwaltung und Naturheilverbänden (1910-1927)*. In: Dinges, Martin [Hrsg.]: Medizinkritische Bewegungen im Deutschen Reich (ca. 1870-ca. 1933). In: Jütte, Robert [Hrsg.]: Medizin, Gesellschaft und Geschichte. Jahrbuch des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert-Bosch-Stiftung. Beiheft 9. (1996) Stuttgart. S. 161-200.

Sauerteig, Lutz: *Krankheit, Sexualität, Gesellschaft. Geschlechtskrankheiten und Gesundheitspolitik in Deutschland im 19. und frühen 20. Jahrhundert*. In: Jütte, Robert [Hrsg.]: Medizin, Gesellschaft und Geschichte. Jahrbuch des Instituts

für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung. Beiheft 12. (1999) Stuttgart.

Sauerteig, Lutz: „Die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (DGBG), 1902-2002.“ Aktuelle Dermatologie. 28. (2002) S. 393-397.

Schäfer, Daniel / Mallmann, P.: „Gynäkologischer Alltag im „Dritten Reich“: Das Beispiel der Kölner Universitätsfrauenklinik“. In: Geburtshilfe und Frauenheilkunde. Nr. 65. (2005) S. 862-867.

Scheube, Heinrich Botho: „Zur Geschichte der Syphilis“. In: Virchows Archiv. Vol. 91. Nr. 3. (1888) S. 448-452.

Schmelz, Hans / Sparwasser, Christoph / Weidner, Wolfgang [Hrsg.]: *Facharztwissen Urologie*. (2006). Heidelberg.

Schmiedebach, Heinz-Peter: *Der Arzt als Gesundheitsoffizier – die systematische Militarisierung der Medizin von 1933 bis zum Zweiten Weltkrieg*. In: Bleker, Johanna / Schmiedebach, Heinz-Peter [Hrsg.]: Medizin und Krieg. Vom Dilemma der Heilberufe 1865 bis 1985. (1987). Frankfurt am Main. S. 191-210.

Schmiedebach, Heinz-Peter: *Die medizinische Fakultät Greifswald in den letzten 200 Jahren – Akademische Tradition und gesellschaftliche Anforderungen*. In: Alvermann, Dirk / Spieß, Karl-Heinz [Hrsg.]: Universität und Gesellschaft. Festschrift zur 550-Jahrfeier der Universität Greifswald. Bd. 1. Die Geschichte der Fakultäten im 19. Und 20. Jahrhundert. (2006) Rostock. S. 289-370.

Schmuhl, Hans-Walter: *Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie. Von der Verhütung >lebensunwerten Lebens<, 1890-1945.* In: Berding, Helmut / Kocka, Jürgen / Wehler, Hans-Ulrich [Hrsg.]: Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft. Bd. 75. (1987) Göttingen.

Schneck, Peter: *Die Berufungs- und Personalpolitik an der Greifswalder Medizinischen Fakultät zwischen 1933 und 1945*. In: Grau, Günther / Schneck, Peter [Hrsg.]: Akademische Karrieren im „Dritten Reich“. Beiträge zur Personal- und Berufungspolitik an Medizinischen Fakultäten. (1993) Berlin. S. 51-62.

Schönfeld, J.: „Wandlungen in der Einstellung der Moral zu den Geschlechtskrankheiten (STD)“. In: Zentralblatt Haut- und

Geschlechtskrankheiten. Dermatology – Venerology – Andrology. Nr. 152. (1986) S. 203-208.

Schönfeld, Walther*:* „Aus den Anfängen der intravenösen Behandlung in Deutschland und bei der Syphilis“. In: Dermatologische Wochenschrift. Bd. 101. Nr. 38. (1935) S. 1150-1161.

Schönfeld, Walther: „Syphilis. Referat über Arbeiten des Jahres 1933“. In: Dermatologische Zeitschrift. Nr. 70. (1935) S. 87-117.

Schönfeld, Walther: „Von der Entwicklung der Tripperspritze“. In: Dermatologische Wochenschrift. Bd. 102. Nr. 12. (1936) S. 349-352.

Schönfeld, Walther*: „Geschichtliches zur Verwendung des Scheidenspiegels bei den Geschlechtskrankheiten“.* In: Dermatologische Wochenschrift. Bd. 102. Nr. 18. (1936) S. 573-577.

Schönfeld, Walther: „Die früher übliche innere Behandlung des Trippers“. In: Dermatologische Wochenschrift. Bd. 113. Nr. 37. (1941) S. 671-766.

Schönfeld, Walther: „Ergebnise der Dermatologie und Venerologie in Deutschland in den Jahren 1939 bis 1946“. In: Dermatologische Wochenschrift. Bd. 120. Heft 19/20. (1949) S. 625-633.

Schönfeld, Walther: *Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten*. (1950) Heidelberg. S. 317.

Schönfeld, Walther: *Kurze Geschichte der Dermatologie und Venerologie und ihre kulturgeschichtliche Spiegelung*. (1954) Heidelberg.

Schönfeld, Walther: „In memoriam Willy Leipold 1893-1973“. In: Der Hautarzt. Nr. 26. (1975) S. 290.

Scholz, Albrecht / Sebastian, G.: „Wilhelm Richters Weg vom Dermatologen zum Divisionsarzt“. In: Dermatologische Monatsschrift. Nr. 179. (1993) S. 156-160.

Scholz, Albrecht: „Der Suizid von Dermatologen in Abhängigkeit von politischen Veränderungen.“ Der Hautarzt. 48. (1997) S. 929-935.

Scholz, Albrecht: *Geschichte der Dermatologie in Deutschland*. (1999) Berlin.

Scholz, Albrecht: *Geschlechtskrankheiten im 19. Und 20. Jahrhundert.* In: Schultheiss, Dirk / Rathert, Peter / Jonas, Udo [Hrsg.]: Streiflichter aus der Geschichte der Urologie. (2000) Berlin. S. 133-154.

