

NORDEUROPAforum

Zeitschrift für Politik,
Wirtschaft und Kultur

ISSN 1863639X

2/2001

11. Jahrgang (4. der N.F.)

Seiten 55-78

Textanfang

Summary

Sterilisierung - ein Blick auf

Der Platz der Sterilisierungsf

Sterilisierung von geistig Beh

Sterilisierung von Frauen in s

Zwischen Freiwilligkeit und Zw

Schluss

Fußnoten

zur Startseite

Zwangsterilisierung in Norwegen – eine wohlfahrtsstaatliche Politik in sozialdemokratischer Regie?

Per Haave

Summary

In the last decade a lively debate arose in the Scandinavian countries on their sterilization policy. Some monographs show that especially in Denmark and Sweden the social democratic governments favoured the sterilization of mentally handicapped and in particular socially disadvantaged persons regarding them as an obstacle in the construction of the welfare state. In this way, sterilization policy was seen as a part of the population and social policy. Analysing the sterilization practice in Norway from the 1930s to the 1970s this article comes to the conclusion that speaking about a conscious and consequently pursued policy of the social democratic governments seems not to be justified.

Cand. philol. Per Haave ist Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Forschungsinstitut des norwegischen Ärzteverbands.

In den dreißiger Jahren führten die skandinavischen Länder Gesetze ein, die Bestimmungen über die behördliche Genehmigung der Sterilisierung enthielten. Diese Gesetzgebung wurde in den siebziger Jahren dann durch eine neue ersetzt, die dem Einzelnen im allgemeinen die Möglichkeit eröffnete, sich mit dem Begehren einer Sterilisation direkt an einen Arzt zu wenden, ohne bei zentralen Gesundheitsbehörden eine Erlaubnis zu beantragen. Die Praktizierung der Sterilisierungsgesetzgebung aus der Zwischenkriegszeit fiel demnach zeitlich mit der Entwicklung der skandinavischen Wohlfahrtsstaaten zusammen. Dem Autorenteam von *Eugenics and the Welfare State* zufolge lag jedoch nicht nur ein chronologischer Zusammenhang vor: Vielmehr habe eugenisches Denken eine wichtige Rolle in der Entwicklung der skandinavischen Wohlfahrtspolitik gespielt, und mit der Sterilisierungsgesetzgebung sei die Sterilisierung zum integrierten Bestandteil sozialer Reformarbeit geworden.¹ Für Norwegen verband Nils Roll-Hansen die Entwicklung einer wohlfahrtsstaatlichen Sterilisierungspolitik vor allem mit der Person Karl Evangs, der das sozialdemokratische Programm für das Gesundheitswesen nach 1945 ausarbeitete und in seiner Eigenschaft als Direktor des Zentralamts für das Gesundheitswesen² von 1938 bis 1972 auch die Umsetzung dieses Programms leitete.³

Nach den Berichten über die schwedische Sterilisierungspraxis im Herbst 1997 wurde die These von der Sterilisierung als Teil skandinavischer Wohlfahrtspolitik zugespitzt. In Norwegen wurde die Sozialdemokratie als Triebkraft umfassender eugenischer Zwangsterilisierung, vor allem in den ersten beiden Jahrzehnten nach 1945, bezeichnet. Olav Rune Ekeland Bastrup zufolge fürchtete die norwegische Arbeiterpartei, dass eine

NORDEUROPAforum

Zeitschrift für Politik,

Wirtschaft und Kultur

ISSN 1863639X

2/2001

11. Jahrgang (4. der N.F.)

Seiten 55-78

Textanfang**Summary****Sterilisierung - ein Blick auf****Der Platz der Sterilisierungsf****Sterilisierung von geistig Beh****Sterilisierung von Frauen in s****Zwischen Freiwilligkeit und Zw****Schluss****Fußnoten**[zur Startseite](#)

zahlenmäßig starke Unterklasse soziale Unruhen und Konflikte verursachen würde, die der Wirtschaft des Landes schaden könnten, und damit eine Bedrohung des Wohlfahrtsstaates als politischem Projekt darstellte. Aus diesem Grunde habe die Regierung zur Zwangssterilisierung als fertilitätskontrollierende Maßnahme gegenüber den am meisten benachteiligten Schichten gegriffen.⁴ Außerdem wurde auf einen nahen ideologischen Zusammenhang zwischen Eugenik und sozialdemokratischer Politik hingewiesen, die beide die Vision einer mit rationalen und wissenschaftlichen Mitteln geschaffenen neuen und besseren Gesellschaft vertraten.⁵

Die neuere historische Forschung hat nicht belegen können, dass die schwedische Sterilisierungspraxis Resultat einer sozialdemokratischen wohlfahrtsstaatlichen Politik war.⁶ In der dänischen Forschung hingegen wird argumentiert, dass Zwangssterilisierung bis etwa 1950 weitgehend Teil einer wissenschaftlich begründeten Sozialpolitik in sozialdemokratischer Regie war.⁷ Die folgenden Ausführungen widmen sich der Frage, ob die norwegische Sterilisierungspraxis während der ersten beiden Jahrzehnte nach 1945, der so genannten „Großmachtszeit“ der Sozialdemokratie⁸, letztlich auf eine Politik zurückgeführt werden kann, deren Ziel es war, das Fertilitätsniveau bestimmter Bevölkerungsgruppen zu regulieren.

Sterilisierung - ein Blick auf Gesetz und Praxis

Das norwegische Sterilisierungsgesetz von 1934 war, mit Ausnahme weniger Jahre während der deutschen Okkupation 1940–45, bis zum 1. Januar 1978 in Kraft.⁹ Anträge auf Sterilisation nach diesem Gesetz konnten die zentralen Gesundheitsbehörden auf der Grundlage dreier verschiedener Bestimmungen bewilligen:

- Nach § 3 Abs. 1 musste die betreffende Person mündig und normal oder annähernd normal sein, und der Eingriff konnte nicht ohne Antrag dieser Person selbst vorgenommen werden. Die Begründung musste „glaubhaft“ sein; bestimmte Arten der Begründung waren jedoch nicht erforderlich.
- § 3 Abs. 2 verlangte ebenfalls einen Eigenantrag. Weil sich diese Bestimmung aber auf Personen mit „mangelhaft entwickelten geistigen Fähigkeiten“, Geisteskranke und Unmündige bezog, musste hier zusätzlich das schriftliche Einverständnis des Pflegers oder Vormunds vorliegen. Die Begründung musste ebenfalls glaubhaft sein.
- § 4 behandelte Personen mit „besonders mangelhaft entwickelten Geistesanlagen“ sowie Geisteskranke ohne Aussicht auf Heilung oder wesentliche Besserung, von denen anzunehmen war, dass sie weder ihre eigene Lebenslage noch Art und Folgen des Eingriffs erfassen könnten.¹⁰ Die Sterilisation konnte auf Antrag des Pflegers oder Vormunds der betreffenden Person oder anderer Stellen (Polizeipräsident oder Anstaltsleitung) unter Zustimmung des Pflegers oder Vormunds vorgenommen werden. Hier musste die Begründung des Eingriffs allerdings präzisiert werden: Es sollte eine soziale, eine eugenische oder eine kriminalprophylaktische Begründung bzw. eine Kombination davon vorliegen.

Allen Anträgen sollte eine ärztliche Erklärung sowie gegebenenfalls eine

NORDEUROPAforum

Zeitschrift für Politik,
Wirtschaft und Kultur
ISSN 1863639X
2/2001

11. Jahrgang (4. der N.F.)
Seiten 55-78

Textanfang**Summary****Sterilisierung - ein Blick auf****Der Platz der Sterilisierungsf****Sterilisierung von geistig Beh****Sterilisierung von Frauen in s****Zwischen Freiwilligkeit und Zw****Schluss****Fußnoten**

[zur Startseite](#)

Zustimmungserklärung des Ehegatten beigefügt werden. Anträge nach § 3 Abs. 1 wurden vom Generalmedizinaldirektor entschieden. Anträge nach den übrigen Bestimmungen wurden von einem Sterilisierungsrat, in dem der Generalmedizinaldirektor den Vorsitz führte, behandelt und entschieden. Außer ihm gehörten dem Rat vier von der Regierung ernannte Mitglieder an: zwei Ärzte, eine Frau (in der Regel ebenfalls eine Ärztin) sowie ein Jurist.

Ausgeführte Sterilisationen nach dem Sterilisierungsgesetz vom 1. Juni 1934

Jahr	§ 3 Abs. 1		§3 Abs. 2		§4		Gesamt
	Frauen	Männer	Männer	Frauen	Frauen	Männer	
1934-36	8	8	12	10	28	1	67
1937-39	36	22	54	6	103	17	238
1940-42	85	11	58	4	123	21	302
1945-47	199	14	113	12	113	6	457
1948-50	396	53	137	18	157	33	794
1951-53	768	64	135	8	86	17	1078
1954-56	1123	70	107	6	38	1	1345
1957-59	1339	103	115	4	26	6	1593
1960-62	1849	127	99	8	35	-	2118
1963-65	2342	219	89	11	25	-	2686
1966-68	2664	295	63	3	24	1	3050
1969-71	3859	1365	17	4	14	1	5260
1972-74	5557	5290	46	8	22	2	10925
1975-77	7721	6021	42	12	19	3	13818
Gesamt	27946	13662	1087	114	813	109	43731

Wie aus der Tabelle hervorgeht, wurden im Zeitraum von 1934 bis 1977 an die 44.000 Menschen auf der Grundlage des Gesetzes von 1934 sterilisiert. Die meisten Eingriffe – 95 Prozent – wurden nach § 3 Abs. 1 vorgenommen. Zusammen genommen 2.123 Eingriffe geschahen nach § 3 Abs. 2 und § 4, wobei rund 75 Prozent der Sterilisierten als „geistesschwach“ (von den dreißiger bis in die sechziger Jahre) bzw. „psychisch entwicklungsgehemmt“ (in den siebziger Jahren) kategorisiert wurden. Von den übrigen, die nach § 3 Abs. 2 oder § 4 sterilisiert wurden, stellten Personen mit psychischen Leiden die größte Gruppe dar.

Im Laufe der Zeit durchlief die Anwendung des Gesetzes markante Veränderungen. Grob betrachtet kann der Geltungszeitraum in drei Phasen eingeteilt werden:¹¹

1. 1934–1950: In dieser Periode wurden in erster Linie § 3 Abs. 2 sowie § 4 angewendet. Ein Höhepunkt wurde zwischen 1948 und 1950

NORDEUROPAforum

Zeitschrift für Politik,
Wirtschaft und Kultur
ISSN 1863639X
2/2001

11. Jahrgang (4. der N.F.)
Seiten 55-78

Textanfang**Summary****Sterilisierung - ein Blick auf****Der Platz der Sterilisierungsfrage****Sterilisierung von geistig Behinderten****Sterilisierung von Frauen in Schweden****Zwischen Freiwilligkeit und Zwang****Schluss****Fußnoten**

[zur Startseite](#)

erreicht, als pro Jahr zusammen genommen durchschnittlich 115 Operationen nach diesen Bestimmungen ausgeführt wurden.

