

Behinderung – Genetik – Vorsorge Sterilisationspraxis und humangenetische Beratung in der Bundesrepublik

Britta-Marie Schenk

Genetische Beratung weckt Hoffnungen: die Hoffnung der Ratsuchenden, krankheits- und behinderungsfrei zu bleiben und gesunde Nachkommen zur Welt zu bringen, die Hoffnung, Erklärungen für eine Behinderung zu erhalten, und nicht zuletzt die Hoffnung der Beratenden, mit dem eigenen Wissen zur Gesundheitsvorsorge beizutragen. Die Hoffnungen aller Beteiligten fußen auf einem Vorsorge-Konzept. Es ist das Versprechen, vorsorgen zu können vor Erbkrankheiten, Behinderungen oder Missbildungen – eventuell auch durch Verzicht auf Nachkommen. Angst und Hoffnung sind zwei Triebfedern genetischer Beratung, berührt sie doch existentielle Fragen nach Krankheit und Gesundheit, Leben und Tod, Entscheidungsgewalt und Zwang. Zugleich erfordert diese Beratung intime Einblicke in Familienverhältnisse und -planung.¹

Mit Ängsten und Hoffnungen setzten sich auch Konzepte genetischer Beratung auseinander, die westdeutsche Humangenetiker/innen in den 1970er-Jahren aufstellten. Im Laufe dieses Jahrzehnts etablierte sich die genetische Beratung in der Bundesrepublik. Sie war Ausdruck eines Schulterschlusses zwischen Humangenetik und Medizin, der unter dem Label „Vorsorge“ für eine Re-Popularisierung des erbtheoretischen Deutungsmusters sorgte.² In genetischen Untersuchungsstellen wurden ebenso persönliche Gespräche mit Ratsuchenden durchgeführt wie hochspezialisierte Laboruntersuchungen – etwa Chromosomenanalysen, Geschlechtschromatin- und Aminosäuretests. Entscheidend für die Etablierung dieser Vorsorge-Praxis war jedoch die steigende Nachfrage der Ratsuchenden. Eine wichtige Rolle spielten die Folgen des Contergan-Skandals in den 1960er-Jahren. Er hatte die „normativen Erwartun-

¹ Stammbaumanalysen sind bis heute Teil der Anamnese in der genetischen Beratung. Sie verlangen die Erzählung einer Familiengeschichte, die nach Krankheiten strukturiert ist, und schaffen zugleich eine neue Einteilung in genetische „Risikoträger“ und „Unbelastete“. Siehe Regine Kollak/Thomas Lemke, *Der medizinische Blick in die Zukunft. Gesellschaftliche Implikationen prädiagnostiver Gentests*, Frankfurt a.M. 2008, S. 161-168.

² Zur Etablierung der Genetik als medizinischer Grundlagenwissenschaft und zum „molekularbiologischen Paradigma“ vgl. Thomas Lemke, *Molekulare Medizin? Anmerkungen zur Ausweitung und Redefinition des Konzepts der genetischen Krankheit*, in: *Prokla* 33 (2003), S. 471-492, hier S. 475; Hans-Jörg Rheinberger, *Jenseits von Natur und Kultur. Anmerkungen zur Medizin im Zeitalter der Molekularbiologie*, in: Cornelius Borck (Hg.), *Anatomien medizinischen Wissens*, Frankfurt a.M. 1996, S. 287-306, hier S. 293.

gen“ an Mütter verstärkt, schon während der Schwangerschaft dafür zu sorgen, kein Kind mit Behinderungen zu bekommen.³ Politische Unterstützung und Fördermittel großer Wissenschaftsorganisationen traten hinzu, begleitet von Werbekampagnen in der Presse. Nicht zuletzt die 1974 erfolgte Reform des § 218, die den Schwangerschaftsabbruch bis zur 12. Woche gestattete, sowie die Kostenübernahme cytogenetischer Untersuchungen seitens der Krankenkassen gaben der genetischen Beratung Auftrieb.⁴

Was aber versprachen sich die Initiatoren davon? Die meisten Experten betrachteten genetische Beratung damals als „Eckpfeiler der Vorsorgemedizin“.⁵ Der Humangenetiker und Kinderarzt Walter Fuhrmann, der 1968 zusammen mit Friedrich Vogel den ersten deutschen Ratgeber zum Thema veröffentlichte,⁶ sah in der genetischen Beratung „die wichtigste Maßnahme zur Prävention von Erbleiden [...], die sich allein am Interesse des Einzelnen und der Familien orientieren“ solle.⁷ Damit distanzierte sich Fuhrmann von einer populationsgenetischen, also kollektivistischen Ausrichtung, um jeglichem Vergleich mit der NS-Rassenhygiene vorzubeugen. Diese Strategie war unter westdeutschen Humangenetikern sehr verbreitet, schloss eugenische Konzepte aber nicht aus.⁸ Nach dem Marburger Humangenetiker Gerhard Wendt, dem eifrigsten Propagandisten genetischer Beratung, zielte sie darauf ab, „unbegründete Sorgen um die Gesundheit gewünschter Kinder zu zerstreuen“. Sie könne „als wesentlicher Faktor der primären Prävention von Behinderungen den täglichen Zustrom behinderter Neugeborener mit einer genetischen Krankheit wirksam reduzieren. Sie stellt deshalb eine entscheidende Hilfe dar angesichts der Notwendigkeit, immer mehr [...] Behinderte aktiv zu betreuen und zu behandeln.“⁹ Auf den ersten Blick scheinen die Humangenetiker hier eine seit dem

³ Willibald Steinmetz, Ungewollte Politisierung durch die Medien? Die Contergan-Affäre, in: Bernd Weisbrod (Hg.), *Die Politik der Öffentlichkeit – die Öffentlichkeit der Politik. Politische Medialisierung in der Bundesrepublik*, Göttingen 2003, S. 195-228, hier S. 202.

⁴ Seit dem 1.4.1974 wurden die Kosten für eine genetische Beratung von den Krankenkassen übernommen. Die einzige Voraussetzung war die Überweisung von einem anderen Arzt. Vgl. Udo Sierck/Nati Radtke, *Die WohlTÄTER-Mafia. Vom Erbgesundheitsgericht zur Humangenetischen Beratung*, 5., erw. Neuaufl. Frankfurt a.M. 1989, S. 31.

⁵ Gerhard Wendt, Grundsätze der genetischen Beratung in Marburg, in: Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit (Hg.), *Genetische Beratung. Ein Modellversuch der Bundesregierung in Frankfurt und Marburg*, Bonn-Bad Godesberg 1979, S. 11f., hier S. 11. Ähnlich z.B. Friedrich Vogel, Genetische Beratung, in: Georg Gerhard Wendt (Hg.), *Genetik und Gesellschaft. Marburger Forum Philippinum*, Stuttgart 1970, S. 95-101, hier S. 100; Ursel Theile, Genetische Beratung – ein Beitrag zur Familienplanung, in: *Fortschritte der Medizin* 95 (1977), S. 620-626, hier S. 620.

⁶ Walter Fuhrmann/Friedrich Vogel, *Genetische Familienberatung. Ein Leitfaden für den Arzt*, Berlin 1968.

⁷ Walter Fuhrmann, Genetische Beratung als ärztliche Aufgabe, in: *Diagnostik* 5 (1972), S. 500ff., hier S. 500.

⁸ Anne Cottebrune, Eugenische Konzepte in der westdeutschen Humangenetik, 1945–1980, in: *Journal of Modern European History* 10 (2012), S. 500-518, hier S. 514.

Ende des 19. Jahrhunderts verbreitete Degenerationsangst aufgegriffen zu haben.¹⁰ Wie vor 1945 wurden genetische Praktiken in den 1970er-Jahren als innovative Maßnahmen präsentiert, die einen negativ bewerteten Bevölkerungsanstieg von Menschen mit Erbkrankheiten und Behinderungen stoppen könnten.

Zugleich aber sind auch gesellschaftliche Wandlungsprozesse einzubeziehen, die für den Untersuchungszeitraum der 1970er- bis 1980er-Jahre prägend sind. Zwei Forschungsstränge illustrieren diese Gleichzeitigkeit von Tradition und Wandel beim Thema genetische Beratung: Die sozialwissenschaftliche Forschung ist der Ansicht, dass in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts ein „Strukturwandel biopolitischer Regulierungspraktiken“ stattgefunden habe.¹¹ Demnach waren ab Ende der 1960er-Jahre nicht mehr staatliche Regulierungen die von Experten bevorzugte Technik; vielmehr hätten nun individualisierte, an Autonomievorstellungen orientierte Handlungsmuster überwogen. Dies spiegelte sich in der genetischen Beratung wider, beruhe die Beratung doch auf der Freiwilligkeit der Betroffenen, die genetisch bestimmte Denkweisen bereits internalisiert hätten und deshalb zu nichts gezwungen werden mussten, geschweige denn konnten. Medizinhistorische Arbeiten betonen hingegen eugenische und bevölkerungspolitische Kontinuitäten in der westdeutschen Humangenetik. So bestreitet Anne Cottebrune den erwähnten Wandel nicht, differenziert ihn aber erheblich. Individualmedizinisch-genetische Ansätze seien mit populationsgenetischen und volkswirtschaftlich orientierten Ideen verschränkt worden – wie sie auch in tradierten eugenischen Vorstellungen zu finden seien.¹² Zweifellos gab es in der westdeutschen Humangenetik eugenische Kontinuitäten. Eugenik und Vorsorge gingen in der genetischen Beratung der 1970er-Jahre sogar eine enge Verbindung ein und wurden offen verhandelt.¹³ Weiterführender als der Befund problematischer Traditionen ist aber die Frage nach ihrer Erklärung: Weshalb blieben eugenische Ideen anschlussfähig, und wie wurden sie in der genetischen Beratung der Bundesrepublik konkret umgesetzt?

⁹ Wendt, Grundsätze (Anm. 5), S. 11.

