

Die Sterilisation als Methode der Antikonzeption

Ergebnisse von Beratungsgesprächen bei Wunsch nach Vasektomie

C. Schirren, D. Scholz-Jordan

Voraussetzung für die ärztliche Übereinstimmung mit dem Wunsch nach vikariierender Sterilisation des Mannes ist das als Hamburger Modell bekanntgewordene Vorgehen, in welchem das Gespräch zwischen Arzt und Ehepaar eine vorrangige Rolle einnimmt. Der operative Eingriff wird von einem 2. Arzt durchgeführt, der an der Beratung nicht beteiligt war und somit unbefangen ist. Es erfolgt keine Zustimmung von ärztlicher Seite, wenn z. B. die Ehesituation als gespannt angesehen werden muß, wenn die Vorstellungen des Ehepaares über die mit der Vasektomie verbundene Endgültigkeit absolut unzureichend sind und wenn eine partnerschaftliche Entscheidung ausdrücklich abgelehnt und stattdessen die Freiheit des einzelnen in den Vordergrund gestellt wird. Beide Eheleute müssen die Möglichkeit der nochmaligen Beratung unter vier Augen haben, bevor die schriftliche Einverständniserklärung unterschrieben wird.

Sterilization as a Method of Contraception. Results of Consultations on the Desire for Vasectomy: A prerequisite for medical agreement with the desire for vicarious sterilization of the male is the procedure which has become known as the Hamburg model, in which the discussion between doctor and the married couple assumes a pre-eminent role. The operation is performed by a second doctor who did not participate in the consultation and is consequently impartial. There is no acquiescence on the medical side if, for example, the marital situation must be considered as tense, if the ideas of the couple on the finality associated with vasectomy are absolutely unsatisfactory, and if the decision as a partnership is expressly rejected and instead the freedom of the individual is given primary importance. Both partners must have the opportunity for repeated confidential consultation before the written agreement is signed.

Die Frage nach einer Beschränkung der Kinderzahl wird in der Gegenwart immer stärker zum bestimmenden Faktor der Gemeinschaft von Mann und Frau. Besonders mit der Möglichkeit, auf seiten der Frau durch den Einsatz von Ovulationshemmern mehr Sicherheit in die Problematik der Antikonzeption zu bringen, wurden neue Akzente gesetzt, da jetzt die Möglichkeit gegeben war, Sexualität und Fortpflanzung voneinander zu trennen. Mit dieser Tatsache ist ein lange gehegter Traum des Menschen in Erfüllung gegangen. Wie weit er auch in der Zukunft Bestand haben wird, bleibt abzuwarten.

Wenn wir die heutige Situation auf dem Gebiete der Antikonzeption kritisch sehen, dann muß man klar erkennen, daß die Masse der Bevölkerung an die Familienplanung mit dem Gedanken eines selbstverständlichen Anspruches herangeht, wie er sich innerhalb unserer Wohlstandsgesellschaft entwickelt hat.

Vasektomie oder Antikonzeption?

Die operative Unfruchtbarmachung ist eine Methode, um absolut sicher zu verhindern, daß sich weiterer Nachwuchs einstellt, zumindest was den betrifft, der sterilisiert worden ist. Also: *Sicherheit über alles!* Darüber sollte man aber nicht vergessen, daß die operative Unfruchtbarmachung nur *eine* unter vielen Möglichkeiten der Antikonzeption ist. Sie ist also *nicht etwa die Methode schlechthin*. Man muß das in dieser Form zum Ausdruck bringen, da es nicht so ist, daß jede Methode sich für jede Partnergemeinschaft eignet. Das gilt auch für die operative Unfruchtbarmachung. Auf der einen Seite steht die Endgültigkeit des Eingriffes, auf der anderen Seite steht die Frage: Wie setzt das Individuum sich mit dieser für ihn neuen Erkenntnis auseinander, die da lautet: *ich bin zeugungsunfähig*. Wir machen hier ganz bewußt keinen Unterschied zwischen Mann und Frau, da bei einer grundsätzlichen Debatte über dieses Problem die Vertreter beider Geschlechter gleichgewichtig behandelt werden sollen. Ob sich dann für den einen oder anderen Partner unterschiedliche Kriterien herauskristallisieren, mag in diesem Augenblick dahingestellt sein. Fragen der Antikonzeption sind in einer Ehe von beiden Partnern *gemeinsam* zu beantworten und zu entscheiden. Da die operative Unfruchtbarmachung ein Eingriff ist, der im allgemeinen nicht wieder rückgängig zu machende Tatsachen schafft, bedarf es hierzu von ärztlicher Seite eines sehr dezidierten Vorgehens, gleichgültig, ob das Strafgesetzbuch dem Arzt Straffreiheit garantiert oder ob von

