

Aus der Brandenburgischen Landesfrauenklinik Berlin-Neukölln  
Direktor: Prof. Dr. B. Ottow

## Vorläufiges über praktische Erfahrungen in der Erbgesundheitsgerichtsbarkeit und bei der Unfruchtbarmachung erbkranker Frauen<sup>1</sup>

Von B. Ottow

Das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933 bildet mit seinen beiden Ausführungsbestimmungen (vom 5. Dezember 1933 und vom 29. Mai 1934) die Grundlage der Arbeit der Erbgesundheitsgerichte im Deutschen Reich. Dieses Gesetz ist in seinen Zielen und Zwecken, wie in seiner Durchführungstechnik in ausgezeichneter Weise aus dem fast jedem deutschen Arzt bekannten Buch von Gütt-Rüdin-Ruttke<sup>2</sup> zu ersehen.

Die praktische Arbeit der Erbgesundheitsgerichte hat bereits seit bald einem halben Jahre allorten eingesetzt. Es ist selbstverständlich, daß sich bei einer so bedeutungsvollen und einschneidenden gesetzlichen Maßnahme, die in vielem auch eine weltanschauliche und praktisch-ärztliche Neuorientierung verlangt, anfangs gewisse Unklarheiten, ja man darf auch sagen Schwierigkeiten in der Handhabung und Durchführungen ergeben können.

Wenn oft mehr als Redensart behauptet wird, daß Schwierigkeiten nur dazu da seien, um energisch und zielbewußt überwunden zu werden, so hat diese Redensart gerade auf dem Gebiete dieser Frage, wo es nicht nur um die Gesundheit, sondern auch um den Bestand und die Zukunft des deutschen Volkes geht, Wirklichkeit zu werden. Und der allendliche Erfolg ist uns allen Gewißheit!!

Es liegt viel, ja ausschließlich am deutschen Arzt, daß das Gesetz mit seinen erhofften, sich aber erst nach Jahrzehnten offensichtlich zeigenden Folgen, durchgeführt wird. Man darf mit Stolz behaupten, noch nie in der Geschichte der Menschheit ist der Arzt in seinem wirklichen Arzttum so in das Volksschicksal und damit in den Volksstaat eingebaut worden, wie das heute durch die biologisch begründete und im deutschen Staat verankerte nationalsozialistische Weltanschauung praktisch geschieht! Der deutsche Arzt sei sich dessen bewußt und er setze alles daran, daß der Glaube, der in ihn gesetzt wird, kein leerer ist.

Das Gesetz verlangt die tätige, überzeugungstreue Mitarbeit jeden Arztes und darüber hinaus aller der Personen und Stellen, die sich mit Untersuchung, Heilbehandlung und Betreuung kranker Volksgenossen zu befassen haben (Heilpraktiker, Hebammen, Schwestern, Zahnärzte u. a.).

Die ärztliche Mitarbeit an den Bestrebungen zur Verhütung erbkranken Nachwuchses gliedert sich in drei große Gruppen: die Vorarbeit, die Erbgesundheitsgerichtsbarkeit und die praktische Ausführung der Unfruchtbarmachung.

Die Vorarbeit betrifft jeden Arzt und über ihn hinaus teilweise und beschränkt auch die vorgenannten Stellen. Sie besteht in der Erkennung und Aussonderung der Erbkranken (im Sinne des Gesetzes), sowie in der Anzeige, Antragstellung und Begutachtung. In besonderem Maße ist hier der Amtsarzt (Kreisarzt) zu dieser schweren und verantwortungsvollen Tätigkeit verpflichtet. In ihren Einzelheiten ergibt sie sich aus den Zusammenstellungen und Erläuterungen von

<sup>1</sup> Teilweise vorgetragen auf der 80. Sitzung der Nordostdeutschen Gesellschaft für Gynäkologie, Danzig, 30. Juni 1934. <sup>2</sup> J. F. Lehmann's Verlag, München 1934.

Gütt-Rüdín-Ruttke. Sie ist aber auch namentlich in ihren praktischen Forderungen aus der jüngst erschienenen Darstellung von Boehm<sup>3</sup> zu ersehen. An diesen Vorarbeiten ist neben dem Erbbiologen, man darf wohl auch sagen Erbpathologen, und dem Psychiater in besonderem Umfang der Geburtshelfer beteiligt. Er sieht die Frau Mutter werden, sieht den Nachwuchs ins Leben treten, kann somit in bevorzugter Weise das System der Generationen und Erbfolgen beurteilen und das Neugeborene schon jetzt in vielem in seinen erbbiologischen Lebens- und Volkswerten abschätzen. Und bekanntlich verlangt das Gesetz die Anzeige jeder erbkranken Person, ohne Rücksicht darauf, ob im Augenblick schon oder noch Fortpflanzungsfähigkeit besteht. Es müssen demnach auch erbkranken Kinder jeden Alters (Mißbildungen Neugeborener u. a.) zur Anzeige gebracht werden.

Die Erbgesundheitsgerichtsbarkeit als solche bedingt in Erbgerichten und Obergerichten die richterliche Mitarbeit von je zwei Ärzten, einem Amtsarzt und einem mit erbbiologischen Fragen in besonderem Umfange vertrauten Arzt. Der Geschäftsgang der Erbgesundheitsgerichte ist in vielem ein verwickelter; die Beschlußfassung entsprechend der Eigenheit der Materie besonders verantwortungsvoll. Es kann hier nicht der Ort sein, auf den Gang der Erbgerichte im einzelnen einzugehen. Es darf in dieser Hinsicht auf die orientierende Mitteilung des Vorsitzenden der I. Kammer des Berliner Erbgerichts Dr. Matzner<sup>4</sup> verwiesen werden.

Es sei nur erwähnt, daß die Erbgesundheitsgerichte bisher in der ersten Phase ihrer Tätigkeit standen und jetzt langsam in die kompliziertere zweite Phase übertreten. Hierbei ist als erste Phase die Tätigkeit zu werten, der altes, seinem Wesen und seiner Diagnose nach bekanntes und eindeutig festgesetztes Anstaltsmaterial an Erbkranken zugrunde liegt, während die zweite Phase die Erbkranken umfaßt, die ad hoc durch die Ärzte und Amtsärzte aus der Gesamtheit des freien Volks herausgesondert werden. Die in der ersten Phase gesammelten erbbiologischen Erfahrungen kommen natürlich der Beurteilung der späteren Fälle zugute.

Die praktische Ausführung der Unfruchtbarmachung ist nicht jedem Arzt überlassen. Hier sind von staatswegen besondere Vorschriften erlassen worden. Es werden besondere Krankenhäuser namhaft gemacht, die Sterilisierungen nur an Männern, oder nur an Frauen, oder an beiden vornehmen dürfen. Diese Maßnahme garantiert, daß der Staat jederzeit die volle Überwachung der Ausführung behält.

Das Erbgesundheitsgericht Berlin, das seit kurzem bereits in zwei Kammern arbeitet, hat naturgemäß schnell eine große Erfahrung gewonnen. Bereits die erste Kammer, der ich als ärztlicher Richter seit dem Beginn ihrer Tätigkeit angehöre, hat mehr als 1000 Fälle von Erbkranken im Hinblick auf das Erfordernis ihrer Unfruchtbarmachung in allseitiger Abschätzung beschlußmäßig durchberaten. Neben dieser meiner praktisch-gerichtlichen Tätigkeit im Rahmen des Erbgesundheitsgerichts Berlin ist von mir in der Brandenburgischen Landesfrauenklinik eine besondere Abteilung zur Unfruchtbarmachung erbkranker, von den Erbgesundheitsgerichten durch positive Beschlußfassung dazu vorgesehener Frauen eingerichtet worden. Diese Abteilung verfügt über ein reiches Material, da sie vornehmlich aus den vielen psychiatrischen Landesanstalten der Mark Brandenburg mit Kranken belegt wird. Es sind bis heute in dieser Abteilung bereits 91 Frauen gesetzlich sterilisiert worden.

<sup>3</sup> Boehm, Zeitschr. f. Medizinalbeamte, 1934, Nr 8.

<sup>4</sup> Matzner, Der Erbarzt, Beilage zum deutschen Ärzteblatt, 1934, Nr 2 und 3.

Durch diese eingehende Beschäftigung mit dem Problem der Unfruchtbarmachung, sowohl auf praktisch-gerichtlichem wie auf klinisch-operativem Gebiete, ist eine ganze Reihe von Fragen und Problemen angeschnitten und zur Abschätzung und Beurteilung gebracht worden. Ihre Klärung, Darstellung und Systematisierung ist natürlich von nicht geringer Bedeutung, denn die Erfahrungen der Praxis sind dazu angetan, befruchtend und in manchem vielleicht auch erneut wegweisend auf die Arbeit der Gesetzgeber rückzuwirken.

Überall im nationalsozialistischen Staatsgefüge erfolgt eine lebendige, dem Wohle des Ganzen allein dienende ständige Rückwirkung und Fühlungnahme zwischen Volk und Führung, zwischen Auswirkung und Anordnung. Der alte, starre und unsinnige Spruch: *fiat justitia, pereat mundus* hat nirgends seine unheilvolle Wahrheit mehr verloren, als im Neuaufbau des nationalsozialistischen Deutschland. So ist er auch in besonderem Maße undenkbar in der Realisierung eines Gesetzes, das biologisch fundiert ist, wie kein anderes, und seine sittliche Kraft und Notwendigkeit aus der ewigen Naturgesetzlichkeit entlehnt. In der Natur herrscht als zwingendes Muß der Erhaltung nicht des individuellen, sondern des übergeordneten artlichen, rassischen oder nenne man es auch volklichen Lebens und Daseins das Prinzip der Auslese und Ausmerze. Im menschlichen Dasein ist dieses lebenserhaltende Prinzip durch das Übermaß der Kulturentwicklung durchbrochen und abgelenkt worden. Nicht zum Heile der Völker, vielleicht zum zeitlichen Vorteil einiger Individuen, bestimmt aber zum dauernden Nachteil der Gesamtheit. Hier zu retten was zu retten ist, ist das hohe moralische Muß einer verantwortungsbewußten und verantwortungsbeladenen Volksführung, wie sie Deutschland das hohe Glück hat endlich erkämpft und errungen zu haben. Es wird daher natürlich auch das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses keine starre Vorschrift bleiben, der sich das Volk und namentlich der schuldlos betroffene Einzelne zu beugen hat, sondern es wird in lebendiger Anpassung an die Fortschritte der Erbbiologie und die Erfahrungen seiner praktischen Durchführung sich ausgestaltend und ergänzend seinem hohen Ziel und Zweck weiter anpassen.