Scholz, Albrecht: *Aufstieg und Ende der jüdischen Dermatologen in Greifswald*. In: Elsner, Peter. Zwiener, Ulrich [Hrsg.]: Medizin im Nationalsozialismus am

Beispiel der Dermatologie. Aus: Palm& Enke: Schriften des Collegium Europaeum Jenese. Heft 25. (2002) Jena – Erlangen. S. 34-52.

Scholz, Albrecht: „Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in verschiedenen politischen Systemen“. In: Der Hautarzt. Nr. 54. (2003) S. 664-673.

Scholz, Albrecht: „Die Entwicklung der dermatologischen Zeitschriften von 1946 bis 2004“. In: Aktuelle Dermatologie. Nr. 30. (2004) S. 250-255.

Scholz, Albrecht / Holubar, Karl / Burg, Günther [Hrsg.]: *Geschichte der deutschsprachigen Dermatologie*. (2009) Weinheim.

Scholz, Stefan: *Die Wissenschaftsentwicklung auf dem Gebiet der Dermatologie in Deutschland während der Zeit des Nationalsozialismus im Spiegel dermatologischer Fachzeitschriften*. (1997) Diss. Leipzig.

Schubert, H.: „In memoriam Harry Braun 1908-1979“. In: Der Hautarzt. Nr. 30. (1979) S. 455.

Seebacher, Claus / Blaschke-Hellmessen, Renate / Kielstein, Peter: „Zur Geschichte der medizinischen Mykologie in der ehemaligen DDR“. In: Mycoses. Nr. 45. (2002) S. 7-17.

Sommer, Rolf: *Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten aus sozialhygienischer Sicht am Beispiel des Bezirkes Neubrandenburg von 1953-1956*. (1959) Diss. Greifswald.

Spiethoff, Bodo / Keining, Egon [Red.]: „Richtlinien für die Anwendung der Salvarsanpräparate“. In: Dermatologische Wochenschrift. Nr. 48. (1935) S. 1535-1538.

Spiethoff, Bodo: „Die angeborene Syphilis in der ersten und in den späteren Geschlechterfolgen“. In: Dermatologische Wochenschrift. Nr. 13. (1936) S. 391-394.

Spiethoff, Bodo: „Verantwortungsbewusstsein im Geschlechtsleben“. In: Münchner Medizinische Wochenschrift. Nr. 83. (1936) S. 1621.

Stühmer, Alfred: „Wandlungen der Dermatologie und die Hautklinik der Zukunft“. In: Medizinische Welt. Jg. 16. (1942) S. 603-608.

Stüwe, Ingeborg: *Salvarsanagranulocytose an Hand des Krankenmaterials der Universitäts-Hautklinik zu Greifwald.* (1950) Diss. Greifswald.

Thom, Achim: *Die nationalsozialistische Hochschul- und Wissenschaftspolitik in der Medizin. Intentionen – Instrumente – Wirkungen*. In: Grau, Günther / Schneck, Peter [Hrsg.]: Akademische Karrieren im „Dritten Reich“. Beiträge zur

Personal- und Berufungspolitik an Medizinischen Fakultäten. (1993) Berlin. S. 1-18.

Uhlmann, Angelika: *Die Medizinische Fakultät der Reichsuniversität Straßburg und die Menschenversuche im KZ Natzweiler-Struthof*. In: Hahn, Judith / Kavčič, Silvija / Kopke, Christoph [Hrsg.]: Medizin im Nationalsozialismus und das System der Konzentrationslager. (2005) Frankfurt a. M. S. 165-187.

Vogt, H.-J.: „Die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (DGBG/GBGK). Die Ära von 1945-1984“. In: Der Hautarzt. Vol 54. Nr. 9. (2003) S. 886-893.

Weber, Matthias: *Ernst Rüdin. Eine kritische Biographie*. (1993) Berlin.

Werr, Florian: „Professor Spiethoff – 60 Jahre“. In: Dermatologische Wochenschrift. Nr. 48. (1935) S. 1523.

Werr, Florian: *Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. (Nach dem derzeitigen Stand der gesetzlichen Bestimmungen).* In: Schriftenreihe der Reichsarbeitsgemeinschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Sonderdruck. (1941) Berlin.

Weyers, Wolfgang: *Dermatologie im Nationalsozialismus – Der Niedergang eines Fachgebietes.* In: Elsner, Peter / Zwiener, Ulrich [Hrsg.]: Medizin im Nationalsozialismus am Beispiel der Dermatologie. Aus: Palm / Enke [Hrsg.]: Schriften des Collegium Europaeum Jenense. Heft 25. (2002) Jena-Erlangen. S. 53-65.

Witte, Christina*: „Ungestört wissenschaftlich weiterarbeiten...“ Der Pharmakologe Peter Holtz (1902-1970).* (2006) Diss. Greifswald.

Wolff, H. H. / Zillikens, D.: „Klinik für Dermatologie und Venerologie“. In: Focus Mul. Zeitschrift für Wissenschaft, Forschung und Lehre an der Universität zu Lübeck. Heft 3 / 4. (2004) S.230-232.

Zehmisch, Heinz: „Die deutsche Justiz – Eine Stütze der Rassenhygiene im Dritten Reich“. In: Sächsisches Ärzteblatt. Nr. 4. (2005) S. 163

Zieler, Karl: *Lehrbuch und Atlas der Haut- und Geschlechtskrankheiten in zwei Bänden*. (1939) Berlin.

3. Internetquellen

„Bücherschau“. Archiv der Pharmazie. Nr. 281:2. (2006) Weinheim. S. 94-95. <http://www3.interscience.wiley.com/journal/113350188/abstract?CRETRY=1&SRETRY=0>

Dinges, Martin: *Empfehlungen für die Bewertung und Erschließung von Krankenakten.* Universitäts-Archiv Tübingen. Archive und Archivpraxis. http://www.uni-tuebingen.de/UAT/bwww.htm.