Prof. Dr. med. C. Schirren, Dr. med. D. Scholz-Jordan, Abteilung für Andrologie (Vorstand: Prof. Dr. med. C. Schirren) der Hautklinik Hamburg-Eppendorf der Universität, Martinistr. 52, D-2000 Hamburg 20.

einem bestimmten Lebensalter an dieser Eingriff grundsätzlich vorgenommen werden darf. Wir sollten uns als Ärzte darüber klar sein, daß auch ein Gesetz uns nicht aus ärztlicher Verantwortung entlassen kann. Damit soll gesagt werden, daß jeder Arzt im Einzelfall zu prüfen hat, ob er einen derartigen Eingriff vornimmt oder nicht. Der Wunsch des Patienten ist zwar verständlich, aber der Arzt kann kein Erfüllungsgelhilfe seiner Patienten werden.

Fragen der Antikonzeption sollten in einer Ehe nur von beiden Partnern gemeinsam entschieden werden. Es geht nicht an, daß der Mann der Frau die Entscheidung anlastet und sich selbst nur wenig darum kümmert, weil er zu bequem ist. Unter jungen Leuten ist heute eine der ersten Fragen von seiten des jungen Mannes an das Mädchen „nimmst Du die Pille?“. Diese Entwicklung wird in ihrer Tragweite von den meisten nicht erkannt; denn in diesem Vorgehen liegt teilweise die Verbreitung von Geschlechtskrankheiten begründet. Da man sich nun nicht mehr vor einer Schwangerschaft vorsehen muß, wird z. B. das Kondom nicht mehr benutzt, das eine dreifache Funktion besitzt:

- a) chemischer Schutz vor Schwangerschaft
- b) mechanischer Schutz vor Schwangerschaft
- c) mechanischer Schutz vor einer Geschlechtskrankheit.

Fällt also das Kondom fort, und das ist zusehends so, weil es die Pille gibt, dann fällt zwangsläufig auch der Schutz vor Geschlechtskrankheiten fort und diese müssen sich stärker ausbreiten. Die Praxis der Antikonzeption in den Jahren 1964–1975 geht u. a. aus einer Aufstellung hervor, die auf Angaben der Männer in der Abteilung für Andrologie Hamburg beruht.

Tabelle 1: Antikonzeptionsmethoden in den Jahren 1964–1972 bei insgesamt 5295 andrologischen Patienten im Alter zwischen 20 und 40 Jahren. Diese Methoden wurden durchgeführt, bis ein Kinderwunsch realisiert werden sollte

Methode der Antikonzeption	1964/66 (1733)	1968/69 (2316)	1972 (1246)
Coitus interruptus	40,5%	27,1%	15 %
Coitus condomatus	39,2%	41,5%	27 %
Ovulationshemmer	0,3%	6,0%	41,5%
Knaus-Ogino	13,9%	24,2%	15,0%
Pessar, Spray usw.	6,1%	1,2%	1,5%
Keine Antikonzeption	11,6%	16,3%	11,4%