¹⁰ Zum Degenerationsdiskurs in der psychiatrischen Genetik: Volker Roelcke, Quantifizierung, Klassifikation, Epidemiologie: Normierungsversuche des Psychischen bei Emil Kraepelin, in: Werner Sohn/Herbert Mehrrens (Hg.), *Normalität und Abweichung. Studien zur Theorie und Geschichte der Normierungsgesellschaft*, Opladen 1999, S. 183–200, hier S. 193.

¹¹ Treffend resümiert dies Cottebrune, *Konzepte* (Anm. 8), S. 513. Vgl. außerdem Anne Waldschmidt, *Das Subjekt in der Humangenetik. Expertendiskurse zu Programmatik und Konzeption der genetischen Beratung 1945–1990*, Münster 1996.

¹² Cottebrune, *Konzepte* (Anm. 8).

¹³ So z.B. ablesbar an einem Aufsatztitel der renommierten psychiatrischen Genetikerin und Tochter des Rassenhygienikers Ernst Rüdin: Edith Zerbin-Rüdin, Eugenik: Teil der Vorsorgemedizin. Die genetische Beratung gewinnt immer mehr an Bedeutung, in: *Ärztliche Praxis* 25 (1973), S. 3589.

1. Genetische Beratungs- und Sterilisationspraxis als Untersuchungsgegenstand

Das Bindeglied zwischen Ideen und Umsetzung war der oben skizzierte Vorsorge-Gedanke: Genetische Vorsorge bedeutete, Erbkrankheiten und die Geburt behinderter Kinder zu verhindern. Pränataldiagnostik und die Risikobestimmung von Erbkrankheiten waren die am häufigsten nachgefragten Dienstleistungen der genetischen Beratung. Was bisher in der Forschung wenig berücksichtigt wurde, sind Sterilisationsempfehlungen, die geistig behinderten Frauen und Mädchen in der genetischen Beratung ausgestellt wurden. Dieser Fokus verspricht wichtige Erkenntnisse: Erstens erweitert er den Blick für gesellschaftliche Entwicklungen in den 1970er- und 1980er-Jahren, zweitens für eine gesellschaftliche Gruppe, die bisher am Rande stand – Frauen und Mädchen, denen eine geistige Behinderung attestiert wurde und die deshalb von einer Reihe weiterer Akteure abhängig waren (wie Eltern, in der Behindertenfürsorge Tätigen, Ärzten und schließlich auch Humangenetikern). Insofern macht der Fokus auf Sterilisationen in der genetischen Beratung komplexe Interessen- und Beziehungsgeflechte sichtbar. Auch das Verhältnis zwischen Zwang und Freiwilligkeit, das bis heute viel diskutiert wird, kann durch den Fokus auf geistig behinderte Frauen und Mädchen genauer untersucht werden.¹⁴

Der tradierte Behinderungsbegriff, bei dem die Zuschreibung einer Behinderung im Sinne eines individuellen Defizits im Mittelpunkt steht,¹⁵ wird vor allem von den Disability Studies und seit kurzem auch von der Disability History hinterfragt. Sie fasst Behinderung ähnlich wie Geschlecht als analytische Kategorie und fragt danach, „wie bestimmte, sinnlich wahrnehmbare oder kognitiv vermittelte Merkmale [...] in sich wandelnden historischen und kulturellen Kontexten bewertet werden und wie daraus in komplexen Beschreibungsprozessen die Zuschreibung Behinderung entsteht“.¹⁶ Dieser Zugriff erforscht also nicht nur, „was Menschen mit Behinderungen von Menschen ohne Behinderungen widerfuhr“.¹⁷ Darüber hinaus ermöglicht er Aussagen über Normalitätsvorstellungen, die für viele Menschen gültig waren. Schließlich kann „Behinderung“ nur im Zusammenhang mit „Normalität“ gedacht, konstruiert und

¹⁴ Soziologische Studien zur genetischen Beratung klammern Menschen mit Beeinträchtigungen oftmals aus. Siehe etwa Silja Samerski, *Die verrechnete Hoffnung. Von der selbstbestimmten Entscheidung durch genetische Beratung*, Münster 2002; Nils B. Heyen, *Gendiagnostik als Therapie. Die Behandlung von Unsicherheit in der prädiktiven genetischen Beratung*, Bielefeld 2011.

¹⁵ Elsbeth Bösl, Was ist Disability History? Zur Geschichte und Historiografie von Behinderung, in: dies./Anne Waldschmidt/Anne Klein (Hg.), *Disability History. Konstruktionen von Behinderung in der Geschichte*, Bielefeld 2010, S. 29-43, hier S. 31.

¹⁶ Ebd., S. 32.

¹⁷ Elsbeth Bösl, Dis/ability History: Grundlagen und Forschungsstand, 7.7.2009, URL: <<http://hsozkult.geschichte.hu-berlin.de/forum/2009-07-001>>, S. 14 (pdf-Version).

gefestigt werden. Zwischen humangenetischen Beraterinnen und Beratern und Betroffenen handelte es sich um ein klares Top-Down-Verhältnis. Von Interesse sind dabei vor allem die Konstruktionsmechanismen und Benennungsprozesse, die dieses Verhältnis gestalteten: Welche Merkmale und Verhaltensweisen wurden als charakteristisch für eine geistige Behinderung angesehen? Welche Diagnose wurde gestellt? Wie kam es von der Behinderungskonstruktion zur Sterilisationsempfehlung? Wieso waren vor allem junge Frauen und Mädchen betroffen? Diese Verbindung der Kategorien Behinderung und Geschlecht stellt bisher ein Desiderat in der Disability History dar,¹⁸ das von einer Zeitgeschichte der humangenetischen Beratung erkundet werden kann.

Obwohl die Sterilisation von Männern unkomplizierter und risikoärmer ist, wurden vor allem Mädchen und junge Frauen sterilisiert. Verhütung war in den 1970er- und 1980er-Jahren demnach auch bei geistig behinderten Menschen ganz klar Frauensache. Geistig behinderte Mädchen und Frauen entschieden jedoch nicht selbst über ihre Fortpflanzung und die Wahl ihrer Verhütungsmittel. Vielmehr oblag dies ihren Eltern, Betreuerinnen und Betreuern, Ärztinnen und Ärzten sowie Humangenetikerinnen und Humangenetikern.

Anhand von Sterilisationsempfehlungen lässt sich Vorsorge also im Spannungsfeld von Abhängigkeits-, Behinderungs- und Geschlechterverhältnissen erforschen und zudem diskutieren, inwiefern sich der Vorsorge-Gedanke in den 1970er- und 1980er-Jahren mit erbtheoretischen Deutungen verband. Am folgenden Fallbeispiel einer Hamburger genetischen Beratungsstelle im Allgemeinen Krankenhaus (AK) Barmbek wird es möglich, Vorstellungen von Behinderung und Gesundheit, Familien- und Geschlechterrollen, sozialem Verhalten und Mündigkeit herauszuarbeiten, die in der bundesdeutschen Beratungspraxis verhandelt wurden. Gerade diese Vorstellungen unterlagen im Untersuchungszeitraum einem gesellschaftlichen Wandel. Eine Folge war die Kritik an der Sterilisationspraxis, die sich nicht zuletzt an der Hamburger genetischen Beratungsstelle entzündete. Die Analyse dieser Kritik verweist daher über das Beispiel Hamburg hinaus auf Liberalisierungsprozesse sowie auf den Umgang mit Randgruppen in der Bundesrepublik.

Bisherige Arbeiten zur Vorsorge haben die Annahme einer gesellschaftlichen Liberalisierung seit den 1960er- und 1970er-Jahren relativ unkritisch übernommen. Ulrich Herbert versteht unter „Liberalisierung“ „eine Modernisierung der Lebensweisen und -normen und der politischen Einstellungen im Sinne von Partizipation, Pluralität und Abbau hierarchischer Strukturen“.¹⁹ Dieser These folgen etwa Martin Lengwiler und Jeanette Madarász in ihrem Sammelband zum „präventiven Selbst“. Sie kommen zu dem Ergebnis, dass sich nach 1945

¹⁸ Ebd., S. 19.

¹⁹ Ulrich Herbert, Liberalisierung als Lernprozeß. Die Bundesrepublik in der deutschen Geschichte – eine Skizze, in: ders. (Hg.), *Wandlungsprozesse in Westdeutschland. Belastung, Integration, Liberalisierung 1945–1980*, 2. Aufl. Göttingen 2003, S. 7–49, hier S. 12.

eine „liberale Wende des Präventionsdiskurses“ vollzogen habe.²⁰ Internationale Akteure wie die WHO hätten durch ihre Vorsorge-Konzepte und weitgefassten Krankheitsdefinitionen die Risiko-Vorstellungen schrittweise ausgedehnt sowie die Grenze zwischen Krankheit und Gesundheit verschoben.²¹ Erweitert werden diese Befunde durch Forschungen zur „neuen Subjektivität“ und zum „angstbesetzten Selbst“ – Aspekte, von denen die 1960er- und 1970er-Jahre geprägt worden seien.²² Gerade in dieser Zeit konnten sich offenbar neue Ordnungsmuster durchsetzen.

Fasst man genetische Beratung als Vorsorge gegen die Zeugung behinderter Menschen auf, rücken aber nicht Liberalisierungsprozesse in den Mittelpunkt, sondern deren Grenzen. Ist demnach Herbert zuzustimmen, wenn er darauf hinweist, dass es Bereiche gebe, „in welchen auch in den 1970er- und 1980er-Jahren noch starke Überhänge autoritärer und illiberaler Orientierungen feststellbar“ seien?²³ Im Folgenden soll eine etwas andere These formuliert werden: Nicht trotz, sondern aufgrund von Liberalisierungsprozessen sind in der Bundesrepublik bis in die 1980er-Jahre hinein restriktive, illiberale und autoritäre Praktiken festzustellen. Es handelte sich nicht bloß um „Überhänge“ der Vergangenheit, sondern um neue und eigene Konstellationen.