Tagungsbericht Werkstattgespräch: *Qualitative Auswertung psychiatrischer Krankenakten.* 08.04.2006. Berlin. In: H-soz-u-Kult, 09.06.2006. http://hsozkult.geschichte.hu-berlin/tagungsberichte/id=1144.

Tagungsbericht *Psychiatrische Krankenakten als Material der Wissenschaftsgeschichte. Methodisches Vorgehen am Einzelfall*. 17.05.2007-19.05.2007. Berlin. In: H-Soz-u-Kult, 10.06.2007. http://hsozkult.geschichte.hu-berlin.de/tagungsberichte/id=1602.

„Zwanzig Poster. Herausragende historische Persönlichkeiten“. Ausstellung der Arbeitsgemeinschaft für Geschichte der Dermatologie und Venerologie (AGDV) e.V. Ausstellung der 19. Fortbildungswoche für praktische Dermatologie und Venerologie, 25.-30.7.2004 in München.
www.agdv.org/downloads/Posterausstellung_2004_FobiWo.pdf

Anhang

Gesetzesgrundlagen

Reichsgesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten von 1927[1]

Der Reichstag hat das folgende Gesetz beschossen, daß mit Zustimmung des Reichsrates hiermit verkündet wird (28. Januar 1927):

§ 1.

Geschlechtskrankheiten im Sinne des Gesetzes sind Syphilis, Tripper und Schanker, ohne Rücksicht darauf, an welchen Körperteilen die Krankheitserscheinungen auftraten.

§ 2.

Wer an einer mit Ansteckungsgefahr verbundenen Geschlechtskrankheit leidet und dies weiß oder den Umständen entsprechend annehmen muß, hat die Pflicht, sich von einem für das Deutsche Reich approbierten Arzt behandeln zu lassen. Eltern, Vormünder und sonstige Erziehungsberechtigte sind verpflichtet, für die ärztliche Behandlung ihrer geschlechtskranken Pflegebefohlenen zu sorgen.

Durch Ausführungsbestimmungen ist dafür Sorge zu tragen, daß die Behandlung der Minderbemittelten, die keinen Anspruch auf anderweitige ärztliche Behandlung haben oder denen die Behandlung auf Grund einer Versicherung wirtschaftliche Nachteile bringen könnte, aus öffentlichen Mitteln sicher gestellt wird.

§ 3.

Die Durchführung der aus diesem Gesetz erwachsenden gesundheitlichen Aufgaben ist Gesundheitsbehörden zu übertragen, die sich mit den Beratungsstellen für Geschlechtskranke, den Pflegeämtern und den sonstigen Einrichtungen der sozialen

[1] Borelli, Siegfried / Vogt, Hermann-Josph / Kreis, Michael (Hrsg.): *Geschichte der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten*. (1992) Berlin. S.104-108. Siehe auch in: Werr, Florian. (1941) S. 5-32.

Fürsorge möglichst im Einvernehmen zu halten haben. Die Beamten der Ordnungs- und Wohlfahrtspolizei haben die Durchführung der gesundheitlichen und sozialfürsorglichen Aufgaben, insbesondere das Eingreifen der Fürsorgestellen Minderjährigen gegenüber, in jeder Weise zu unterstützen.

§ 4.

Die zuständige Gesundheitsbehörde kann Personen, die dringend verdächtig sind, geschlechtskrank zu sein und die Geschlechtskrankheit weiterzuverbreiten, anhalten, ein ärztliches Zeugnis, nur in begründeten Ausnahmefällen ein von einem durch die zuständige Gesundheitsbehörde benannten Arzte ausgestellten Zeugnis über ihren Gesundheitszustand vorzulegen, oder sich der Untersuchung durch einen solchen Arzt zu unterziehen. Auf Antrag des untersuchenden Arztes können solche Personen angehalten werden, wiederholt solche Gesundheitszeugnisse beizubringen.

Personen, die geschlechtskrank und verdächtig sind, die Geschlechtskrankheit weiterzuverbreiten, können einem Heilverfahren unterworfen, auch in ein Krankenhaus verbracht werden, wenn dies zur Verhütung der Ausbreitung der Krankheit erforderlich erscheint.

Anzeigen, deren Urheber nicht erkennbar sind, dürfen nicht beachtet werden. Personen, die mit Namensnennung andere einer Geschlechtskrankheit bezichtigen, sind zunächst mündlich zu vernehmen und die Anzeige erst dann weiter zu verfolgen, wenn die Vernehmung ergeben hat, daß ein ausreichender Anhalt für die Richtigkeit der behaupteten Tatsachen vorhanden ist.

Soweit andere Mittel der zur Durchführung der in Abs. 1, 2 vorgesehenen Maßnahmen nicht ausreichen, ist die Anwendung unmittelbaren Zwanges zulässig. Ärztliche Eingriffe, die mit einer ernsten Gefahr für Leben und Gesundheit verbunden sind, dürfen nur nach Einwilligung des Kranken vorgenommen werden. Die Reichsregierung bestimmt, welche ärztlichen Eingriffe insbesondere hierunter fallen.

§ 5.

Wer den Beischlaf ausübt, obwohl er an einer mit Ansteckungsgefahr verbundenen Geschlechtskrankheit leidet und dies weiß oder den Umständen nach annehmen muß, wird mit Gefängnis bis zu drei Jahren bestraft, sofern nicht nach den Vorschriften des Strafgesetzbuches eine härtere Strafe verwirkt ist.

Die Verfolgung tritt nur auf Antrag ein. Ist der Täter ein Angehöriger des Antragstellers, so ist die Zurücknahme des Antrages zulässig.

Die Strafverfolgung verjährt in sechs Monaten.

§ 6.

Wer weiß oder den Umständen nach annehmen muß, daß er an einer mit Ansteckungsgefahr verbundenen Geschlechtskrankheit leidet und trotzdem die Ehe eingeht, ohne dem anderen Teil vor Eingehung der Ehe über seine Krankheit Mitteilung gemacht zu haben, wird mit Gefängnis bis zu drei Jahren bestraft.

