

Katamnestic Untersuchungen an sterilisierten Frauen

R. Wille

Nachweislich einer eingehenden Nachuntersuchung an 2002 sterilisierten Frauen mit einer ungewöhnlich hohen Antwortquote von 94,3% ist die Sterilisation die weitaus sicherste Kontrazeptionsmethode (Versagerquote etwa 1‰), weitgehend ungefährlich (Mortalität unter 1‰) und mit geringer Morbidität (somatisch 1,4%, psycho-somatisch 2,4%, psychisch 1,4%, sexuell 2,8%, familiär 0,8% und Mehrfachkomplikationen 0,7%) belastet, denen Verbesserungen von 30 bis 70% in den genannten Bereichen gegenüberstehen. Von der angstbefreiten Sexualität gehen psychisch und familiär eindeutig stabilisierende Impulse aus, so daß die bisherige ärztliche Zurückhaltung ungerechtfertigt ist.

Catamnestic Investigations on Sterilized Women: According to a thorough follow-up investigation of 2,002 sterilized women with an unusually high response of 94.3%, sterilization is by far the most reliable method of contraception (failure rate about 1 per thousand), largely free from danger (mortality less than 1 per thousand) and associated with less morbidity (somatic 1.4%, psychosomatic 2.4%, psychic 1.4%, sexual 2.8%, familial 0.8% and multiple complications 0.7%) whose improvements of 30 to 70% contrast in the areas mentioned. Psychic and familial stabilizing impulses arise from a sexuality freed from anxiety, so that the earlier medical reserve is unjustified.

Der 76. Deutsche Ärztetag hat als Reaktion auf das seinerzeit anstehende Fristenmodell zur Reform des § 218 StGB Beratungen über Antikonzeption und Familienplanung in den ärztlichen Aufgabenkatalog aufgenommen. Seit dem 1. 12. 1975 besteht für alle RVO- und Ersatzkassen-Versicherten Anspruch auf kontrazeptive Beratung und auf „Leistung bei nicht rechtswidrigen Sterilisationen“.

Damit erhebt sich für den Arzt die Frage, gibt es überhaupt rechtswidrige Sterilisationen, und wo findet er die Beurteilungskriterien? Richtet er sich nach standesrechtlichen Maßstäben, so findet er in der Berufsordnung die Entschließung des Deutschen Ärztetages, daß Sterilisationen nur aus medizinischer, eugenischer und schwerwiegender sozialer Indikation *nicht* standeswidrig sind.

Befragt er einen arzt-rechtlich versierten Juristen, so wird er die Antwort erhalten, daß seit dem Freispruch von Dr. *Dohrn* aus dem Jahre 1964 durch den BGH kein Arzt mehr mit einer Verurteilung rechnen muß, daß sich aber die Rechtmäßigkeit oder Rechtswidrigkeit nach den Körperverletzungsvorschriften in Verbindung mit § 226a StGB (Sittenwidrigkeit) richte. Wenn eine einverständliche Sterilisation rechtswidrig sein sollte, müßten *alle* recht und billig Denkenden sie für verwerflich halten. Das ist weder für die sozial indizierte, noch für die familienplanerisch motivierte Sterilisation der Fall, geschweige denn für die Sterilisation aus medizinischer oder eugenischer Indikation. Wie in einer Erwiderung auf *Spann* näher ausgeführt wird (Geburtsh. u. Frauenheilk. 36 [1976]), haben wir bei eingehendem Quellenstudium außer *Schönke-Schröder* und *Maunz-Dürig* keinen namhaften oder in den einschlägigen Veröffentlichungen genannten Autor gefunden, der in den letzten Jahren die Sterilisation aus sozialer Indikation für rechtswidrig erachtet. Mit einiger Einschränkung, die aber am Ergebnis nichts ändert, gilt dies auch für die sog. Gefälligkeitssterilisationen bei über 25 Jahre alten Patienten. Somit ist die bisherige rechtliche Unterscheidung nach herkömmlichen Indikationen, die sich in der ärztlichen Praxis ohnehin nicht halten läßt, hinfällig geworden. In dem nunmehr erreichten rechtlichen Freiraum entscheidet allein das Gewissen des Arztes, daß er mit diesem Eingriff dem Wohl seiner Patientin dient. Diese arztethische Maxime ist allerdings unverzichtbar, aber auch die einzige Einengung, auf die er sich vorschnellen Patientenwünschen gegenüber berufen darf.

