

Ärztlicher Verein Hamburg
12. 10. 1976

Sterilisation bei Mann und Frau

Rechtslage

Das ärztliche Handeln ist auf die Bewahrung der Gesundheit, das Erkennen von Krankheiten, die Behandlung von Gesundheitsstörungen und die Wiedereingliederung Behinderter gerichtet. Die Sterilisation bedeutet die Beseitigung der Fruchtbarkeit als eines Teils der Gesundheit. Sterilisationsgesetze wurden seit 70 Jahren in Amerika, Skandinavien, der Schweiz und vielen anderen Ländern erlassen. In Deutschland war lange Zeit das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933 die Rechtsgrundlage der Unfruchtbarmachung.

Der Bundesgerichtshof stellte in der Strafsache Dr. *Dohrn* am 27. 10. 1964 fest, daß gültige Rechtsvorschriften für die Sterilisation in der Bundesrepublik Deutschland nicht existieren. Das Gericht appellierte an die ärztlichen Standesorganisationen, den rechtsfreien Raum vorerst durch standesrechtliche Vorschriften auszufüllen. Das Urteil blieb in Rechtskreisen umstritten. Danach galt seitdem auch für die Unfruchtbarmachung der § 226 a StGB. Er besagt, daß auch der chirurgische Eingriff des Arztes eine Körperverletzung mit Einwilligung darstellt, die aber nur dann rechtswidrig ist, wenn die Tat gegen die guten Sitten verstößt.

In einem Referentenentwurf des 5. Strafrechtsänderungsgesetzes vom 7. 10. 1971 war ein § 226 b vorgesehen. Danach sollte die Unfruchtbarmachung bei Personen allgemein erlaubt sein, die mindestens 25 Jahre alt sind. Bei 18–25jährigen sollte die Unfruchtbarmachung zulässig sein, wenn eine Schwangerschaft eine Gefahr für Leben oder Gesundheit darstellen würde oder in diesem Alter bereits vier Kinder geboren wurden. Die vikariierende Sterilisation des Mannes sollte ausdrücklich erlaubt

werden. Eine Indikation für beide Geschlechter wurde schließlich für den Fall festgelegt, daß die Erbanlage bei Kindern nicht behebbare schwere Gesundheitsschäden erwarten lasse.

Durch ein Gesetz zur Aufhebung von Vorschriften des Erbgesundheitsrechts vom 10. 10. 1973 wurde in Hamburg eine neue Rechtslage geschaffen. Das 40 Jahre vorher erlassene Erbgesundheitsgesetz trat außer Kraft. Seitdem gibt es für die Sterilisation eine gesetzliche Regelung nicht mehr. Auch in der Berufsordnung der Hamburger Ärzteschaft vom 20. 5. 1969 in der Fassung vom 19. 1. 1971 ist die Unfruchtbarmachung nicht mehr erwähnt. Dagegen enthält der vom 79. Deutschen Ärztetag im Mai 1976 beschlossene Entwurf einer ärztlichen Berufsordnung, der den Landesärztekammern zur Einführung empfohlen wurde, einen § 6 über die Unfruchtbarmachung. Danach sind Sterilisationen zulässig, wenn sie aus medizinischen, genetischen oder schwerwiegenden sozialen Gründen indiziert sind.

Von Bedeutung in diesem Zusammenhang ist ein Urteil des Bundesgerichtshofes vom 29. 6. 1976 im Rechtsstreit gegen einen Arzt. Das Gericht stellte fest, daß auch die Sterilisation als ärztlicher Eingriff in die körperliche Unversehrtheit eine Körperverletzung im Sinne von § 823 Abs. 1 BGB darstelle. Dies gelte um so mehr bei medizinisch nicht indizierten Sterilisationen. Jeder könne im übrigen, sofern der Eingriff nicht gegen die guten Sitten verstößt, im Rahmen des Grundrechts der freien Persönlichkeitsentfaltung nach Art. 1 GG über seine Sterilisation selbst bestimmen. Der Eingriff stelle nach herrschenden Anschauungen des Rechts- und Kulturkreises keine Verletzung des sittlichen Verhaltens dar. Die Sterilisation betreffe aber die Persönlichkeit in ihren Grundlagen und könne zu erheblicher Verkürzung der Selbstverwirklichung führen.

Die Zulässigkeit der freiwilligen Sterilisation sei nicht unumstritten. So werde sie von den Kirchen im Grundsatz abgelehnt, und die Ärzteschaft fordere Indikationen für die Unfruchtbarmachung. Sogenannte Gefälligkeits-Sterilisationen werden von der Mehrheit der Juristen als nicht ver-

tretbar bezeichnet. Eine gesicherte Grundlage für ein sittliches Verdikt über die freiwillige Sterilisation bestehe aber in unserer Gesellschaft nicht.