Die Verfolgung tritt nur auf Antrag ein. Die Zurücknahme des Antrages ist zulässig.

Die Strafverfolgung verjährt in sechs Monaten.

§ 7.

Die Behandlung von Geschlechtskrankheiten und Krankheiten oder Leiden der Geschlechtsorgane ist nur dem für das Deutsche Reich approbierten Ärzten gestattet. Verboten ist, solche Krankheiten anders als auf Grund eigener Wahrnehmung zu behandeln (Fernbehandlung) oder in Vorträgen, Schriften, Abbildungen oder Darstellungen Ratschläge zur Selbstbehandlung zu erteilen.

Wer einen anderen einem der in Absatz 1 enthaltenen Verbote zuwider behandelt oder sich zu einer solchen Behandlung öffentlich oder durch Verbreitung von Schriften, Abbildungen oder Darstellungen, wenn auch in verschleiernder Weise, erbietet, wird mit Gefängnis bis zu einem Jahre und mit Geldstrafe oder mit einer dieser Strafen bestraft.

Gleiche Strafe trifft den Arzt, der sich zur Behandlung der in Abs. 1 bezeichneten Krankheiten in unlauterer Weise erbietet.

§ 8.

Wer eine geschlechtskranke Person ärztlich untersucht oder behandelt, soll sie über die Art der Krankheit und über die Ansteckungsgefahr sowie über die Strafbarkeit der in §§ 5, 6 bezeichneten Handlungen belehren und ihr hierbei ein amtlich genehmigtes Merkblatt aushändigen.

Fehlt dem Kranken die zur Erkenntnis der Ansteckungsgefahr erforderlichen Einsicht, so soll die Belehrung und die Aushändigung des Merkblattes an denjenigen erfolgen, der für das persönliche Wohl des Kranken zu sorgen hat.

§ 9.

Wer eine Person, die an einer mit Ansteckungsgefahr verbundenen Geschlechtskrankheit leidet, ärztlich behandelt, hat der im § 4 bezeichneten Gesundheitsbehörde Anzeige zu erstatten, wenn der Kranke sich der ärztlichen Behandlung oder Beobachtung entzieht oder wenn er andere infolge seines Berufes oder seiner persönlichen Verhältnisse besonders gefährdet.

Die oberste Landesbehörde kann bestimmen, daß die Anzeige anstatt der Gesundheitsbehörde einer Beratungsstelle für Geschlechtskranke zu erstatten ist. Kommt der Kranke den Anweisungen der Beratungsstelle nicht nach, so hat diese der Gesundheitsbehörde Kenntnis zu geben.

§ 10.

Wer als Beamter oder Angestellter einer Gesundheitsbehörde oder einer Beratungsstelle unbefugt offenbart, was ihm über Geschlechtskrankheiten eines anderen oder ihre Ursache oder über die sonstigen persönlichen Verhältnisse des

Beteiligten dienstlich bekannt geworden ist, wird mit Geldstrafe oder mit Gefängnis bis zu einem Jahre bestraft.

Die Verfolgung tritt nur auf Anzeige ein. Den Antrag kann auch eine Gesundheitsbehörde stellen.

Die Offenbarung ist nicht unbefugt, wenn sie von einem in der Gesundheitsbehörde oder in einer Beratungsstelle tätigen Arzte oder mit Zustimmung eines solchen Arztes an eine Behörde oder an eine Person gemacht wird, die ein berechtigtes gesundheitliches Interesse daran hat, über die Geschlechtskrankheit des anderen unterrichtet zu werden.

§ 11.

Wer zum Zwecke der Heilung oder Linderung von Geschlechtskrankheiten Mittel, Gegenstände oder Verfahren öffentlich oder durch Verbreitung von Schriften, Abbildungen oder Darstellungen, wenn auch in verschleiernder Weise, ankündigt oder anpreist, oder solche Mittel oder Gegenstände an einem allgemein zugänglichen Orte ausstellt, wird mit Gefängnis bis zu sechs Monaten und mit Geldstrafe oder mit einer dieser Strafen bestraft.

Straflos ist, soweit nicht anderweitig reich- oder landesstrafrechtliche Vorschriften entgegenstehen, die Ankündigung oder die Anpreisung dieser Mittel oder Gegenstände an Ärzte oder Apotheker oder an Personen, die mit solchen Mitteln oder Gegenständen erlaubterweise Handel treiben, oder in wissenschaftlichen ärztlichen oder pharmazeutischen Fachzeitschriften.

§ 12.

Vorträge, Schriften, Abbildungen und Darstellungen, die nur der Aufklärung über Geschlechtskrankheiten, insbesondere über ihre Erscheinungsformen, dienen, sind straflos, soweit sie nicht unter die Strafbestimmungen des § 7 fallen.

§ 13.

Die Reichsregierung kann das Inverkehrbringen von Mitteln oder Gegenständen, die zur Verhütung von Geschlechtskrankheiten dienen sollen, von dem Ergebnis einer amtlichen Prüfung abhängig machen und das Inverkehrbringen hierfür nicht geeigneter Gegenstände verbieten. Sie kann auch Vorschriften über das Ausstellen, Ankündigen oder Anpreisen der hiernach zugelassenen Mittel oder Gegenstände treffen.

Wer Mittel oder Gegenstände, die auf Grund des Abs. 1 Satz 1 vom Verkehr ausgeschlossen sind, in Verkehr bringt, wird mit Gefängnis bis zu sechs Monaten und mit Geldstrafe oder mit einer dieser Strafen betraft. Ebenso wird bestraft, wer nach einer nach Abs. 1 Satz 2 getroffenen Vorschrift zuwiderhandelt.

§ 14.