Ärztliche Aufklärungspflicht

Für die Rechtmäßigkeit einer einverständlichen Sterilisation im Sinne der RVO ist die ärztliche Berufsordnung genauso unerheblich wie etwa konfessionelle Verbote, deren individuelle Verbindlichkeit für eine Gewissensentscheidung keineswegs geschmälert werden sollen. Damit hat die Ärzteschaft und vielleicht einer der nächsten Deutschen Ärztetage die Frage zu beantworten, ob eine kassenärztliche Pflichtleistung standeswidrig sein kann. Aus meinem persönlichen Toleranzverständnis heraus möchte ich diese Frage verneinen, ohne daraus eine Mitwirkungspflicht andersdenkender Kollegen abzuleiten.

Prof. Dr. med. Dr. jur. R. Wille, Leiter der sexualmedizinischen Forschungs- u. Beratungsstelle der Universität, Hospitalstr. 17-19, D-2300 Kiel.

Der Arzt muß aber auch wissen, daß er bei einem nicht dringlich gebotenen Eingriff die Patienten allumfassend und objektiv aufklären muß. Er muß den Patienten die Nachteile und Risiken mitteilen, darf nicht die Vorteile verschweigen und sollte sich aber selbst rechtswirksam gegen Schadenersatzforderungen, etwa bei Operationsversagern oder späterer Unzufriedenheit absichern. Eine „Abschreckungsaufklärung“ ist aber genauso fehl am Platze wie ein Drängen auf kurzfristige Entscheidungen oder unkritisches Propagieren.

Will der Arzt sich für die zivil- und strafrechtlich gebotene Aufklärung des Patienten informieren, können ihm leider die einschlägigen Monografien von *Heiss* und *Mende* nicht empfohlen werden. Denn beim Vergleich der Originalliteratur mit den Zitaten in diesen Sammelreferaten sind doch Einseitigkeiten festzustellen, so daß wir – *faut de mieux* – die eigenen empirischen Erfahrungen kurz und vorab mitteilen wollen. (Eine ausführliche Darstellung soll in der Reihe „Beiträge zur Sexualforschung“ Enke, Stuttgart 1977 erscheinen.)

Unser Patientinnenkollektiv und seine Auswertung

Als Ausgangsmaterial standen uns die Namen und Adressen von 2175 Frauen zur Verfügung, die sich in der Zeit von 1964 bis Dezember 1971 in der Klinik Dr. *Dohrn*/Dr. *Hötte* in Hamm/Westf. freiwillig sterilisieren ließen. Da die katamnestiche Befragungen von Januar bis März 1973 durchgeführt wurden, lag die Tubenligatur bei allen Patientinnen mindestens ein Jahr (im Durchschnitt vier Jahre) zurück. Somit ist die Ein-Jahres-Frist gewahrt, in der im allgemeinen die psychische Verarbeitung der unmittelbaren Auswirkung einer Sterilisationsoperation abgeschlossen ist (*Barglow* 1964). Nach Abzug der nicht mehr zu ermittelnden Patientinnen verblieben für unsere Untersuchung 2002 Frauen. Um durch ein persönliches Interview alle Nuancen und Einzelheiten zu erfahren, wurden 216 Patientinnen in einem sehr ausführlichen Gespräch anhand eines strukturierten Fragebogens interviewt. An 1786 Patientinnen wurde ein verkürzter Fragebogen verschickt, der sich auf die wesentlichen Fragestellungen beschränkte. Die Responsquote betrug in der letzteren Gruppe 93,5% und in der Interviewgruppe 97,7% und insgesamt 94,3%, so daß repräsentative Aussagen möglich sind.