Seit dem erwähnten Urteil des Bundesgerichtshofes vom 27. 10. 1964 wurden freiwillige Sterilisationen strafrechtlich nicht mehr verfolgt. Eine Entscheidung sei nur im Einzelfall möglich, hieß es in der Urteilsbegründung weiter. Allenfalls könne man Grundsätze nach Fallgruppen aufstellen. Wenn aber ein Verstoß gegen das Sittengesetz vorliege, entfalle das Recht auf freie Persönlichkeitsentfaltung. Der Arzt müsse alle Umstände bedenken, die für und gegen den Eingriff sprechen, auch die künftige psychische Gesundheit der zu sterilisierenden Person.

Zu prüfen sei auch stets, ob nicht das Ziel der Schwangerschaftsverhütung auf einem weniger schwerwiegenden Weg erreicht werden könne. Die bei Verheirateten in der Unfruchtbarmachung ohne Zustimmung des Ehepartners liegende mögliche Eheverfehlung müsse der Arzt nicht berücksichtigen. Ihm könne es nicht zugemutet werden, bei erwachsenen Personen den Gründen für den Entschluß im einzelnen nachzugehen. Es sei aber unbedingt zu empfehlen, daß sich der Arzt die Zustimmung zur Vornahme des Eingriffs, nach umfassender Aufklärung über dessen Tragweite und mögliche gesundheitlichen Folgen, schriftlich erteilen läßt. Dies sei vor allem aus Beweisgründen von Bedeutung.

W. Ahrens (Hamburg): Zur Rechtslage der Sterilisation.

Sterilisation des Mannes

Die Vasoresektion zur Aufhebung der Zeugungsfähigkeit, insbesondere im Sinne der vikariierenden Sterilisation des männlichen Ehepartners – in vielen Ländern der Welt bereits in großem Ausmaße angewendet – wird auch bei uns nach der 5. Strafrechtsreform immer aktueller.

Wie jede chirurgische Intervention, bedarf die Sterilisationsoperation des Mannes einer klaren, ausgewogenen Indikation, da bislang noch keine absolut sicheren kontrazeptiven Mittel auf medikamentöser Basis für den Mann existieren.

Die freiwillige Sterilisation ist in der Bundesrepublik rechtlich ein straffreier Tatbestand, wenn Wunsch und Einwilligung des Betroffenen vorliegen. Rechtswirksam wird die Einwilligung jedoch nur, wenn vor dem Eingriff eine detaillierte Aufklärung erfolgte. Allgemeinverbindliche Richtlinien bestehen nicht. Von zentraler Bedeutung ist das Informationsgespräch mit der Beratung. Der Wunsch des Ratsuchenden zur vikariierenden Sterilisation muß genau analysiert werden, um Affekte auszuschließen.

Neben der operativen Sterilisation der Frau ist die Vasoresektion die sicherste Methode der Antikonzep-tion. Die Voraussetzung ist, daß technische Fehler vermieden werden und eine Kohabitation erst nach völliger Azoospermie erfolgt. Der dreimalige Nachweis einer Azoospermie der Ejakulate ist dabei erforderlich.

Operatives Vorgehen: Vom Skrotalan-satz ausgehend wird der Ductus deferens perkutan aufgesucht und mit einer Tuch-klemme fixiert. Die Freilegung erfolgt durch einen kleinen longitudinalen Haut-schnitt. Nach Anklebung wird er her-vorgezogen und dabei von den ihn beglei-tenden Gefäßen gelöst. Zur Vermeidung einer spontanen Rekanalisierung oder Bil-dung eines Spermagranuloms sollte grundsätzlich, insbesondere aber bei der Sterilisation, ein mindestens 3 bis 5 cm langes Stück aus dem Ductus deferens zwischen den Ligaturen reseziert werden. Die schlingenförmige Umschlagform der Stumpfen mit einer zweiten Ligatur in U-Form und die Elektrokaustik der Duk-tus-Intima geben eine zusätzliche Sicher-heit. Aus forensischen Gründen ist die histologische Untersuchung und Doku-mentation der resezierten Ductus defe-rentes unbedingt notwendig.

W. Knipper (Hamburg): Die Sterili-sation des Mannes.

Sterilisation der Frau

Ziel der Sterilisation ist die Sper-rung oder Entfernung eines Teils des Weges für das Zusammentreffen männlicher und weiblicher Keimzelen. Die Tätigkeit der Keimdrüsen, die psychische und körperliche Po-tenz sowie das Sexualempfinden blei-ben dabei erhalten. Seit *Blundell* 1823 bei einer Kaiserschnitt-Operation beide Eileiter mit einem Faden unter-band, sind viele Operationstechniken entwickelt worden.