Der Blick in die Patientenakten zeigt eines deutlich: In der genetischen Beratung wurde die Sterilisation massiv gefördert. Sterilisationsempfehlungen wurden seit den 1970er-Jahren bis Mitte der 1980er-Jahre von Humangenetikerinnen und Humangenetikern ausgestellt. Die Empfehlungen waren entscheidend für die Durchführbarkeit der Sterilisation beim behandelnden Gynäkologen, der dann ebenfalls ein Gutachten schrieb und bei der zuständigen regionalen Ärztekammer einen Antrag auf Unfruchtbarmachung stellte. In Hamburg bewilligte die Ärztekammer die Anträge in einem Zeitraum von über zehn Jahren anstandslos, was für eine Akzeptanz von Sterilisationen Minderjähriger auch über das Barmbeker Beratungsteam hinaus spricht.

Diese Praxis änderte sich erst Anfang der 1990er-Jahre. 1990 trat eine gesetzliche Regelung in Kraft, die die Sterilisation Minderjähriger generell verbot. 1992 kam es außerdem zu einer Änderung des Betreuungsrechts, die die Sterilisation auch von so genannten nicht-einwilligungsfähigen Personen erheblich erschwerte. Anders als in der NS-Zeit existierte in der Bundesrepublik kein Gesetz mehr, das die Sterilisation behinderter Menschen vorschrieb und durch polizeiliche Maßnahmen erzwingbar machte. Auch wenn das Erbgesundheits-

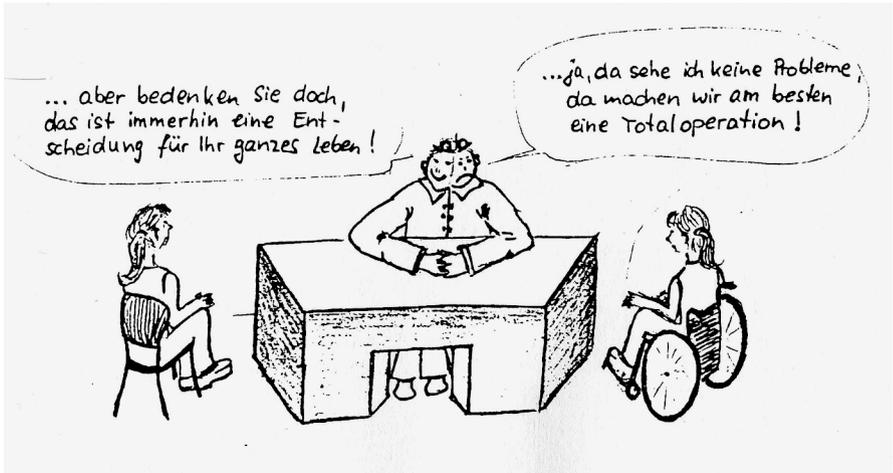
²⁰ Martin Lengwiler/Jeanette Madarász, Präventionsgeschichte als Kulturgeschichte der Gesundheitspolitik, in: dies. (Hg.), *Das präventive Selbst. Eine Kulturgeschichte moderner Gesundheitspolitik*, Bielefeld 2010, S. 11-28, hier S. 22.

²¹ Ebd., S. 21.

²² Frank Biess, Die Sensibilisierung des Subjekts: Angst und „Neue Subjektivität“ in den 1970er Jahren, in: *WerkstattGeschichte* 49 (2008), S. 51-71.

²³ Herbert, Liberalisierung (Anm. 19), S. 12.

gesetz mit dem Verweis auf Sterilisationsgesetze in anderen demokratischen Staaten lange Zeit nicht als spezifisch nationalsozialistisches Gesetz angesehen und erst 1974 im Rahmen der Fünften Strafrechtsreform formell außer Kraft gesetzt wurde, waren doch die Erbgesundheitsgerichte abgeschafft, was eine Anwendung des Gesetzes unmöglich machte. Die Sterilisation war seit der Gründung der Bundesrepublik im § 226a des Strafgesetzbuches als Körperverletzung verboten, sofern sie gegen die „guten Sitten“ verstieß. Letztere waren allerdings nicht näher definiert; dies sorgte bei der Sterilisation von nicht-behinderten Frauen oft für Kontroversen.²⁴



Inspiziert durch Proteste Behinderter gegen die offiziellen Veranstaltungen im „Jahr der Behinderten“ (1981), machten „Krüppelfrauengruppen“ – so ihre Selbstbezeichnung – auf die abgebildete doppelte Diskriminierung aufmerksam. Zwischen Frauen- und männlich dominierter Behindertenbewegung stehend, kritisierten behinderte Frauen gängige Arbeits-, Schönheits- und Sexualnormen, die ihr Anderssein erschwerten. Die Zeichnung stammt aus einem in zahlreichen Auflagen erschienenen Sammelband, in dem die „Krüppelfrauen“ ihre Diskussionsergebnisse und Erfahrungsberichte veröffentlichten.

(aus: Claudia Ewinkel u.a. [Hg.], *Geschlecht: behindert. Besonderes Merkmal: Frau*. Ein Buch von behinderten Frauen, 2. Aufl. München 1986, S. 95)

Während dem Sterilisationswunsch solcher Frauen auch in den 1980er-Jahren nur selten stattgegeben wurde, war die Sterilisation von Frauen und sogar Mädchen, denen eine Behinderung attestiert worden war, wesentlich häufiger.

²⁴ Ein Beispiel dafür ist der Gynäkologe Axel Dohrn, der Anfang der 1960er-Jahre Aufsehen erregte, weil er in 15 Jahren über 1.000 nichtbehinderte Frauen auf ihren Wunsch hin sterilisiert hatte und sich dafür vor Gericht verantworten musste (aber vom Bundesgerichtshof letztlich freigesprochen wurde). Vgl. Henning Tümmers, *Anerkennungskämpfe. Die Nachgeschichte der nationalsozialistischen Zwangssterilisationen in der Bundesrepublik*, Göttingen 2011, S. 148-161.

Auch wenn überprüfbare Zahlen fehlen, gehen Schätzungen von 1.000 Sterilisationen pro Jahr bei geistig behinderten Frauen und Mädchen in den 1980er-Jahren aus.²⁵ Gesah wurde eine Unfruchtbarmachung gegen den Willen der Patientinnen, konnte das nur geahndet werden, wenn Anzeige erstattet wurde. Da dies Menschen mit mentalen oder psychischen Beeinträchtigungen schwer möglich war, stellen Anzeigen die große Ausnahme dar. Zudem waren oft die eigenen Eltern oder der jeweilige Vormund Initiatoren für eine Sterilisation. Lehrer befürchteten zum Beispiel Regresse wegen vernachlässigter Aufsichtspflicht auf Klassenreisen. Eltern fürchteten sich davor, ein Enkelkind aufziehen zu müssen.²⁶ Bei behinderten Menschen genügte das Einverständnis ihres gesetzlichen Vormundes, der regionalen Ärztekammer und des ausführenden Gynäkologen, um die Sterilisation als freiwillige Entscheidung zu deklarieren. Geistig behinderte Menschen galten nach herrschender juristischer Auffassung als nicht-einwilligungsfähig, da nur derjenige, der „Art und Tragweite“ des Eingriffes erfassen würde, dies auch „zur Grundlage seiner Willensbildung“ machen und sein „Einverständnis“ in die Sterilisation geben könne.²⁷

Hauptverantwortlich für die Aufklärung war der operierende Arzt, der „im Einvernehmen mit dem Vormund“ die Betroffenen über den Eingriff „informieren“ sollte.²⁸ Ein Gewissenskonflikt ergab sich spätestens dann, wenn die Eltern eine Aufklärung ablehnten. Viele Eltern scheuten sich, ihre geistig behinderten Töchter über den Eingriff in Kenntnis zu setzen, unter anderem weil sie bemüht waren, die Sterilisation ihrer Töchter aus Angst vor sexuellen Übergriffen zu verheimlichen.²⁹ Dafür wurde den Töchtern etwa erzählt, dass ihnen eine Blinddarmoperation bevorstehe.³⁰ Ängstliche Eltern und verunsicherte Ärzte bildeten eine Art Koalition für die Sterilisationspraxis in der genetischen Beratung. Die Wünsche und der Wille der Betroffenen zählten nicht; meist wurden sie gar nicht erst eruiert. Dies macht der Blick in den Mikrokosmos einer genetischen Beratungsstelle in Hamburg deutlich.³¹

²⁵ Jean-Philipp Ernst, Zwangssterilisation – ein aktuelles medizinethisches Thema?, in: Stefanie Westermann/Richard Kühl/Dominik Groß (Hg.), *Medizin im Dienst der „Erbgesundheit“*. Beiträge zur Geschichte der Eugenik und „Rassenhygiene“, Berlin 2009, S. 253–282, hier S. 261.

²⁶ Hans Erich Boeningk u.a., Sterilisationsberatung bei geistig Behinderten – Behinderter, Eltern/Erziehungsberechtigte, Arzt als Gutachter und Operateur, Vormundschaftsgericht, in: Hans-Dieter Hiersche/Günter Hirsch/Toni Graf-Baumann (Hg.), *Die Sterilisation geistig Behinderter*. 2. Einbecker Workshop der Deutschen Gesellschaft für Medizinrecht 20.–21. Juni 1987, Berlin 1988, S. 43–47, hier S. 43.

²⁷ Albin Eser/Hans-Georg Koch, Aktuelle Rechtsprobleme der Sterilisation, in: *Medizinrecht* 2 (1984) H. 1, S. 6–13, hier S. 8.

²⁸ Diese Auskunft erhielten Eltern in den 1980er-Jahren, wenn sie beim Amtsgericht nachfragten. Siehe Gero Massenkeil, *Analyse von sechzehn geistig behinderten Mädchen und Frauen mit Sterilisation*, Düsseldorf 1990, S. 86.