Hierzu die Bausteine mitzuliefern, ist nicht die Aufgabe aufgeblähter Kritik, sondern freudiger, überzeugter Mitarbeit der deutschen Ärzteschaft, namentlich der Ärzte, die durch die Eigenart ihrer Tätigkeit in besonderer Weise zur Mitarbeit berufen sind.

Die nachfolgenden Erörterungen sollen vorläufige praktische Erfahrungen aus der Klinik der Unfruchtbarmachung erbkranker Frauen bringen. Über die Erbgesundheitsgerichtbarkeit mit ihren praktisch-medizinischen Fragestellungen und Aufgaben soll hier nicht gesprochen werden. Es wird sich mit fortschreitender Zeit und Erfahrung die Möglichkeit bieten, zu dem Fragekomplex in seiner Gesamtheit ausführlich Stellung zu nehmen.

Aus dem umfangreichen Material des Berliner Erbgesundheitsgerichts<sup>5</sup> läßt sich ersehen, daß rein zahlenmäßig die Schizophrenie an erster Stelle bei den Unfruchtbarmachungen steht, dann folgen bald nach der angeborene Schwachsinn und die erbliche Epilepsie (etwa 34% : 29% : 24%). Weit zurückliegend folgen erst schwerer Alkoholismus und zirkuläres (manisch-depressives) Irresein (etwa 7% : 3%). An letzter Stelle stehen dann schwere erbliche Körpermißbildungen, erbliche Blindheit, Taubheit und erblicher Veitstanz. Diese Zahlenfolge dürfte demnach

<sup>5</sup> Vgl. auch v. Verschuer, *Der Erbarzt*, 1934, S. 13.

anscheinend auch ziemlich allgemein für die sogenannte I. Arbeitsphase der Erbgesundheitsgerichtsbarkeit Geltung haben, die sich, wie erwähnt, vornehmlich mit der Durcharbeit des Krankenmaterials geschlossener Anstalten zu befassen hat. Ob sie auch später Bestand haben wird, bleibt abzuwarten.

Nach diesen Zahlenproportionen gestaltet sich vorläufig das Zugangsmaterial zu den Kliniken, die zur Ausführung gesetzlicher Unfruchtbarmachung berechtigt sind.

Der operierende Arzt steht diesen Zuweisungen in einer anfangs völlig ungewohnten, neuen Situation gegenüber. Alle bisherigen Pat. nahm er nach eingehender Untersuchung und Abschätzung streng indiziert zur Operation auf, hier steht er der Weisung des Gerichts gegenüber, eine Bauchhöhlenoperation mit einem Eingriff an den Adnexen zwangsweise durchzuführen. Ganz abgesehen davon, daß solch ein Eingriff erst durch den jeweiligen Zustand der Adnexe und der Genitalien ermöglicht wird, und daß hierbei zugleich der Allgemeinzustand ausschlaggebend mitwirkt, handelt es sich bei den Unfruchtbarmachungen noch dazu größtenteils um psychisch abnorme Frauen, von denen man nicht weiß, wie sie sich zum Eingriff stellen, wie sie auf ihn reagieren und wie sie sich nach ihm, in der Zeit der Rekonvaleszenz, verhalten werden.

Der Operateur und Kliniker übernimmt somit durch die Ausführung des Eingriffs eine große Verantwortung, ohne anfangs diese Verantwortung in den sie bedingenden und formenden Einzelmomenten abschätzen und überblicken zu können. Diese für den Operateur ganz neue, weil bisher einzigartige Situation, mag anfangs schwierig, ja vielleicht undurchführbar erscheinen. Sie ist es jedoch keinesfalls. Natürlich kann die Verantwortung für das Wohl und Wehe der zu operierenden Frau von dem Operateur in keinem Falle genommen werden. Er muß und wird sie tragen, denn Gesundheit — natürlich in durch die Erbkrankheit eingeschränktem Sinne — und Leben auch einer unglücklichen Erbkranken darf niemand von sich aus gering schätzen und herabsetzen. Das will und gestattet das Gesetz auch in keinem Falle! Das sei anders lautenden und offensichtlich böswillig inspirierten Behauptungen gegenüber auch an dieser Stelle mit aller Deutlichkeit und Schärfe nochmals zum Ausdruck gebracht.

Es ist aber die durchaus durchführbare und erreichbare Pflicht und Aufgabe des Operateurs, aus der Gesamtheit der vorliegenden somatischen und psychischen Gegebenheiten des gesetzlich zur Operation eingewiesenen Falles, den Weg herauszufinden, der mit einem Mindestmaß an Gefahr und somit mit tragbarer Verantwortung beschritten werden kann. Findet sich ein solcher tatsächlich nicht, oder im Augenblick nicht, so sieht das Gesetz Möglichkeiten vor, die aufschiebende und aufhebende Wirkungen in sich fassen. Auch mag es sein, daß aus den kommenden Erfahrungen hier mit der Zeit die eine oder andere Bestimmung sich neu ausbilden wird.

Im Laufe von 2 Wochen nach der Erlangung der Rechtskraft des Beschlusses des Erbgesundheitsgerichts erfolgt die Einweisung der Kranken zur Unfruchtbarmachung. Es ist wichtig, daß das Gericht, dem zur erbpathologischen Beurteilung meist nur aktenmäßige Unterlagen in Form von Anstaltskrankengeschichten, Entmündigungsverfahren u. a., sowie dem jeweiligen amtsärztlichen oder ärztlichen Gutachten nebst dem Intelligenzprüfungsbogen vorliegen, und das dann noch erbbiologische Bestandsaufnahmen der Sippen vornehmen, sowie Vernehmungen von Ehegatten, Anverwandten und anderes durchführen kann, meist zu seinem Beschluß gelangt, ohne eine personelle Untersuchung und Begutachtung des Probanden. Das Gericht kann also gar nicht Stellung nehmen zu dem je-

weiligen Allgemeinzustand und dem Zustand der Genitalien in operationsindikatorischer Hinsicht. Dazu sind die Unterlagen zu unvollständig. Das kann auch der ärztliche oder amtsärztliche Begutachter, dessen Untersuchungsergebnis dem Gericht vorliegt, nicht, weil ihm für diese Spezialaufgabe der erforderliche Erfahrungsmaßstab meist fehlt. Das Erbgesundheitsgericht hat also nur über die erbpathologische Eingliederung des jeweiligen Falles in den § 1 des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses zu befinden, in dem die acht bekannten Gruppen von Erbkrankheiten, sowie der schwere Alkoholismus aufgezählt sind. Alles andere hat der operierende Arzt nachzuholen. Und in dieser Nachholung, sowie in der indikationskritischen Abschätzung aller Befunde liegt neben der vollkommenen technischen Beherrschung der Sterilisationsmethoden seine Verantwortung gegenüber dem ihm gewissermaßen gesetzlich aufgezwungenen Operationsfall.

Da es sich bei den Einweisungen hauptsächlich um psychiatrische Erbkranken handelt, wird die erste Untersuchung und Abschätzung den psychiatrischen Zustand in Verbindung mit der durchzuführenden Operation betreffen. Hierbei ist vornehmlich zu unterscheiden zwischen den Schizophrenen und den Schwachsinnigen, wobei die verblödeten Epileptischen den Schwachsinnigen meist gleichzusetzen sind.

Kommen die Schizophrenen im Latenz- oder Intervallstadium mit noch fehlenden geistigen Defektzuständen zur Operation, so haben sie meist volle Einsicht und Urteilskraft. Sie sind jetzt fast wie gesunde Frauen zu nehmen und zu behandeln. Man weiß aber schließlich nie, wie und ob sich bei ihnen das somatische und psychische Trauma der Operation bemerkbar macht. Ich habe Fälle erlebt, wo sich augenblicklich schubfreie schizophrene Frauen nur sehr schwer zur Operation entschließen konnten und den Gedanken an spätere hier ursächlich gegebene Schädigungen nicht überwinden konnten. Auch den Angehörigen fehlt oft weitgehend das Verständnis für die Situation, die im Grunde eine Verzichtleistung des Einzelnen im Hinblick auf die Förderung der Gesamtheit darstellt. Hieraus können sich natürlich unter Umständen weitreichende psychogene Komplexe herleiten, die jedoch im einzelnen hier nicht erörtert werden können, und für die Operationswahl und den Operationsablauf größtenteils belanglos sind. Ganz anders sind die noch erregten, verwirrten, halluzinierenden und unruhigen Schizophrenen zu beurteilen. Über die Tatsache und die Ausführung der Operation scheinen sie noch am leichtesten hinwegzukommen. Sie sind aber schwer oder gar nicht außerhalb der Narkose gynäkologisch zu untersuchen, sie sind vor allem nach der Operation auch mit Hilfe von Narkotika kaum oder in keiner Weise im Bett oder in der erforderlichen Situation zu halten. Ihr Zustand kann somit in hohem Grade das Operationsresultat gefährden. Über klinische Einzelheiten in dieser Richtung wird später noch zu berichten sein.