2. 1950–1968: Eingriffe nach § 4 nahmen nach 1950 markant ab. Die Anwendung von § 3 Abs. 2 ging etwas langsamer zurück, und noch in den sechziger Jahren war die Zahl der Frauen, die nach dieser Bestimmung sterilisiert wurden, höher als in den dreißiger Jahren. Wie aus der Tabelle hervorgeht, wurde § 3 Abs. 1 in der Zeit vor dem Zweiten Weltkrieg selten angewendet. Der Aufschwung kam erst nach 1945: Um 1950 wurden annähernd 60 Prozent aller Eingriffe auf der Grundlage dieser Bestimmung vorgenommen, Ende der fünfziger Jahre lag der Anteil bei über 90 Prozent. Insgesamt wurden zwischen 1945 und 1968 10.680 Frauen sowie 945 Männer sterilisiert.
3. 1969–1977: Die Anwendung von § 3 Abs. 1 stieg seit Ende der sechziger Jahre deutlich an, im Zeitraum von 1969 bis 1977 wurden 17.137 Frauen sowie 12.676 Männer sterilisiert. Außerdem fand eine Verschiebung in Richtung höherer sozialer Schichten statt: Während die Praxis bis in die zweite Hälfte der sechziger Jahre großenteils Frauen aus Familien der Arbeiterklasse in schlechten wirtschaftlichen Verhältnissen umfasste, weitete sie sich im nachfolgenden Zeitraum zunehmend auf Frauen und Männer aus der Mittelschicht aus. Diese Verschiebung ist auch Ausdruck einer Änderung der Zielsetzung, die mit der Sterilisierung verfolgt wurde: Sterilisation wurde zunehmend als Empfängnisverhütungsmethode im Rahmen bewusster Familienplanung eingesetzt – im Gegensatz zu früher, als sie im Wesentlichen die Lösung einer schwierigen sozialen und wirtschaftlichen Situation darstellte.

Sterilisationen wurden aber nicht ausschließlich auf gesetzlicher Grundlage vorgenommen. Das Gesetz wurde ohne Regelungen der Sterilisation aus medizinischen Gründen angenommen, wenn also Schwangerschaft und Geburt eine beträchtliche Gefahr für Leben oder Gesundheit einer Frau beinhalten würden. Die medizinische Indikation wurde auch später nicht in das Gesetz aufgenommen, wie es in Schweden (1941), Finnland (1950) und Dänemark (1967) der Fall war. Es gibt Grund anzunehmen, dass in Norwegen zwischen 1934 und 1977 etwa 40.000 Frauen aus medizinischen Gründen sterilisiert wurden. Ihnen stehen, wie gesagt, annähernd 28.000 Frauen nach § 3 Abs. 1 des Gesetzes gegenüber.¹² In vielerlei Hinsicht stellt die nicht gesetzlich geregelte Praxis die Fortsetzung und Ausweitung der Praxis dar, die sich bereits vor 1934 entwickelt hatte. Diese betraf vor allem Frauen in sozial und wirtschaftlich benachteiligten Familien mit vielen Kindern. In der Regel wurde die Sterilisation aus sozialmedizinischen, sozialpsychiatrischen oder sozialen Gründen vorgenommen, in den Akten jedoch als medizinischer Eingriff vermerkt.¹³ Dies scheint auch der Fall gewesen zu sein, nachdem das Gesetz von 1934 in Kraft getreten war. Der Unterschied zwischen „glaubhaften“ Begründungen und denen, die in der Regel für eine Sterilisation aus medizinischen Gründen angeführt wurden, ist jedoch gering. In diesem Sinne fielen Sterilisationen mit bzw. ohne gesetzliche Grundlage weitgehend zusammen.¹⁴

Der Platz der Sterilisierungsfrage in der sozial- und gesundheitspolitischen Reformarbeit

NORDEUROPAforum

Zeitschrift für Politik,
Wirtschaft und Kultur
ISSN 1863639X
2/2001

11. Jahrgang (4. der N.F.)
Seiten 55-78

Textanfang**Summary****Sterilisierung - ein Blick auf****Der Platz der Sterilisierungsf****Sterilisierung von geistig Beh****Sterilisierung von Frauen in s****Zwischen Freiwilligkeit und Zw****Schluss****Fußnoten**

[zur Startseite](#)

Ursprünglich waren die Vorarbeiten für das Gesetz von 1934 nicht Teil eines sozialdemokratischen Reformprogramms, wie es etwa in Dänemark der Fall gewesen ist.¹⁵ In Norwegen wurde die Arbeit an dem Gesetz in den frühen zwanziger Jahren durch Forderungen der bürgerlichen Frauenbewegung nach der Möglichkeit einer Zwangskastration von Sexualverbrechern ausgelöst. Dieser Vorschlag wurde jedoch von der so genannten Strafgesetzkommision, die 1922 durch das Justizministerium eingesetzt wurde, um Vorschläge für Änderungen des Strafgesetzbuchs von 1902 vorzulegen, abgelehnt. Statt dessen arbeitete die Kommission einen Vorschlag für ein eigenes Sterilisierungsgesetz aus, der dem Justizministerium 1932 vorgelegt wurde. Dessen Zweck war teils, dem Einzelnen die Möglichkeit zu geben, eine Sterilisation zu beantragen, und teils, Bestimmungen über die Sterilisierung von geistig Behinderten und Geistesgestörten aufzustellen. Ziel war auch, eine gesetzliche Grundlage für die Sterilisation zu schaffen, damit Ärzte nicht dem Risiko der Strafverfolgung ausgesetzt waren.¹⁶

Bereits in den Jahren vor Annahme des Gesetzes 1934 stellten viele Anhänger des Sterilisierungsgedankens einen Zusammenhang zwischen Sterilisierung und Sozialpolitik her. Verankert in einer sozialdarwinistischen Denkweise wurden soziale und wirtschaftliche Unterstützungsmaßnahmen sowie medizinische Hilfsanstrengungen als kontra-selektorische Eingriffe in die Evolution betrachtet: Man Sorge für biologisch minderwertige Individuen, die ansonsten im Kampf um das Dasein zu Grunde gegangen wären, jetzt aber eine demographische Degeneration verursachten. Aus diesem Grunde sei es notwendig, das Fertilitätsniveau der Gruppen zu regulieren, auf die sich die sozialpolitischen Maßnahmen bezogen. Außerdem wurde argumentiert, dass Sterilisierungen zu Einsparungen in den öffentlichen Sozialhaushalten führen würden.

Die biologischen und wirtschaftlichen Argumente zugunsten der Sterilisierung waren jedoch keinem bestimmten politischen Lager vorbehalten.¹⁷ Auch war Sterilisierung keine parteipolitische Streitfrage, und es lag an den machtpolitischen Verhältnissen der Zwischenkriegszeit, dass die Gesetzesvorlage von einer bürgerlichen, sozialliberalen Regierung vorgelegt wurde.¹⁸ Als der Gesetzesvorschlag im Odelsting behandelt wurde, bestand breite politische Einigkeit über die Einführung eines Sterilisierungsgesetzes, und wie die übrigen Abgeordneten des Stortings auch – abgesehen von dem der *Samfundsparti*¹⁹ – stimmten die Vertreter der Arbeiterpartei für die Annahme des Gesetzes. Die Frage der Zwangskastration von Sexualverbrechern, die die Erarbeitung des Gesetzes in Gang gesetzt hatte, war jetzt in den Hintergrund getreten, und der Gesetzentwurf wurde als sozialpolitische Reform angesehen, die „eine tiefere Einsicht sowohl in die Interessen der Gesellschaft als auch ein tieferes Gefühl von Verantwortung gegenüber nachfolgenden Generationen und überhaupt den Resultaten, zu denen die Vererbungsforchung gelangt ist“, widerspiegelte, wie es der Sprecher der Arbeiterpartei in dieser Sache ausdrückte.²⁰ Der Sprecher des Justizausschusses in der Sache, Erling Bjørnson von *Bondepartiet*, rückte den Gesetzentwurf explizit in eine rassenhygienische Perspektive und argumentierte sowohl biologisch wie ökonomisch für die Notwendigkeit, das „Unkraut“ der Gesellschaft auszureißen.²¹

NORDEUROPAforum

Zeitschrift für Politik,
Wirtschaft und Kultur
ISSN 1863639X
2/2001

11. Jahrgang (4. der N.F.)
Seiten 55-78

Textanfang**Summary****Sterilisierung - ein Blick auf****Der Platz der Sterilisierungsf****Sterilisierung von geistig Beh****Sterilisierung von Frauen in s****Zwischen Freiwilligkeit und Zw****Schluss****Fußnoten****zur Startseite**

Erst im Jahr nach der Annahme des Gesetzes eroberte die Arbeiterpartei die Regierungsmacht. Eine der ersten Aufgaben, denen sich die Regierung widmete, war der Ausbau des Systems der sozialen Sicherheit. Die Sterilisierung wurde bei dieser Arbeit allerdings nicht thematisiert, und überhaupt scheint diese Frage vor dem Zweiten Weltkrieg nur einmal im Storting aufgegriffen worden zu sein. Das war 1939, als ein Vertreter der konservativen *Høyre*-Partei, der zweitstärksten Partei im Storting, anregte, das Gesetz von 1934 zu revidieren, um die Möglichkeit der Sterilisation ohne eigene Zustimmung zu erleichtern. Der Sozialminister war der Ansicht, dass das Storting dazu nur sehr schwer Stellung nehmen könnte, weil die Sterilisierung unter Fachleuten sehr umstritten sei. Stattdessen legte er die Frage dem Zentralamt für das Gesundheitswesen vor, dem die administrative Verantwortung für die Ausführung des Sterilisierungsgesetzes übertragen worden war. Der Generalmedizinaldirektor jedoch war in Übereinstimmung mit den Mitgliedern des Sterilisierungsrates der Meinung, dass die Zeit für eine Gesetzesänderung noch nicht reif sei.²²

Während und gleich nach dem Zweiten Weltkrieg formulierte die Arbeiterpartei eine ganzheitlichere Wohlfahrtsideologie, die an sozialliberale keynesianische Ideen sowie sozialdemokratische Planungsideale aus den dreißiger Jahren anknüpfte: Der Lebensstandard sollte durch eine ökonomische Wachstumspolitik erhöht, soziale und wirtschaftliche Unterschiede ausgeglichen, und das ganze Volk in Arbeit gehalten werden. Ein Versprechen sozialer und ökonomischer Sicherheit wurde gegeben.²³ Eine eingehendere Darstellung der sozialpolitischen Ziele und Mittel lieferte die Partei 1945 in der Broschüre *Sosial trygghet* („Soziale Sicherheit“)²⁴. Die Hauptpunkte wurden zusammengefasst und in das Arbeitsprogramm der Partei für die Jahre 1946 bis 1949²⁵ eingearbeitet. 1948 gab die Regierung bei der Ankündigung einer Gesetzesvorlage vor dem Storting die Grundsatzserklärung *Om folketrygden* (Über die Sozial- und Rentenversicherung) ab. Ihr Ziel war ein einzigartiges und allumfassendes System sozialer Sicherheit. Als wichtige Voraussetzungen für die Verwirklichung dieses Ziels wurden Vollbeschäftigung und ein gut ausgebautes öffentliches Gesundheitswesen benannt.²⁶ Soziale und ökonomische Sicherheit war darüber hinaus auch im neuen Grundsatzprogramm der Arbeiterpartei²⁷ eine tragende Idee, allerdings ohne dass auf die Sozialpolitik näher eingegangen wurde.