Mit Gefängnis bis zu einem Jahr und mit Geldstrafe oder mit einer dieser Strafen wird bestraft, sofern nicht nach den Vorschriften des Strafgesetzbuches eine härtere Strafe verwirkt ist,

1. *eine weibliche Person, die ein fremdes Kind stillt, obwohl sie an einer Geschlechtskrankheit leidet und dies weiß oder den Umständen nach annehmen muß;*

2. *wer ein syphilitisches Kind, für dessen Pflege er zu sorgen hat, von einer anderen Person als der Mutter stillen läßt, obwohl er die Krankheit des Kindes kennt oder den Umständen nach kennen muß;*

3. *wer ein sonst geschlechtskrankes Kind, für dessen Pflege er zu sorgen hat von einer anderen Person als der Mutter, ohne sie vorher über die Krankheit und die gebotenen Vorsichtsmaßnahmen durch einen Arzt mündlich unterweisen zu lassen, stillen läßt, obwohl er die Krankheit des Kindes kennt oder den Umständen nach kennen muß,*

4. *wer ein geschlechtskrankes Kind, obwohl er die Krankheit kennt oder den Umständen nach kennen muß, in Pflege gibt, ohne den Pflegeeltern von der Krankheit des Kindes Mitteilung zu machen.*

Straflos ist das Stillen oder Stillenlassen eines syphilitischen Kindes durch eine weibliche Person, die selbst an Syphilis leidet.

§ 15.

Mit Geldstrafe bis zu einhundertfünfzig Reichsmark oder mit Haft wird bestraft:

1. *eine Amme, die ein fremdes Kind stillt, ohne im Besitz eines unmittelbaren vor Antritt der Stellung ausgestellten ärztlichen Zeugnisses dafür zu sein, daß an ihr keine Geschlechtskrankheit nachweisbar ist;*

2. *wer zum Stillen eines Kindes eine Amme in Dienst nimmt, ohne sich davon überzeugt zu haben, daß sie im Besitze des in Nr. 1 bezeichneten Zeugnisses ist;*

3. *wer, abgesehen von Notfällen, ein Kind, für dessen Pflege er zu sorgen hat, von einer anderen Person als der Mutter stillen lässt, ohne vorher im Besitz eines ärztlichen Zeugnisses darüber zu sein, daß eine gesundheitliche Gefahr für die Stillende nicht besteht.*

Die Vorschriften des Abs. 1 finden im Falle des § 14, Abs. 2 keine Anwendung.

§ 16.

Das Strafgesetzbuch wird abgeändert wie folgt:

1. § 180) erhält folgenden zweiten und dritten Satz:

Als Kuppelei gilt insbesondere die Unterhaltung eines Bordells oder bordellartigen Betriebes.

Wer einer Person, die das 18. Lebensjahr vollendet hat, Wohnung gewährt, wird auf Grunde des Abs. 1 nur dann bestraft, wenn damit ein Ausbeuten der Person, der die Wohnung gewährt ist, oder ein Anwerben oder ein Anhalten der Person zur Unzucht verbunden ist.

2. Im § 184) wird hinter Nr. 3 folgende Vorschrift eingefügt:

3a. Wer in einer Sitte oder Anstand verletzenden Weise Mittel, Gegenstände oder Verfahren, die zur Verhütung von Geschlechtskrankheiten dienen, öffentlich angekündigt, anpreist oder solche Mittel oder Gegenstände an einem dem Publikum zugänglichen Ort ausstellt.

3. § 361, Nr. 6 erhält folgende Fassung:

Wer öffentlich in einer Sitte oder Anstand verletzenden oder andere belästigenden Weise zur Unzucht auffordert oder sich dafür anbietet.

4. Im § 361 wird hinter Nr. 6 eingefügt:

6a. Wer gewohnheitsmäßig zum Zwecke des Erwerbes in der Nähe von Kirchen oder in der Nähe von Schulen oder anderen zum Besuche durch Kinder und Jugendliche bestimmten Öffentlichkeiten oder in einer Wohnung, in der Kinder oder jugendliche Personen zwischen drei und achtzehn Jahren wohnen, oder in einer Gemeinde mit weniger als 15.000 Einwohnern, für welche die oberste Landesbehörde zum Schutz der Jugend oder des öffentlichen Anstands eine entsprechende Anordnung getroffen hat, der Unzucht nachgeht.

5. *Im § 363 Abs. 3 Satz 2 werden die Worte: „Im Falle des § 361 Nr. 6“ durch die Worte „In den Fällen des § 361 Nr. 6, 6a“ ersetzt.*

§ 17.

Wohnungsbeschränkungen auf bestimmte Straßen oder Häuserblocks zum Zwecke der Ausübung der gewerbsmäßigen Unzucht (Kasernierung) sind verboten.

§ 18.

Die zur Durchführung dieses Gesetzes, insbesondere für das Zusammenwirken der Behörden mit den Einrichtungen der sozialen Fürsorge notwendigen Vorschriften werden von der obersten Landesbehörde erlassen. Die Aufbringung der entstehenden Kosten regelt sich nach Landesrecht.

§ 19.

Dieses Gesetz tritt am 1. Oktober 1927 in Kraft.

Mit dem gleichen Tage treten die Verordnungen zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 11. Dezember 1918 und die Verordnung über Fürsorge für geschlechtskranke Heeresangehörige vom 17. Dezember 1918 (Reichsgesetzblatt S. 1431, 1433) außer Kraft.

Der Entwurf des Preußischen Landesgesundheitsrates für ein Sterilisationsgesetz von Juli 1932[2]

Satzung

§1.

Eine Person, die an erblicher Geisteskrankheit, erblicher Geistesschwäche, erblicher Epilepsie oder an einer sonstigen Erbkrankheit leidet oder Träger krankhafter

[2] Müller, J. S.127. Veröffentlicht a.d. Gebiet der Medizinalverwaltung 38. 1932. S.735-737

Erbanlagen ist, kann operativ sterilisiert werden, wenn sie einwilligt und nach den Lehren der ärztlichen Wissenschaft bei ihrer Nachkommenschaft mit großer Wahrscheinlichkeit schwere körperliche oder geistige Erbschäden vorauszusehen sind.

Der Einwilligung hat eine Aufklärung über die Folgen der Sterilisierung vorauszugehen.