In einem Falle einer ganz schweren Schizophrenie, bei der der abklingende Schub durch die Verlegung in die Klinik wieder manifest wurde, habe ich die Ausführung der Unfruchtbarmachung ablehnen müssen. Ich konnte die Verantwortung für den Eingriff, namentlich für die möglichen Eventualitäten in seiner Folge, nicht übernehmen. In solchen Fällen kann durch erneute Begutachtung vor dem Gericht aufschiebende Wirkung erreicht werden; Voraussetzung hierzu ist allerdings weitere sichere Verwahrung in einer geschlossenen Anstalt. In diesem Fall hatte die Frau, die sich in völlig gesperrtem, unzugänglichem Geisteszustand befand, sich vorerst für 4 × 24 Stunden in fast katatonen Haltung vor ihr Bett gestellt; sie war nicht zu bewegen, sich zu entkleiden und hinzulegen. Später besserte sich in dieser Hinsicht der Zustand; es ist aber niemals zu irgendeiner Untersuchung

oder Organbeurteilung gekommen. Immer erfolgte strikte Weigerung und Ablehnung. Eine zwangsweise Narkoseuntersuchung oder Operation mußte ich ablehnen, da gar nicht zu übersehen war, was nachher hätte geschehen können (Aufreißen der Wunde, Vorfall der Därme, Verweigerung jedes Bettaufenthalts u. a.). Die Schizophrenie in diesem Zustande beeinflußt daher die Operabilität durchaus; sie ist auch in der Lage, auf die Wahl der Operationsart entscheidenden Einfluß zu nehmen.

Anders und viel leichter und einheitlicher ist der angeborene Schwachsinn in operationsmöglicher und operationstechnischer Hinsicht abzuschätzen. Die leichten Grade sind in jeder Hinsicht harmlos. Sie sind gleichgültig und sorglos und nach der Operation in der Rekonvaleszenz leicht lenkbar. Nur die schweren Grade, die ausgeprägten Idiotien, können anfangs nach dem Eingriff Schwierigkeiten machen (Abreißen der Verbände, Zufassen und Bohren in der Wunde, unsinniges Hin- und Herwerfen nach der Operation mit fast fehlender Wirkung von Narkotika u. a.). Dort wo sich ein amoralischer und asozialer Einschlag stärkerer Prägung im Schwachsinn bemerkbar macht, oder wo die sexuelle Komponente besonders betont ist, wird die Sterilisierung oft mit besonderer Freude hingenommen. Sie bildet dann die ersehnte Garantie für spätere folgenlose Zügellosigkeit, wenngleich bekanntlich gerade in diesen Kreisen die Schwangerschaft auch meist völlig verantwortungslos und gleichgültig hingenommen wird (hohe Kinderzahl bei Schwachsinnigen!).

Die Epilepsie beeinflußt die Unfruchtbarmachung rein operativ betrachtet meist in keiner Weise. Im Gegenteil, das postoperative Bettliegen unter Zugabe von Luminal u. a. dürfte hier sogar krampfmindernd wirken.

Die selteneren Erbkrankheiten müssen im Zusammenhang mit der Durchführung der Sterilisation von Fall zu Fall im einzelnen gewertet werden.

Es ergibt sich somit, daß die psychiatrischen Erbkrankheiten in operationstechnischer Hinsicht bei der Unfruchtbarmachung abgeschätzt werden müssen. Sie können die Sterilisierung gelegentlich, im Augenblick wenigstens, kontraindiziert erscheinen lassen, weil nicht beurteilt werden kann, wie das Verhalten der Kranken nach dem operativen Eingriff sein wird, und welche Rückwirkungen sinnlose, auch bei aufmerksamster Pflege nicht immer restlos zu vermeidende Handlungen und Einstellungen auf den Operationsverlauf nehmen. Ob es möglich und angebracht sein kann, solche Kranke, nach der durchgeführten Operation, tage-, ja wochenlang unter starker narkotischer Einwirkung, in einer Art Dämmer Schlaf zu halten, muß psychiatrischer Erfahrung und Beantwortung überlassen werden.

Jedenfalls aber beeinflußt das psychiatrische Krankheitsbild und Krankheitsstadium den operativen Weg in ausschlaggebender Weise. Es gibt Fälle, die aus ihrem psychiatrischen Verhalten heraus möglichst nur vaginal operiert werden sollen. Die Wunde ist dabei den Kranken nicht oder wenigstens so gut wie nicht zugänglich, sie kann nicht durch Verbandabreißen und Selbstpalpation oder Selbstverletzung gestört werden, ein Aufplatzen der Scheidenwunde ist ausgeschlossen, und ein unsinniges Hin- und Herwerfen und Toben nach der Operation, das bei Irren häufig auch durch massive Dosen von Narkotika nicht zu unterdrücken ist, bleibt zum mindesten schadlos. Die vaginale Wunde wird bei richtiger Technik dadurch nicht gesprengt oder irgendwie beeinflußt.

Die Abteilung zur Unfruchtbarmachung erbkranker Frauen in der Landesfrauenklinik steht Tag und Nacht unter ununterbrochener Kontrolle und Betreuung sachkundiger, in psychiatrischen Landesanstalten ausgebildeter Pflegerinnen. Sie schlafen auch im Raum der operierten Frauen. Trotz dieser unbedingt gebotenen Vorsichtsmaßregeln ist es vorgekommen, daß eine Schwachsinnige am

Tage der Operation nach eben ausgeführter Laparatomie aufgestanden und über das Zimmer gegangen ist, daß eine Schizophrene trotz gefesselter Hände am Morgen mit blutigen Fingern betroffen wurde; sie hatte es verstanden, nachts unter der Bettdecke an den oberen Wundwinkel der vernähten und mit Heftpflaster gesicherten Laparatomiewunde heranzukommen. Man wird vielleicht in einzelnen dieser Fälle zu einer Art postoperativen Sicherheitsgürtels zurückgreifen müssen. Auch kann man, wie wir es taten, vor dem Schließen der Haut durch diese und die Fascie starke Seidennähte durchführen, die dann nach dem Klammern der Haut festgeknotet werden. Andererseits habe ich neulich eine unruhige, sehr unzugängliche und gar nicht irgendwie stillzuhaltende Schizophrene, die aus besonderen Gesichtspunkten trotz ihres Erregungszustandes sterilisiert werden mußte, vaginal operiert. Sie saß am Tage der Operation bereits gestikulierend im Bett und ist bei dem reaktionslosen Verlauf sich dessen gar nicht bewußt geworden, daß sie operiert wurde. Diese Beispiele lassen sich aus unserem Material heraus beliebig vermehren. Das Gesagte mag genügen, um zu zeigen, daß der Zustand der Kranken bei der Wahl des Operationswegs — abdominal oder vaginal — entscheidend mitspricht. Endlich sei noch erwähnt, daß man in geeigneten Fällen (weite Scheide, mobiler Uterus) auch dort dem vaginalen Operationsweg den Vorzug geben kann, wo die Unfruchtbarmachung aus bestimmten Spezialgründen auch noch nach erfolgter Rechtskraft strikte abgelehnt wird, oder wo wiederum mit bestimmter Zielsetzung jede erkennbare Narbe umgangen werden soll. In einem Falle — die Frau wurde zwangsweise durch die Polizei auf Anordnung des Amtsarztes eingeliefert (Gesetz § 12) und sperrte sich bis zuletzt gegen den Eingriff — bin ich so verfahren. Die schwachsinnige, aber in diesem Punkte urteilsfähige Frau war für diese Lösung der Frage dankbar.

Die gynäkologische Untersuchung der zur Sterilisation Eingewiesenen hat natürlich, wie üblich, möglichst umfassend und eingehend zu sein. Sie ist bei idiotischen oder scheuen schizophhren Kranken, namentlich falls es sich dabei noch um Virgines handelt, erschwert (Ängstlichkeit, Streuben, Spannung der Bauchdecken u. a.). Die rektale Untersuchung, falls nötig eine ergänzende Untersuchung während der Operationsnarkose, führt immer zum Ziel. In einzelnen Fällen kann dann während letzterer noch die endgültige Entscheidung fallen im Sinne einer vaginalen oder abdominalen Wahl des Operationsweges. Natürlich darf in den meisten Fällen auf Abstriche und die Blutsenkung nicht verzichtet werden. Namentlich unter den schwachsinnigen Frauen (Vagabondinnen, Prostituierte u. a.) finden sich nicht wenig Gonorrhöinfektionen und Adnexveränderungen.

Das gesetzlich festgelegte jüngste Grenzalter für Unfruchtbarmachungen ist mit 10 Jahren gegeben. Man wird jedoch im allgemeinen kaum vor der Pubertät operativ eingreifen. Praktisch werden demnach Frauen vom 14. bis etwa zum 43.—45. Lebensjahre der Operation unterworfen.

Die Indikation zum abdominalen oder vaginalen Vorgehen bei der Sterilisation ergibt sich, wie ausgeführt, aus der Gesamtheit der psychiatrischen und körperlichen Vorbedingungen und Befunde, wobei natürlich auch Erfahrung, Schule und technisches Können des Operateurs mitspielen.

Es läßt sich nicht sagen, daß das eine oder andere Vorgehen das normale oder typische sei. Beide haben ihre volle Berechtigung. Abdominal kann man natürlich technisch immer vorgehen, die vaginale Technik ist an bestimmte Vorbedingungen geknüpft. Liegen unklare oder gar im Sinne chronischer Entzündungen (Adnex-

tumoren) sprechende Adnexverhältnisse vor, bestehen sonstige Komplikationen der Genitalien (Myom u. a.), ist eine Gonorrhöe festgestellt oder besteht bereits ein Status post laparotomiam, dann sollte nach Möglichkeit abdominal operiert werden, auch falls der augenblickliche psychiatrische Zustand mehr für eine vaginale Operation spricht. In einem Falle sehr weitgehender Vaginalatresie, die aber theoretisch doch noch die Möglichkeit einer Gravität zugelassen hätte, war ich gezwungen zu laparatomieren, wengleich ich hier gerne aus anderen Gesichtspunkten von der Scheide aus vorgegangen wäre. Über die Gonorrhöe und die Adnexveränderungen im Zusammenhang mit der Sterilisationsoperation wird noch zu sprechen sein. Vaginal sollte vor allen Dingen operiert werden, wenn ein psychiatrischer Zustand vorliegt, der nicht die Gefahrlosigkeit eines Leibschnittes im postoperativen Verhalten garantiert (Gewalttätigkeit, Uneinsichtigkeit, motorische Unruhe u. a.). Gefördert wird das vaginale Vorgehen durch vorausgegangene Geburten und durch eine Beweglichkeit des Uterus, die gestattet die Portio mit der Kugelzange bis in den Introitus herabzuziehen. Es läßt sich aber vaginal auch vielfach gut bei Virgines operieren, wie mehrere eigene Fälle zeigen. Der Zugang wird durch eine mediane Episiotomie, die über das Hymen hinaus etwas tiefer in die Vagina vordringt, gut hergestellt. Bei Kindern bis etwa zum 18. Lebensjahre sollte man die vaginale Operation vermeiden. Die Organe sind noch zu zart und zerreiblich. Eine Sterilisationslaparotomie bei einer schwer schwachsinnigen Epileptika im 14. Jahre hat mich davon überzeugt.