Motivation und Risiko

Man erkennt aus dieser Aufstellung sehr deutlich den Wandel in den Methoden der Antikonzeption innerhalb von

wenigen Jahren, nachdem die mit so großer Sicherheit wirkenden Ovulationshemmer einmal eingeführt waren. In den letzten Jahren beobachten wir nun immer mehr, daß auch der Mann bereit ist, seinerseits einen Beitrag zur Antikonzeption zu leisten. Er kommt mit dem Wunsch nach operativer Unfruchtbarmachung und gibt an, daß seine Frau auf diesem Sektor genug geleistet habe – er wolle auch etwas dazu tun – im übrigen sei dieser Eingriff bei ihm ja einfacher als bei der Frau. Ob diese Angaben des Mannes den Tatsachen entsprechen, soll im Einzelfall jetzt nicht erörtert werden. Es ist allerdings beachtlich, wie sehr die Grundeinstellung des Mannes sich gegenüber früheren Jahren gewandelt hat. All das kann aber nicht daran vorüberführen, daß dieser Eingriff ja auch bei der Frau vorgenommen werden kann, und daß aus unserer Sicht sowohl für die operative Unfruchtbarmachung des Mannes als auch für die der Frau eine Entscheidung beider Eheleute herbeigeführt werden sollte; denn es ist eine Entscheidung, die von beiden Partnern getragen werden muß. Das bedingt aber ein Informationsgespräch des Arztes mit beiden Ehepartnern über die Motivation, wobei der Arzt sich dann ein Bild davon machen sollte, inwieweit hinter diesem Entschluß tatsächlich beide Partner stehen und ob es nicht etwa so ist, daß der eine den anderen Partner unter Druck setzt. Damit wird eine sehr wichtige Frage berührt, da es hierbei um die möglicherweise auftretenden Folgen in psychologischer Sicht geht. Wir sprechen damit den Risikofaktor an, der einkalkuliert werden muß, wenn der Arzt mit dem Ehepaar spricht. Dieses Risiko mag gering sein, die Tatsache, daß es überhaupt vorhanden ist, bedeutet seine Berücksichtigung im Gespräch. Unseres Erachtens sollte man diese Risiken ebenso wie die Unabänderlichkeit des Eingriffes sehr deutlich herausstellen, da es im Einzelfall nicht abzusehen ist, ob der vor einem sitzende Mann in die Gruppe derer *ohne* Risiko oder in die Gruppe derer *mit* Risiko gehören wird. Infolgedessen betonen wir gerade diese Seite, ohne damit etwa eine abschreckende Wirkung erzielen zu wollen. Die Entscheidung des Ehepaares pro oder kontra kann nur dann sachlich einwandfrei erfolgen, wenn beide Partner ausreichend informiert sind. Die Praxis dieser Gespräche zeigt, daß ein Teil der Ehepaare nach dem Informationsgespräch von der Sterilisation Abstand nimmt, weil man sich das „alles ganz anders vorgestellt“ habe. Ein Teil will es sich noch einmal überlegen und ein Teil geht den Weg zum Gynäkologen, um diesen Eingriff der operativen Unfruchtbarmachung bei der Frau machen zu lassen.

Beratung und Klinik

Wir haben seit 1969 entsprechende Beratungsgespräche bei Wunsch nach Vasektomie geführt. In der Regel ist für diese Gespräche eine schriftliche Voranmeldung erfolgt. Wir legen Wert darauf, daß die Partnerin in das Beratungsgespräch einbezogen wird, damit sie sich anhand der gegebenen Informa-