Die abdominale Eileiterunterbin-dung wird heute nur noch vorgenom-men, wenn daneben eine weitere In-dikation zur Laparotomie besteht, wie etwa die Durchführung eines weiteren Kaiserschnitts. Bei der soge-nannten Mini-Laparotomie handelt es sich um einen 3 cm langen supra-symphysären Faszienschnitt oder einen Subumbilikalchnitt. Das Verfahren wird besonders im frühen Wochenbett bevorzugt. Die vaginale Eileiterunterbindung durch die Kol-pozöliotomie wird vergleichsweise häufig vorgenommen. Sie belastet die Patientin nur wenig und erfordert ei-nen stationären Aufenthalt in der Kli-nik von nur etwa drei Tagen. Die Unterbindungstechnik ist die gleiche wie bei den abdominalen Verfahren. Neuerdings werden auch Kunststoff-Klips anstelle von Ligaturen für den Eileiterverschluß verwendet.

Die Uterusexstirpation ist dann in-diziert, wenn zusätzliche gynäkologi-sche Befunde vorliegen, wie Myome, ein Deszensus oder ein Prolaps des Uterus. Bei einer genital gesunden Frau sollte die Uterusexstirpation da-gegen nicht erfolgen. Die psychologi-sche Einstellung der Patientin zum Uterus als Fruchthalter oder Symbol der Weiblichkeit muß berücksichtigt werden.

Die jetzt am häufigsten angewand-te Methode ist die laparoskopische Sterilisation, die 1963 von *Palmer u. Frangenheim* in Europa eingeführt wurde. Das Verfahren ist einfach und schnell, für die Patientin kaum bela-stend und zeichnet sich durch ein gu-

tes postoperatives kosmetisches Re-sultat aus. Im subumbilikalischen Bereich wird durch eine 6 mm lange Inzision ein Laparoskop eingeführt. Nach gewonnener Bauchhöhlenübersicht werden die Tuben dargestellt und durch einen zweiten Einstich in der Medianlinie des suprasymphysären Bereiches mit einer Koagulationsfaß-zange umfaßt. Ein etwa 2 cm langer Tubenabschnitt wird dann mit bipo-larem Hochfrequenzstrom in Voll-narkose koaguliert. Der Eingriff dau-ert beim geübten Operateur etwa zehn Minuten. Der Krankenhausauf-enthalt überschreitet selten drei Tage. In Amerika und in einigen deutschen Kliniken wird die laparoskopische Tubenkoagulation in erweiterter Lo-kalanästhesie ambulant vorgenom-men. Die Morbidität liegt bei etwa 1,1%. Sie ist damit niedriger als die der konventionellen Methoden, bei denen Nachblutungen und Sekundär-heilungen häufiger vorkommen. Die Mortalität lag 1974 in Amerika bei 0,85 auf 10 000 Eingriffe. In Deutsch-land leider höher.

Die transuterine hysteroskopische Tubensterilisation erlebt gegenwärtig eine Renaissance, die auch von der WHO unterstützt wird, nachdem sie erstmals 1927 von *v. Mikulicz-Ra-decki* empfohlen worden war. Ursache dafür ist die Weiterentwicklung der Endoskopie. Vor allem wurde die Betrachtung der Gebärmutterhöhle perfektioniert. Die Entfaltung wird mit CO₂-Gas erreicht. Die Ausleuch-tung erfolgt durch eine extrakorporal gelegene Kaltlichtquelle über ein Glasfaserkabel. Mit dem Hystero-skop ist die Einsicht in die Eileiteröff-nungen möglich. Die hysteroskopi-sche Tubensterilisation erfolgt in Lo-kalanästhesie durch Parazervikal-blockade und dauert im allgemeinen nur fünf Minuten. Das Verschlußre-sultat durch Anwendung der Hoch-frequenz- oder Thermokoagulation ist jedoch wie bei der laparoskopischen Sterilisation nicht ausreichend, und Rekanalisationen von narbig ver-schlossenen Tuben wurden beob-achtet.

Ob sich die vor zwei Jahren eingeführten Gewebekleber für den Tubenverschluß bewähren, bleibt abzuwarten. Ideal wäre die Entwicklung reversibler Verfahren, mit denen man sich schon vor 50 Jahren beschäftigte. Dabei wurde der distale Tubenanteil extraperitoneal in die Bauchdecke verlagert, das ampulläre Tubenende intraligamentär versenkt oder das Ovar in eine Peritonealtasche verlegt. Auch eine temporäre Sterilisation durch Röntgenbestrahlung wurde diskutiert. Der technische und zeitliche Aufwand sowie das zweimalige Operationsrisiko, das damals noch sehr groß war, standen in keinem Verhältnis zu dem Refertilisierungswunsch z. B. nach Ausheilung einer schweren Krankheit. Die Verfahren

haben sich deswegen nicht durchgesetzt.