Es zeigt sich somit, daß die Indikationen zum abdominalen und vaginalen Vorgehen sich ziemlich fest aus der Gesamtheit der Erscheinungen heraus umgrenzen lassen. Es gibt eben Fälle, die nur so, und andere, die nur anders operiert werden sollten; es gibt Fälle, wo das abdominale Vorgehen als zu gefährlich abzulehnen ist und wo andererseits der vaginale Eingriff unangebracht oder technisch undurchführbar ist.

Bei der Untersuchung der Frauen und ihrer Wertung im Hinblick auf den geforderten Eingriff, erhebt sich nicht selten die Frage — sie betrifft namentlich unklare Adnexbefunde —, ob nicht mit einer Hysterosalpingographie ein Befund zu erheben ist, der die Operation mit Bestimmtheit als unnütz erscheinen lassen könnte. Damit wird der ganze Fragekomplex der salpingographischen Sterilitätsdiagnose angeschnitten. Rein gerichtstechnisch könnte man damit wohl auch nach bereits erfolgter Rechtskraft des Urteils noch eine Revision desselben erreichen, denn dem Erbgesundheitsgericht kommt es ja keinesfalls auf die Operation, sondern nur auf Gewißheit der zu erreichenden oder bestehenden Unfruchtbarkeit Erbkranker an. Man wird aber mit der Salpingographie kaum zu bindenden Prognosen für die Zukunft kommen. Es sei in diesem Zusammenhang nur an die schließlich nicht seltenen Fälle erinnert, wo nach doppelseitigen Adnextumoren oder auch nach umfangreichen Douglasabszessen doch noch Schwangerschaft eintritt. Die Unsicherheit der Situation wird nach der anderen Seite aber wiederum durch die Tatsache gekennzeichnet, daß Salpingostomien so selten positive Resultate ergeben. Das Kapitel Adnexveränderungen und gesetzliche Sterilisation ist daher in jeder Beziehung noch zu unsicher und unklar, um hier vorläufig irgendwelche bindende Richtlinien aufzustellen. Die Untersuchung wird den sterilitätsbedingenden Umfang der Adnexveränderungen geringen oder mäßigen Grades kaum je erfassen können, und der Operateur wird sich nicht selten hier komplizierten Situationen gegenübergestellt finden. Daß einzelne Sterilitätsoperationen gerade aus solchen Gründen unnütz ausgeführt werden, ist

eine Tatsache, die sich kaum ändern lassen wird, die jedoch im Hinblick auf die hohen Ziele des Gesetzes keineswegs zu tragisch zu nehmen ist. Die gleiche Unzulänglichkeit mag vielen Operationen anhaften, die noch in vorgeschrittenerem Alter der Frauen (über 40 Jahre) ausgeführt werden müssen, denn die relative Sterilität dieses Lebensalters ist bekannt. Der Grundsatz »in dubio pro reo« sollte hier doch nur mit kritischer Vorsicht Anwendung finden.

Über die Methoden und Technik der Sterilisationsoperationen soll hier nicht im einzelnen gesprochen werden. Das bleibt einer anderen Mitteilung vorbehalten. Von den 91 bisher ausgeführten gesetzlichen Sterilisationen wurden 21 auf vaginalem Wege, die übrigen per laparotomiam gemacht.

Die Forderungen, die an eine gesetzlich verlangte Sterilisierung zu stellen sind, sind größtmögliche Lebens- und Komplikations-sicherheit, wobei die Vermeidung der Komplikationen sowohl die Zeit gleich nach der Operation, wie die spätere Lebenszeit zu umfassen hat, und Rezidiv-sicherheit. Letztere betrifft die Ausschaltung jeder Möglichkeit einer uterinen, als auch einer extrauterinen Gravidität. Diese beiden Schwangerschaftsmöglichkeiten sind allerdings im Hinblick auf das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses verschieden zu werten: die uterine Schwangerschaft würde eine glatte Sabotage des Gesetzes bedeuten, die Mutter selbst jedoch nicht schädigen, während die extrauterine Schwangerschaft eine Gefahr für ihre Trägerin ist, das Gesetz aber nicht umgeht, da mit einer ausgetragenen oder lebensfähigen Frucht in diesen Fällen praktisch nicht zu rechnen ist.

Die Lebenssicherheit, Komplikationsfreiheit und Rezidivvermeidung muß durch die Wahl der Methode und der Technik garantiert werden.

Das Grundprinzip einer jeden tubaren Sterilisationsoperation muß sein, den uterinen Tubenstumpf so zu sichern, daß die beweglichen und kaum ein Lichtungshindernis kennenden Spermien mit völliger Bestimmtheit vom Ei ferngehalten werden. Auf letzteres braucht dabei in keiner Form Rücksicht genommen werden. Wird es von den Spermatozoen nicht erreicht, fällt die Befruchtung aus, so zerfällt das Ei, wie das bei jeder frustranen Ovulation die Regel ist. Weiter sollen die Keimdrüsen nicht tangiert und auch in ihrer Blutversorgung nicht behindert werden, sollen der Organismus und die Organkontinuität möglichst intakt bleiben, und sollen keine größeren Gefäße getroffen und unterbunden werden. Die letztgenannte Forderung ist wesentlich zur Vermeidung der schließlich immer drohenden Thrombose- und Emboliegefahr. Alles das läßt sich durch die von uns gewählte Methode in weitgehendem Maße erreichen.

Die bisherigen Methoden der tubaren Sterilisation — ihrer gibt es bekanntlich eine große Zahl<sup>6</sup> — werden diesen Forderungen meist in nicht genügender Weise gerecht. Abzulehnen sind alle die zahlreichen Methoden, die gewissermaßen an den Tuben herumkünsteln, die subperitoneal resezieren, die Stümpfe in die Blätter des Lig. latum einlagern, besondere Verlagerungen, Quetschungen, Knotungen u. a. vornehmen (Beuttner, Asch, Labhardt, Dützmann, Feroni, Peitmann,

<sup>6</sup> Vgl. Nürnberger, Die sterilisierenden Operationen an den Tuben und ihre Fehlschläge, Samml. klin. Vortr. 1917, Gynäk. Nr 258/61; Lauriac, La stérilisation de la femme, Algier, 1929 (eine gute Zusammenstellung mit Abbildung fast aller Methoden); Fränkel, Empfängnisverhütung, Stuttgart, 1932; Naujoks und Boeminghaus, Die Technik der Sterilisierung und Kastration, Stuttgart, 1934; Wagner in Psychiatrische Aufgaben bei der Verhütung erbkranken Nachwuchses, herausgegeben von Bonhoeffer, Berlin, 1934; Handbücher von Halban-Seitz und von Stoeckel.

Tarnowski, Sellheim, Littauer, Flatau, Madlener u. a.). Bei dem vaginalen Vorgehen sind solche Künsteleien meist nicht möglich; man ist hier gezwungen, einfache Durchschneidungen und Endverlagerungen der durchschnittenen Tuben vorzunehmen, die dann sowieso extraperitoneal zu liegen kommen.

Die am Ovarium durch Verlagerung und Übernähung desselben angreifenden Sterilisationsoperationen (Goldspohn, Pana und Bucura, Blumberg, van de Velde u. a.) fallen bei der Unfruchtbarmachung erbkranker Frauen bekanntlich völlig fort, da die Ausführungsbestimmungen vom 5. XII. 1933 (Art. 1, Abs. 4) festsetzen: »Die Unfruchtbarmachung erfolgt in der Weise, daß ohne Entfernung der Hoden oder Eierstöcke die Samenstränge oder Eileiter verlegt, undurchgängig gemacht oder durchtrennt werden.«

Es kann hier nicht der Ort sein, auf die möglichen Unzulänglichkeiten der oben genannten oder in Frage kommenden Methoden im einzelnen hinzuweisen. Nur einige wenige Momente und Phasen in der tubaren Sterilisationstechnik seien herausgegriffen.

Bekanntlich begann die methodische Tubensterilisation, abgesehen von Blundell (1823), mit einer doppelten Unterbindung und dazwischen gelegenen Durchschneidung (Kehrer, 1897), dann Resektion der Eileiter (Fritsch, 1897). In beiden Fällen, und auch sonst bei weiter verfeinerten Methoden, hat es gelegentlich Rezidive, d. h. erneut eintretende Schwangerschaften, gegeben. Dieser Umstand ist neben ungenügender Technik auf die ungewöhnliche Restitutionsfähigkeit der Tuben zurückzuführen. Schließlich hat man den Tubenwinkel aus dem Uterus exzidiert und den Defekt genäht. Das hatte Schauta bereits 1888 (Arch. Gynäk. 33) bei entzündeten Tuben getan, während Neumann und gleichzeitig Rose (1898) dieses Vorgehen bei Sterilisationen übten. Später erfolgte dann meist noch eine Deckung der Exzisionsstellen durch Aufnähen der Plica vesicouterina.