Die Sterilisation ist eine Methode der endgültigen Geburtenbeschränkung. Zunächst soll die Versagerquote und damit die Sicherheit der Methode angesprochen werden. Mit zwei postoperativen Schwangerschaften auf 2002 Fälle, zu denen wir hier noch zwei weitere vor dem Untersuchungszeitraum rechnen wollen, kommen wir auf höchstens vier trotz Sterilisation wieder schwanger gewordene Frauen bei über 4000 von *Dohrn* ausgeführten Tubenligaturen. Das ergibt eine Versagerquote von 0,1%, aus der sich ein „analoger Vergleichswert zum Pearl-Index“ von 0,02 errechnen läßt.

Zum Vergleich der Pearl-Index von
Coitus interruptus 12 bis 38

Coitus condomatus 7
Ovulationshemmer 0,5 bis 1 Versager auf 100 Frauenjahre.

Die Tubenligatur ist somit um mindestens eine Zehnerpotenz den heute bekannten Antikonzeptionsmethoden an Sicherheit überlegen.

Gefährlichkeit des Eingriffes

In der Literatur wird bei knapp 9000 Fällen von zwei tödlichen Operationsverläufen berichtet und zwei weiteren nur mittelbar kausalen Todesfällen durch Extra-Uterin-Schwangerschaften. Keine der über 4000 Tubenligaturen von *Dohrn* führte zum Tode. Lediglich bei einer postoperativ drei Jahre später auftretenden Extra-Uterin-Gravidität wird man einen mittelbaren Zusammenhang mit dem Tode konstruieren können, weil man möglicherweise wegen der Tubenligatur zu spät an das Vorliegen einer geplatzten Eileiterschwangerschaft gedacht hatte.

Die *Morbidität* beträgt nach *Prystowsky* und anderen übereinstimmend etwa 2%. In unserem Untersuchungsgut trat an ernsthaften Komplikationen lediglich ein behebbarer Herzstillstand bei bekanntem Ventrikelseptumdefekt auf. Bei der genauen Befragung durch den Interviewer wurde bei keiner Patientin Fieber, Entzündungen oder lang anhaltende Schmerzen angegeben, allerdings manchmal subjektive Klagen über nässende Operationswunden, unschöne Narben oder Wundschmerzen. Fast alle *Autoren mit eigenen* Untersuchungen betonen, daß die Komplikationen überwiegend harmloser und vorübergehender Natur sind. Ganz besonders klar weist *Petersen* bei den postoperativen Folgen und der Zufriedenheit auf die prognostischen Unterschiede zwischen der medizinischen, eugenischen, sozialen und familienplanerischen Indikation hin und erklärt damit die schwankenden Ergebnisse über die Auswirkungen der Sterilisation. So sind z. B. bei schwereren Erkrankungen, die den Verzicht auf weitere Nachkommen erzwingen, auch postoperativ eher ungünstige Resultate zu erwarten.

Gründe für die Sterilisation

Was wir gewöhnlich als Indikationen für die Sterilisation bezeichnen, sind eigentlich Gründe, warum weitere Schwangerschaften oder weitere Kinder nicht erwünscht sind. In der Praxis dürfte fast immer ein Motivbündel mit unterschiedlichem Gewicht der einzelnen Gründe den Entschluß zur Sterilisation herbeiführen. Selbst wenn ein eindeutiger Grund vonseiten der Befragten vorgebracht wird, liegt es oft im stellungsabhängigen Ermessen des Untersuchers, in welche Indikation oder Beweggründe er den Einzelfall einordnen will. Besonders aus Vergleichsgründen wollen wir trotzdem unser Untersuchungsgut nach den gebräuchlichen Indikationen einteilen. Während bei der Fragebogengruppe wegen der Mehrfachantworten eine Einteilung schwierig ist, so daß wir

uns letztlich nach der Interviewstichprobe richten müssen, konnte im eingehenden Interview nach dem *überwiegenden* Motiv eine Einteilung nach den herkömmlichen Indikationsgruppen vorgenommen werden (Tabelle 1).