Die Broschüre *Sosial trygghet* sowie die Grundsatzserklärung *Om folketrygden* stellen die wichtigsten wohlfahrtspolitischen Dokumente des ideologischen Bauwerks dar, das die Arbeiterpartei nach 1945 errichtete. Kurz gesagt, zielte die wohlfahrtsstaatliche Ideologie darauf ab, Einkommen, Arbeit und Gesundheit zu sichern. Soziale und ökonomische Sicherheit waren ihrerseits wiederum Teil einer übergeordneten Ausgleichspolitik, deren Aufgabe es teils war, den Lebensstandard derjenigen Gruppen zu heben, deren Einkommen vor dem Zweiten Weltkrieg auf besonders niedrigem Niveau gelegen hatte (z.B. Fischer, Kleinbauern sowie Land- und Forstarbeiter), und teils, den Lebensstandard der Arbeitnehmer insgesamt zu heben.²⁸ Keines dieser zentralen Dokumente aber sprach von Sterilisation als aktueller sozialpolitischer Maßnahme. Auch führten sie nicht die biologistische Vorstellung der Zwischenkriegszeit von sozialpolitischen Maßnahmen als kontraselektorisches Eingreifen in die

NORDEUROPAforum

Zeitschrift für Politik,
Wirtschaft und Kultur
ISSN 1863639X

2/2001

11. Jahrgang (4. der N.F.)

Seiten 55-78

Textanfang**Summary****Sterilisierung - ein Blick auf****Der Platz der Sterilisierungsf****Sterilisierung von geistig Beh****Sterilisierung von Frauen in s****Zwischen Freiwilligkeit und Zw****Schluss****Fußnoten****zur Startseite**

Evolution weiter. Dennoch fehlte das Thema Sterilisierung nicht völlig. Vielmehr wurde die Frage in das gesundheitspolitische Programm der Nachkriegszeit einbezogen.

Die Ausarbeitung dieses Programms überließ die Arbeiterpartei Generalmedizinaldirektor Karl Evang, der sich der Partei Mitte der dreißiger Jahre angeschlossen hatte. Während des Krieges begann er im Exil mit der Planung des Gesundheitsschutzes für die Nachkriegszeit.²⁹ Ziel des Programms war es, den Lebensstandard zu erhöhen, um die Widerstandskraft gegen Krankheit zu stärken, und vorbeugende Gesundheitsmaßnahmen zu ergreifen, um schädliche und krankheitsverursachende Faktoren zu mindern oder zu beseitigen. Außerdem beinhaltete es den Ausbau einer umfassenden stationären Gesundheitsversorgung und eines medizinischen Rehabilitationswesens. Dies schloss auch Pflege- und Fürsorgedienste zugunsten von Blinden, Tauben, Körperbehinderten, geistig Behinderten, Epileptikern und Altersgebrechlichen sowie die gesundheitliche Kontrolle größerer oder ausgewählter Bevölkerungsgruppen mit ein.

Das Programm beruhte sehr stark auf sozialmedizinischen Ideen. Die Ursachen von Krankheit waren demnach vor allem in Lebensweise und Umfeld zu suchen, die beide wiederum Ausdruck ökonomischer Verhältnisse und der gesellschaftlichen Organisationsweise seien. Aber Evang betrachtete auch Vererbung als Ursache bestimmter Krankheiten. Aus diesem Grunde wurde eugenische Sterilisierung als eine von mehreren vorbeugenden Gesundheitsmaßnahmen lanciert. Auch wenn Evang erbliche Krankheiten oder Leiden generell im Blick hatte, standen doch speziell Geistesschwäche und chronische Gemütsleiden im Mittelpunkt. Sterilisierung wurde insbesondere für geeignet gehalten, das Vorkommen von erblich bedingtem Schwachsinn zu reduzieren. Diesen Standpunkt vertrat Evang bereits, bevor er 1938 zum Generalmedizinaldirektor berufen wurde, und noch in den fünfziger Jahren unterstrich er die Bedeutung eugenischer Sterilisierung als prophylaktische Maßnahme im Rahmen eines sozialmedizinischen Gesundheitsprogramms.³⁰

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Arbeiterpartei ebenso wie die anderen politischen Parteien das Sterilisierungsgesetz als wichtige sozialpolitische Reform betrachtete. Die Sterilisierungsfrage wurde bei den sozialpolitischen Reformen, die die sozialdemokratische Regierung in der zweiten Hälfte der dreißiger Jahre durchführte, jedoch nicht hervorgehoben. Auch nach 1945 fand sie keinen Platz im sozialpolitischen Reformprogramm der Arbeiterpartei. Vielmehr wurde sie als prophylaktische Maßnahme im Rahmen des sozialmedizinischen Programms verstanden, das dem Ausbau des Gesundheitswesens zu Grunde gelegt wurde. Vor allem betrachtete man Sterilisierung als geeignete Maßnahme bei der Versorgung von geistig Behinderten, aber nur als Teil des wohlfahrtsstaatlichen Gesundheitsprogramms. In welchem Grade aber wurde ein sterilisierungspolitisches Programm ausgearbeitet, das geistig Behinderte als Zielgruppe hatte?

Sterilisierung von geistig Behinderten

Die Sterilisierungsfrage hatte während der dreißiger Jahre einen

NORDEUROPAforum

Zeitschrift für Politik,
Wirtschaft und Kultur
ISSN 1863639X
2/2001

11. Jahrgang (4. der N.F.)
Seiten 55-78

Textanfang**Summary****Sterilisierung - ein Blick auf****Der Platz der Sterilisierungsf****Sterilisierung von geistig Beh****Sterilisierung von Frauen in s****Zwischen Freiwilligkeit und Zw****Schluss****Fußnoten****zur Startseite**

herausgehobenen Platz in der medizinischen und pädagogischen Diskussion über die Versorgung von geistig Behinderten inne und wurde dann auch von einem Unterausschuss der Sozialgesetzgebungskommission aufgegriffen, die die sozialdemokratische Regierung im Zuge ihrer Bemühungen um den Ausbau der sozialen Sicherheit 1935 einsetzte. 1945 legte der „Ausschuss für geistig Behinderte“ einen Vorschlag für ein Gesetz über die Versorgung von geistig Behinderten vor. Dabei knüpfte er an weithin akzeptierte Vorstellungen an und stellte fest, dass Geistesschwäche oft auf „erbblologischen Momenten“ beruhe. Vor allem wurde Vererbung als eine Hauptursache niedriger Schwachsinngrade angesehen. Weiter nahm man an, dass leicht Schwachsinnige mehr Kinder in die Welt setzten als die meisten anderen Menschen, und weil sie angeblich „schwierigste soziale Probleme“ wie asoziales Verhalten, Kriminalität, Landstreicherei und Prostitution bereiteten, war es dem Ausschuss zufolge notwendig, die „stetige Zunahme defekter Individuen“ durch Sterilisierung zu stoppen. Dennoch glaubte der Ausschuss nicht, dass man dadurch „Hoffnung darauf [haben könnte], in absehbarer Zukunft (...) den Schwachsinn auszurotten“³¹.

Das vorgeschlagene Gesetz erblickte nie das Licht des Tages. Der Vorschlag war zwar in der zweiten Hälfte der vierziger Jahre verschiedentlich Gegenstand fachlicher und politisch-administrativer Aufmerksamkeit, wurde aber auf Grund von Konflikten zwischen Vertretern medizinischer und pädagogischer Behörden nie dem Storting vorgelegt.³² Stattdessen wurde 1949 ein sogenanntes Kostenübernahmegesetz angenommen, das dem Staat auferlegte, alle aus dem Betreiben von Heimen für geistig Behinderte anfallenden Kosten zu entrichten, die er dann zu bis zu 60 Prozent von den Stadt- und Landkommunen zurückfordern konnte. Bis dahin hatten die Angehörigen bzw. das kommunale Fürsorgewesen für die Kosten eines Heimaufenthaltes aufkommen müssen. 1952 wurden die Richtlinien der weiteren Arbeit in der Versorgung geistig Behinderter dann in der Grundsatzerklärung 71 „Über einen landesweiten Plan zur Versorgung geistig Behinderter“ aufgestellt.³³ Kurz gesagt, lief der Plan des Sozialministeriums auf einen regionalisierten Ausbau hinaus, im Rahmen dessen jede Region mit einer zentralen Anstalt unter der Leitung eines sogenannten Gebietsoberarztes versehen werden sollte. Lokale Maßnahmen sollten der Aufsicht des Gebietsoberarztes unterstellt sein, der Anstaltsbau sollte in Zusammenarbeit von Staat und privaten Organisationen geschehen. Dieser Plan wurde schließlich über 20 Jahre lang richtungsweisend für den Ausbau der Versorgung geistig Behinderter.³⁴

Das Kostenübernahmegesetz von 1949 beinhaltete eine Ausgabensteigerung für den Staat und die Landkommunen. Bei seiner Einführung wurde die Sterilisierung jedoch nicht als kostensenkende Maßnahme bewertet. Im Landesplan von 1952 wurde der Wert eugenischer Sterilisierung als gering eingeschätzt: „Selbst bei noch so konsequenter Durchführung der Sterilisierung könnte man (...) auch im besten Falle nur mit einer bescheidenen Verringerung der gesamten Anzahl von Erbfaktoren in der Bevölkerung rechnen.“³⁵ In zwei anderen zentralen Dokumenten über den Ausbau der Versorgung geistig Behinderter vom Anfang der sechziger Jahre wird die Sterilisierungsfrage überhaupt nicht berührt.³⁶ Hingegen wurde sie 1964 in der Empfehlung einer Kommission wieder aufgenommen, die das Sozialministerium eingesetzt hatte, um die zukünftige Versorgung

NORDEUROPAforum

Zeitschrift für Politik,

Wirtschaft und Kultur

ISSN 1863639X

2/2001

11. Jahrgang (4. der N.F.)

Seiten 55-78

Textanfang**Summary****Sterilisierung - ein Blick auf****Der Platz der Sterilisierungsf****Sterilisierung von geistig Beh****Sterilisierung von Frauen in s****Zwischen Freiwilligkeit und Zw****Schluss****Fußnoten**[zur Startseite](#)

„Behinderter“, darunter auch geistig Behinderte, zu erörtern. Auch diesmal wurde Sterilisierung als Maßnahme mit geringem biologischem Effekt bewertet.³⁷

Während die Sterilisierungsfrage also einen vergleichsweise zentralen Platz in den Überlegungen des Unterausschusses für geistig Behinderte einnahm, geriet sie in den Hintergrund, als die Planung der Versorgung geistig Behinderter um 1950 ernsthaft in Angriff genommen wurde. In der langfristigen Planung des Sozialministeriums von 1952 wurde eugenische Sterilisierung als systematische Maßnahme mehr oder minder abgelehnt, weil ihr biologischer Nutzen als gering bewertet wurde. Dieser Standpunkt wurde 1964 von einem öffentlichen Ausschuss wiederholt. In der Hochzeit der Sozialdemokratie wurde mit anderen Worten kein sterilisierungspolitisches Aktionsprogramm formuliert, das geistig Behinderte als Zielgruppe hatte.