Auch die Exzision der Tubenecken, abdominal wie vaginal ausgeführt (O. Küstner, 1905), hat Rezidive ergeben, ist also an sich nicht völlig erfolgssicher. Die Entstehung der Rezidive in diesen Fällen ist recht naheliegend. Bei dem Vernähen des Exzisionsdefekts können und werden Nadel und Faden meist tief bis in das zurückbleibende Lumen der Pars intramuralis tubae greifen. Beim Knüpfen dieser Nähte schneiden die Fäden erfahrungsgemäß oft ein. Da diese Nähte nicht selten mit recht reichlicher Blutung aus der Uteruskante verbunden sind, die mehrfache neue Umstechungen erfordern, können schließlich viele kleine Öffnungen vom Tubenlumen in die freie Bauchhöhle gegeben sein. Diese Öffnungen werden in einzelnen Fällen vom Tubenlumen aus epithelialisiert. Es sind somit einzelne oder gar mehrere Tuboperitonealfisteln entstanden. Und diese ermöglichen das Rezidiv. Die schon erwähnte, oft nicht geringe Blutung aus der Uteruskante (Verbindungsast zwischen der Art. uterina und tubaria) erhöht fraglos die Operationsgefahr bei der Exzision (Thrombosemöglichkeit). Somit erscheint die Exzision auch wenn sie peritoneal gedeckt ist, zum Mindesten nicht ideal. Sie ist auch in nicht infizierten Fällen nicht erforderlich, wie unsere Technik zeigen kann. Auszuführen ist allerdings die Exzision bei bestehender Gonorrhöe aus Gesichtspunkten einer möglichst weitgehenden Vermeidung von entzündlichen Stumpfsudaten und Tubenveränderungen.

Die gleichen Erwägungen und die Möglichkeit der Entstehung epithelialisierter Tuboperitonealfisteln oder Tubotubarfisteln mit den Folgen des Rezidivs gelten auch für Resektionen aus der Kontinuität der Tuben mit gekünstelter Übernähung der Stümpfe oder Versenkung zwischen die Blätter der Ligamenta lata. Wie außerordentlich zart sind diese Blätter und wie weitgehend können sie schon verletzt

und zerrissen werden beim Durchführen von Nadel und Faden! Auch ereignen sich hierbei nicht selten Blutungen aus den oft starken Venen (Varikositäten, Stauungen) der Ligamenta lata. Also auch diese Methoden sind unsicher und nicht komplikations- und rezidivfrei. Wir führen sie nicht aus. Sie sind entbehrlich.

Einer besonderen Erwähnung bedarf noch die beliebte und daher viel geübte Methode der Tubensterilisierung nach Madlener, die besonders durch die großen Zahlen von Saenger (Arch. Gynäk. 156, 157), entgegen anders lautenden Erfahrungen und Nachuntersuchungen (Fuchs u. Lork u. a.), gestützt erscheint. Ich habe die Methode nicht ausgeführt. Die Möglichkeit einer Tubotubarfistel mit ihren Folgen (Tubengravidität, Fuchs u. a.) erscheint bei dem außerordentlichen Naheliegen der beiden Tubenschenkel, bei der Häufigkeit des Durchschneidens der Ligatur und bei der bekannten Restitutionsfähigkeit der Eileiter doch zu naheliegend, auch wenn sie bisher im allgemeinen wenig beobachtet wurde. Außerdem ist eine Tubenquetschung zwecks gesetzlicher Unfruchtbarmachung gerade bei schwachsinnigen Frauen, die erfahrungsgemäß in einem hohen Prozentsatz offensichtlich oder latent gonorrhöisch infiziert sind, sehr wenig sympathisch. Schwerste Pyosalpingen und Perisalpingitiden können hier die naheliegende Folge sein. Schließlich mehren sich die Beobachtungen von Verwachsungen mit schweren Komplikationen (Ileus) nach der Madleneroperation (Naujoks, Albrecht). Wird aus dem letztgenannten Grunde die Forderung erhoben, die Quetschstelle zu extraperitonealisieren, so braucht man wahrlich die Operation nach Madlener nicht auszuführen, dann gibt es viel einfachere Methoden. Im übrigen soll man bei der Beachtung und Kritik der großen und günstigen Zahlenreihen, die über die Madleneroperation bisher vorliegen, nicht außer acht lassen, daß das Frauenmaterial sehr verschieden ist. Die bisher nach Madlener operierten Frauen werden in mancher Hinsicht ausgesucht, d. h. meist nicht infiziert sein, während sich unter den Erbkranken fraglos viel Gonorrhöen in unbehandelter und vernachlässigter Form befinden. In solchen Fällen die Tuben zu quetschen und gequetscht frei zurückzulassen, ist fraglos nicht empfehlenswert.

Die Knotung der Tube nach Flatau würde ich hier nicht erwähnen, wenn sie nicht durch Empfehlung und Abbildung durch A. Döderlein im Buche von Gütt-Rüdin-Ruttke über Gebühr in den Mittelpunkt des Interesses und wohl auch der Nachahmung gestellt worden wäre. Durch Döderlein wurde diese Methode durch eine den Knoten verstärkende Ligatur (Silkworm!) weiter ausgestaltet. Sie ergab in 30 Fällen ein positives Resultat. Ich habe die Knotung nachkontrolliert, dann aber jedesmal die geknotete Tube endgültig exstirpiert. Sie zu belassen, scheint mir aus ähnlichen Erwägungen, wie sie für die Madleneroperation angedeutet wurden, nicht ratsam. Zur Technik sei bemerkt, daß der Knoten besser und enger zu plazieren ist, wenn er noch näher an den Uterus herangeführt wird, als wie das Abb. 3 bei Döderlein in Gütt-Rüdin-Ruttke zeigt. Der Knoten, auch verstärkt durch eine dauerhafte Ligatur, erscheint mir nicht als sicheres Hindernis für die außerordentlich penetranten Spermien. Zum mindesten wird man Tubengraviditäten erwarten können. Wenn man jedoch eine Tube so weitgehend durch Unterbindung der Mesosalpinx mobilisiert, dann sollte man sie schon ganz exstirpieren und den uterinen Tubenstumpf nach unserer Methode einwandfrei abriegeln. So umfangreich mobilisierte und dann noch durch einen festen Knoten abgeschnürte Tuben müssen der Nekrose verfallen, in deren Folge dann Verwachsungen, Ileus u. a. auftreten können. Die vorläufigen gemeldeten Erfolge

dürften meiner Ansicht nach weniger in der erwarteten Spermisicherheit der Knoten, als in der dem Zufall überlassenen örtlichen Entfernung der nekrotisierten, verkürzten oder in Verwachsungen gefüllten Tuben vom Ovar gesucht werden. Die angedeuteten Momente lassen die Methode von Flatau-Döderlein zu unsicher und komplikationsbelastet (Gonorrhöe, Ileus u. a.) erscheinen, als daß sie allgemein empfohlen werden sollte.

Endlich noch einige Bemerkungen über Verlagerungsmethoden der intakten oder resezierten Eileiter zwecks Erreichung von Unfruchtbarkeit (Menge, Stoeckel, Hellendahl, Oliva, Rob. Schroeder). Im Prinzip zulässig sind sie laut der oben im Wortlaut angeführten Vorschrift der Ausführungsbestimmungen zum Gesetz. Hellendahl und Oliva eröffnen die Bauchhöhle durch Medianschnitt und leiten die Tubenrichter pararektal in das extraperitoneale Gebiet der Bauchdecken. Die Gefahren solcher Methoden liegen nicht nur in der Möglichkeit einer Darmabklemmung, wie sie auch nach der Ventrosuspension des Uterus an den runden Mutterbändern in gleicher Weise möglich ist, sondern auch in der Eventualität späterer Tubeninfektionen und Tubenentzündungen vom Uterus her. Die letztgenannte gefahrvolle Unsicherheit haftet auch den Methoden von Menge, Stoeckel und Rob. Schroeder an, die die Tubenrichter beiderseits in die Inguinalgebiete verlagern, ganz abgesehen davon, daß hier eine doppelte Schnittführung erforderlich ist, und der Bauchraum und die Tubenverhältnisse während der Operation nicht genügend nachkontrolliert werden können. Eine solche Nachkontrolle, abdominal oder auch vaginal ausgeführt, hat sich aber immer wieder als sehr notwendig und bedeutungsvoll erwiesen. Schließlich bedenke man aber, wie gefährdet im Rahmen der gesetzlichen Unfruchtbarmachung gerade die schwachsinnigen Frauen sind. Ein großer Teil von ihnen ist bereits während der Operation genitalinfiziert, viele holen sich gerade nach der Unfruchtbarmachung ihre Gonorrhöe und erleben eine Aszension derselben. Was könnten aber nach solchen vorausgegangenen Sterilisierungsoperationen vorne an die Bauchdecken oder seitlich in die Inguinalgegenden fixierte Pyosalpingen anrichten an Beschwerden, Schmerzen und Erkrankungsfolgen. Bei den gesetzlichen Sterilisationen muß nicht nur an die sichere Vermeidung der Schwangerschaft, sondern im Rahmen des Möglichen und Zulässigen auch an Vermeidung später Operationsfolgen gedacht werden. Diese Gedankengänge werden in etwas geänderter Fragestellung nachstehend noch zu erörtern sein. Die allein eileiterverlagernden Operationen sind demnach für die Unfruchtbarmachung Erbkranker ebenfalls nicht geeignet.

Nun kurz zu der von uns geübten Technik der tubaren Sterilisation. Bei der heutigen allgemeinen Bedeutung gerade der technischen Frage, wird auf sie in einer späteren Arbeit noch zurückzukommen sein.