Tabelle 1: Gründe für die Tubenligatur

familienplanerische	57%
medizinische	14%
gemischt medizinisch-soziale	16%
eugenisch-kindliche	8%
sozio-ökonomische	1%
psychologische	5%

Wegen des Ermessensspielraumes möchten wir diese Einteilung nicht als exaktes Meßergebnis ansehen, sondern auch für die Grundgesamtheit dahingehend abschwächen, daß man heute die Gründe der Eheleute für die operative Kontrazeption einteilen kann in etwa:

- 60% Familienplanung
- 30% gesundheitliche und
- 10% sozio-ökonomische, eugenische und psychologische Indikationen,
- die letzteren 10% in einer untereinander nicht näher bestimmbaren Verteilung.

Das Durchschnittsalter der Patientinnen betrug 31 Jahre. Nach dem Beruf des Ehemannes und dem sonstigen soziären Status der Familie entspricht unser Untersuchungsgut im Schichtenprofil etwa der Bevölkerung der BRD, allerdings mit gewisser Überrepräsentation der sozialen Grundschicht.

Was spricht für eine Sterilisation?

Die besonders von *Kepp* früher vorgetragene Ansicht, daß die ausreichende Effektivität der konventionellen, einschließlich hormonalen Antikonzeptionsmethoden die Sterilisation überflüssig mache, erscheint durch die folgenden Ergebnisse widerlegt (Tabelle 2):

Somit stehen 17% Wunschkindern, 40% hingennommene und 43% absolut unerwünschte Schwangerschaften gegenüber. Wer die Gefahren des Schwangerschaftsabbruches kennt und deshalb seine Häufigkeit möglichst gering halten will, muß die Sterilisation als ergänzende Antikonzeptionsmaßnahme akzeptieren; 13% unserer Patientinnen hätten ohne die Tubenligatur weitere Schwangerschaften abtreiben lassen.

In der Fragebogengruppe haben wir die somatische, psychosomatische und psychische Verfassung, weiterhin das Familienleben und die sexuellen Beziehungen getrennt erfaßt und fanden dabei folgende Verschlechterungsquoten (Tabelle 3), denen 30-70% Verbesserungen gegenüberstehen.

Tabelle 2: Vergleich Antikonzeption – Sterilisation

	Fälle
geplant oder erwünscht war die letzte Schwangerschaft vor der Tubenligatur	17 %
unerwartete Schwangerschaft vor der Tubenligatur	32 %
Schwangerschaft zu diesem Zeitpunkt unerwünscht	7,4%
überhaupt unerwünschtes letztes Kind	28,4%
so unerwünscht, daß sogar ein Schwangerschaftsabbruch erwogen wurde	11 %
tatsächlich (meist) illegal abgebrochene letzte Schwangerschaft	4,4%

Tabelle 3: Verschlechterungsquoten

Somatisch	1,4%
psycho-somatisch	2,4%
psychisch	1,4%
sexuell	2,8%
familiär	0,8%

Die entsprechenden Auswirkungen der Sterilisation in der Interviewgruppe gibt Tabelle 4 wieder.

Tabelle 4: Auswirkungen der Sterilisation

Bereich	verbessert	verschlechtert	unverändert
Gesundheit	35%	3%	62%
psychische Verfassung	55%	4%	41%
„Familienleben“	46%	2%	52%
sexuelle Beziehung	66%	4%	30%

Besonders eindrucksvoll war die Heilung von psychovegetativen Störungen wie allgemeine Nervosität, Abgeschlagenheit, Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit sowie Magenbeschwerden.