²⁹ Ebd. Zum Zusammenhang von Gewalt und Sterilisation: Swantje Köbsell, *Eingriffe. Zwangssterilisation geistig behinderter Frauen*, München 1987, S. 67ff.

³⁰ Massenkeil, *Analyse* (Anm. 28), S. 34.

2. Sterilisation als soziale Praxis: Fallbeispiele einer Beratungsstelle aus den 1970er- und 1980er-Jahren

Die Biologin und Medizinerin Marianne Stoeckenius leitete die „Humangenetische Untersuchungsstelle der Gesundheitsbehörde Hamburg im Allgemeinen Krankenhaus Barmbek“ von 1967 bis 1993. In einem Tätigkeitsbericht von 1982 ließ sie ihre bisherige Arbeit Revue passieren. Sie machte deutlich, dass sie die Beratung von Eltern behinderter Kinder als mindestens ebenso wichtig erachtete wie ihr Hauptarbeitsgebiet, die Schwangerenvorsorge.³² Stoeckenius engagierte sich in der „Lebenshilfe“, der größten Organisation für geistig behinderte Menschen in der Bundesrepublik. Bis in die späten 1980er-Jahre hinein befürwortete die „Lebenshilfe“ die Sterilisation von geistig behinderten Mädchen auch ohne deren eigene Einwilligung.³³ Stoeckenius warb zudem in mehreren Vorträgen bei der Beratungsstelle „Pro Familia“ für eine möglichst frühe Sterilisation geistig behinderter Mädchen. Insofern war Stoeckenius' Vorsorge-Konzept folgerichtig: „Man kann durch die Beratung nur eine ‚negative‘ Eugenik betreiben, d.h. die Verhinderung der Ausbreitung schlechter Erbanlagen.“³⁴ „Schlecht“ bedeutete hier meist die vermutete Weitergabe einer Verhaltensauffälligkeit, die den gängigen Normen nicht entsprach. Vorsorgen sollte die Sterilisation, die von der Humangenetikerin genehmigt werden musste. Wie aber wurden solche Sterilisationsempfehlungen begründet?

³¹ Seit Beginn der 1960er-Jahre wurden am Institut für Humangenetik des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) cytogenetische Untersuchungen durchgeführt, die niedergelassene Ärzte und Kliniken in Anspruch nahmen. Im November 1967 richtete die Hamburger Gesundheitsbehörde eine „Cytogenetische Untersuchungsstelle“ am Allgemeinen Krankenhaus Barmbek ein, die wenig später in „Humangenetische Untersuchungsstelle“ umbenannt wurde. Die Ratsuchenden aus Hamburg und dem Umland hatten dann zwei Anlaufstellen: Barmbek und das UKE. Im Laufe der 1970er-Jahre stieg die Anzahl der Ratsuchenden durch die neuen Möglichkeiten der pränatalen Diagnostik stark an. Darauf reagierte die Hamburger Gesundheitsbehörde 1979 mit der Einrichtung einer weiteren Beratungsstelle in Altona. In der Bundesrepublik boten in den 1970er-Jahren immer mehr humangenetische Institute, aber auch einige Gesundheitsbehörden, genetische Beratung an. 1970 nannte der Sammelband „Genetik und Gesellschaft“, hervorgegangen aus einer Grundsatztagung westdeutscher Humangenetiker, 14 Institute, die genetische Beratung anboten. 1980 verzeichnete die Bundesärztekammer 29 genetische Beratungsstellen in der Bundesrepublik. Siehe Wendt, *Genetik* (Anm. 5), S. 160; Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer, *Genetische Beratung in der Bundesrepublik Deutschland*, in: *Deutsches Ärzteblatt* Nr. 4/1980, S. 185f.

³² Marianne Stoeckenius, Tätigkeitsbericht 1982, in: Ordner „Kurven und Diagramme“. Die hier verwendeten Quellen aus der Beratungspraxis der „Humangenetischen Untersuchungsstelle der Gesundheitsbehörde Hamburg im Allgemeinen Krankenhaus Barmbek“ sind Teil einer Sammlung, deren Verzeichnung die Autorin übernommen hat. Nach Abschluss der Forschungen wird die Sammlung dem Staatsarchiv Hamburg übergeben.

³³ Köbsell, *Eingriffe* (Anm. 29), S. 105.

³⁴ Marianne Stoeckenius an Dr. med. Hermann Roer, 1975, in: Ordner „1.11.74 – 31.12.75 AUSGEH. POST“, S. 2.

Interessanterweise waren in der genetischen Beratung Ergebnisse von cyto-genetischen und anderen Laborexperimenten für die Sterilisationsempfehlungen oftmals nicht ausschlaggebend, blieben sie doch in den meisten Fällen ohne Befund. Häufiger standen Normalitätsvorstellungen über kindliche Entwicklung, Erziehung, Schullaufbahn sowie soziale und kognitive Kompetenzen im Mittelpunkt der Gutachten. Auch wartete die leitende Humangenetikerin in Barmbek mit ausführlichen Verhaltensschilderungen der Betroffenen auf und brachte damit zum Ausdruck, von welchen gesellschaftlichen Normen die Betroffenen in ihren Augen abwichen. Je höher die Abweichungen von diesen Normen, desto schwerwiegender wurde die geistige Behinderung bewertet, desto entschiedener die Sterilisation befürwortet.

Dieser Zusammenhang soll anhand einiger Patientinnenakten belegt werden. Im ersten Beispiel geht es um die Sterilisation der 16-jährigen Bettina Marin.³⁵ Der schulärztliche Dienst überwies das Mädchen aufgrund von Verhaltensauffälligkeiten 1981 in die Beratungsstelle, um zu klären, ob eine genetisch bedingte Erkrankung vorliege. Außerdem wünschte die Mutter des Mädchens die Sterilisation ihrer minderjährigen Tochter. Stoeckenius attestierte dem Mädchen „Verhaltensauffälligkeit mit Minderbegabung und Sprachentwicklungsverzögerung“, ihre humangenetischen Laboruntersuchungen blieben jedoch ohne Befund.³⁶

Wer denkt, dass nun die Zuständigkeit der Humangenetikerin endete, irrt. Es folgen acht eng beschriebene Schreibmaschinenseiten, auf denen die körperliche, kognitive und soziale Entwicklung der Betroffenen eingehend geschildert wurde. Bei Frauen und Mädchen, die der Humangenetikerin zufolge eine geistige Behinderung „unklarer Genese“ aufwiesen, waren zwei Dinge erforderlich, um die Sterilisation zu empfehlen: erstens eine alternative Diagnose, die in den meisten Fällen „frühkindliche Psychose“ lautete. Zweitens ging es darum, Erzählungen zu konstruieren, in denen die Normabweichungen beschrieben wurden, wie sie die Eltern der Betroffenen oder Stoeckenius selbst sahen. Es handelt sich hier also um Pathologisierungsstrategien, die die vorher fehlende oder unvollständige Diagnose ersetzen.

Wie Martina Ralser an Fallgeschichten aus der Psychiatrie zeigen konnte, weisen Patientenakten stets eine narrative Struktur auf.³⁷ Allerdings stellt nicht nur der jeweilige Fall als Ganzes eine Erzählung dar. Vielmehr sind verschiedene Teilerzählungen eingeflochten, die dem übergreifenden Narrativ erst Kohärenz und Plausibilität verleihen. Solche Elemente sind in den Sterilisations-

³⁵ Die Verfasserin hat sich zu einer Anonymisierung verpflichtet. Die Betroffenen tragen deswegen Pseudonyme.

³⁶ Marianne Stoeckenius, Gutachten vom 29.7.1981, S. 1f., in: Ordner „Gutachten A-D“.

³⁷ Martina Ralser, Der Fall und seine Geschichte. Die klinisch-psychiatrische Fallgeschichte als Narration an der Schwelle, in: Arne Höcker/Jeannie Moser/Philippe Weber (Hg.), *Wissen. Erzählen. Narrative in den Humanwissenschaften*, Bielefeld 2006, S. 115-126, hier S. 117.

empfehlungen für geistig behinderte Frauen und Mädchen besonders präsent. Oft setzen sich diese Geschichten der Normabweichungen als übergreifendes Narrativ aus vier Geschichten zusammen: der Geschichte der Entwicklungsverzögerungen, der Geschichte des kognitiven und sozialen Scheiterns, der Geschichte der Verhaltensauffälligkeiten sowie der Geschichte der Selbstpräsentation der Humangenetikerin.

Unter dem Begriff „Entwicklungsverzögerungen“ fasste Stoeckenius spätes Laufen und Sprechen sowie eine insgesamt ungewöhnliche Motorik zusammen. Der Mutter der 13-jährigen Marianne Höger, die ihre Tochter sterilisieren lassen wollte, sei schon in den ersten Lebensmonaten bei ihrem Kind eine „überstreckte Haltung“ aufgefallen; Marianne sei mit „1 Jahr und 7 Monaten“ nur an der Hand gelaufen. Ihre Sprache sei deutlich schwerer in Gang gekommen als bei ihrer Zwillingsschwester. Verschwiegen wird in den Gutachten allerdings, dass Marianne mit 4 Jahren einen Sprachkindergarten besuchte, in dem sie (so Stoeckenius) „sehr gut sprechen gelernt hat“.³⁸ Diese Information findet sich nur in den handschriftlichen Notizen, die Stoeckenius zu jedem der Gutachten anfertigte und in denen sie ihre Gesprächseindrücke der persönlichen Beratung, aus Telefongesprächen und auch Exzerpte aus Krankenakten der Betroffenen festhielt. Das Gutachten legte hingegen den Schwerpunkt auf die negativ bewerteten Abweichungen. Neben dem Weglassen von Informationen war es eine weitere häufige Strategie, einen positiven Aspekt zu nennen, diesen aber spätestens im nächsten Satz durch etwas einschneidend Negatives zu entkräften.