Abdominal: Kleiner Längsschnitt unter sofortiger Freilegung beider medianen Ränder der *M. recti*, wie das eigentlich bei jeder Laparatomie etwa im Sinne von Henkel (Zbl. Gynäk. 1930, Nr 14) geschehen soll — ein Querschnitt erübrigt sich durchaus. Fassen des *Lig. rotundum* etwa 4 cm vom Uterus und dann des *Lig. ovarii proprium* hart am Eierstock. Hierdurch wird das uterine Tubengebiet mit seiner Umgebung hervorgehoben und in das Niveau des Bauchschnitts gebracht. Zwischen kleinen Klemmen wird ein etwa 4 cm langes Tubenstück reseziert und die *Mesosalpinx* mit Klemmen abgesetzt. Am Uterus bleibt ein etwa 1 cm langer Tubenstumpf stehen, der unter Vermeidung der *Art. communicans* umstochen und unterbunden wird. Bei der Unterbindung der *Mesosalpinx* möglichst keine Näherung beider Tubenstümpfe aneinander. Dichter spermisicherer Verschluss

des uterinen Tubenendes in folgender Weise: Fassen des Lig. ovarii proprium hart an der Uteruskante mit der Nadel, dann Mitfassen des Fundus uteri über der Pars intramuralis tubae (cave: Tiefführen der Nadel und Anstechen des intramuralen Tubenlumens!), endlich breites Fassen des uterinen Abschnitts des Lig. rotundum. Durch Knüpfen dieses dreifach eingestochenen Fadens wird unter leichten Profixationen des Fundus uteri das intramurale Tubengebiet versenkt und mit beiden Ligamenten breit überdeckt. Jetzt eng gestelltes Vernähen beider genannten Ligamente vom Uterus zum Ovar hin, wobei das Lig. rotundum namentlich breit an seiner zur Blase gekehrten Fläche gefaßt wird. Bei diesem Vernähen, das nicht nur ein breites, sicheres Abdecken des für die Spermien allein als Austrittspforte in Frage kommenden uterinen Tubenendes ist, wird letzteres noch mit einer kleinen stumpfen Klemme tief zwischen die Ligamente dirigiert, wobei das Lig. rot. noch besonders breit und mächtig über diesen Tubenrest gerollt wird. Die Vernähung erfolgt mit mehreren feinen Knopfnähten in der ganzen Länge des Lig. ovarii proprium. Durch dieses Vorgehen ist in einfachster Weise und kürzester Zeit, ohne jede Blutung, allein mit Unterbindung des Ramus communicans der Tubenwinkel tief eingelagert und breit überdeckt worden. Der Verschluß muß absolut sicher sein. Die Frage, ob Catgut oder Seide, dürfte bedeutungslos sein, da bei enger Knopfnah schnell die nötige ganz dichte Verklebung und Verwachsung der breit gefaßten Gewebe erfolgt. Ein sekundäres Aufnähen der Plica ist völlig unnötig, kann aber natürlich noch jederzeit geschehen. Das ampulläre Resektionsende der Tube wird unter rückläufiger Abknickung derselben zum Ovar hin zur Stumpfdeckung weiter inguinalwärts an und unter das Lig. rotundum genäht.

Mit dieser Methode wird in kurzer, denkbar einfacher und absolut blutleerer Operationsweise unter Vermeidung der Tubeneckenresektion erreicht: ein völlig spermien-sicherer Verschluß des uterinen Tubenendes, eine leichte, meist sogar erwünschte Profixation des Uterus, ein weites Auseinanderliegen der beiden Resektionsstümpfe, ein situsgerechtes Zurückbleiben des ampullären, uterinwärts verschlossenen und verdeckten Tubenendes, das noch als weiterer Garant einer Rezidiv-unmöglichkeit als physiologischer Eifänger dient, und eine völlige Unberührtheit der Keimdrüse. Letztere wird durch die Vernähung der Ligamente vielleicht das eine oder andere Mal leicht angehoben, was aber bedeutungslos ist.

Die Methode erinnert an die von Hofbauer (Gyn. a. Obstetr. 1927), ist aber von ihr in vielem unterschieden. Die Deckung und Versenkung des einzig möglichen tubaren Ausfallstors der Spermien ist viel weitgehender und methodischer durchgeführt.

Liegt eine Gonorrhöe vor (positiver Abstrich), oder ist eine solche sicher aus der Anamnese zu ersehen, so wird prinzipiell die ganze, makroskopisch noch unveränderte Tube beiderseits exstirpiert und aus den Tubenwinkeln des Uterus exzidiert. Die Exzision muß richtig durchgeführt werden. Die Vernähung der Exzisionsstelle soll einwandfrei blutstillend, aber nicht zu tiefgreifend sein. Es empfiehlt sich, diese Naht mehr oberflächlich muskulomuskulös zu machen und zwecks Vermeidung einer Tubo- oder Uteroperitonealfistel nicht bis in die Organlumina durchzugreifen, nachdem vorher die meist spritzende Art. communicans umstochen wurde. Jetzt ist eine Überdeckung der Exzisionsstellen mit der Plica unerläßlich. Dieses Vorgehen wird gewählt, um postoperativen oder späteren Adnexveränderungen durch die ascendierte Infektion mit Sicherheit aus dem Wege zu gehen.

Die Bauchdecken werden ausschließlich mit Knopfnähten in allen Schichten vernäht. Das gilt besonders auch für die mobilisierten Musc. recti. Diese Tatsache ist sehr

wichtig, denn die postoperative Beanspruchung der Bauchdecken ist bei Schwachsinnigen und verwirrten Schizophrenen eine oft unkontrollierbar weitgehende.

Vaginal: Vernähen der Portio mit drei langen, später zu entfernenden Zwirnzügeln zum maximalen Herunterziehen des Uterus. Umschneidung des vorderen Scheidengewölbes, etwa wie beim Beginn einer vaginalen Totalexstirpation. Auf diesen Schnitt wird eine sagittale Spaltung der vorderen Scheidenwand zwecks Raumgewinnung aufgesetzt, Abschieben der Blase, Freilegen der Plica. Die Blase ist an der Plica noch ergänzend hochzuschieben, damit erstere später bequem auf den Fundus uteri zur Extraperitonealisierung der Stümpfe aufgenäht werden kann. Eröffnung der Plica und zartes Herausleiten des Uterus mit Kletterhacken (Blutung aus den Bißstellen der Hacken durch die Stauung!). Aufnähen der mobilisierten Plica möglichst hoch auf den Fundus uteri unter Freilassung der Tubenwinkel und der meist stark gespannten uterinen Tubenabschnitte. Dieses Aufnähen kann bei enger Scheide wegen gehemmter Zugänglichkeit technisch nicht ganz leicht sein. Durchschneiden der leicht vorgezogenen Tuben etwa 4 cm von der Tubenecke entfernt. Keine Resektion der Tubenwinkel, was hier völlig unnütz ist, und wegen der Stauung meist starke Stichkanalblutungen bedingt. Umstechen des ampullaren Tubenstumpfes in situ oder unter Aufnähen auf die Rückseite des Fundus uteri. Zartes, am besten scharfes Abtrennen des uterinen Tubenrestes von seiner Mesosalpinx (hier Umstechung erforderlich) und Aufnähen des mobilisierten uterinen Tubenstumpfes auf die vordere Funduswand. Eine gewisse Stauungsblutung läßt sich nicht immer umgehen. In dieser Weise sind die beiden Tubenstümpfe auf 4—5 cm auseinander gelagert, außerdem werden sie nach der Reposition des Uterus, dank ihrer extraperitonealen Lage, von der Plica und der Blase überlagert und somit in das Verwachungsgebiet der Organe eingelagert. Nach der Reposition des Uterus Knopfnäht der Scheide und des Scheidengewölbes. Wegen nachsickernder Blutung aus dem Wundgebiet wird für 24 Stunden zwischen Uterus und Blase ein Drainagedocht eingelegt.

Das, wie oben erwähnt, in besonderen Fällen indizierte vaginale Vorgehen läßt sich bei entsprechender Mobilität des Uterus auch bei nulliparen Frauen und bei Virgines ausführen. Es ist fraglos erfolgsicher und wird, wie das den meisten vaginalen Eingriffen eigen ist, überraschend gut überstanden. Einzelne schwachsinnige Frauen sind sich dessen überhaupt nicht bewußt geworden, daß sie operiert wurden. Ein frühes Aufstehen, ein früheres Verlassen der Klinik ist vielfach möglich, doch aber durchaus zu widerraten! Über besonders zu beachtende Einzelheiten der vaginalen Operation kann hier nicht berichtet werden.

Unter den 21 vaginalen Sterilisationen haben wir drei mäßige Blutungen aus dem Wundgebiet erlebt, die jedoch schnell schwanden und weder Scheidentamponade noch Umstechung erforderten. In einem Fall hat eine Schizophrene, trotz sachkundiger Überwachung und Fesselung der Hände, sich den in die Scheide ragenden Wunddocht nachts selbst entfernt. Die möglichen Gefahren einer hier event. ausgeführten Laparotomie zeigt dieser Fall wiederum deutlich auf. In einem Fall ließ sich der Uterus gut reponieren, er lag aber extrem anteflektiert durch die etwas zu kurz auf den Fundus aufgenähte Plica. Heilung schnell und reaktionslos; später normaler Befund. Die Wundheilung im vorderen Scheidengewölbe verläuft meist nach Entfernung des Drainagedochts primär; ist das einmal nicht der Fall (klaffende Wundränder, oberflächliche Kraterbildung), so führt die Sekundärheilung rasch zu einer völligen Restitution.

In einem vaginal operierten Fall erlebten wir eine Komplikation. Der als leicht vergrößert angenommene Uterus der 37jährigen schwachsinnigen Frau erwies

sich als diffus myomatös und wesentlich vergrößert. Seine Herausleitung war durch den sagittalen Zusatzschnitt der vorderen Scheidenwand nicht schwer. Nach erfolgter Tubensterilisation erwies sich die Zurückführung als nicht möglich; der Scheidenschnitt war doch zu eng. Um unkontrollierbare Nahtsprengungen und Blutungen bei forciertem Zurückführen zu vermeiden, wurde der myomatöse Uterus unter Belassung der Adnexe vaginal exstirpiert. Reaktionslose Heilung. Die Operationskomplikation wurde als solche auf Vordruck 6 dem Gericht über den Amtsarzt angezeigt. Eine der Komplikationen, mit denen man schließlich immer einmal rechnen muß.