Sterilisierung von Frauen in sozial und wirtschaftlich benachteiligten Familien

Obwohl Generalmedizinaldirektor Evang Mitte der fünfziger Jahre die Ärzteschaft aufforderte, öfter die Sterilisation von geistig Behinderten anzuregen, sank die Zahl der Anträge weiter. Hingegen stieg die Zahl der Sterilisierungen von „psychisch normalen“ Frauen nach § 3 Abs. 1 des Gesetzes. Ein Großteil dieser Frauen gehörte Familien in sozial und wirtschaftlich schwieriger Lage an. Kann nun diese Zunahme auf eine zielgerichtete Politik von Seiten der zentralen Gesundheitsbehörden zurückgeführt werden?

Nach 1945 schickte das Zentralamt für das Gesundheitswesen Rundschreiben mit Informationen über das Sterilisierungsgesetz an alle Ärzte des Landes. Entsprechende Rundschreiben gingen auch an mehrere Sozialverwaltungseinrichtungen, zunächst an Kinderfürsorgeausschüsse (*vergeråd*, ab 1954 *barnevernsnemnder*), dann Fürsorgeverwaltungen (*forsorgsstyret*, später *sosialstyret*, „Sozialverwaltungen“) und Ausschüsse für Alkoholfragen (die so genannten *edruelighetsnemnder*). In Rundschreiben an die Fürsorgeausschüsse von 1949 wurde auf die wachsende Anzahl von Kindern hingewiesen, die auf Grund mangelnder Fürsorge in Pflege gegeben wurden: „Es ist damit zu rechnen, dass ein Großteil dieser Eltern immer noch im fortpflanzungsfähigen Alter ist, und dass die Verhältnisse, die zum Eingreifen der Fürsorgeausschüsse geführt haben, in vielen Fällen auch neue Eingriffe der Ausschüsse erfordern werden, wenn neue Kinder kommen.“ Das Zentralamt fand es daher unglücklich, dass die Fürsorgeausschüsse „nur in äußerst wenigen Fällen“ Anträge auf Sterilisierung eines oder beider Elternteile stellten, nahm jedoch an, dass dies an mangelnder Bekanntheit des Gesetzes lag.³⁸

Nach 1945 trat das Zentralamt also dafür ein, dass das Gesetz von 1934 nicht nur für eugenische Zwecke genutzt wurde. Im Frühjahr 1949 wurde die Sterilisation auf Grund sozialer Indikation in einem Schreiben an das Zentralamt auch von den Frauenorganisationen der Arbeiterpartei stark empfohlen. Evang fand es „erfreulich“, dass die Frauenorganisationen der Partei sich für die Sterilisierung interessierten, und konnte gleichzeitig erklären, dass das Amt nach dem Kriege verschiedenes unternommen hatte,

NORDEUROPAforum

Zeitschrift für Politik,

Wirtschaft und Kultur

ISSN 1863639X

2/2001

11. Jahrgang (4. der N.F.)

Seiten 55-78

Textanfang**Summary****Sterilisierung - ein Blick auf****Der Platz der Sterilisierungsf****Sterilisierung von geistig Beh****Sterilisierung von Frauen in s****Zwischen Freiwilligkeit und Zw****Schluss****Fußnoten****zur Startseite**

um das Interesse der Ärzte zu wecken, und nun neue Anstrengungen zur Effektivisierung der Sterilisierungsarbeit beraten wurden: „Wenn diese Arbeit die soziale und gesundheitliche Bedeutung in der Gesellschaft erhalten soll, die ihr zusteht, erfordert dies die Zusammenarbeit vieler Institutionen und Personen: Ärzte und Krankenhäuser, die Versorgung geistig Behinderter und Geisteskranker, Rechtswesen und Gefängniswesen, Fürsorgeausschüsse und Besserungsanstalten, Schulen, Pfarrer, kommunales Fürsorgewesen usw. usw. Das Zentralamt für das Gesundheitswesen wird das Seine tun, damit sich diese Zusammenarbeit so gut wie möglich entwickelt.“³⁹ Kurz darauf folgten die genannten Rundschreiben an Fürsorgeausschüsse und andere Sozialverwaltungen. Mehr Maßnahmen scheinen jedoch nicht durchgeführt worden zu sein.

Eine mögliche Erklärung dafür, dass die Sterilisierung nach 1945 als wichtige sozialpolitische Maßnahme betrachtet wurde, könnten die strengen ökonomischen Prioritäten der Wiederaufbaujahre sein, die auch Konsequenzen für den Ausbau der sozialen Hilfsmaßnahmen hatten. Vor allem scheint die unzureichend ausgebaute öffentliche Kinderfürsorge entscheidend für die Bitte des Zentralamts um verstärkte Anwendung des Sterilisierungsgesetzes gewesen zu sein.

Es sollte jedoch nicht viel Zeit vergehen, bis sich Evang der Anwendung von § 3 Abs. 1 kritisch gegenüberstellte. 1954 unterstrich er, dass Sterilisation aus sozialen Gründen so verbreitet sei, dass Grund zu eindringlichen Warnungen bestehe. Was man mit Sterilisierung aus sozialen Gründen zu erzielen versuchte, könnte man oft auch mit nicht irreversiblen Verhütungsmethoden erreichen. Zehn Jahre später arbeitete Evang einen Leitfaden für die Anwendung von Antibabypillen aus, der privat an Ärzte verschickt werden sollte, die Anträge auf Sterilisation weiterleiteten, vor allem von verheirateten Frauen, „deren Alter und/oder Verhältnisse im Übrigen gebieten sollte, dass man auf jeden Fall versucht, sie dazu zu bekommen, die Frage einer Sterilisierung aufzuschieben“. Evang gab zum Ausdruck, dass er als Generalmedizinaldirektor oft „starke Hemmungen [empfinde], einem – in der Regel irreversiblen – Eingriff zuzustimmen, der die Betreffende für immer daran hindern wird, weitere Kinder zu bekommen. Niemand kann wissen, was die Zukunft bringen wird: Kinder können sterben, die Ehe kann zerbrechen und die betroffene Frau eine neue Familie gründen wollen usw.“⁴⁰ Auch öffentlich bemerkte Evang, dass er die hohe Zahl sterilisierter Frauen „unangemessen“ fand. Besonders kritisch stand er der Sterilisierung von Frauen wegen einer Körperbehinderung oder Krankheit des Mannes gegenüber.

Auch eine Stortingsabgeordnete der Arbeiterpartei fand die Entwicklung beunruhigend. Margith Johanne Munkeby richtete eine Anfrage an den Sozialminister der sozialdemokratischen Regierung, Olav Gjærevoll: „Welche Maßnahmen können in der vorbeugenden Gesundheitsarbeit ergriffen werden, um der großen Anzahl von Sterilisationen entgegenzuwirken?“ Gjærevoll teilte die Besorgnis Munkebys über die steigende Anzahl Sterilisationen, die seiner Meinung nach weitgehend der Tatsache geschuldet waren, dass Mütterberatungsstellen es versäumt hätten, über Verhütungsmittel zu informieren. Das Zentralamt hatte zuvor einen Leitfaden an die Beratungsstellen versandt, in dem auch diese Aufgabe genannt wurde

NORDEUROPAforum

Zeitschrift für Politik,
Wirtschaft und Kultur
ISSN 1863639X
2/2001

11. Jahrgang (4. der N.F.)
Seiten 55-78

Textanfang**Summary****Sterilisierung - ein Blick auf****Der Platz der Sterilisierungsf****Sterilisierung von geistig Beh****Sterilisierung von Frauen in s****Zwischen Freiwilligkeit und Zw****Schluss****Fußnoten**

[zur Startseite](#)

– „aber dies scheint keinen besonderen Effekt gehabt zu haben“. Nachdem nun die Beratungsstellen diese Aufgabe nicht ernst nahmen, wollte der Generalmedizinaldirektor eine „erneute und nachdrücklichere Aufforderung (...), sich dieser Aufgabe anzunehmen“, verschicken.⁴¹

Die steigende Zahl der Sterilisationen von Frauen in sozial und wirtschaftlich benachteiligten Familien in den fünfziger und sechziger Jahren kann also kaum auf eine zielgerichtete Politik von Seiten der zentralen Gesundheitsbehörden zurückgeführt werden. Im Gegenteil können wir hier bei Evang schon ziemlich früh eine Skepsis spüren, Anträge auf Sterilisierung zu genehmigen, vor allem weil er meinte erkennen zu können, dass Sterilisation Frauen angeraten – oder von ihnen selbst gewählt – wurde, bei denen anderweitige Verhütung ausreichend gewesen wäre. Im Zeitraum von 1945 bis 1968 wurden insgesamt 901 Anträge auf Sterilisation nach § 3 Abs. 1 des Sterilisierungsgesetzes abgelehnt. Das entspricht einem Anteil von 7,4 Prozent.

Wie aber lässt sich dann die Zunahme der Eingriffe auf der Grundlage von § 3 Abs. 1 erklären? Die Initiative dazu ging oft von Distriktsärzten, privat praktizierenden Ärzten oder anderem Gesundheitspersonal aus, die in der Sterilisierung eine gute Lösung für Frauen in schwieriger Lage – sozial, wirtschaftlich oder in Bezug auf ihre Ehe – sahen. Des Weiteren spielten Sozialverwaltungen auf kommunaler Ebene eine große Rolle. Vor Einführung der allgemeinen Sozial- und Rentenversicherung (1967) wurden wirtschaftlich benachteiligte kinderreiche Familien über das Kindergeld hinausgehend auf kommunale Unterstützung verwiesen. Auch wenn sich nicht nachweisen lässt, dass die Gewährung kommunaler Leistungen von einer Sterilisation abhängig gemacht wurde, gibt es doch mehrere Beispiele dafür, dass Fürsorgeverwalter (später „Sozialverwalter“) die Frage einer Sterilisation aufwarfen, um weitere Leistungen an Familien zu verhindern, von denen man meinte, sie sollten nicht mehr Kinder bekommen. Hier erscheint die Sterilisierung also als sparpolitische Maßnahme vor dem Hintergrund begrenzter finanzieller Ressourcen vieler Kommunen.