tionen für bzw. gegen die operative Unfruchtbarmachung des Mannes entscheiden kann. Darüber hinaus ist es für den beratenden Arzt wichtig, einen möglichst umfassenden Eindruck von dem ratsuchenden Paar zu gewinnen, um aus eigener Überzeugung die vikariierende Sterilisation befürworten zu können. Das Ehepaar wird nach den Gründen für den Wunsch nach Vasektomie befragt und danach, welche Antikonzeptionsmaßnahmen bislang praktiziert wurden. Wir weisen auf die Unwiderrufbarkeit des Eingriffes beim Mann hin und darauf, daß bis zum Erfolg der Vasektomie mehrere Monate vergehen können und die bisherige Antikonzeption solange beibehalten werden muß. Den Hinweis auf die Unwiderrufbarkeit der Vasektomie halten wir für wichtig, da im Einzelfall keine Gewähr für den Erfolg einer später gewünschten Refertilisierungsoperation gegeben werden kann. An den Beratungsgesprächen nehmen grundsätzlich 2 Ärzte teil, die die Entscheidung gemeinsam treffen. Unter Umständen wird zusätzlich eine gynäkologische Auskunft erbeten, falls aus der Anamneseerhebung des Ehepaares sich etwas derartiges ergibt. Der Eingriff selbst wird nach Stellungnahme durch uns in der Urologischen Universitätsklinik bzw. bei niedergelassenen Urologen vorgenommen. 8 Wochen nach dem Eingriff wird das 1. Kontrollspermiogramm durchgeführt. Grundsätzlich muß zweimal eine Azoospermie vorgelegen haben, bevor die bisherige Antikonzeption verlassen werden kann.

Wir haben insgesamt 126 Beratungsgespräche geführt. In 2 Fällen handelte es sich um unverheiratete Männer, ein Paar war verlobt, die übrigen waren verheiratet.

Tabelle 2: Übersicht des Kollektivs

Gespräche	126
Alter des Ehemanns	35,6 (22-64) J.
Alter der Ehefrau	33,2 (22-54) J.
Ehedauer	9,8 (1/2-25) J.
Kinderzahl	2 (0-6)
Kinderzahl gesamt	2,4 (0-7)

Einzelheiten der bisherigen Antikonzeptionsmethoden gehen aus Tabelle 3 hervor.

Tabelle 3: Bisherige Antikonzeption

	Patienten
Kombinationen*	78
Ovulationshemmer	20
Kondom	10
Coitus interruptus	10
Sonstige	2
keine	6

* Kombinationen: Knaus-Ogino, Kondom, Ovulationshemmer, Coitus interruptus.

Tabelle 4: Begründung seitens der Patienten

	Patienten
Unverträglichkeit der Ovulationshemmer bei der Frau	93
Kind vom Ehemann keinesfalls erwünscht	12
Sterilisation der Ehefrau zu risikoreich	9
Eheprobleme	2
Absolute Unaufgeklärtheit	2
Besonderes	6
Grundsätzliche Information erwünscht	2

In 6 Fällen (vgl. Tabelle 4) lagen besondere Gründe vor: Ein Patient kam mit Kinderwunsch, wovon wir ihm jedoch abgeraten haben. Er entschied sich dann für die vikariierende Sterilisation. Anamnestisch lag ein Morbus Hodgkin mit mehrfacher Strahlenbehandlung und zytostatischer Behandlung vor. Der Ejakulatbefund wies eine hochgradige Oligozoospermie auf. 2 Patienten äußerten aus gesellschafts-politischen Aspekten den Wunsch nach operativer Unfruchtbarmachung, bei einem Patienten war wegen Geisteschwäche der Antrag auf Vasektomie vom Vormundschaftsgericht gestellt worden. Ein Patient hatte seine Frau bereits zur Sterilisation gedrängt, er wollte sich nun selbst auch sterilisieren lassen, um ungehindert außereheliche Beziehungen unterhalten zu können und ein anderer Patient hatte eine Vasektomie als Konzeptionsmaßnahme in Erwägung gezogen, wollte jedoch erst wissen, ob ein solcher Eingriff bei ihm überhaupt notwendig sei.