Es sei nochmals hervorgehoben, daß vaginal nur operiert werden soll, wenn der Tastbefund, nach Möglichkeit noch in der Narkose nachkontrolliert, absolut eindeutig ist. Liegen die geringsten Adnexunklarheiten vor, oder ist eine Laparatomie vorausgegangen (Verwachsungen!), oder eine genitale Infektion, so soll vom vaginalen, sonst so ausgezeichnete Resultate ergebenden Operationsmodus, abgesehen werden. Das auch dann, wenn der psychiatrische Status für den vaginalen Weg spricht.

Bei der abdominalen Unfruchtbarmachung kann es, vorausgesetzt, daß normale Organe vorliegen, kaum zu Komplikationen während der Operation kommen. Im postoperativen Verlauf sind allerdings, wie schon erwähnt, die Bauchdecken bei schwachsinnigen und irren Frauen weitgehend gefährdet. Selbstverletzungen, Abreißen der Verbände, Aufplatzen der Bauchnaht bei unsinnigem, auch durch Narkotika nicht zu dämpfendem Toben können vorkommen. Oben erwähnte ich den Fall, wo bei einem 14jährigen schwachsinnigen und epileptischen Mädchen die Bauchnaht in allen ihren Schichten durch einen Kampf, den das Mädchen gleich nach der Operation austobte, von einem Hämatom durchtränkt wurde und dann aufplatzte, nur das Peritoneum hielt Stand. Daher Knopfnaht aller Schichten des Bauchschnitts mit Isolierung und exakter Naht auch beider Musc. recti in allen Fällen abdominaler Sterilisation und Sicherung der Naht durch feste Heftpflasterstreifen und falls erforderlich durch einen Leibgurt. Sekundäre Heilungen der Bauchdecken scheinen aus den genannten Gründen häufiger als bei anderen Laparatomien zu sein; in unserem Material unter 70 Fällen achtmal, wobei auch kleine Dehiszenzen der Bauchwunde mitgerechnet sind.

Besondere Beachtung, nicht nur in klinischer Hinsicht, sondern auch aus prinzipiellen, den Operationszweck sicherstellenden Gesichtspunkten verlangen Operationsschwierigkeiten, die in Anomalien und krankhaften Veränderungen der Organe ihren Grund haben.

Sie sind trotz genauester Untersuchung, die in jedem Zweifelsfalle in der Narkose zu sichern ist, nicht immer zu erkennen oder wenigstens ihrem Wesen nach richtig abzuschätzen.

An erster Stelle sind hier Adnexveränderungen, namentlich tuboovarielle Konglomerattumoren und Sactosalpingen zu nennen. Bei ihrem Vorliegen muß operiert werden, es sei denn, die Salpingographie erbringt wirklich ganz sichere einwandfreie Resultate über einen völligen Tubenverschluß.

Nicht ganz zu umgehen wird daher in einzelnen Fällen die Probelaparatomie sein. In 2 Fällen ist sie bei uns ausgeführt worden. Es lagen nach Eröffnung der Bauchhöhle stark verwachsene kleine Adnextumoren vor, die mit Sicherheit völligen und wohl irreparablen Tubenverschluß annehmen ließen (Teercysten). Eine Entfernung der Tumoren wäre natürlich operationstechnisch möglich, jedoch im Hinblick auf den durch das Gesetz angestrebten Zweck sinnlos gewesen. In solchen Fällen darf die Pat. durch die Operation nicht in Gefahr gebracht werden.

Das Abdomen ist zu schließen und die Anzeige an den Amtsarzt und von diesem an das Erbgericht entsprechend zu gestalten. Nach § 12, Abs. 2 des Gesetzes wird das Gericht, da sich Umstände ergaben, die eine nochmalige Prüfung des Sachverhalts erfordern, das Verfahren erneut aufnehmen.

Auf die Probelaparatomie wird somit bei der gesetzlichen Unfruchtbarmachung nicht verzichtet werden können. Im Gegenteil es ist zu fordern, daß sie verantwortungsbewußt durchgeführt wird, wo der Befund das verlangt. Auf diesem Wege kann irreparabler Schaden oder zu weitgehende und unnütze Belastung der Pat. vermieden werden. Und das ist nicht nur im Sinne des Gesetzes, sondern auch aus menschlichen Gründen, wie aus Gründen der Vermeidung jeder Herabsetzung des eugenischen Gedankens und Handelns im Volk erforderlich.

Wesentlich schwieriger ist die Beschlußfassung während der Operation, falls kein so eindeutig positiver, im Sinne schon bestehender Unfruchtbarkeit zu deutender Befund erhoben wird. Meist wird man in solchen Fällen die Sactosalpinx im ganzen entfernen und den uterinen Tubenwinkel exzidieren. Übernähung mit Plica ist dann erforderlich. In einem Falle habe ich so die eine Tube entfernt, die andere, die in einen fest an der Beckenwand haftenden, wohl irreparablen tuboovariellen Adnextumor aufgegangen war, zurückgelassen. Die Lösung und Exstirpation wäre auch hier natürlich möglich gewesen, jedoch unter Umständen für die Pat. nicht ganz einfach im Verlauf. Es ist ja zur Genüge bekannt, daß solche Eingriffe in ihren operationstechnischen Konsequenzen nicht immer übersehen werden können. Wird der erste Schritt getan, so kann zwangsläufig der nächste eine Uterusexstirpation, eine Douglasdrainage oder dergleichen sein. Und das sollte doch nach Möglichkeit bei gesetzlichen Unfruchtbarmachungen vermieden werden! Bei zwei Tuben fanden sich keulenförmig aufgetriebene, derbe, stark im Douglas verwachsene ampullare Tubenenden, die Bestandteile von tuboovariellen Konglomerattumoren waren. Beide jungen Frauen hatten eine langsame Blutsenkung. Eine restitutio ad integrum mit der Möglichkeit einer Schwangerschaft lag durchaus vor. Dabei waren die uterinen Tubenabschnitte fast unverändert. Ich habe hier, ohne die stark verwachsenen Adnextumoren zu lösen, zart und vorsichtig die uterinen Tubenabschnitte in 3—4 cm Ausdehnung entfernt, die Tubenecken reseziert und das Wundgebiet mit der Plica überkleidet. Reaktionsloser Verlauf. Hier war somit mit Sicherheit die Sterilisierung erfolgt, die schwer zu lösenden Adnextumoren zurückgelassen und den Frauen schwere Eingriffe erspart geblieben. Ein neues Aufflackern der Adnextumoren dürfte kaum in Frage kommen, da die Kontinuität zum Uterus breit unterbrochen ist und die Tumoren bis auf den Ovulationsvorgang unberührt im kleinen Becken verbleiben. Es muß sich im Laufe der Zeit erweisen, ob man gelegentlich so vorgehen darf, oder ob dieser Eingriff in seinen Folgen doch zu unsicher und unberechenbar ist. Dann natürlich hat auch ein solcher Eingriff zu unterbleiben; dann sollte wiederum, falls nicht doch eine völlige Exstirpation der Tuben im Bereiche der Möglichkeit liegt, die Probelaparatomie in ihr Recht treten.

Es liegt in der Natur der Sache, daß die Adnexveränderungen immer im Brennpunkt der operativen Handlung bei der gesetzlichen Unfruchtbarmachung stehen werden, namentlich wo es sich um infizierte Fälle handelt. Hier sind noch weitere Erfahrungen zu sammeln, ehe man zu einem halbwegs gültigen Urteil über diese Dinge gelangen kann.

Gelegenheitsbefunde werden sich, wie bei sonstigen Laparatomien, natürlich auch bei Sterilisationen ergeben können. Wie sollte man sich da ver-

halten? Das ist ebenfalls noch eine ungeklärte Frage. Ein kleincystisches Ovar habe ich reseziert, eine Follikelcyste angestochen und entleert, ein bohnen großes subseröses Fundusmyom mit fortgenommen. Ich konnte mich dieser sich aufdrängenden harmlosen Eingriffe aus allgemeingynäkologischen Gesichtspunkten nicht enthalten. In einem Falle fand sich zufällig eine ziemlich reichliche Corpus luteum-Blutung in die freie Bauchhöhle (etwa 50 ccm Blut im Douglas). Ich mußte natürlich den akut blutenden Gelbkörper resezieren und den Defekt verschließen. Alle Fälle gingen reaktionslos aus. Sie sind jedoch alle bis auf den letzten, wo man von einer vitalen Indikation sprechen darf, in ihrer Angreifbarkeit zum mindesten kontrovers und gesetzlich leider noch nicht fundiert.

Besonders interessant ist ein Fall, wo das 21jährige schwachsinnige Mädchen vor 4 Jahren normal entbunden hatte. Es fand sich ein Uterus bicornis mit rudimentärem linken Nebenhorn (genau entsprechend Abb. 55 bei Stoeckel, Lehrb. d. Gynäk. 1933). Der rechte fast ganz »normale« Uterus hatte geboren, die Tuben waren beide zart und durchgängig, das atretische rudimentäre linke Horn, das klassisch schön lokalisiert war, konnte eine Hämatometra enthalten oder in der Zukunft eine solche bilden. Sollte ich sterilisieren und die Abnormität zurücklassen? Ich sterilisierte rechts typisch und exstirpierte das Nebenhorn aus der Kontinuität der linken Adnexe. Überdeckung mit Plica. Reaktionsloser Verlauf. Es lag eine ganz kleine Blutansammlung im verkümmerten Horn vor.

Ich glaube dieses Vorgehen war zwingend. Wo beginnt jedoch hier Überschreitung der operativen Kompetenzen, wo beginnt in sturem, allein auf die Tuben konzentriertem Handeln gewissermaßen ärztliche Nachlässigkeit gegenüber anderen nicht unwichtigen und dabei leicht zu behebenden Befunden?