Das lässt sich am Beispiel der 17-jährigen Elisabeth Wollert und dem von Stoeckenius konstatierten sozialen Scheitern zeigen: „Obgleich sie Einzelgänger[in] ist und keine Freunde hat, geht sie doch freundlich und scheinbar kontaktbereit auf fremde Menschen zu. Es besteht eine nicht unerhebliche Gefahr, daß sie sexuell mißbraucht wird, besonders dann, wenn sie in die Werkstatt für Behinderte eintritt, und die in der Schule noch einigermaßen gewährleistete Beaufsichtigung fehlt.“³⁹ Auch hier überwiegt die negative Darstellung des Sozialverhaltens, und zwar gleich in doppelter Weise: Einmal sei ihre Kontaktbereitschaft nur „scheinbar“, zum anderen stelle sie eine „Gefahr“ dar – das Verhalten der Betroffenen wird als eventueller Missbrauchsauslöser angesehen. Die Prognose eines sexuellen Missbrauchs ist in den Gutachten häufig zu finden und artikuliert sich ebenso oft in den Ängsten der Eltern, so dass quasi ein Einverständnis-Pakt zwischen Humangenetikerin und Eltern geschlossen wurde. Die Verhinderung der Fortpflanzung wurde als Mittel gegen sexuellen Missbrauch suggeriert – wobei außer Acht gelassen wurde, dass die Sterilisa-

³⁸ Marianne Stoeckenius, Handschriftliche Notizen zum Gutachten vom 17.11.1981, S. 2f., in: Ordner „Gutachten St-Z“.

³⁹ Dies., Gutachten vom 11.10.1983, in: Ordner „Gutachten St-Z“.

tion ja bloß die sichtbaren Folgen und nicht den Missbrauch selbst verhindern würde. In der Erzählung des kognitiven und sozialen Scheiterns verbirgt sich also zugleich ein – vermeintliches – Schutz-Narrativ.

Für Stoeckenius war vor allem eine Verhaltensweise sterilisationsentscheidend: Aggressivität. Marianne Höger möge Tiere, Sorge für sie und verstehe sich auch mit ihrer Zwillingschwester gut. „Umso schwieriger sei jedoch das Verhältnis zu ihrem Halbbruder, der ein ganz ruhiges Wesen habe und sie nicht reize. Sie begegne ihm dennoch ganz besonders aggressiv [...], schläge grundlos auf ihn ein und die Mutter meinte, sie [d.h. die Tochter] würde ihn am liebsten umbringen.“⁴⁰ Durch die drastische Wortwahl entsteht der Eindruck, Marianne Högers bestimmende Verhaltensweise sei aggressives Verhalten mit Tötungsabsicht. Den Erzählungen der Mutter wurde immer Glauben geschenkt, wenn sie aggressives Verhalten ihrer Tochter schilderte; sie wurde sogar gezielt danach gefragt. Wonach die Humangenetikerin *nicht* fragte, waren die sozialen Gründe für ein solches Verhalten, wenn es denn überhaupt stattgefunden hatte. Stattdessen präsentierte sie selbst einen Grund: ihre Diagnose der „frühkindlichen Psychose“. Charakteristisch für diese Krankheit seien „die Entwicklungshemmung, die Sprachentwicklungsstörung, das undistanzierte Ansprechen fremder Menschen, das Grimassieren, der auffällige Gang, das Schulversagen durch störendes Verhalten bei mäßiger Intelligenz, die unbeherrschten und übersteigerten Reaktionen bei Kritik [...], die Angriffe [...] gegen Erwachsene und Gleichaltrige“.⁴¹

Hier griff Stoeckenius auf psychiatrische Deutungen zurück, um ihre an eine Grenze geratene humangenetische Expertise zu stärken. Diese Grenze hing mit der Frage nach den Ursachen geistiger Behinderungen zusammen – eine Frage, die trotz der nicht abreißen lassen Erfolgsmeldungen über den Fund neuer genetischer Mechanismen bis heute nicht zufriedenstellend beantwortet werden kann.⁴²

Stoeckenius ging damit einen ähnlichen Weg wie die Psychiater in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts, die auf naturwissenschaftliche Methoden setzten und ihre psychiatrischen Forschungen genetisch grundierten. Die bekanntesten Vertreter dieser „eugenisch inspirierten Psychiatrie“,⁴³ Emil Kraepelin und Ernst Rüdin, versprachen sich damit eine Aufwertung ihres Fachs. Sie biologisierten soziale Probleme, um Klassifikationssysteme zu entwickeln, die ihrer

⁴⁰ Dies., Gutachten vom 17.11.1981, S. 3f., in: Ordner „Gutachten St-Z“.

⁴¹ Dies., Gutachten vom 1.3.1982, S. 3, in: Ordner „Gutachten A-D“.

⁴² Der Molekulargenetiker Hans-Hilger Ropers bezeichnete geistige Behinderung 2004 als „das größte ungelöste Problem der medizinischen Genetik“ und versucht, in einem noch heute laufenden internationalen Forschungsprojekt die genetischen Ursachen geistiger Behinderung aufzuspüren. Siehe Hans-Hilger Ropers, Molekulare Ursachen genetisch bedingter kognitiver Störungen, Forschungsbericht 2004 – Max-Planck-Institut für molekulare Genetik, URL: <http://www.molgen.mpg.de/92773/research_report_866782>.

wissenschaftlichen Arbeit Anerkennung und Breitenwirkung verschaffen sollten.⁴⁴ In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts musste die Biologisierung des Sozialen indes anders anschlussfähig gemacht werden. Befand sich die genetische Beratung um 1980 eigentlich im Aufwind, wie die stetig steigende Nachfrage zeigt, unterlag sie zugleich dem Anspruch, definitive Antworten geben zu müssen, die beispielsweise von einer Erziehungsberatungsstelle nicht verlangt wurden. Eindeutige Resultate waren aber nicht in jedem Fall möglich. Der Rückgriff auf psychiatrische Diagnosen wie die einer „frühkindlichen Psychose“ gab der „unklaren Genese“ einen Namen und eine Klassifikation. An dieser Stelle trafen Stoeckenius' Vorstellungen und jene der psychiatrischen Genetik zu Beginn des 20. Jahrhunderts zusammen.

Zugleich ist die inflationäre Diagnose „frühkindliche Psychose“ Ausdruck zeitgenössischer Entwicklungen, gerade seit Ende der 1970er-Jahre. Sozialpädagogen und Heilerzieher gewannen seither neuen Einfluss im bis dahin von Medizinern und kirchlichen Fürsorgeeinrichtungen dominierten Behinderungsdiskurs.⁴⁵ Im Zuge sexueller Liberalisierungsprozesse forderten sie erfolgreich ein Recht auf Sexualität auch für behinderte Menschen. Die strikte Geschlechtertrennung in den Behinderteneinrichtungen und auf Klassenreisen von Sonderschulen lockerte sich. Das neue Recht auf Sexualität bedeutete aber keineswegs ein Recht auf eine selbstbestimmte Fortpflanzung, im Gegenteil: Mediziner und Behindertenfürsorge lehnten Schwanger- und Elternschaften von behinderten Menschen unisono ab. Die liberale Einstellung gegenüber Sexualität von Behinderten ließ Verhütungsfragen noch dringender werden. In einer ersten Hochphase der Pillennutzung gewannen irreversible Kontrazeptionsmittel – angewandt bei geistig behinderten Mädchen und Frauen – daher an Attraktivität. Dies geschah nicht trotz, sondern aufgrund von liberalisierten Sexualitätsvorstellungen.

Anschlussfähige Neuerungen in der Behindertenförderung wurden durchaus aufgegriffen. So empfahl Stoeckenius in ihren Gutachten Frühförderung sowie gerade ausgebaute Sonderschulen und Einrichtungen für behinderte Kinder. Die Reformbereitschaft unterlag aber stets der tradierten Praktik: der Zuschreibung einer psychischen Krankheit, die als erblich angesehen wurde. Stoeckenius zufolge war die „frühkindliche Psychose“ „genauso erblich, wie

⁴³ Volker Roelcke, Programm und Praxis der psychiatrischen Genetik an der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie unter Ernst Rüdin. Zum Verhältnis von Wissenschaft, Politik und Rasse-Begriff vor und nach 1933, in: Hans-Walter Schmuhl (Hg.), *Rassenforschung an Kaiser-Wilhelm-Instituten vor und nach 1933*, Göttingen 2003, S. 38–67, hier S. 53.

⁴⁴ Ders., Psychiatrische Genetik und Eugenik in Deutschland und den USA (ca. 1910–1960). Konfiguration und Krankheitsverständnis, Wissenschaft und Politik, in: Günter Lempa/ Elisabeth Troje (Hg.), *Psychosenkonzepte im historischen Kontext. Vorurteil, Wissenschaft, Politik*, Göttingen 2010, S. 39–58, hier S. 39.

⁴⁵ Hans-Walter Schmuhl/Ulrike Winkler, „Als wären wir zur Strafe hier“. *Gewalt gegen Menschen mit geistiger Behinderung – der Wittekindshof in den 1950er und 1960er Jahren*, Bielefeld 2011, S. 26.

die des Erwachsenen, und sie ist als eine Erbkrankheit mit hohem Krankheitswert anzusehen. Wir rechnen mit einem Wiederholungsrisiko von mindestens 16%.⁴⁶ Normabweichendes Verhalten wurde als genetisch bedingte psychische Erkrankung eingestuft. Diese Diagnose bildete ein Argument für die Sterilisation mit eugenischer Indikation, wobei sich Stoeckenius als humangenetische Expertin präsentierte.