Zwischen Freiwilligkeit und Zwang

Das norwegische Sterilisierungsgesetz von 1934 verfolgte eine doppelte Zielsetzung: Auf der einen Seite sollte es „psychisch normalen“ Frauen und Männern eine neue Möglichkeit verschaffen, ihr eigenes reproduktives Verhalten zu regulieren. Auf der anderen Seite sollte es „eine erhöhte Kontrolle der Familienfortpflanzung minderwertiger Individuen“ ermöglichen, wie es ein Mitglied der Strafgesetzkommision, die Ärztin Ingeborg Aas, 1931 ausdrückte.⁴² Im ersteren Falle sollte die Sterilisation eine freiwillige Angelegenheit sein, im zweiten konnte sie unter bestimmten Bedingungen mehr oder minder zwangsweise, unter gewissen Bedingungen sogar auch ohne Zustimmung der Betroffenen, durchgeführt werden.⁴³

Es stellt sich also die Frage, welche Einstellungen wir gegenüber Zwang in den offiziellen Dokumenten, in denen die Frage der Sterilisierung geistig Behinderter behandelt wurde, finden können. Hier ist zunächst zu erwähnen, dass die Zwangssterilisierung geistig Behinderter in den Beratungen der Strafgesetzkommision, die den Entwurf für das Gesetz von 1934 vorlegte, ein umstrittenes Thema gewesen ist. Ingeborg Aas hielt Zwang für das

NORDEUROPAforum

Zeitschrift für Politik,
Wirtschaft und Kultur
ISSN 1863639X
2/2001

11. Jahrgang (4. der N.F.)
Seiten 55-78

Textanfang**Summary****Sterilisierung - ein Blick auf****Der Platz der Sterilisierungsf****Sterilisierung von geistig Beh****Sterilisierung von Frauen in s****Zwischen Freiwilligkeit und Zw****Schluss****Fußnoten**

[zur Startseite](#)

„theoretisch Richtige“ und war aus diesem Grunde mit dem starken Gewicht, das der Gesetzentwurf auf das Prinzip der Freiwilligkeit legte, wenig zufrieden. Der Architekt dieses Prinzips war der Professor für Psychiatrie Ragnar Vogt. Er war der Ansicht, dass lediglich solche geistig Behinderten, die selbst einen Standpunkt zur Sterilisation zu beziehen nicht in der Lage waren, möglicherweise ohne eigene Zustimmung operiert werden sollten. Dann jedoch sollte die Zustimmung des Vormunds bzw. Pflegers der betreffenden Person vorliegen, von denen angenommen wurde, die Interessen des Betroffenen zu wahren:

Die unheilbar Geisteskranken und unzweideutig geistig Behinderten werden also in diesem Falle den Schutz genießen, dass Repräsentanten der Autorität des Gemeinwohls nicht irgend etwas in Richtung einer Sexualoperation verfügen können, sondern dass sie in dieser Hinsicht völlig unter dem Schutz des Vormunds stehen.⁴⁴

Der „Unterausschuss für geistig Behinderte“ der Sozialgesetzkommission wollte den Handlungsspielraum für Zwangssterilisationen in gewissem Grade ausweiten. Er verwarf jedoch die dänische Lösung eines Gesetzes für geistig Behinderte, das Regeln über die Sterilisation unabhängig von der Sterilisierungsgesetzgebung enthielt. Und das, obwohl mehrere Ärzte, darunter der Psychiater Einar Haugen, der auch Sekretär des Ausschusses war, die dänische Lösung als wichtig bezeichneten.⁴⁵ Aus einer Notiz an den Sozialminister vom August 1945 geht hervor, dass der Ausschuss sich darauf verständigt hatte, Sterilisationen „unabhängig von der Verwaltung der Versorgung geistig Behinderter“ vornehmen zu lassen. Hauptgrund dafür scheint die mangelhaft ausgebaute Versorgung von geistig Behinderten gewesen zu sein. Im Gegensatz zu Dänemark verfügte Norwegen nur über wenige Anstaltsplätze und keine organisierte Familienpflege für geistig Behinderte. Wenn diesem Umstand große Bedeutung beigemessen wurde, lag das daran, dass man sterilisierte geistig Behinderte trotzdem ungern sich selbst überlassen wollte. Man nahm an, dass sie, wenn sie nicht unter Kontrolle der Allgemeinheit standen, infolge sexueller Ausschweifungen Geschlechtskrankheiten verbreiten würden.

Auch wenn die Kontrolle geistig Behinderter, gemessen an der Anzahl der Anstaltsplätze, nach 1949, als das Kostenübernahmegesetz in Kraft trat, anstieg, wurde die Zwangssterilisierung 1952 abgelehnt. Ein wichtiger Grund dafür war, dass Zwang als inhuman angesehen wurde. Außerdem wurde der biologische Nutzen der Sterilisierung als höchst unsicher oder bestenfalls gering bewertet. Auch die Kommission, die 1964 eine Empfehlung zur „Behinderten“-Fürsorge abgab, fand es ebenso „aus humanen Gründen anstößig“, zur Zwangssterilisation zu greifen, genauso wie sie die Vorstellung zurückwies, dass Sterilisierung zur Reduktion des Auftretens von geistigen Behinderungen in der Bevölkerung beitragen könnte.

Generalmedizinaldirektor Evang wünschte zwar umfassendere eugenische Sterilisierungen von geistig Behinderten, lancierte aber nie den Gedanken einer staatsinterventionistischen Praxis. Die Umsetzung sollte durch die Berufe im Gesundheits- und Sozialsektor erfolgen, und die Ausübenden sollten die eventuelle Frage der Sterilisation mit ihren Klienten und Patienten

NORDEUROPAforum

Zeitschrift für Politik,
Wirtschaft und Kultur
ISSN 1863639X
2/2001

11. Jahrgang (4. der N.F.)
Seiten 55-78

Textanfang**Summary**

**Sterilisierung - ein Blick auf
Der Platz der Sterilisierungsf
Sterilisierung von geistig Beh
Sterilisierung von Frauen in s
Zwischen Freiwilligkeit und Zw
Schluss
Fußnoten**

zur Startseite

zusammen erörtern. Gleichzeitig distanzierte sich Evang von der Anwendung jeglichen Zwangs. Der Einzelne sollte durch Aufklärung und Beratung überredet werden, sich sterilisieren zu lassen. Vor diesem Hintergrund wurde es zur wichtigsten Funktion des Zentralamts als sterilisierungspolitischem Akteur, Informationen über das Sterilisierungsgesetz zu verbreiten. Dies geschah vor allem durch die Versendung von Rundschreiben. 1955 sah sich Evang veranlasst zu unterstreichen, dass die Ärzte das Gesetz von 1934 weitaus öfter in eugenischer Absicht anwenden sollten.⁴⁶

Insofern erscheint es überraschend, dass der Sterilisierungsrat, dessen Vorsitzender Evang war, seit etwa 1950 eine zunehmend restriktive Verwaltungspraxis übte. Eine steigende Anzahl von Anträgen auf Sterilisation ohne eigene Zustimmung (§ 4) wurde abgelehnt. In den ersten drei Jahren der fünfziger Jahre handelte es sich um fast zehn Prozent der Anträge, gegenüber sieben bis acht Prozent im Zeitraum von 1945 bis 1950. Zwischen 1954 und 1956 stieg der Anteil abgelehnter Anträge auf 28,6 Prozent, in der nachfolgenden Dreijahresperiode machte er sogar ganze 38,1 Prozent aus. Hauptgrund der Ablehnungen war, dass der Sterilisierungsrat es nicht als ausreichend dokumentiert ansah, dass der Betreffende keine Kompetenz zur Einwilligung besaß. Mit anderen Worten wurde das fachliche Urteil, das den eingegangenen Anträgen zu Grunde lag, seit Anfang der fünfziger Jahre in steigendem Maße Bewertungsmaßstäben unterworfen, die in den formalen Bedingungen des Gesetzes von 1934 wurzelten. Ein wesentlicher Grund dafür war, dass 1950 das Sozialministerium sowie ein Arzt von einer Frau verklagt wurden, die Anfang der vierziger Jahre sterilisiert worden war, ohne über den Eingriff informiert worden zu sein. Der Prozess endete 1956 vor dem Revisionsbewertungsausschuss des Obersten Gerichts, wo die Klage abgewiesen wurde. Obwohl das Sozialministerium und der Arzt in sämtlichen Instanzen freigesprochen worden waren, hatte der Fall ganz eindeutig Konsequenzen für die Verwaltungspraxis.⁴⁷ Auch das Zentralamt verschärfte die Bedingungen für die Anwendung von § 4. In einem neuen Leitfadens zum Sterilisierungsgesetz wurde 1950 präzisiert, dass dieser Paragraph nicht angewendet werden durfte, wenn der Betreffende „Verständnis“ davon besaß oder ihm „verständlich gemacht werden konnte, worum es bei dem Eingriff ging“. 1952 regte eine Kommission, die einen Vorschlag zur Änderung der Gesetzgebung über Geistesranke vorlegen sollte, an, diese Präzisierung als zusätzliche Bedingung in § 4 des Sterilisierungsgesetzes aufzunehmen.⁴⁸ Ab etwa 1950 können wir bei den zentralen Behörden mit anderen Worten also eine ausgesprochen kritische Haltung gegenüber der Zwangssterilisierung von geistig Behinderten ausmachen.