Generell läßt sich sagen, daß tatsächlich die von den Sterilisationsgegnern angeführten negativen Abweichungen auftreten, jedoch nur selten und von geringer Intensität sind. Allerdings liegt die Versuchung nahe, diese wenigen Patienten mit negativen Angaben kasuistisch darzustellen und ausführlich zu analysieren, dabei aber das Augenmaß für die Mehrheit der gleichbleibenden oder verbesserten Merkmale zu verlieren.

In der Fragebogengruppe gaben 55% eine Verbesserung, 1,4% eine Verschlechterung und der Rest unveränderte psychische Befindlichkeit prä- und postoperativ an. Wir können also weder vom Prozentsatz noch vom Schweregrad *Heiss*, *Greve* und *Mende* bestätigen, die vornehmlich negative

Auswirkungen auf die Psyche registrierten. Wir wollen nicht die Frauen verschweigen, deren Seelenleben sich post sterilisationem erheblich verbesserte. Da man „der seelischen Belastung nicht mehr ausgesetzt ist, es könne etwas passieren und die monatlichen Ängste gebannt sind“, geht eine Befreiung auf vielen für das Leben wichtigen Gebieten in Szene. *Barglow* spricht von einem „feeling of new freedom“; dazu zur Veranschaulichung einige Spontanerkenntnisse aus den Fragebögen:

„Seit der Operation bin ich ein fröhlicher Mensch und kann behaupten, eine viel verständigere Mutter zu sein für meine Kinder. Angst und Sorgen verschwinden, die nervliche Belastung hört auf. Die positive Lebenseinstellung kommt der ganzen Familie zugute. Beide Ehepartner sind froh und glücklich. Mein Eheleben hat sich völlig entspannt. Jetzt ist alles anders, wir führen ein liebevolles Eheleben; früher bestand ständige Angst, heute ist alles ausgeglichen bis lebhafter.“

Auch das Argument eines erneuten und dann unerfüllbaren Kinderwunsches muß auf seine richtigen Dimensionen zurückgeführt werden: Fast 90% unserer Patientinnen hatten überhaupt keinen postoperativen Kinderwunsch mehr; 9,6% gaben an, daß sie sich manchmal oder vorübergehend weitere Kinder gewünscht hätten, während 1,2% oft oder intensiver diesen Wunsch äußerten. Unsere Zusatzfrage, ob dieser Wunsch so nachhaltig war, daß sie auch eine weitere Schwan-

gerschaft mit allen ihren Folgen auf sich genommen hätten, bejahten nur 0,4%.

Insgesamt waren 95% der sterilisierten Frauen – und soweit befragt auch der Ehemann – mit der Sterilisation voll zufrieden. Sie äußerten sich in überzeugender Weise über die Vorteile der Operation, die Harmonisierung des Familienlebens, die Entkrampfung im sexuellen Bereich und votierten für die völlige Freiheit für Arzt und Patient. 4,5% bedauerten die Operation nicht, waren aber nicht ganz zufrieden, während nur knapp 1% die Operation völlig bedauerten.

Schlußbemerkung

Nach unseren Untersuchungen kann man die Sterilisation als die weitaus sicherste, darüber hinaus ungefährlichste Antikonzeptionsmethode bezeichnen, wenn die Beschränkung auf die erreichte Kinderzahl endgültig ist. Wir meinen aber empirisch begründen zu können, daß der Arzt nicht zur Sterilisation drängen oder sie propagieren soll. Doch sind ständige Schwängerungsangst, sexuelle Unzufriedenheit der Ehepartner oder sogar völliges Erliegen des ehelichen Sexuallebens, weiterhin Erziehungsnachteile für die Kinder und gereizte Familienatmosphäre, kurzum, sind soziale Gründe und Familienplanung keine ärztlichen Gesichtspunkte?