Hier wird der viel besprochene Aufstieg des Risikofaktorenmodells deutlich, den Lengwiler und Madarász für eine „liberale Wende“ in der Geschichte der Gesundheitsvorsorge nach 1945 verantwortlich machen.⁴⁷ In der genetischen Beratung steht der Rückgriff auf das Risikofaktorenmodell aber nicht für eine „liberale Wende“, sondern für neue Restriktionen. Die meisten Sterilisationsgutachten sind im Zeitraum von Mitte der 1970er- bis Mitte der 1980er-Jahre ausgestellt worden. Besonders Anfang der 1980er-Jahre stieg die Zahl der Gutachten deutlich an. Genau in diesen Zeitraum fiel die oben schon angesprochene liberalere Einstellung zur Sexualität behinderter Menschen, deren Grenze bei der Fortpflanzung lag.

Diese Befunde können schwerlich als Einzelfall abgetan werden. Ein Blick in die medizinische und humangenetische Diskussion zum Thema Sterilisation von so genannten nicht-einwilligungsfähigen Personen während der 1960er- bis 1980er-Jahre zeigt vielmehr, dass diese Haltung weit verbreitet war.⁴⁸ Verschiedene Akteure wirkten an der Sterilisation der Betroffenen mit, und zwar gerade diejenigen, zu denen die Betroffenen in einem besonderen Vertrauensverhältnis standen – wie Eltern, Angehörige und Mitarbeiter/innen der Behinderten-Fürsorge. Vertrauensverhältnisse waren in den 1970er- und 1980er-Jahren für behinderte Menschen vor allem Abhängigkeitsverhältnisse.⁴⁹

Die Humangenetikerin war daran interessiert, die Weitergabe von als vererbbar angesehenen Krankheiten zu untersuchen. Ebenso wichtig waren ihr jedoch die Verhinderung „schlechter“ Elternschaft, die Beruhigung der Eltern und der Einsatz von Sterilisation als disziplinierende Maßnahme. Die Eltern stimmten dem zu, weil ihre bisherigen Strategien, mit den Kindern umzugehen, in ihren Augen und gemessen an den gesellschaftlichen Anforderungen nicht funktionierte. Sie wünschten sich eine Entlastung von der eigenen Verantwortung und eine Linderung ihrer Ängste. Diese Gemengelage griff Stoeckenius in ihren Gutachten auf und präsentierte den erleichterten Eltern eine Lösung: die

⁴⁶ Marianne Stoeckenius, Gutachten vom 29.7.1981, S. 6f., in: Ordner „Gutachten A-D“.

⁴⁷ Siehe oben, Anm. 20.

⁴⁸ So befürwortete auch Edith Zerbin-Rüdin Sterilisationsempfehlungen für minderjährige geistig behinderte Mädchen in der genetischen Beratung: Schizophrene sollten auf Kinder verzichten. Genetische Familienberatung – ÄP-Gespräch mit Frau Dr. Zerbin-Rüdin, in: *Ärztliche Praxis* 25 (1973), S. 3649-3659 (Sonderdruck aus: Archiv der Max-Planck-Gesellschaft, Abt. IX, Rep.1 Edith Zerbin-Rüdin, dort S. 7).

⁴⁹ Elsbeth Bösl, Die Geschichte der Behindertenpolitik in der Bundesrepublik aus Sicht der Disability History, in: *Aus Politik und Zeitgeschichte* 60 (2010) H. 23, S. 6-12, hier S. 9f.

Sterilisation mit eugenischer Indikation, die immer dann galt, wenn eine Erbkrankheit diagnostiziert wurde. In den 1960er-Jahren existierten solche Ängste auch schon, doch war eine eugenische Sterilisationsindikation noch nicht möglich.

Neben den Ängsten waren es auch handfeste finanzielle Sorgen, die Eltern die Sterilisation ihrer Töchter wünschen ließen. Beispielhaft zeigt dies der Brief einer Mutter, die als Witwe die alleinige Sorge für ihre, wie sie es ausdrückte, „schwachbegabte“ 24-jährige Tochter trug. Die Mutter schrieb im Juli 1963 an die damalige CDU-Gesundheitsministerin Elisabeth Schwarzhaupt: „Wie Letztere [also die Tochter] 14 Jahre alt war, habe ich alles versucht, daß man sie unfruchtbar macht, doch ich fand nirgendwo Hilfe. Professor Hallermann meinte damals, sie solle sich, wenn sie mündig ist, selbst entscheiden, leider war es dann zu spät. Nun hat meine Tochter ein 3jähriges Kind, auch schwachbegabt. Das Kind ist im Heim [...] untergebracht. Das Sozialamt verlangt sogar von mir dafür Geld. Der Erzeuger ist unbekannt. Wie kann man nur verhüten, damit nicht noch mehr Kinder kommen?“⁵⁰

Der Ministerialrat Georg Schwalm, Strafrechtsexperte des Bonner Justizministeriums und mit der Ausarbeitung eines neuen Gesetzesentwurfs zur Sterilisation befasst, antwortete der Mutter ausweichend. Er könne ihr „im Augenblick keinen gesetzlich gesicherten Ausweg aufzeigen“, da es bislang unklar sei, „ob und unter welchen Voraussetzungen freiwillige Sterilisationen, die aus nicht medizinischen Gründen erforderlich sind, vorgenommen werden dürfen“. Aus sozialen Gründen werde die Sterilisation in jedem Fall abgelehnt. Wie die Gerichte „freiwillige Sterilisationen aus eugenischen Gründen, namentlich zu Verhinderung erblich schwer belasteter Nachkommenschaft, beurteilen würden, ist gegenwärtig nicht zu übersehen.“⁵¹

Eine einheitliche Neuregelung des Sterilisationsgesetzes kam zunächst nicht zustande. 1969 verständigte sich der Deutsche Ärztetag aber auf die Zulässigkeit der freiwilligen Sterilisation auch aus „eugenischer und schwerwiegend sozialer Indikation“.⁵² In den 1970er-Jahren war damit der Weg frei für Sterilisationen, wie sie in der Beratungsstelle empfohlen wurden.⁵³ Die Freiwilligkeit der Sterilisation wurde in Regierungs- wie in Fachkreisen stets betont, erscheint aber mit Blick auf die Betroffenen, denen eine geistige Behinderung zugeschrieben wurde, bloß als rhetorisches Mittel. Mit dem Topos Freiwilligkeit wurde eine Praxis aufrechterhalten, die die Bedürfnisse der Betroffenen ignorierte; ihr Einverständnis wurde durch die Interessen Dritter ersetzt.

⁵⁰ Eingabe der E. Lücke, Lübeck, betr.: freiwillige Sterilisation, 21.7.1963, in: Bundesarchiv Koblenz, 141/18983.

⁵¹ Georg Schwalm an E. Lücke vom 30.8.1963, ebd.

⁵² Daphne Hahn, Vom Zwang zur Freiwilligkeit. Eugenisch orientierte Regelungen im Nachkriegsdeutschland, in: Regina Wecker u.a. (Hg.), *Wie nationalsozialistisch ist die Eugenik? Internationale Debatten zur Geschichte der Eugenik im 20. Jahrhundert*, Wien 2009, S. 259-270, hier S. 266.

3. Vorsorge in der Kritik: Sterilisationsdebatten in den 1980er-Jahren

Mit dem Aufkommen der Neuen Sozialen Bewegungen entwickelte sich eine öffentliche Debatte über die Sterilisation geistig behinderter Mädchen und Frauen. Vertreterinnen und Vertreter der Behindertenbewegung warfen Befürwortern der Sterilisationspraxis NS-Methoden vor; die Befürworter konterten mit dem Recht behinderter Menschen auf freie Ausübung ihrer Sexualität, das nur bei Sterilisierten gewährleistet werden könne. In solchen Kontroversen verband sich die Aushandlung von Vorsorge mit zeitgenössischen Trends wie einer gesellschaftlichen Liberalisierung oder dem veränderten Umgang mit der NS-Vergangenheit. Auf die Kritik reagierten die Befürworter der Sterilisation mit Argumenten, die als Reaktion auf gesellschaftliche Wandlungsprozesse zu sehen sind, aber auch als Versuch, tradierte Geschlechternormen und bestehende Vorstellungen von Behinderung zu sichern.

Der Beginn der Kritik hing mit dem Engagement neuer Akteure zusammen, die sich in der Bundesrepublik ab Ende der 1970er-Jahre formierten. Viele Kritiker der genetischen Beratung fühlten sich den verschiedenen Strömungen der Behindertenbewegung zugehörig, in denen behinderte Menschen erstmals öffentlichkeitswirksam für ihre Rechte eintraten. Die Sensibilität für vielfältige Lebensformen und damit auch für die Rechte behinderter Menschen nahm in den 1980er-Jahren zu. Die Bundesregierung wollte mit dem von der UNO 1981 initiierten „Internationalen Jahr der Behinderten“ ein Zeichen für Behindertenfreundlichkeit setzen. Die Behindertenbewegungen kritisierten dies jedoch mehrheitlich als „Jahr der nichtbehinderten Wohltäter“ und hielten Gegenveranstaltungen ab.⁵⁴ Auch wenn das offizielle politische Bemühen und die Forderungen der Behindertenbewegungen noch weit auseinander lagen, entwickelte sich zu Beginn der 1980er-Jahre doch ein Diskurs, in dem Selbstbestimmungsrechte verlangt wurden und der Fürsorge-Gedanke auf Kritik stieß. Menschen mit geistigen Behinderungen standen allerdings außerhalb dieser Debatten und Aktionen.

Auslöser für eine bundesweite Debatte über die Sterilisation behinderter Frauen und Mädchen war der Eklat um die Praxis der genetischen Beratungs-

⁵³ Viele Juristen und Mediziner klagten aber bis 1990 weiter über Rechtsunsicherheit und wünschten sich ein Sterilisationsgesetz, in dem die Sterilisation von Nicht-Einwilligungsfähigen mit eugenischer und sozialer Indikation explizit erlaubt werde. 1983 sorgte der Kieler Strafrechtler Eckard Horn für eine kontroverse Diskussion unter Ärzten und Juristen, als er argumentierte, alle Sterilisationen an minderjährigen und erwachsenen Einwilligungsunfähigen seien strafbar. Siehe Eckard Horn, Strafbarkeit der Zwangssterilisation, in: *Zeitschrift für Rechtspolitik* 16 (1983), S. 265f.