Die Sterilisierung nach § 3 Abs. 1 des Gesetzes war formal freiwillig. Aber wie freiwillig war sie de facto? Diese Frage ist besonders relevant für die Bewertung der Praxis bis zur zweiten Hälfte der sechziger Jahre, als die Sterilisation Frauen in sozial und wirtschaftlich benachteiligten Familien oft angeraten wurde, ohne dass sie über andere Möglichkeiten der Schwangerschaftsverhütung informiert wurden. 1955 konnte ein Oberarzt berichten, dass er sich immer näher auf die Frauen einließ und bald merkte, dass sie „im Innersten nie gewünscht haben oder wünschen, dass dieser Eingriff durchgeführt wird“. Kamen die Frauen dennoch ins Krankenhaus, um sich sterilisieren zu lassen, lag das seiner Meinung nach daran, dass sie

NORDEUROPAforum

Zeitschrift für Politik,
Wirtschaft und Kultur
ISSN 1863639X
2/2001

11. Jahrgang (4. der N.F.)
Seiten 55-78

Textanfang**Summary****Sterilisierung - ein Blick auf****Der Platz der Sterilisierungsf****Sterilisierung von geistig Beh****Sterilisierung von Frauen in s****Zwischen Freiwilligkeit und Zw****Schluss****Fußnoten****zur Startseite**

„schlicht und einfach“ keinen anderen „Ausweg“ wussten, ihnen außerdem die Sterilisierung „von Hebamme, Hausarzt, Amtsarzt oder oft mehreren vorgeschlagen worden war und ihr obendrein versprochen wird, die Erlaubnis des Generalmedizinaldirektors einzuholen“. ⁴⁹

In höherem Maße als mangelnde Anleitung zur Verhütung stellt der Zusammenhang zwischen Sterilisierung und Abort einen Zugang zur Bewertung der Frage von Freiwilligkeit und Zwang bei der Anwendung von § 3 Abs. 1 dar. Sterilisationen wurden oft gleichzeitig mit einem Schwangerschaftsabbruch vorgenommen, und für viele Frauen scheinen sie eine Gegenleistung dafür gewesen zu sein. Mehrere Frauen wurden vor die Wahl gestellt, wie in diesem Fall von 1964: „Pat. ebenso wie ihr Mann scheinen sich über die beiden bestehenden Alternativen klar zu sein: entweder Schwangerschaftsabbruch mit nachfolgender Sterilisation oder Durchlaufen der Schwangerschaft.“ ⁵⁰

Wenn die Sterilisation zur Bedingung für einen Schwangerschaftsabbruch gemacht wurde, lag das oft daran, dass man die Umstände, die den Aborteingriff indizierten, als unveränderlich ansah. Die Sterilisierung sollte dann wiederholten Schwangerschaften vorbeugen. Einzelne Ärzte befürchteten, wiederholte Schwangerschaftsabbrüche würden bei den betroffenen Frauen Leiden, vor allem psychischer Art, verursachen. Andere waren aus moralischen Gründen einer Abtreibung gegenüber kritisch eingestellt und wollten aus diesem Grunde zukünftige Aborteingriffe durch Sterilisation vorbeugen. Wahrscheinlich trug also eine restriktive Haltung gegenüber Schwangerschaftsabbrüchen – ob aus medizinischen oder sozialen Gründen – dazu bei, dass in vielen Fällen Schwangerschaften nicht abgebrochen wurden, wenn sich die Frauen nicht gleichzeitig sterilisieren ließen.

Wie war die Haltung der zentralen Behörden in der Frage von Sterilisierungen als Bedingung für Schwangerschaftsabbrüche? Die Strafgesetzkommision, die das Justizministerium 1934 eingesetzt hatte, um einen Vorschlag für ein Abtreibungsgesetz auszuarbeiten, war der Meinung, dass Schwangerschaftsabbrüche aus eugenischen Gründen nicht ohne gleichzeitige Sterilisation vorgenommen werden sollten. In diesen Fällen wurde vorgeschlagen, die Sterilisation unabhängig von den Regelungen des Sterilisierungsgesetzes von 1934 durchzuführen. ⁵¹ Der Vorschlag der Kommission führte jedoch nicht zu entsprechender Gesetzgebung, erst 1960 wurde ein Abtreibungsgesetz in Norwegen verabschiedet. Diesem Gesetz lag der Vorschlag einer neuen Kommission, dem so genannten Strafgesetzzrat von 1947, zu Grunde. Die Kommission verwarf den früheren Vorschlag einer Sterilisierung als Bedingung für eugenische Abtreibung teils, weil eine gleichzeitige Sterilisation das Risiko des Aborteingriffs erhöhen würde, und teils weil man annahm, dass eine solche Bedingung dazu führen könnte, dass Frauen auf den Abbruch einer Schwangerschaft verzichten und damit vielleicht „gegen ihren Willen und die Interessen der Gesellschaft“ Kinder in die Welt setzen würden. Daraus zog man den Schluss, dass Anträge auf Schwangerschaftsabbruch unabhängig von der Frage einer Sterilisierung behandelt werden sollten, auch wenn es „oft natürlich und wünschenswert wäre“, sie in Zusammenhang mit dem Abbruch zu stellen. ⁵²

NORDEUROPAforum

Zeitschrift für Politik,

Wirtschaft und Kultur

ISSN 1863639X

2/2001

11. Jahrgang (4. der N.F.)

Seiten 55-78

Textanfang**Summary****Sterilisierung - ein Blick auf****Der Platz der Sterilisierungsf****Sterilisierung von geistig Beh****Sterilisierung von Frauen in s****Zwischen Freiwilligkeit und Zw****Schluss****Fußnoten****zur Startseite**

Ebenso wie der Strafgesetzzrat lehnte auch Generalmedizinaldirektor Evang den Vorschlag der Sterilisation als Bedingung eines Schwangerschaftsabbruchs ab. Außerdem verwarf er den Gedanken, dass gleichzeitige Sterilisation oft ratsam wäre. Ihm zufolge hing dieser Gedanke sehr eng mit negativen Einstellungen gegenüber Frauen zusammen, die eine Schwangerschaft abbrechen wollten. Er verwies auf die Argumentation aus der Zwischenkriegszeit, als in Ärztekreisen und kirchlichen Organisationen breite Einigkeit darüber herrschte, dass Schwangerschaftsabbrüche in bestimmten Fällen von Sterilisierung begleitet werden sollten:

Man kann sich kaum davon frei machen, dass eine gewisse Tendenz bestand, die sterilisierende Operation als eine Art Ablass oder Kompensation der Frau für die Vornahme des abortus provocatus anzusehen. Es scheint so, als ob etwas von dieser Stimmung mitunter immer noch zurück geblieben ist.

Evang unterstrich, dass es die Pflicht eines jeden Arztes sein müsse, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch klar auseinander zu halten: „Unter keinen Umständen sollte meiner Ansicht nach eine Frau der Auffassung bleiben dürfen, die sich Einzelne gebildet zu haben scheinen, dass sie willig sein müssten, sich sterilisieren zu lassen, um die Möglichkeit eines abortus provocatus zu bekommen, oder sich mit anderen Worten das Recht auf abortus provocatus geradezu damit erkaufen zu müssen, dass sie ihre Befruchtungsfähigkeit dauerhaft opfern.“⁵³

Der Widerstand dagegen, Sterilisierung zur Bedingung für einen eugenischen Schwangerschaftsabbruch zu machen, führte dazu, dass das Abtreibungsgesetz ohne Bedingungsparagrafen angenommen wurde. Nichtsdestoweniger wurde die Sterilisation nach Annahme des Gesetzes 1960 in der Praxis oft zur Bedingung für einen Schwangerschaftsabbruch gemacht.⁵⁴ So gesehen gingen große Teile der Sterilisierungspraxis im Hinblick auf sozial und wirtschaftlich benachteiligte Frauen auf eine Art vor sich, die die zentralen Gesundheitsbehörden bedenklich fanden. Die Handlungsweise der Ärzte wurde gleichwohl nicht korrigiert, um die Praxis stärker mit dem in Einklang zu bringen, was man für fachlich und ethisch verantwortliche Ärztelehrpraxis hielt.

Schluss

Die Arbeiterpartei, die große Teile der Geltungsdauer des Gesetzes von 1934 hindurch an der Regierung war, machte die Sterilisierung von geistig Behinderten nie zu einem Teil ihrer offiziellen Sozialpolitik. Hingegen war Generalmedizinaldirektor Evang besonders an der Sterilisierung von geistig Behinderten interessiert, was auch der Grund dafür ist, dass eugenische Sterilisierung Eingang in das sozialmedizinische Programm fand, das dem wohlfahrtsstaatlichen Gesundheitsprogramm nach 1945 zu Grunde gelegt wurde. So gesehen führte Evang die Forderungen der Zwischenkriegszeit fort, geistig Behinderte ihres Fortpflanzungsvermögens zu berauben. 1953 nannte er das Sterilisierungsgesetz auch ein in erster Linie eugenisches Gesetz.⁵⁵ Gleichzeitig distanzierte er sich jedoch von dieser Tradition, indem er von der Anwendung von Zwang abriet.

NORDEUROPAforum

Zeitschrift für Politik,

Wirtschaft und Kultur

ISSN 1863639X

2/2001

11. Jahrgang (4. der N.F.)

Seiten 55-78

Textanfang**Summary****Sterilisierung - ein Blick auf****Der Platz der Sterilisierungsf****Sterilisierung von geistig Beh****Sterilisierung von Frauen in s****Zwischen Freiwilligkeit und Zw****Schluss****Fußnoten****zur Startseite**

Im Verhältnis zur angenommenen Zahl von geistig Behinderten in der Bevölkerung wurden schätzungsweise zehn Prozent der zwischen 1900 und 1959 geborenen Frauen, bei denen man das Vorliegen einer geistigen Behinderung behauptete, zwischen 1934 und 1977 sterilisiert. Der Anteil der Männer war erheblich geringer.⁵⁶ Den größten Umfang nahm die Sterilisierung von geistig Behinderten in der Zeit bis in die fünfziger Jahre an. Diese Praxis erreichte aber nie so ein Ausmaß, dass Generalmedizinaldirektor Evang es für notwendig hielt, das Vorkommen von erblich bedingtem Schwachsinn zu reduzieren. Auf der anderen Seite wurde der eugenische Nutzwert der Sterilisierung in öffentlichen Dokumenten zur Versorgung von geistig Behinderten seit Beginn der fünfziger Jahre stark abgeschwächt.

Mit anderen Worten bestand also kein Einvernehmen darüber, welche Schritte unternommen und wie die Maßnahmen begründet werden sollten. Die Verwaltungspraxis zeigt darüber hinaus, dass sich die zentralen Gesundheitsbehörden seit Beginn der fünfziger Jahre der Zwangssterilisierung von geistig Behinderten zunehmend kritisch gegenüberstellten. Vor diesem Hintergrund lässt sich nicht behaupten, dass sie ein sterilisierungspolitisches Aktionsprogramm mit geistig Behinderten als Zielgruppe aufstellten. Auch beispielsweise von Schulen oder Heimen für geistig Behinderte wurde das Sterilisierungsgesetz nicht systematisch angewandt.

Die meisten Eingriffe wurden auf der Grundlage von § 3 Abs. 1 des Sterilisierungsgesetzes vorgenommen, ganze 95 Prozent von fast 44.000 Operationen. An die 28.000 Eingriffe betrafen Frauen. Das Ziel der Sterilisierung nach § 3 Abs. 1 blieb aber nicht während der gesamten Geltungsdauer des Gesetzes gleich. Grob betrachtet kann man Ende der sechziger Jahre eine Grenze ziehen. Mehr als 60 Prozent der Frauen (17.137) wurden im Zeitraum zwischen 1969 und 1977 sterilisiert, als Sterilisation eine oft angewandte Methode bewusster Familienplanung war. In dieser Zeit findet man auch die große Zahl von Männern, die sich sterilisieren lassen wollten: fast 93 Prozent aller Männer, die unter Berufung auf den genannten Paragraphen operiert wurden.