Wie wird man sich zu verhalten haben, wenn man bei der zur Operation eingewiesenen Frau oder während der Operation Myome, Ovarialtumoren, eine exstirpationsreife Appendix, vielleicht sogar ein Karzinom u. a. antrifft? Alles Fragen, die über kurz oder lang im praktischen Handeln zur Entscheidung drängen werden. In der alltäglichen operativen Gynäkologie sichert man sich solchen Eventualitäten gegenüber durch die bekannte, allseitiges ärztliches Vertrauen votierende Unterschrift der Pat. Bei der gesetzlichen Unfruchtbarmachung operiert man gezwungen, oft gegen den Willen der Frau. Hier muß das Gesetz noch den nötigen Rückhalt schaffen! In einem Falle habe ich einen doppeltfaustgroßen gutartigen Ovarialtumor und einen Urachus persistens mit kastaniengroßer Urachuszyste, die sich als Nebenbefunde ergaben, entfernt. Ein Zurücklassen dieser Gebilde erschien einfach nicht zulässig!

Die bestehende Menstruation hat uns nicht am abdominalen Sterilisieren behindert, da die von uns geübte Methode keinerlei Befürchtungen hinsichtlich einer Infektionsmöglichkeit aufkommen läßt. In 3 Menstruationsfällen glatter Verlauf. Ich würde allerdings auch nicht während der Periode nach Madlener die Tuben zerquetschen. Hier können wir uns den jüngst von Aug. Mayer (Zbl. Gynäk. 1934, Nr 34) erwähnten Bedenken anschließen.

Alle unsere 85 gesetzlichen Unfruchtbarmachungen verliefen, abgesehen von einzelnen Störungen in der Heilung der Bauchdecken, komplikationslos. Es werden aber fraglos mit der Zeit weitgehendere Störungen und Schädigungen in einzelnen Fällen auftreten. Es sei nur an die Thrombose und Embolie, an Narkosestörungen, schwere Infektionen u. a. erinnert. Auch wird es Todesfälle geben. Mit diesen an sich sehr bedauerlichen Tatsachen wird sich jeder abfinden, der die große Linie und das absolut zwingende Muß praktischer Eugenik für die Volksgesundung,

ja Volkserhaltung erfaßt hat. Rezidive, d. h. trotz der früheren »Unfruchtbarmachung« dank einer Restitution der Tuben erfolgte Schwangerschaften werden fraglos, wenn auch selten, gelegentlich zur Beobachtung gelangen. Das läßt schon die Geschichte und der Verlauf der bisherigen klinischen Sterilisationen mutmaßen. Es wird sich dabei sowohl um uterine wie tubare Graviditäten handeln.

Namentlich die als Rezidive auftretenden Extrauterigraviditäten, die ätiologisch dann natürlich mit großer Wahrscheinlichkeit auf die mißlungenen Sterilisationsakte zurückzuführen sind, aber auch nach Sekundärheilungen der Bauchdecken auftretende Narbenbrüche und andere immer im Bereiche der Möglichkeit liegende Schädigungen, werden in Zukunft die Frage nach Ersatzansprüchen aufwerfen. Gesetz und Staat werden sich bald mit diesen Forderungen zu befassen haben.

Endlich noch die Frage nach dem Zusammentreffen von gesetzlich angeordneter Unfruchtbarmachung und gleichzeitig bestehender Schwangerschaft. Dieses Zusammenspiel wird nicht selten zutreffen und wird zu besonderen Regelungen und Entscheidungen führen müssen.

Fraglos bewußt und absichtlich hat der Gesetzgeber die viel diskutierte und daher auch sehr umstrittene Frage nach der eugenischen Schwangerschaftsunterbrechung nicht mit dem Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses primär verquickt. Und das ist ein sehr weises Vorgehen gewesen, denn dieses Gesetz sollte nicht mit dieser Angelegenheit belastet werden. Das schließt natürlich keineswegs aus, daß die Frage nach der eugenischen Schwangerschaftsunterbrechung in vielen ihrer praktischen Möglichkeiten geradezu eine logische Folge und Ergänzung des Gesetzes ist. Es wird noch lange dauern, und ist nur durch langsame, zähe Arbeit zu erreichen, daß das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses anfängt, sich im deutschen Volkskörper auszuwirken. Ob in dieser Zeitspanne hier und da noch ein erblich wahrscheinlich gefährdeter Nachwuchs ins Leben gesetzt wird, ist bedauerlich, aber für die Wertung des angestrebten Zieles nicht von ausschlaggebender Bedeutung.

Wie die Frage der gesetzlichen Unfruchtbarmachung bei bestehender Schwangerschaft einmal entschieden werden wird, ist heute noch eine *cura posterior*. Beachtlich erscheint der Vorschlag von Bunz<sup>7</sup>: »Fallen nach der rechtskräftig gewordenen Entscheidung des Erbgesundheitsgerichts ein oder beide Eltern unter das Gesetz vom 14. Juli 1933 und ist hierbei die zu sterilisierende Frau schwanger, so kann straffrei nur einzeitig mit dem Eingriff der Unfruchtbarmachung die Schwangerschaft unterbrochen werden. Von der so ausgeführten Unterbrechung ist zugleich mit der Sterilisierung am zuständigen Ort Meldung zu erstatten«. Vorläufig liegen die Dinge so, daß eine Unterbrechung nicht möglich ist auch dort, wo gesetzlich sterilisiert werden soll. Fraglos kann und sollte man bei dieser Kombination im Laufe der ersten drei Schwangerschaftsmonate bedenkenlos abdominal sterilisieren. Bei weiter vorgeschrittener Gravidität wird der Eingriff zweckmäßig auf die Zeit nach der Geburt zu verschieben sein. Wann dann zu operieren ist, richtet sich nach den Umständen. Ein solches aufschiebendes Vorgehen ist natürlich vom Erbgesundheitsgericht zu legalisieren. Aug. Mayer (Zbl. Gynäk. 1934, Nr 34) hat anscheinend bei Frühgravidität nach Madlener sterilisiert. Wir haben in einem Fall von lebhaftem Verdacht auf bestehende Frühschwangerschaft nach der oben kurz skizzierten Methode abdominal operiert. Das Eintreten einer

<sup>7</sup> Bunz, Z. Gesdh.verwalt. u. Gesdh.fürs. 1934, 247.

Unterbrechung der Schwangerschaft durch den Eingriff der Tubensterilisation ist so gut wie nicht zu fürchten,

Die vorstehenden Ausführungen, die sich auf eine umfangreiche Erfahrung in der Erbgesundheitsgerichtsbarkeit, sowie gleichzeitig auf zahlreiche selbst ausgeführte und in allen ihren Erscheinungen eingehend beobachtete gesetzliche Sterilisationen stützen, haben vornehmlich den Zweck darzutun, wieviel noch zu entscheidende Fragen und was an ernster Verantwortung bei der Unfruchtbarmachung erbkranker Frauen gegeben ist. Die Problematik betrifft nicht allein gynäkologische und operativ-technische Gesichtspunkte, sondern ebenso auch juristische, erbbiologische und vor allem psychiatrische Fragen. Man trifft nicht selten auf die Auffassung, die gesetzliche Unfruchtbarmachung auch der Frauen sei einfach, fast möchte ich sagen handwerksmäßig und schematisch durchzuführen. Diese Meinung besteht keinesfalls zu Recht.

Wenn Aug. Mayer in seiner jüngsten Mitteilung die Forderung aufstellt, es seien aus verschiedenen Gesichtspunkten heraus geschlossene Sterilisierungsabteilungen an Krankenhäusern einzurichten, so ist dem voll beizustimmen. In der Erkenntnis einer solchen sachlichen Notwendigkeit habe ich bereits mit dem Beginn der Tätigkeit der Erbgesundheitsgerichte eine Sterilisierungsabteilung in der Brandenburgischen Landesfrauenklinik eingerichtet. Hier können die zuständigen Frauen beobachtet und in der Weise nach der Operation gepflegt werden, wie das je nach dem Erbleiden und seiner Äußerung erforderlich ist. Die zu sterilisierenden Frauen gehören voll und ganz in den Leistungsbereich einer Frauenklinik. In den nicht einfachen Fragen der Indikation zur Operation, der Beurteilung der Genitalien und der Ausführung des Eingriffs bedarf es in weitgehendem Maße der Erfahrung und Entscheidung des Gynäkologen. An der Pflege sind geschulte psychiatrische Pflegerinnen zu beteiligen. Wo psychiatrische Hilfe erforderlich ist, muß diese beratend gestellt werden. Aus der Zusammenarbeit im Rahmen des Sterilisierungsgesetzes werden sowohl Psychiatrie wie Gynäkologie in mehrfacher Hinsicht eine Belebung und Vertiefung erfahren.

Wo die Forderung, die Sterilisierung der Frauen restlos in die Hand erfahrener Frauenärzte zu legen, nicht voll erfüllt ist, werden bald Nackenschläge nicht ausbleiben.

Richtunggebende auswertbare praktische Erfahrungen über die gesetzliche Sterilisierung der Frauen — hier sei nochmals auf den großen Unterschied in den analogen Verhältnissen beim Manne hingewiesen — liegen noch nicht vor. Sie sind noch zu sammeln; sie werden sich im Laufe der nächsten Zeit ergeben. Diese Erfahrungen sollen nicht nur zweckdienlich für die sehr bedeutungsvolle Angelegenheit der möglichst umfassenden und reibungslosen Verwirklichung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses sein, sie werden auch in manchem auf die Ausführungsbestimmungen des Gesetzes zurückwirken können.

Die Beziehungen zwischen Theorie und Praxis, zwischen Gesetz und Ausführung sollen nirgends lebensvoller sein als auf dem Gebiete der Eugenik. Die Gesetze und Bestimmungen des neuen Deutschland sind nicht starr und doktrinär. Sie kommen aus dem Volke und dienen allein den Bedürfnissen eines gesunden und daher leistungsfähigen und zukunftsreichen Volksganzen. Mit dieser großen Zielsetzung ist gerade der Mitarbeit des deutschen Frauenarztes an der Verwirklichung eugenischer und rassischer Fragen ein besonders weites aber auch ausnehmend verantwortungsvolles Arbeitsfeld abgesteckt.