Für die Sterilisierung einer Person, die einen gesetzlichen Vertreter hat, oder für die ein Pfleger bestellt ist, dem die Sorge für die Person zusteht, bedarf es auch deren Einwilligung.

§2.

Die Sterilisierung ist nur mit Genehmigung des im §4 bezeichneten Ausschusses zulässig. Die Erteilung der Genehmigung können beantragen:

1) *die Person, deren Einwilligung nach §1 Abs.1 und 3 erforderlich ist; jede von ihnen ist selbständig (sic!) antragsberechtigt;*
2) *der behandelnde oder der beamtete Arzt;*
3) *bei Pfleglingen einer Kranken- oder Heil- oder Pflegeanstalt und bei Insassen von Gefängnisanstalten der Leiter der Anstalt;*
4) *der Leiter des zuständigen Fürsorgeverbandes.*

§3.

Dem Antrag sind beizufügen:

1) *die nach §1 erforderlichen Einwilligungserklärungen;*
2) *ein ärztlicher Bericht, der eine ausführliche Begründung für die Vornahme der Sterilisierung sowie die Erklärung des Arztes enthält, daß die Person, für welche die Genehmigung beantragt wird, über die Folgen der Sterilisierung aufgeklärt worden ist.*

§4.

Der Ausschuß, der über die Vornahme der Sterilisation entscheidet, wird von der obersten Landesbehörde eingesetzt. Er besteht aus zwei in Deutschland approbierten Ärzten und einem Vormundschaftsrichter. Wenigstens eines der beiden ärztlichen Mitglieder muß in der menschlichen Erblehre erfahren sein.

Der Ausschuß hat auf Antrag eines Mitgliedes weitere Ermittlungen anzustellen. Gerichts-, Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbehörden sind, soweit ein

dienstliches Interesse nicht entgegensteht, verpflichtet, dem Ausschuß auf sein Ersuchen Auskunft zu erteilen. Der Ausschuß beschließt mit Stimmenmehrheit.
Der Beschluß ist schriftlich abzufassen und von den Mitgliedern zu unterschreiben. Er muß die Gründe enthalten, aus denen die Genehmigung zur Vornahme der Sterilisierung erteilt oder abgelehnt worden ist.
Der Beschluß ist dem Antragsteller zuzustellen. Er unterliegt keiner Anfechtung.

§5.

Der Ausschuß hat eine Ausfertigung des Beschlusses mit den Vorgängen einer von der obersten Landesbehörde bestimmten zentralen Stelle einzureichen.

§6.

Die Sterilisierung darf nur von einem in Deutschland approbierten Arzt ausgeführt werden. Der Beschluß, in dem die Sterilisierung genehmigt worden ist, muß ihm vorher vorgelegt worden sein.
Der Arzt hat einen kurzen Bericht über die Ausführung und die Methode der Sterilisierung dem Ausschuß einzureichen, der ihn an die im §5 bezeichnete Stelle weiterreicht.

§7.

Für die Tätigkeit des Ausschusses (§4) dürfen Kosten von der zu sterilisierenden Person nicht erhoben werden.
Die Kosten der Operation werden, sofern die zu sterilisierende Person hilfsbedürftig ist, von dem zuständigen Fürsorgeverband getragen.

§8.

Die bei der Stellung des Antrages und bei der Beschlußfassung über die Genehmigung der Sterilisierung beteiligten Personen sind zur Verschwiegenheit verpflichtet. Das gleiche gilt für Personen, die der im §5 bezeichneten zentralen Stelle angehören.
Eine Zuwiderhandlung gegen Abs.1 wird, soweit nicht nach anderen Vorschriften eine höhere Strafe verwirkt ist, mit…..bestraft.
Sie wird nur auf Verlangen desjenigen verfolgt, für den die Genehmigung zur Sterilisierung beantragt worden war.

Das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933[3]

Die Reichsregierung hat das folgende Gesetz beschlossen, das hiermit verkündet wird:

§1.

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

(2) Erbrank im Sinne des Gesetzes ist, wer an einer der folgenden Krankheiten leidet:

1. *angeborenem Schwachsinn,*
2. *Schizophrenie,*
3. *zirkulärem (manisch-depressivem) Irresein,*
4. *erblicher Fallsucht,*
5. *erblichem Veitstanz (Huntingtonsche Chorea),*
6. *erblicher Blindheit,*
7. *erblicher Taubheit,*
8. *schwerer erblicher körperlicher Mißbildung.*

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

§2.

(1) Antragsberechtigt ist derjenige, der unfruchtbar gemacht werden soll. Ist dieser geschäftsunfähig oder wegen der Geistesschwäche entmündigt oder hat er das achtzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet, so ist der gesetzliche Vertreter antragsberechtigt; er bedarf dazu der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts. In den übrigen Fällen beschränkter Geschäftsmäßigkeit bedarf der Antrag der Zustimmung des gesetzlichen Vertreters. Hat ein Volljähriger einen Pfleger für seine Person erhalten, so ist dessen Zustimmung erforderlich.

[3] Reichsgesetzblatt Nr.86. S.529-531

(2) Dem Antrag ist eine Bescheinigung eines für das Deutsche Reich approbierten Arztes beizufügen, daß der Unfruchtbarzumachende über das Wesen und die Folgen der Unfruchtbarmachung aufgeklärt worden ist.

(3) Der Antrag kann zurück genommen werden.

§3.

Die Unfruchtbarmachung können auch beantragen

1. *der beamtete Arzt,*
2. *für die Insassen einer Kranken-, Heil- oder Pflegeanstalt oder einer Strafanstalt der Anstaltsleiter.*

§4.

Der Antrag ist schriftlich oder zur Niederschrift der Geschäftsstelle des Erbgesundheitsgerichts zu stellen. Die dem Antrag zugrunde liegenden Tatsachen sind durch ein ärztliches Gutachten oder auf andere Weise glaubhaft zu machen. Die Geschäftsstelle hat dem beamteten Arzt von dem Antrag Kenntnis zu geben.

§5.