⁵⁴ Zit. nach Christian Mürner/Udo Sierck, *Krüppelzeitung. Brisanz der Behindertenbewegung*, Neu-Ulm 2004, S. 68.

stelle in Hamburg-Barmbek. 1984 wurde in die Beratungsstelle eingebrochen, und es wurden einige Aktenordner entwendet. Bis heute ist ungeklärt, wer dafür verantwortlich war und wo die gestohlenen Akten geblieben sind. Allerdings gerieten auf unbekannte Weise einige Kopien in die Hände führender Mitglieder der so genannten Krüppelbewegung, eines Zweiges der Behindertenbewegung, die Auszüge veröffentlichte.⁵⁵ Publiziert wurden vor allem Belege für die Sterilisation von behinderten, minderjährigen Mädchen ohne deren Einwilligung.

Das ARD-Fernsehmagazin „PANORAMA“ griff im April 1984 das Thema auf und ließ neben einem führenden Vertreter der Hamburger Krüppelbewegung auch betroffene Mädchen, ihre Mütter sowie Vertreter von Behinderteneinrichtungen zu Wort kommen.⁵⁶ Mit dieser Sendung war die Sterilisation ohne Wissen und ohne Zustimmung der Betroffenen erstmals ein öffentliches Problem. Obgleich die Sterilisation behinderter Mädchen seit Jahrzehnten gängige Praxis war, wurde sie nun zu einem Politikum, zumal hier nicht allein staatliche Akteure und Ärzte verantwortlich zeichneten, sondern ebenso Eltern, Behindertenverbände, Psychiater und Humangenetiker.

Sterilisationen von Menschen mit Behinderungen waren auch in anderen demokratischen Staaten gängige Praxis.⁵⁷ Dort begannen ebenfalls kritische Debatten. Die Frage, ob bestimmte Menschen keine oder nur eingeschränkt Kinder bekommen dürften, machte nicht an nationalen Grenzen Halt. Die USA, Australien oder Indien beschäftigte dieses Thema ebenso wie einige europäische Länder.⁵⁸ Besonders die Enthüllung schwedischer Sterilisationspraxis sorgte Ende der 1990er-Jahre für internationale Empörung.⁵⁹ Im sozialdemokratischen Vorzeigeland, so der Vorwurf, seien bis 1976 Frauen und Mäd-

⁵⁵ Sierck/Radtke, *WohlTÄTER-Mafia* (Anm. 4).

⁵⁶ Manuskript der ARD-Fernsehsendung PANORAMA am 2.4.1984. Ich danke der Hamburger Jugendpsychiaterin Charlotte Köttgen (einer Kritikerin der genetischen Beratung), die in der Sendung damals befragt wurde und die mir ihre Materialsammlung zugänglich gemacht hat.

⁵⁷ Wecker u.a., *Wie nationalsozialistisch ist die Eugenik?* (Anm. 52), darin besonders: Lene Koch, *How Eugenic was Eugenics? Reproductive Politics in the Past and the Present*, S. 39-63, hier S. 41; Alison Bashford/Philippa Levine (Hg.), *The Oxford Handbook of the History of Eugenics*, Oxford 2010. Auf nichtdemokratische Staaten wäre gesondert einzugehen; zu Sterilisationsregelungen in der DDR vgl. etwa Daphne Hahn, *Modernisierung und Biopolitik. Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch in Deutschland nach 1945*, Frankfurt a.M. 2000, bes. S. 215ff., S. 258-265.

⁵⁸ Vgl. Rebecca M. Kluchin, *Fit to Be Tied. Sterilization and Reproductive Rights in America, 1950-1980*, New Brunswick 2009; Susan A. Brady, *Sterilization of Girls and Women With Intellectual Disabilities. Past and Present Justifications*, in: *Violence against Women* 7 (2001), S. 432-461; Jane Buckingham, *Patient Welfare vs. the Health of Leprosy Sufferers in Early Post-Colonial India*, in: *Social History of Medicine* 19 (2006), S. 483-499.

⁵⁹ Große Resonanz fanden vor allem die Zeitungsartikel des Journalisten Maciej Zaremba, der 1997 in der schwedischen Tageszeitung „Dagens Nyheter“ das Thema einer breiten Öffentlichkeit zugänglich machte. Skandinavische Historiker hatten jedoch bereits ein Jahr zuvor einen einschlägigen Sammelband herausgegeben: Gunnar Broberg/Nils Roll-Hansen (Hg.), *Eugenics in the Welfare State. Sterilization Policy in Denmark, Sweden, Norway and Finland*, East Lansing 1996.

chen wegen geistiger Behinderungen und ethnischer Zugehörigkeit ohne ihre Einwilligung und auf gesetzlicher Grundlage sterilisiert worden. Jenseits von Diktaturen seien schwächere Gesellschaftsmitglieder in Skandinavien erneut Opfer eines Zusammenspiels aus eugenischen Ideen, sozialen Normen und einem unerschütterlichen Glauben an wissenschaftsgestützte Planungsutopien geworden.⁶⁰ Hier klingen ähnliche Faktoren an, wie sie auch in der bundesrepublikanischen Sterilisationspraxis und in der Kritik daran zu finden sind.

Einer vorschnellen Gleichsetzung des schwedischen und bundesrepublikanischen Umgangs mit Sterilisation können die differierenden Zeitpunkte der Gesetzesänderungen sowie der kritischen Diskussionen entgegengehalten werden. Schweden verbot die Sterilisation nicht-einwilligungsfähiger Personen 1976 grundsätzlich und ist in dieser Hinsicht bis heute das Land mit der restriktivsten Gesetzgebung.⁶¹ In der Bundesrepublik traten erst 1990 und 1992 restriktivere Sterilisationsgesetze in Kraft, die aber eine Sterilisation bei Menschen, denen eine Einwilligungsfähigkeit abgesprochen wird, weiterhin erlauben. Demgegenüber fand in der Bundesrepublik bereits zu Beginn der 1980er-Jahre eine kritische Auseinandersetzung mit dem Thema statt. Der mehr als zehn Jahre später beginnenden Diskussion in Schweden wurde hingegen viel größere internationale Aufmerksamkeit zuteil. In beiden Diskussionen blieb und bleibt die NS-Rassenhygiene ein Bezugspunkt, insbesondere für die Kritiker moderner Reproduktionsmedizin. Der Aufruhr um die schwedische Sterilisationspraxis, die Ende der 1990er-Jahre ja längst in der Vergangenheit lag, erklärt sich auch durch die zu diesem Zeitpunkt schon fortgeschrittene kritische Auseinandersetzung mit der Geschichte des Nationalsozialismus: Große Teile der Öffentlichkeit waren bereits viel stärker für das Thema sensibilisiert als in der Bundesrepublik Anfang der 1980er-Jahre.

Tatsächlich stand eine Historisierung der Geschichte von Behinderten während des Nationalsozialismus in der Bundesrepublik seinerzeit noch aus. Die Kritik zielte primär auf die Gegenwart. Aus personellen wurden ideologische NS-Kontinuitäten abgeleitet, in die die Sterilisation behinderter Frauen und Mädchen in den 1980er-Jahren eingeordnet wurde. Gelegentlich wurden die NS-Vergleiche in einer Heftigkeit vorgebracht, zu der auch Übertreibungen gehörten. So trug ein Artikel über die Sterilisation Behinderter in der Zeitschrift „Sozial Extra“ von 1987 den provokanten Titel „Legale Euthanasie?“.⁶² Der Autor Udo Sierck, ein engagiertes Mitglied der Hamburger Krüppelbewegung und Verfasser zahlreicher kritischer Veröffentlichungen zum Thema, war

⁶⁰ So zusammengefasst von Siri Haavie, Die Geschichte der Sterilisation in Norwegen – ein dunkles Kapitel?, 4.9.2003, URL: <<http://www.eurozine.com/articles/2003-04-09-haavie-de.html>>.

⁶¹ Eine Ausnahme stellt die Sterilisation aus medizinischen Gründen dar, die dann erfolgt, wenn eine Gefahr für Leib und Leben der Schwangeren besteht. Vgl. Ernst, Zwangssterilisation (Anm. 25), S. 262.

⁶² Udo Sierck, Legale Euthanasie?, in: *Sozial Extra* Nr. 1/1987, S. 22.

der Ansicht, dass die Rechtfertigung eines Berliner Gynäkologen, der die Sterilisationen geistig behinderter Mädchen und Frauen als „Heilbehandlung“ bezeichnet hatte, identisch sei mit den Begründungen der NS-Zeit. Der Unterschied zwischen Tötung und Sterilisation wurde hier verwischt, durch den NS-Vergleich aber Aufmerksamkeit für das aktuelle Thema geschaffen. Der alleinige Bezug auf die Sterilisationspraxis der damaligen Gegenwart genügte nicht immer: Geschichte diente in der Debatte als dramaturgisches Mittel, um politische Kritik zu artikulieren und dafür öffentlich Gehör zu finden. Diese Instrumentalisierung der NS-Vergangenheit ist auch schon für die 1970er-Jahre zu beobachten, zum Beispiel in der Psychiatrie-Kritik.⁶³ Vor dem Hintergrund eines erwachenden Interesses an der Alltagsgeschichte des „Dritten Reiches“ verfielen NS-Vergleiche zudem auf lokaler Ebene als starke Argumente.⁶⁴ Die Funktion solcher Vergleiche wird noch dadurch unterstrichen, dass Befürworter der Sterilisation NS-Argumentationen vermieden. Das bedeutete nicht, dass eugenische Ziele obsolet geworden wären; sie wurden nur auf eine andere Art vorgebracht.