Bis Ende der sechziger Jahre wurden vor allem Frauen sterilisiert. In der Zeit zwischen 1934 und 1968 belief sich ihre Zahl auf insgesamt 10.809, was fast 39 Prozent aller nach § 3 Abs. 1 sterilisierten Frauen entspricht. Eine große Zahl von Eingriffen betraf dabei Frauen in benachteiligten Familien, denen die Sterilisation in der Hauptsache aus sozialen und wirtschaftlichen Gründen angeraten wurde. Auch wenn die Anzahl der Sterilisationen während der Großmachtszeit der Sozialdemokratie (1945–65) markant anstieg, stellten diese Frauen keine sterilisierungspolitische Zielgruppe dar. In den ersten Jahren nach 1945 betonte das Zentralamt für das Gesundheitswesen zwar, dass Sterilisationen in Fällen erforderlich seien, in denen man zu wissen meinte, dass die Kinder auf Grund mangelnder Fürsorge Schaden erleiden würden. Die steigende Anzahl von Eingriffen in den fünfziger und sechziger Jahren kann gleichwohl nicht auf eine bewusste Politik gegenüber Familien aus den unteren Schichten zurück geführt werden. Im Gegenteil versuchte Evang, die großenteils von Distrikts- und privat praktizierenden Ärzten vorangetriebene Entwicklung in Zusammenarbeit mit Fürsorgeverwaltern

NORDEUROPAforum

Zeitschrift für Politik,
Wirtschaft und Kultur
ISSN 1863639X
2/2001
11. Jahrgang (4. der N.F.)
Seiten 55-78

Textanfang**Summary**

**Sterilisierung - ein Blick auf
Der Platz der Sterilisierungsf
Sterilisierung von Frauen in s
Zwischen Freiwilligkeit und Zw
Schluss
Fußnoten**

zur Startseite

bzw. Sozialämtern sowie Fürsorgeausschüssen zu bremsen.

Eine Erklärung dafür, dass in den ersten beiden Jahrzehnten nach 1945 die Sterilisierung von Frauen in sozial und wirtschaftlich benachteiligten Familien angeregt wurde, lautet, dass kommunale Behörden ihre Sozialausgaben reduzieren wollten. Eine andere wäre, dass praktizierende Ärzte versuchten, individuellen Schwierigkeiten infolge sozialer und wirtschaftlicher Not vorzubeugen. Oft wirkten diese Faktoren zusammen. Eugenische Absichten dagegen fehlen unter den Motiven fast völlig.

Eine kritische Frage betrifft die Anwendung von Zwang. Formal war die Sterilisierung nach § 3 Abs. 1 freiwillig. Wenn die Praxis der ersten beiden Jahrzehnte nach 1945 dennoch Elemente von Zwang aufweist, hängt dies vor allem mit mangelnder Beratung über Verhütung einerseits sowie der Forderung nach gleichzeitiger Sterilisierung bei Schwangerschaftsabbrüchen andererseits zusammen. Der Aspekt des Zwangs sollte darüber hinaus auch im Zusammenhang mit den Bedingungen betrachtet werden, unter denen viele der Frauen lebten: enge wirtschaftliche Verhältnisse und in vielen Fällen schwierige Beziehungen zu den Ehemännern, teils auf Grund von Alkoholmissbrauch, in einigen Fällen auch auf Grund von Kriminalität, und teils auf Grund gleichgültiger bzw. ganz offen ablehnender Einstellung des Ehemannes gegenüber dem Gebrauch von Verhütungsmitteln. Der Zwang der Umstände stellt insofern auch eine Seite der beschriebenen Sterilisierungspraxis dar.

Zusammenfassend lässt sich also schwerlich die These vertreten, dass die norwegische Sozialdemokratie nach 1945 politische Triebkraft hinter einer umfassenden eugenischen Zwangssterilisierung von geistig Behinderten oder dass die Sterilisierung Resultat einer bewussten wohlfahrtsstaatlichen Politik gegenüber Frauen in sozial und wirtschaftlich benachteiligten Familien war. Wenn die zentralen Gesundheitsbehörden während der Großmachtszeit der Sozialdemokratie eine wachsende Zahl von Anträgen auf Sterilisierung von Frauen bewilligten, die unter schwierigen wirtschaftlichen oder sozialen Bedingungen lebten, kann dies nicht als Glied einer Entwicklung des Wohlfahrtsstaates als politischem Projekt interpretiert werden. Im Gegenteil: Die Verwaltungspraxis der zentralen Behörden streckte die Waffen gegenüber einem mangelhaften Ausbau sozialer Hilfsbemühungen, darunter auch der Verhütungsberatung. So gesehen lässt sich vielmehr behaupten, dass der Wohlfahrtsstaat im Hinblick auf Frauen versagt hat, die aus verschiedenen Gründen temporäre Unfruchtbarkeit bedurften, aber nicht notwendigerweise dauerhafter Sterilität.

Aus dem Norwegischen von Krister Hanne

1 Broberg, Gunnar u. Nils Roll-Hansen (Hgg.): *Eugenics and the Welfare State. Sterilization Policy in Denmark, Sweden, Norway, and Finland*. East Lansing 1996. Diese These ist auch von zentraler Bedeutung bei Koch, Lene: *Racehygiene i Danmark 1920–56*. Kopenhagen 1996, wurde für Schweden weiterentwickelt von Runcis, Maija: *Steriliseringar i folkhemmet*. Stockholm 1998, und hat auch in ausländische Bewertungen der skandinavischen Sterilisierungspraxis Eingang gefunden, vgl. Dikötter,

NORDEUROPAforum

Zeitschrift für Politik,
Wirtschaft und Kultur
ISSN 1863639X
2/2001

11. Jahrgang (4. der N.F.)
Seiten 55-78

Textanfang**Summary****Sterilisierung - ein Blick auf****Der Platz der Sterilisierungsf****Sterilisierung von geistig Beh****Sterilisierung von Frauen in s****Zwischen Freiwilligkeit und Zw****Schluss****Fußnoten**

zur Startseite

Frank: „Race Culture: Recent Perspectives on the History of Eugenics“. In: *The American Historical Review*. 103 (1998), 467–478, sowie Drouard, Alain: „Concerning Eugenics in Scandinavia. An Evaluation of Recent Research and Publications“. In: *Population*. 11 (1999), 261–270.

2 Der norwegische Titel lautet *helsedirektør*, bis 1945 *medisinaldirektør*, und wird im Folgenden mit „Generalmedizinaldirektor“ übersetzt.

3 Roll-Hansen, Nils: „Norwegian Eugenics: Sterilization as Social Reform“. In: Idem/ Broberg 1996, wie Fußnote 1, 151–194, hier 188.

4 Bastrup, Olav Rune Ekeland: „Eugenics in Scandinavia. Social and historical background“, <http://wl.2370.telia.com/~237000213/index.html/home.html>, o.J.

5 Alnæs, Karsten: *Historien om Norge. En ny arbeidsdag*. Oslo 1999, 341 f; Bastrup, Olav u. Rune Ekeland: „Velferdsstat og menneskeverd“. <http://wl.2370.telia.com/~237000213/index.html/home.html>, 1998; idem: „Rasehygiene var velferdens pris“. In: *Kontakt. Fagblad for Landsforeningen for taperne*. 3 (1998), 35–37; Christoffersen, Svein Aage: „Homo fragilis“. In: *Norsk Teologisk Tidsskrift*. 99 (1998), 139–145; Slagstad, Rune: *De nasjonale strateger*. Oslo 1998.

6 Tydèn, Mattias: *Från politik till praktik De svenska steriliseringslagarna 1935–1975. Rapport till 1997 års steriliseringsutredning*. Stockholm 2000 (= Statens offentliga utredningar, 2000:22).

7 Koch, Lene: *Tvangsterilisering i Danmark 1929–1967*. Kopenhagen 2000.

8 Bergh, Trond: *Storhetstid (1945–1965)*. Oslo 1987. (= Arbeiterbewegungs- und Arbeiterpartei in Norwegen, 5). Die Arbeiterpartei verlor bei den Wahlen 1961 zwar ihre Mehrheit im Storting, behielt aber als Minderheitsregierung noch bis 1965 die Macht, unterbrochen nur von einer bürgerlichen Koalitionsregierung 1963, die allerdings nur 28 Tage im Amt war. Die bürgerlichen Parteien übernahmen 1965 die Macht nach 20 Jahren sozialistischer Herrschaft. Die Arbeiterpartei spielte insofern eine zentrale Rolle bei der Entwicklung des Wohlfahrtsstaats, war aber nicht allein für die etablierte Ordnung verantwortlich. Eine eingehendere Darstellung liefert Seip, Anne-Lise: *Veiene til velferdsstaten. Norsk sosialpolitikk 1920–75*. Oslo 1994.

9 In der Zeit vom 29. Dezember 1942 bis zum 8. Mai 1945 war das Gesetz vom nationalsozialistischen Sterilisierungsgesetz, dem „Gesetz Nr. 1 zum Schutze des Volksstammes“ vom 23. Juli 1942, abgelöst.

10 Man nahm an, dass Personen mit „mentalem Alter“ unter neun Jahren keine Kompetenz zur Zustimmung besäßen. In den übrigen skandinavischen Ländern wurden die Anforderungen an Sterilisierung ohne eigenes Einverständnis weniger streng gestaltet: 14 Jahre in Finnland sowie 12 Jahre in Schweden und Dänemark.

NORDEUROPAforum

Zeitschrift für Politik,
Wirtschaft und Kultur
ISSN 1863639X

2/2001

11. Jahrgang (4. der N.F.)

Seiten 55-78

Textanfang**Summary****Sterilisierung - ein Blick auf****Der Platz der Sterilisierungsf****Sterilisierung von geistig Beh****Sterilisierung von Frauen in s****Zwischen Freiwilligkeit und Zw****Schluss****Fußnoten**

[zur Startseite](#)

11 Die folgende Zusammenfassung fußt auf Haave, Per: *Sterilisering of tater 1934–1977. En historisk undersøkelse av lov og praksis*. Oslo 2000.

12 Ibid., 279 ff.

13 Dies muss auch in dem Zusammenhang gesehen werden, dass der Entzug der Fortpflanzungsfähigkeit nach dem Strafgesetzbuch von 1902 strafbar war, wenn nicht beispielsweise zwingende medizinische Gründe vorlagen.

14 Weil Sterilisation aus medizinischen Gründen außerhalb der Kontrolle der zentralen Gesundheitsbehörden lag, werde ich im Folgenden nicht näher auf diese Seite der norwegischen Sterilisierungspraxis eingehen.

15 Siehe Koch 1996, wie Fußnote 1.

16 Vgl. Fußnote 13.

17 Innerhalb der politischen Linken war der Arzt Johan Scharffenberg ein herausragender Vertreter dieser Standpunkte, was unter anderem aus einer Reihe von Artikeln hervorgeht, die er um 1930 in der sozialdemokratischen Tageszeitung *Arbeiderbladet* veröffentlichte. Siehe z.B. idem: „Sterilisasjon av slektshygieniske hensyn“. In: *Arbeiderbladet*, 18.10.1928; sowie idem: „Trenger Norge en sterilisasjonslov?“ In: *Arbeiderbladet*, 10.10., 11.10. und 12.10.1932.