Zuständig für die Entscheidung ist das Erbgesundheitsgericht, in dessen Bezirk der Unfruchtbarzumachende seinen allgemeinen Gerichtsstand hat.

§6.

(1) Das Erbgesundheitsgericht ist einem Amtsgericht anzugliedern. Es besteht aus einem Amtsrichter als Vorsitzenden, einem beamteten Arzt und einem weiteren für das Deutsche Reich approbierten Arzt, der mit der Erbgesundheitslehre besonders vertraut ist. Für jedes Mitglied ist ein Vertreter zu bestellen.

(2) Als Vorsitzender ist ausgeschlossen, wer über einen Antrag auf vormundschaftsgerichtliche Genehmigung nach §2 Abs.1 entschieden hat. Hat ein beamteter Arzt den Antrag gestellt, so kann er bei der Entscheidung nicht mitwirken.

§7.

(1) Das Verfahren vor dem Erbgesundheitsgericht ist nicht öffentlich.

(2) Das Gesundheitsgericht hat die notwendigen Ermittelungen anzustellen; es kann Zeugen und Sachverständige vernehmen sowie das persönliche Erscheinen und die ärztliche Untersuchung des Unfruchtbarzumachenden anordnen und ihn bei unentschuldigtem Ausbleiben vorführen lassen. Auf die Vernehmung und Beeidigung der Zeugen und Sachverständigen sowie auf die Ausschließung und Ablehnung der Gerichtspersonen finden die Vorschriften der Zivilprozeßordnung sinngemäße Anwendung. Ärzte, die als Zeugen oder Sachverständige vernommen werden, sind ohne Rücksicht auf das Berufsgeheimnis zur Aussage verpflichtet. Gerichts- und Verwaltungsbehörden sowie Krankenanstalten haben dem Erbgesundheitsgericht auf Ersuchen Auskunft zu erteilen.

§8.

Das Gericht hat unter Berücksichtigung des gesamten Ergebnisses der Verhandlung und Beweisaufnahme nach freier Überzeugung zu entscheiden. Die Beschlußfassung erfolgt auf Grund mündlicher Beratung mit Stimmenmehrheit. Der Beschluß ist schriftlich abzufassen und von den an der Beschlußfassung beteiligten Mitgliedern zu unterschreiben. Er muß die Gründe angeben, aus denen die Unfruchtbarmachung beschlossen oder abgelehnt worden ist. Der Beschluß ist dem Antragsteller, dem beamteten Arzt sowie demjenigen zuzustellen, dessen Unfruchtbarmachung beantragt worden ist, oder, falls dieser nicht antragsberechtigt ist, seinem gesetzlichen Vertreter.

§9.

Gegen den Beschluß können die im §8 Satz 5 bezeichneten Personen binnen einer Notfrist von einem Monat nach der Zustellung schriftlich oder zur Niederschrift der Geschäftsstelle des Erbgesundheitsgerichts Beschwerde einlegen. Die Beschwerde hat aufschiebende Wirkung. Über die Beschwerde entscheidet das Erbgesundheitsobergericht. Gegen die Versäumung der Beschwerdefrist ist Wiedereinsetzung in den vorigen Stand in entsprechender Anwendung der Vorschriften der Zivilprozeßordnung zulässig.

§10.

(1) Das Erbgesundheitsobergericht wird einem Oberlandesgericht angegliedert und umfaßt dessen Bezirk. Es besteht aus einem Mitglied des Oberlandesgerichts, einem beamteten Arzt und einem weiteren für das Deutsche Reich approbierten Arzt, der mit der Erbgesundheitslehre besonders vertraut ist. Für jedes Mitglied ist ein Vertreter zu bestellen. §6 Abs. 2 gilt entsprechend.

(2) Auf das Verfahren vor dem Erbgesundheitsobergericht finden §§7, 8 entsprechende Anwendung.

(3) Das Erbgesundheitsobergericht entscheidet entgültig.

§11.

(1) Der zur Unfruchtbarmachung notwendige chirurgische Eingriff darf nur in einer Krankenanstalt von einem für das Deutsche Reich approbierten Arzt ausgeführt werden. Dieser darf den Eingriff erst vornehmen, wenn der die Unfruchtbarmachung anordnende Beschuß endgültig geworden ist. Die oberste Landesbehörde bestimmt die Krankenanstalten und Ärzte, denen die Ausführung der Unfruchtbarmachung überlassen werden darf. Der Einriff darf nicht durch einen Arzt vorgenommen werden, der den Antrag gestellt oder in dem Verfahren als Beisitzer mitgewirkt hat.

(2) Der ausführende Arzt hat dem beamteten Arzt einen schriftlichen Bericht über die Ausführung der Unfruchtbarmachung unter Angabe des angewendeten Verfahrens einzureichen.

§12.

(1) Hat das Gericht die Unfruchtbarmachung endgültig beschlossen, so ist sie auch gegen den Willen des Unfruchtbarzumachenden auszuführen, sofern nicht dieser allein den Antrag gestellt hat. Der beamtete Arzt hat bei der Polizeibehörde die erforderlichen Maßnahmen zu beantragen. Soweit andere Maßnahmen nicht ausreichen, ist die Anwendung unmittelbaren Zwanges zulässig.

(2) Ergeben sich Umstände, die eine nochmalige Prüfung des Sachverhaltes erfordern, so hat das Erbgesundheitsgericht das Verfahren wieder aufzunehmen und die Ausführung der Unfruchtbarmachung vorläufig zu untersagen. War der Antrag angelehnt worden, so ist die Wiederaufnahme

nur zulässig, wenn neue Tatsachen eingetreten sind, welche die Unfruchtbarmachung rechtfertigen.

§13.

(1) De Kosten des gerichtlichen Verfahrens trägt die Staatskasse.