Zwei Beispiele können dies verdeutlichen. Das erste Fallbeispiel ist Hans Bethge, 1984 Geschäftsführer der schon erwähnten Lebenshilfe, einer der größten und einflussreichsten Organisationen von Fachleuten und Eltern geistig Behinderter. Bethge wurde von „PANORAMA“-Redakteuren nach seiner Meinung zur Sterilisation behinderter minderjähriger Mädchen befragt. Er rechtfertigte Sterilisationen mit sexueller Liberalisierung: „Wir meinen, daß wir geistig Behinderten die Möglichkeit eröffnen sollen, sich innerhalb der Gesellschaft frei zu fühlen [...]. Und das bedeutet, daß natürlich auch hier sexuelle Kontakte stattfinden, daß sich Partnerschaftsbeziehungen aufbauen. Wenn wir nun die Sterilisation erschweren oder verhindern, dann führt das letztlich zu einer Rehabilitationsfeindlichkeit.“⁶⁵ Obwohl vor allem Frauen und Mädchen sterilisiert wurden, erwähnte Bethge dies nicht. Schwangerschaften waren so selbstverständlich Sache von Frauen und Mädchen, dass Bethge hier nicht explizit auf sie verwies. Zudem legte Bethge an behinderte Menschen Wertmaßstäbe an, die für andere Menschen nicht galten. Er ging davon aus, dass behinderte Frauen und Mädchen keine Kinder bekommen dürften und die Sterilisation für sie das einzige probate Verhütungsmittel darstelle. Während nicht-behinderten Frauen, die sich sterilisieren lassen wollten, dies oft verwehrt wur-

⁶³ Tümmers, *Anerkennungskämpfe* (Anm. 24), S. 264.

⁶⁴ Was Malte Thießen für die Auseinandersetzung mit der lokalen NS-Geschichte gezeigt hat, trifft auch für die Kritik an der Sterilisationspraxis zu: Statt an historischer Forschung waren politisch linksstehende Gruppen wie die Hamburger Grünen, Teile der SPD und die Gewerkschaften eher an einer politischen Instrumentalisierung der NS-Vergangenheit interessiert. Vgl. Malte Thießen, *Eingebrannt ins Gedächtnis. Hamburgs Gedenken an Luftkrieg und Kriegsende 1943 bis 2005*, München 2007, S. 387-397.

⁶⁵ Manuskript der ARD-Fernsehsendung PANORAMA am 2.4.1984.

de, erschien Sterilisation bei geistig behinderten Frauen und Mädchen als obligatorische Folge ihres Rechts auf Sexualität. Bei behinderten Menschen wurde Sexualität als Rehabilitationsmaßnahme verstanden und entweder gestattet oder eben eingeschränkt, sollte es zu einem strikteren Sterilisations-Gesetz kommen – eine Sicht, die bei nichtbehinderten Menschen in den 1980er-Jahren keinesfalls galt.

Das zweite Beispiel ist Ruth Müller-Garnn, Mutter eines geistig behinderten Sohnes. Ihrer Ansicht nach sollten geistig behinderte Frauen auf keinen Fall Kinder bekommen dürfen, denn sie seien „nicht in der Lage, für ein Kind verantwortungsbewußt zu sorgen“. Die Möglichkeit, auf andere Verhütungsmittel als die Sterilisation zurückzugreifen, hielt Müller-Garnn für nicht praktikabel: „Selbst wenn sich z.B. die Mutter die Mühe macht, ihrer Tochter die Pille täglich höchstpersönlich in den Mund zu schieben, so garantiert das noch nicht, daß die behinderte Tochter die Pille auch runterschluckt. Die Dreimonats-spritze birgt gesundheitliche Risiken in sich, zudem haben viele geistig behinderte Mädchen eine panische Angst vor Spritzen. Soll dann die Mutter ihre Tochter mit Gewalt zum Arzt schleppen?“⁶⁶ Getreu gängiger Geschlechterrollen war nach Müller-Garnn ausschließlich die Frau oder das Mädchen für die Verhütung zuständig. So sprach Müller-Garnn nur von der Pille und der Hormonspritze; andere Mittel zog sie nicht in Erwägung. Selbst wenn das Kondom als Verhütungsmöglichkeit ausfallen würde, hätte es noch die Sterilisation des Mannes gegeben. In diesem Fall wäre das sogar naheliegender gewesen, da die Autorin die Mutter eines behinderten Sohnes war. Zugleich hatte nach Müller-Garnns Ansicht stets die Mutter die Verantwortung für die Verhütung ihrer geistig behinderten Tochter. Sie postulierte damit einen fast total anmutenden Zugriff der Mutter auf die Tochter. Als individuelle Meinung mag diese Perspektive nachvollziehbar sein; problematisch wird sie vor allem dadurch, dass sie als öffentliche Position unwidersprochen blieb.

4. Fazit

Der knappe Einblick in die Argumentationen von Gegnern und Befürwortern der Sterilisation behinderter Frauen und Mädchen macht deutlich, dass es zu kurz greift, Sterilisationsdebatten nur auf Kontinuitäten und Diskontinuitäten zum Nationalsozialismus hin zu untersuchen. In der Kritik spielte die NS-Vergangenheit vor allem eine strategische Rolle, da entsprechende Bezüge in den 1980er-Jahren an Aufmerksamkeits- und Skandalisierungspotential gewannen. Die Befürworter der Sterilisation hingegen orientierten sich an Vor-

⁶⁶ Ruth Müller-Garnn, Schwangerschaftsverhütung bei geistig behinderten Frauen. Keine Frage der Bequemlichkeit, in: *Die Lebenshilfe-Zeitung* 6 (1985) H. 1, S. 3.

stellungen der sexuellen Liberalisierung. Insofern wurden nicht nur Verweise auf die NS-Zeit, sondern auch liberalisierte Sexualitätsvorstellungen taktisch verwendet. Geschlechternormen, die erst in Zusammenhang mit der Kategorie Behinderung ihren spezifischen Charakter für die Diskussion gewannen, wirkten trotz oder sogar mittels gesellschaftlicher Liberalisierungsprozesse fort. Ablesbar ist dieser Prozess auch daran, dass geistig behinderte Frauen und Mädchen weiterhin nicht selbst über ihre Fortpflanzung entscheiden durften. Anders als beim Impfen ist hier in den 1970er-Jahren also keine Stärkung des „mündigen Bürgers“ zu beobachten.⁶⁷ Diese Entwicklung trat, wenn überhaupt, stark verzögert ein. Zu diskutieren wäre, ob Liberalisierungsprozesse für Randgruppen nicht immer später greifen als für solche Gesellschaftsmitglieder, die von vornherein mit mehr Rechten und Gestaltungschancen ausgestattet sind.

Einerseits verdeutlichen die Argumente für eine restriktive Sterilisationspraxis mit ihren tradierten Geschlechter- und Behinderungsnormen die noch in den 1980er-Jahren bestehenden illiberalen, autoritären Strukturen, die Ulrich Herbert hervorhebt.⁶⁸ Andererseits können Liberalisierungsprozesse sehr wohl als Erklärung für die Äußerungen der Sterilisationsbefürworter dienen. Sprachen die Befürworter auch von einer sexuellen Liberalisierung, erscheint diese doch eher als Topos, mit dem auf die Kritik der Behindertenbewegung reagiert wurde, denn als Folge eines gewandelten Denkens im Umgang mit behinderten Frauen und Mädchen.

Zweifellos ist die Sterilisation geistig behinderter Frauen und Mädchen ein internationales Phänomen. Die Verbreitung und Kontinuität von Narrativen zeigt, dass in der Diskussion über die Sterilisation von Menschen mit geistigen Behinderungen noch keineswegs das letzte Wort gesprochen ist. Auch für die genetische Beratung insgesamt gilt: Die aktuelle Genomforschung trägt weiterhin bzw. sogar noch verstärkt zu Leitbildern genetischer Steuerung und Normierung bei. Wer diesen Leitbildern nicht folgen will, gerät zumindest unter Rechtfertigungsdruck. Daher bemängelt der Soziologe Thomas Lemke, der seit den 1990er-Jahren die Entwicklung prädiktiver Gentests kritisch begleitet, dass die „Gen-Umwelt-Interaktionen“ zu wenig berücksichtigt würden, obwohl sie individuelle Entscheidungen prägen und verändern.⁶⁹

Wörtlich genommen bezeichnet Vorsorge den Zeitraum *vor* der *Sorge*. Vorsorge suggeriert, kommende Risiken verhindern oder sich besser auf sie einstellen zu können. Die genetische Beratungspraxis jedoch zeigt bis in die 1980er-Jahre hinein das Gegenteil: Sorgen wurden schon zur Beratung mitgebracht und dort noch einmal verstärkt, um den Eltern Sterilisation als Lösung anbieten zu können. Einfache Lösungen gibt es bis heute nicht. Eine sensiblere Auf-

⁶⁷ Vgl. den Aufsatz von Malte Thießen in diesem Heft.

⁶⁸ Herbert, Liberalisierung (Anm. 19), S. 12.

⁶⁹ Thomas Lemke, *Veranlagung und Verantwortung. Genetische Diagnostik zwischen Selbstbestimmung und Schicksal*, Bielefeld 2004, S. 8f.

klärung und stärkere gesellschaftliche Unterstützung für geistig behinderte Mütter und Väter bei einem gemeinsamen Leben mit ihrem Kind sind kein Standard in Behinderteneinrichtungen. Stattdessen gilt weiterhin das Prinzip, Schwangerschaften bei geistig behinderten Paaren zu verhindern.⁷⁰ Vieles spricht also dafür, dass das Thema vorerst eine „Problemgeschichte der Gegenwart“ bleiben wird.

Britta-Marie Schenk, Universität Hamburg, Historisches Seminar, Von-Melle-Park 6, D-20146 Hamburg, E-Mail: marie.schenk@uni-hamburg.de

⁷⁰ Vgl. Katrin Hummel, Sie saß auf der Wiese und flötete, in: *Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung*, 9.1.2011, S. 41.