Tabelle 5: Ergebnis der Beratungsgespräche

	Patienten
Zurückstellung	13
Überweisung zum Gynäkologen	19
Eheleute nehmen Abstand von der Sterilisation	3
Eheleute entscheiden sich für Tubenligatur bei der Ehefrau	1
Bedenkzeit für die Eheleute	4
keine Entscheidung	10
Befürwortung	78

Der Wunsch nach vikariierender Sterilisation des Mannes wurde nach eingehendem Gespräch von den beratenden Ärzten bei 13 Paaren aus folgenden Gründen zurückgestellt bzw. abgelehnt:

In 5 Fällen lag keine Indikation vor, die eine vikariierende Sterilisation rechtfertigen konnte. In 2 Fällen lag die Indikation eindeutig auf seiten der Frau, so daß der Eingriff beim Mann nach unserer Auffassung kontraindiziert war. Ein Mann war unter 25 Jahre alt. In einem weiteren Fall war die Ehefrau mit 55 Jahren bereits in der Menopause. In 2 Fällen lagen Eheprobleme vor, die erst bewältigt werden sollten, in 2 weiteren Fällen war die Atmosphäre während des Gespräches so emotionsgeladen, daß eine operative Unfruchtbarmachung nicht ratsam erschien.

Bei den 19 Ehepaaren, die zum Gynäkologen überwiesen wurden, handelte es sich im wesentlichen darum, daß von seiten der Eheleute

auch eine Information über die Unfruchtbarmachung der Frau gewünscht wurde. Es ergab sich während des Gespräches, daß die Ehepaare Informationen erhalten hatten, die ihnen diese zusätzliche Beratung notwendig machten. 8 Ehepaare erbaten sich nach dem Gespräch noch längere Bedenkzeit; 3 von ihnen nahmen grundsätzlich von der Sterilisation als Methode der Antikonzeption Abstand. In einem Fall entschied man sich für die Tubenligatur, 4 Ehepaare haben sich nicht wieder gemeldet. In 10 Fällen ist bisher eine Entscheidung noch nicht getroffen worden, da entsprechende Auskünfte von den behandelnden Gynäkologen, Internisten oder Psychotherapeuten noch nicht eingegangen waren. Einem Patienten aus dieser Gruppe war das Verfahren bei uns zu umständlich. Er ließ sich andernorts vasektomieren mit dem Erfolg, daß 5 Monate später 26 Mill. Spermatozoen/ml im Ejakulat nachzuweisen waren und die Ehefrau schwanger geworden war. Nun ließ die Ehefrau sich operativ unfruchtbar machen.

In 78 Fällen wurde nach dem Beratungsgespräch die vikariierende Sterilisation des Mannes von uns befürwortet. Von ihnen erschienen 17 nach dem Eingriff nicht zu der notwendigen Spermio grammkontrolle. Von den Nachuntersuchungen (vgl. Tabelle 6) ist besonders erwähnenswert, daß es in 15 Fällen zu ziehenden Beschwerden in beiden Nebenhoden und Samenleitern nach dem operativen Eingriff kam. Diese Beschwerden waren nach spätestens 1 Jahr verschwunden. In einem Fall bestanden sie auch nach 2 Jahren noch. Bei diesem Mann wurde darüber hinaus ein Verlust an Vitalität beklagt. Die Latenz zwischen Eingriff und dem Nachweis einer Azoospermie im Ejakulat betrug zwischen 1–11 Monate; diese Zahl zeigt, wie wichtig es ist, daß nach der operativen Unfruchtbarmachung des Mannes regelmäßige Spermio grammkontrollen durchgeführt werden (vgl. Schirren 1971 und 1972; Konietzko u. Reinecke 1973).

Schlußfolgerung

Der besondere Wert des Beratungsgespräches, an dem nach dem von Schirren entwickelten sog. Hamburger Modell beide Ehepartner teilnehmen sollten, da man nur auf diese Weise der Ehegemeinschaft gerecht werden kann, wird aus dem folgenden Beispiel schlagartig beleuchtet: Ein 37-jähriger Mann ließ sich vor zwei Jahren in den USA „aus Liebe zu einer Frau“ sterilisieren. Diese Frau hatte bereits fünf eigene Kinder und war bei der Geburt des letzten Kindes fast verblutet. Die Frau ist verheiratet; der 37-jährige Mann bricht in diese Ehe ein, die Ehe wird aber nicht geschieden. Ein halbes Jahr nach der Sterilisation trennt dieser Mann sich von der Frau aus verschiedenen Gründen, kehrt nach Europa zurück

und äußert jetzt d. h. zwei Jahre später den Wunsch nach Refertilisierung, da er „kurz vor dem Durchdrehen“ sei. Hier haben sicher nicht die richtigen Voraussetzungen vorgelegen, um eine Vasektomie durchzuführen. Schirren (1973) hat über weitere negative Beispiele berichtet.