(2) Die Kosten des ärztlichen Eingriffs trägt bei den der Krankenversicherung angehörenden Personen die Krankenkasse, bei anderen Personen im Falle der Hilfsbedürftigkeit der Fürsorgeverband. In allen anderen Fällen trägt die Kosten bis zur Höhe der Mindestsätze der ärztlichen Gebührenordnung und der durchschnittlichen Pflegesätze in den öffentlichen Krankenanstalten die Staatskasse, darüber hinaus der Unfruchtbargemachte.

§14.

Eine Unfruchtbarmachung, die nicht nach den Vorschriften dieses Gesetzes erfolgt, sowie eine Entfernung der Keimdrüsen sind nur dann zulässig, wenn ein Arzt sie nach den Regeln der ärztlichen Kunst zur Abwendung einer ernsten Gefahr für das Leben oder die Gesundheit desjenigen, an dem er sie vornimmt, und mit dessen Einwilligung vollzieht.

§15.

(1) Die an dem Verfahren der an der Ausführung des chirurgischen Eingriffs beteiligten Personen sind zur Verschwiegenheit verpflichtet.

(2) Wer der Schweigepflicht unbefugt zuwiderhandelt, wird mit Gefängnis bis zu einem Jahre oder mit Geldstrafe bestraft. Die Verfolgung tritt nur auf Antrag ein. Den Antrag kann auch der Vorsitzende stellen.

§16.

(1) der Vollzug dieses Gesetzes liegt den Landesregierungen ob.

(2) Die obersten Landesbehörden bestimmen, vorbehaltlich der Vorschriften des §6 Satz 1 und des §10 Abs. 1 Satz 1, Sitz und Bezirk der entscheidenden Gerichte. Sie ernennen die Mitglieder und deren Vertreter.

§17.

Der Reichsminister des Innern erläßt im Einvernehmen mit dem Reichsminister der Justiz die zur Durchführung dieses Gesetzes erforderlichen Rechts- und Verwaltungsvorschriften.

§ 18.

Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 1934 in Kraft.

Berlin, den 14. Juli 1933.

Der Reichskanzler
Adolf Hitler

Der Reichsminister des Innern
Frick

Der Reichsminister der Justiz
Dr. Gürtner

Das Ehegesundheitsgesetz vom 18. Oktober 1935[4]

§1.

(1) Eine Ehe darf nicht geschlossen werden,

a) wenn einer der Verlobten an einer mit Ansteckungsgefahr verbundenen Krankheit leidet, die eine erhebliche Schädigung der Gesundheit des anderen Teils oder der Nachkommen befürchten läßt;

b) wenn einer der Verlobten entmündigt ist oder unter vorläufiger Vormundschaft steht;

c) wenn einer der Verlobten, ohne entmündigt zu sein, an einer geistigen Störung leidet, die die Ehe für die Volksgemeinschaft unerwünscht erscheinen läßt;

d) [...]

[4] Werr, Florian. (1941) S. 33f. Ausschnitt des Gesetzes, die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten betreffend.

§2.

Vor der Eheschließung haben die Verlobten durch ein Zeugnis des Gesundheitsamtes (Ehetauglichkeitszeugnis) nachzuweisen, daß ein Ehehindernis nach §1 nicht vorliegt.

§3.

(1) Eine entgegen den Verboten des §1 geschlossene Ehe ist nichtig, wenn die Ausstellung des Ehetauglichkeitszeugnisses oder die Mitwirkung des Standesbeamten bei der Eheschließung von den Verlobten durch wissentlich falsche Angaben herbeigeführt ist. Sie ist auch nichtig, wenn sie zum Zwecke der Umgehung des Gesetzes im Ausland geschlossen ist. Die Nichtigkeitslage kann nur vom Staatsanwalt erhoben werden.

(2) Die Ehe ist von Anfang an gültig, wenn das Ehehindernis später wegfällt.

§4.

(1) Wer eine verbotene Eheschließung erschleicht (§3), wird mit Gefängnis nicht unter drei Monaten bestraft. Der Versuch ist strafbar.

(2) Die Verfolgung wegen des vollendeten Vergehens tritt nur ein, wenn die Ehe für nichtig erklärt ist.

§5.

(1) Die Vorschriften dieses Gesetzes finden keine Anwendung, wenn beide Verlobten oder der männliche Verlobte eine fremde Staatsangehörigkeit besitzen.

Erklärung über die eigenständige Abfassung der Arbeit

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne unzulässige Hilfe oder Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe.
Ich versichere, dass Dritte von mir weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten haben, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen, und dass die vorgelegte Arbeit weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde zum Zweck einer Promotion oder eines anderen Prüfungsverfahrens vorgelegt wurde.
Alles aus anderen Quellen und von anderen Personen übernommene Material, das in der Arbeit verwendet wurde oder auf das direkt Bezug genommen wird, wurde als solches kenntlich gemacht.
Insbesondere wurden alle Personen genannt, die direkt an der Entstehung der vorliegenden Arbeit beteiligt waren.
Ich erkläre, dass ich bisher kein Promotionsverfahren erfolglos beendet habe und dass eine Aberkennung eines bereits erworbenen Doktorgrades nicht vorliegt.

Datum Unterschrift

Lebenslauf

Der Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version der Dissertation nicht veröffentlicht.

Danksagung

Ich danke Frau Prof. Dr. phil. Dr. rer. med. Mariacarla Gadebusch Bondio für die Überlassung dieses sehr interessanten Themas und für die hilfreiche und engagierte Betreuung der Arbeit über den örtlichen Wechsel nach Freiburg hinaus. Besonders möchte ich mich zudem für die Möglichkeit bedanken, die Patientenakten im Institut für Geschichte der Medizin in Greifswald über Monate hinweg einsehen und bearbeiten zu dürfen. Auch möchte ich Herrn Dr. phil. Hartmut Bettin für seine Anregungen und Korrekturen danken.

Besonders gefreut hat mich die Unterstützung, die ich von meiner Familie, insbesondere von meinem Ehemann, und von Freunden erfahren habe. Für Eure interessierte und konstante Anteilnahme an meiner Arbeit und nicht zuletzt euren persönlichen Einsatz beim Korrekturlesen, war ich immer wieder sehr dankbar.