18 Die Initiative zur Einsetzung einer Kommission für die Revision des Strafgesetzbuchs durch die Regierung ging von der konservativen Partei *Høyre* und der liberalen *Venstre*-Partei aus (Regierung von Otto B. Halvorsen I, 1920–21), die Empfehlung der Kommission wurde dem Justizministerium übergeben, als die Bauernpartei (*Bondepartiet*) an der Regierung war (Regierung Peder L. Kolstad, 1931–32), und große Teile der Gesetzesvorbereitungen des Ministeriums fanden unter der Regierung Jens F. Hundseid (ebenfalls *Bondepartiet*) statt. Der Gesetzentwurf wurde schließlich von der Regierung Johan L. Mowinkel (*Venstre*) eingebracht, die auch noch im Amt war, als das Gesetz angenommen wurde.

19 Die *Samfundsparti* wurde in den frühen dreißiger Jahren gegründet und errang 1933 ein Mandat im Storting. Sie vertrat ein utopisches Sozial- und Wirtschaftsprogramm, das quer zu den politischen Scheidelinien lag.

20 Carl E. Chr. Bonnevie in: O.tid., sak nr. 7: „Innstilling fra justiskomiteen til lov om adgang til sterilisering m.v.“ (Innst. O. nr. 46). In: *Odelstingstidende*, 9. Mai 1934, 157–162, hier 158.

21 Ibid., 157 f.

22 Haave 2000, wie Fußnote 11, 310.

23 Seip 1994, wie Fußnote 8, 141 ff.

24 Det norske Arbeiderparti: *Sosial trygghet*. Oslo 1945.

NORDEUROPAforum

Zeitschrift für Politik,
Wirtschaft und Kultur
ISSN 1863639X
2/2001

11. Jahrgang (4. der N.F.)
Seiten 55-78

Textanfang**Summary****Sterilisierung - ein Blick auf****Der Platz der Sterilisierungsf****Sterilisierung von geistig Beh****Sterilisierung von Frauen in s****Zwischen Freiwilligkeit und Zw****Schluss****Fußnoten**

[zur Startseite](#)

25 Idem: *Arbeidsprogram for perioden 1946–49*. Oslo 1945.

26 St.meld. nr. 58 (1948): Om folketrygden. Eine nähere Darstellung liefert Seip 1994, wie Fußnote 8, 152 ff.

27 Det norske Arbeiderparti: *Grunnsyn og retningslinjer*. Oslo 1949.

28 Bergh, Trond: „Norsk økonomisk politikk 1945–65“. In: Idem u. Helge Pharo (Hgg.): *Vekst og velstand. Norsk politisk historie 1945–1965*. Oslo/Bergen/Tromsø 1977, 11d–97.

29 Siehe Nordby, Trond: *Karl Evang. En biografi*. Oslo 1989, 125 ff.

30 Siehe Evang, Karl: *Rasepolitikk og reaksjon*. Oslo 1934, sowie idem: *Sterilisering etter lov av 1. juni 1934*

om adgang til sterilisering m.v. Sarpsborg 1995. Hier war Evang dem deutschen Sozialmediziner Alfred Grotjahn, einem herausragenden Vertreter sozialdemokratischen eugenischen Denkens während der Weimarer Republik, verpflichtet. Siehe Schwartz, Michael: *Sozialistische Eugenik. Eugenische Sozialtechnologien in Debatten und Politik der deutschen Sozialdemokratie 1890–1933*. Bonn 1995.

31 Sosiallovkomiteen av 1935: *Innstilling VIII. Lov om omsorg for åndssvake*. Oslo 1946, 10.

32 Eine eingehendere Darstellung liefert Simonsen, Eva: *Vitenskap og profesjonskamp. Opplæring av døve og åndssvake i Norge 1881–1963*. Unveröffentlichte Habilitationsschrift, Institut für Behindertenpädagogik, Pädagogische Fakultät, Universität Oslo 1998, 357 ff.

33 St.meld. nr. 71 (1952): *Om landsplan for åndssvakeomsorgen*.

34 Syse, Aslak: *Rettssikkerhet og livskvalitet for utviklingshemmete. Rettigheter, vern og kontroll som rettslige virkemidler*. Oslo 1996, 79 ff.

35 St.meld. nr. 71 (1952), wie Fußnote 33, 6. Der Plan wurde in der Hauptsache vom Staatlichen psychiatrischen Oberarzt im Zentralamt für das Gesundheitswesen, Christofer Lohne Knudsen, sowie Ole B. Munch, dem Staatlichen Sachverständigen in der Frage und Oberarzt einer der großen Anstalten für geistig Behinderte im Lande, verfasst. Die Abschnitte über Sterilisierung bauten auf einem Bericht von Generalmedizinaldirektor Evang auf. Siehe Haave 2000, wie Fußnote 11, 335.

36 St.prp. nr. 36 (1960–61): *Om videre utbygging av åndssvakeomsorgen*; sowie St.meld. nr. 89 (1963–64): *Om utbygging av åndssvakeomsorgen*.

37 *Innstilling om omsorgen av handikapte* (gedruckt als Anlage zu St.meld. nr. 73 (1964–65): *Om utviklingen av omsorgen for handikapte*.), 16. In diesem Ausschuss saß auch Lohne Knudsen, der den Landesplan 1952 mit ausgearbeitet hatte (vgl. Fußnote 34).

38 Haave 2000, wie Fußnote 11, 339 f.

NORDEUROPAforum

Zeitschrift für Politik,
Wirtschaft und Kultur
ISSN 1863639X
2/2001
11. Jahrgang (4. der N.F.)
Seiten 55-78

Textanfang**Summary**

**Sterilisierung - ein Blick auf
Der Platz der Sterilisierungsf
Sterilisierung von geistig Beh
Sterilisierung von Frauen in s
Zwischen Freiwilligkeit und Zw
Schluss
Fußnoten**

zur Startseite

39 Ibid., Zitat 340.

40 Ibid., Zitat 342. Der Leitfaden wurde bereits drei Jahre, bevor die Antibabypille in Norwegen als Verhütungsmittel legalisiert wurde, ausgearbeitet und konnte folglich nicht veröffentlicht werden.

41 Ibid., 342 f.

42 Aas, Ingeborg:

„Hvordan kan samfundet beskytte sig mot åndssvake og sedelighetsforbrytere“
In: *Socialt Arbeid*. 5 (1931), 241–279, hier 234.

43 Die Sterilisation nach § 3 Abs. 2, der besonders auf leichte Schwachsinngrade abzielte, war formal freiwillig. Vor dem Hintergrund der Anforderungen, die gestellt wurden, und der Situation, in der sich der Betreffende allgemein zu befinden angenommen wurde, beinhaltete diese Bestimmung jedoch nur einen geringen Grad an realer Wahlfreiheit für den Betreffenden, was es erlaubt, die Praxis in Bezugnahme auf diese Bestimmung als mehr oder minder zwangsmäßig zu bezeichnen.

44 Haave 2000, wie Fußnote 11, 93 ff., Zitat 96.

45 Ziel der Sterilisierungsregelungen im dänischen Gesetz für geistig Behinderte von 1934 war es, die Möglichkeit der Zwangssterilisation von Internierten zu erleichtern, u.a. indem die Anstaltsleitung die Sterilisation zur Bedingung für eine Entlassung machen konnte. Diese Bestimmung war insbesondere für leichte Fälle von Schwachsinn gedacht, die außerhalb einer Anstalt leben konnten, sich aber höchstwahrscheinlich einer Sterilisation widersetzen würden. Siehe Koch 1996, wie Fußnote 15, 90 ff.

46 Evang 1955, wie Fußnote 30,40 f.

47 Haave 2000, wie Fußnote 11, 364 ff.

48 Diese Gesetzesänderung, die erst 1961 durchgeführt wurde, beinhaltete, dass § 4 nur Anwendung finden konnte, wenn die betreffende Person „unvermögend war, zu dem Eingriff Stellung zu nehmen“. Zu diesem Zeitpunkt war die Verwaltungspraxis allerdings längst an die Richtlinien des Leitfadens von 1950 anzupassen versucht worden, so dass sich kaum erkennen lässt, dass die Gesetzesänderung zu einer realen Änderung der Praxis führte.

49 Det norske medicinske Selskab: „Sterilisasjon etter lov av 1. VI. 1934 om adgang til sterilisasjon m.v.“ (Diskusjon etter foredrag av K. Evang). In: *Nordisk Medicin*. 54 (1955), 1829–1839, hier 1834.

50 Zitat bei Haave, Per u. Øyvind Giæver:

Sterilisering på medisinsk grunnlag og sammenhengen mellom eugenikk og - et forprosjekt. Norges forskningsråd (Medisin og helse). Rapport avgitt til Sosial- og helsedepartementet. Oslo 2000, 27.

51 Siehe Aas, Ingeborg: *Kvinnen og barnet i forhold til spørsmålet om Abortus provocatus*. Oslo 1935.

NORDEUROPAforum

*Zeitschrift für Politik,
Wirtschaft und Kultur*

ISSN 1863639X

2/2001

11. Jahrgang (4. der N.F.)

Seiten 55-78

Textanfang

Summary

Sterilisierung - ein Blick auf

Der Platz der Sterilisierungsf

Sterilisierung von geistig Beh

Sterilisierung von Frauen in s

Zwischen Freiwilligkeit und Zw

Schluss

Fußnoten

zur Startseite

52 Das schwedische Abtreibungsgesetz von 1938 beinhaltete übrigens Regeln über gleichzeitige Sterilisation bei eugenischem Schwangerschaftsabbruch; die schwedische Abtreibungskommission trat in ihrer Empfehlung 1953 jedoch dafür ein, den sogenannten Bedingungsparagrafen des Abtreibungsgesetzes zu streichen. Siehe Tydén 2000, wie Fußnote 6, 234 ff. Das dänische Abtreibungsgesetz von 1938 blieb ohne entsprechende Regelungen, und in ihrer Empfehlung von 1954 schlug die dänische Schwangerschaftskommission vor, Regelungen über die gleichzeitige Sterilisierung bei eugenischem Schwangerschaftsabbruch einzuführen. Dieser Vorschlag fand dann Eingang in das Abtreibungsgesetz von 1956. Siehe Koch 2000, wie Fußnote 7, 319 ff.

53 Evang 1955, wie Fußnote 30,27 ff.

54 Haave 2000, wie Fußnote 11, 186 f.

55 „Sterilisasjonsloven bra som den er? Helsedirektør Evang om lovens viktigste formål“. In: *Dagbladet*, 02.12.1953.

56 Haave, Per: „Sterilisering av tatere – kirurgi på ‚rasemessig‘ grunnlag?“. In: Bjørn Hvinden (Hg.): *Romanifolket og det norske samfunnet*. Bergen 2000, 32–73, hier 50.