Literatur

1. *Barglow, P.*: Pseudocyesis and psychiatric sequelae of sterilization. Arch. Psychiat. Nervenkr. 35 (1964) 571–580.
2. *Binder, H.*: Psychiatrische Untersuchungen über die Folgen der operativen Sterilisation der Frau durch partielle Tubenresektion. Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat. 40 (1937/38) 249–276.
3. *Ekblad, M.*: The prognosis after sterilization on social-psychiatric grounds. Acta psychiat. scand. Suppl. 161 (1961).
4. *Ellison, R. M.*: Psychiatric complications following sterilization of women. Med. J. Aust. 2 (1964) 625–628.
5. *Greve, W.*: Die psychische Verarbeitung der Sterilisation. In: Kepp, R., Koester, H.: Empfängnisregelung und Gesellschaft, S. 37–50. Thieme, Stuttgart 1969.
6. *Heiss, H.*: Die Sterilisation der Frau. Enke, Stuttgart 1969.
7. *Holenstein, A.*: Nachuntersuchungen bei 95 aufgrund psychiatrischer Indikation sterilisierten Frauen. Praxis 41 (1952) 413–419.
8. *Hoppeler, P.*: Nachuntersuchungen von 100 aufgrund psychiatrischer Indikation ohne vorherige Interruptio graviditatis sterilisierten Frauen. Praxis 44 (1955) 24–30.
9. *Kepp, R.*: Familienplanung als ärztliche Aufgabe. In: Kepp, R., Koester, H.: Empfängnisregelung und Gesellschaft. Thieme, Stuttgart 1969.
10. *Kepp, R. u. Mitarb.*: Familienplanung trotz Geburtenrückgang? Thieme, Stuttgart 1974.
11. *Maunz, Th., Dürig, G., Herzog, R.*: Grundgesetz, 3. Aufl. Beck, München 1972.
12. *Melcher, R.*: Nachuntersuchungen über subjektive Späterscheinungen bei sterilisierten Frauen. Med. Diss. Zürich 1951.

13. *Mende, W.*: Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation aus nervenärztlicher Sicht. Lehmanns, München 1968.
14. *Mende, W.*: Psychische Reaktionen und Entwicklungen nach Sterilisation. Vortrag, Giessen 1973. In: Kepp u. Mitarb.: Familienplanung trotz Geburtenrückgang? Thieme, Stuttgart 1974.
15. *Milt, B.*: Einfluß der Sterilisation durch partielle Tubenresektion auf die Menstruation und das Geschlechtsleben. Z. ges. Neurol. Psychiat. 112 (1928) 639–660.
16. *Naville, A.*: Nachuntersuchungen bei 195 auf eigenes Begehren und ohne vorherige psychiatrische Begutachtung sterilisierten Frauen. Praxis 41 (1952) 1020–1024.
17. *Petersen, P.*: Die freiwillige Sterilisation als Mittel der Familienplanung. Fortschr. Neurol. Psychiat. 38 (1970) 33–52.
18. *Petersen, P., Kind, H.*: Führt die Sterilisation zu seelischen Fehlscheidungen? Erwiderung auf Mende, W.: Nervenarzt 41 (1970) 287–288.
19. *Prystowsky, H., Eastman, N. J.*: Puerperal tubal sterilization. J. Amer. med. Ass. 158 (1955) 463–467.
20. *Savel, L. E., Pearlmutter, J. K.*: Therapeutic abortion and sterilization committee. Amer. J. Obstet. Gynec. 80 (1960) 1192–1199.
21. *Schönke, A., Schröder, R.*: Strafrechtskommentar, 18. Aufl. Beck, München 1976.
22. *Spann, W.*: Rechtsgrundlagen der operativen Sterilisation beim Mann und bei der Frau in der Bundesrepublik Deutschland. Geburtsh. u. Frauenheilk. 35 (1975) 501–503.
23. *Thompson, B., Baird, D.*: Follow-up of 168 sterilized women. Lancet (1968/1) 1023–1027.