Wenn man die vorgelegten Ergebnisse kritisch betrachtet, dann ergeben sich aus ihnen folgende Aspekte, die einer Überlegung bei jenen Ärzten wert sind, an die der Wunsch nach Sterilisation gestellt wird. Es ist u. E. völlig ausgeschlossen, feste Richtlinien etwa im Sinne einer Reglementierung aufzustellen, da hieraus eine Belastung der Beziehungen Arzt:Patient resultieren muß. Die unbedingt notwendige Vertrauensbasis wird auf diese Weise ebenso wie durch einen Instanzenweg analog den Gutachterstellen bei den Ärztekammern für die Genehmigung von Schwangerschaftsuntersuchungen empfindlich gestört. Wir lehnen daher nachdrücklich die Einführung von Gutachterstellen bei der vikariierenden Sterilisation des Mannes ab (vgl. Schirren 1971 und 1973). Das sog. Hamburger Modell sieht demgegenüber grundsätzlich einfacher, überschaubarer und praktikabel aus:

1. An der Vorbereitung sind zwei Ärzte zu beteiligen,
 - a) Gesprächsführung mit beiden Eheleuten einschl. gründlicher Untersuchung des Mannes (durch den einen Arzt);
 - b) schriftliche Erklärung oder mündliche Auskunft eines zweiten Arztes z. B. über Unverträglichkeit von Ovulationshemmern, Kontraindikation auf seiten der Frau usw.
2. Schriftliche Erklärung beider Eheleute vor einem der beiden Ärzte über Informationsgehalt des Gespräches und Bereitschaft zur Übernahme aller sich aus dem Eingriff ergebenden Konsequenzen einschl. etwaiger Nebenwirkungen als Folge der Operation; Hinweis auf die nicht wieder rückgängig zu machenden Folgen der Vasektomie.

3. Hinweis auf die Notwendigkeit der Antikonzeption im bisherigen Rahmen, bis durch eine andrologische Untersuchung sichergestellt ist, daß der Eingriff erfolgreich war.

4. Histologische Untersuchung des exzidierten Gewebestückes aus dem Ductus deferens.

Mit diesem Modell ist nicht etwa gesagt, daß stets eine medizinische Indikation etwa auf seiten der Frau vorhanden sein muß. Der Arzt sollte sich allerdings daran halten, daß ein operativer Eingriff nur unter bestimmten Voraussetzungen vorgenommen werden kann. Hierzu bietet sich ihm als Hilfsmittel besonderer Art das von uns geforderte Gespräch zwischen Arzt und Ehepaar an.

Literatur

1. Kaden, R.: Andrologische Aspekte bei beabsichtigter Sterilisation des Mannes. Urologe (B) 13 (1973) 7.
2. Klosterhalfen, H., Schirren, C.: Operative Technik der Epididymovasostomie. Dtsch. med. Wschr. 89 (1964) 2234.
3. Konietzko, D., Reinecke, F.: Langfristiger Spermatozoennachweis nach Vasektomie. Dtsch. med. Wschr. 98 (1973) 1221.

4. Schirren, C.: Möglichkeiten und Grenzen der Empfängnisregelung von seiten des Mannes aus andrologischer Sicht. Zbl. Ehe- u. Familienk. 6 (1969) 97.

5. Schirren, C.: Die Vasektomie als Methode der Antikonzeption. Gedanken aus andrologischer Sicht. Fortschr. Med. 89 (1971) 635.

6. Schirren, C.: Alternativen zur „Pille“ als Methoden der Antikonzeption aus andrologischer Sicht. Fortschr. Med. 91 (1973) 1185.