Am Elisabeth-Krankenhaus in Hamburg wurde vor zehn Jahren die Methode „Transpositio ovarii extraperitonealis“ entwickelt und an über 100 Patientinnen durchgeführt. Nur eine einzige dieser Frauen kam später mit dem Wunsch auf eine Refertilisierung in die Klinik zurück, übrigens begründet mit einer Frigidität durch verlorenen Orgasmus bei fehlendem Coitus interruptus. Reversible Sterilisationsmethoden werden sich erst durchsetzen, wenn sie nur mit einem kleinen ambulanten Eingriff verbunden sind. Solche Verfahren befinden sich im Experimentierstadium. An Tieren werden Ringe, Klips und Pasten mit Teflon und Patekos im Ver-

such eingesetzt. Über das Ergebnis läßt sich noch nichts Abschließendes sagen.

Insgesamt handelt es sich bei der Sterilisation um einen Eingriff, der nur nach ausführlicher ärztlicher Beratung, ggf. in Anwesenheit des Ehepartners, vorgenommen werden sollte. Dabei sind vorzeitiger Tod des Ehepartners oder vorhandener Kinder sowie die Gefahr einer Änderung der Lebenssphäre, etwa durch Scheidung der Ehe, zu berücksichtigen. Bei erfüllttem Kinderwunsch und Vorliegen weiterer Voraussetzungen stellt die Sterilisation jedoch das beste Verfahren der Geburtenregelung und damit der Familienplanung dar. H.-J. Lindemann (Hamburg): Die operative Sterilisation der Frau.

BUCHBESPRECHUNGEN

Angiographie-Atlas

K. E. Loose, R. J. A. M. van Dongen: Atlas of Angiography. Unter Mitarb. von zahlr. Fachgelehrten. IX, 435 S., 707 Abb., Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1976, Preis Ln. 190 DM

Angiographische Untersuchungsmethoden haben in den letzten Jahren in der klinisch-diagnostischen Medizin zunehmendes Interesse gefunden, nicht zuletzt wegen des raschen Aufschwungs der Gefäß- und Herzchirurgie. K. E. Loose und R. J. A. M. van Dongen, die Herausgeber dieses in englischer Sprache abgefaßten Atlas, haben sich zur Aufgabe gemacht, Ziel und Technik der Angiographie zu erläutern, sowie Möglichkeiten und Indikationen aufzuzeigen. Der Atlas erfüllt die gestellte Aufgabe in hohem Maße, wobei zugunsten typischer Angiogramme der begleitende Text auf das unbedingt Notwendige reduziert wurde. Nach einer Einleitung über die historische Entwick-

lung folgen Kapitel über die Technik der Katheterisierung, die Angiographie der supraaortalen Äste und der Hirnarterien, der oberen und unteren Extremitäten, der aortoiliakalen Verschlusskrankheiten und der Bauch-aortenaneurysmen, über die radiologische Darstellung der Baucharterien und die Organographie, die Koronarangiographie, angiographische Darstellungen in der Gynäkologie, der Knochen und Weichteile. Je ein Kapitel über Phlebographie und Lymphographie runden das Werk ab. Jedes Thema ist von einem Experten seines Fachgebietes in weitgehend einheitlich-systematischer Form dargestellt. Nach Einleitung und Indikation folgt der angiographische Befund und eine kurze Erläuterung, auch bezüglich der möglichen Komplikationen. Ein weiterführendes Literaturverzeichnis ist jedem Teilabschnitt nachgestellt.

Der Atlas wendet sich vorwiegend an Kliniker und an den angiographisch interessierten Radiologen, weniger an den Radiologen, der selbst angiographiert, da mehr auf Übersichtsinformationen als auf technische Einzelheiten Wert gelegt wurde. Besonders hervorzuheben sind die

zahlreichen hervorragenden Angiogramme, die den relativ hohen Preis des Buches durchaus gerechtfertigt erscheinen lassen. Das Werk ist allen Klinikern (Radiologen, Chirurgen, Internisten, Gynäkologen) zu empfehlen.

Dr. med. G. Kemmerer, Erlangen

Immunmangelkrankheiten bei Kindern

Klaus-Dieter Tympner, Friedhelm Neuhaus: Immunmangel bei Kindern. Symptomatik, Erkennung und Behandlung mit Immunglobulinen. IX, 166 S., 54 Abb., 40 Tab., Verlag Urban & Schwarzenberg, München-Berlin-Wien 1976, Preis geb. 38 DM

Die Immunologie hat in den letzten Jahren einen entscheidenden Fortschritt gemacht. In diesem Maße gewinnen auch immunologische Erkrankungen in der Pädiatrie mehr und mehr an Bedeutung. Es ist daher sehr nützlich und ein Verdienst der Autoren, die in den Lehrbüchern und Spezialbüchern verstreuten Daten hier gesammelt zu haben. Die vorlie-