

Aus der Geburtshilflich-Gynäkologischen Abteilung (Chefarzt: Dr. med. K. Geipel)  
des Kreiskrankenhauses Peine

## Mögliche Folgen nach freiwilliger Sterilisation der Frau Präoperative Beurteilung

von H.-E. SCHNEIDER

**Zusammenfassung:** In den letzten 2 Jahren nehmen in der deutschen Literatur Stellungnahmen zur freiwilligen Sterilisation der Frau zu (*Heiss, Hiersche, Kepp, Petersen, Schneider u. a.*). — Nachuntersuchungen wurden von Greve durchgeführt. Die Auswertung eigener Resultate ist in Vorbereitung. Es wird jetzt der Vorschlag für eine prospektive Studie über Sterilisierungsfragen anhand eines präoperativen Fragenkatalogs gemacht. Ein Punktsystem ähnlich wie beim APGAR-Schema, das die bisherigen Erkenntnisse über positive und negative Vorbedingungen berücksichtigt — ermittelt durch einen präoperativen Fragebogen —, ermöglicht Aussagen über die Prognose der Unfruchtbarmachung. — Die Entscheidung über die Durchführung der freiwilligen operativen Sterilisation der Frau als sichere konzeptionsverhütende Maßnahme sollte dem Gynäkologen überlassen sein, eventuell, je nach der Gesamtzahl der erzielten Punkte, nach Rücksprache mit Kollegen anderer Fachrichtungen, speziell dem Psychiater. Ein Gutachterausschuß und detaillierte gesetzliche Regelungen werden nicht für erforderlich gehalten.

**Summary: Possible consequences of voluntary sterilisation of women.** During the last 2 years reports on the voluntary sterilisation of women have increased in the German literature (*Heiss, Hiersche, Kepp, Petersen, Schneider, among others*). — Follow-up examinations were conducted by Greve. The evaluation of our own results is in preparation. A prospective study of the problems of sterilisation in the light of a pre-operative questionnaire is now proposed. A points system similar to that of the APGAR scheme, which refers to the present recognition of positive and negative fundamental requirements — ascertained through a pre-operative questionnaire — enables statements to be made on the prognosis of sterilisation. The decision to carry out a voluntary operative sterilisation of a woman as a reliable contraceptive measure should be left to the gynaecologist, possibly based on the total number of points obtained and after consultation with colleagues in other specialities, especially the psychiatrist. An expert committee and detailed legal regulations are not considered necessary.

Die medizinische und medizinisch-soziale Indikation zur freiwilligen Sterilisation der Frau als sichere Methode der Konzeptionsverhütung werden im wesentlichen von Ärzten und Juristen befürwortet, Zweifel bestehen bei eugenischen Gründen, und umstritten ist die Unfruchtbarmachung aus rein sozialen Motiven (*Eser*). Der Beschluß des Deutschen Ärztetages im Mai 1969, § 4 der Berufsordnung wie folgt zu formulieren: „Sterilisationen sind zulässig, wenn sie aus medizinischen, genetischen und schwerwiegenden (?) sozialen Gründen indiziert sind“, ist in diesem Sinne zu deuten.

Aus Skandinavien, England, Amerika und der Schweiz kamen Untersuchungen, die sich mit den Folgen der freiwilligen Sterilisation der Frau befaßten (*Barglow, Binder, Ekblad, Black, Thompson, Mc Coy, Overstreet u. a.*). Eine entsprechende Analyse wurde in Deutschland von Greve durchgeführt, wobei sich erhebliche negative Folgen herausstellten. Zusammenfassungen über die gesamte Literatur dieses Themenkreises wurden von *Heiss und*

*Petersen* publiziert. Eigene Untersuchungen mittels einer bereits abgeschlossenen Fragebogenaktion an 151 sterilisierten Frauen werden z. Z. ausgewertet, wobei es bisher den Anschein hat, als ob in wesentlich geringerem Maße nachteilige Konsequenzen zu beobachten sind. Nach *Binder u. a.* können folgende Gegebenheiten die Situation nach der Sterilisation beeinflussen: Indikation zur Operation, präoperativer psychischer Status, Ehebeziehung. Die Bedeutung von Alter der Patientin und Kinderzahl ist nicht unumstritten. Soziologische Faktoren werden wahrscheinlich nicht ohne Einfluß sein: Bildungsgrad, Wohnort und Konfession.

Nachdem nun für die hormonalen Kontrazeptiva eine prospektive Studie über 5 Jahre geplant ist, könnte in kleinerem Rahmen eine ähnliche Untersuchung über die freiwillige operative Sterilisation der Frau aus erweiterter Indikation durchgeführt werden, zumal möglicherweise die Veröffentlichungen in der Laienpresse über Nebenwirkungen einiger Hormonpräparate und deren vor-

läufige Zurücknahme Bedenken gegen hormonale Konzeptionsverhütung im allgemeinen verstärken und häufiger den Gedanken an operative Sterilisation aufkommen lassen können. Diese Möglichkeit wird natürlich nur für die Ehepaare in Frage kommen, bei denen kein weiterer Kinderwunsch mehr besteht.

**Eigene Untersuchungen**

Wir haben uns daher an unserer Abteilung entschlossen, seit Anfang 1971 jede Frau, bei der die operative Sterilisation zur Diskussion steht, an Hand eines Fragebogens, wie er im folgenden dargestellt ist, zu befragen. Die Antworten werden vom Arzt während der Unterhaltung mit der Patientin angekreuzt bzw. eingetragen. Hierdurch wird ein mehrfacher Zweck verfolgt:

1. Arzt und Patientin werden nochmals gezwungen ihre Entscheidung präoperativ zu durchdenken,
2. man kann sich ein Bild von der Persönlichkeit der Frau und ihren Lebensumständen machen, das weit über das hinausgeht, was normalerweise im Krankenblatt fixiert wird,
3. während des Gesprächs kann eine gründliche Aufklärung der Patientin erfolgen,
4. kann der ausgefüllte Fragebogen an Hand gewisser Indizien, über die noch zu sprechen sein wird, vorsichtige Rückschlüsse auf die spätere seelische Verarbeitung der Unfruchtbarmachung zulassen, bzw. wird man in ungeeignet erscheinenden Fällen entschieden von einer endgültigen Maßnahme wie der operativen Sterilisierung abraten. Nach einigen Jahren, und wenn genügend Fälle gesammelt sind, könnte nach einer erneuten Befragung ein Vergleich beider Äußerungen erfolgen.

**Präoperativer Fragebogen**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
 Wohnung: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

1. Geburtsdatum:
2. Zahl der Schwangerschaften:
3. Zahl der lebenden Kinder:
4. a) erlernter Beruf:  
 b) zuletzt ausgeübter Beruf:
5. Beruf des Ehemannes:
6. Warum soll die Sterilisation durchgeführt werden?  
 a) zur Vermeidung von Gesundheitsschäden  
 b) da ohnehin eine Operation vorgesehen ist  
 c) nur zur sicheren Verhütung weiterer Schwangerschaften
7. Wer brachte Sie erstmals auf den Gedanken der Sterilisation?  
 a) Sie selbst  
 b) Ihr Ehemann  
 c) Bekannte oder Verwandte

- d) Zeitungen, Illustrierte oder dgl.
- e) Hausarzt
- f) zuerst aufgesuchter Frauenarzt
- g) erst der Krankenhausarzt
8. Betreiben Sie bis jetzt Schwangerschaftsverhütung?  
 a) nein (warum nicht.....)  
 b) „fruchtbare und unfruchtbare“ Tage  
 c) Temperaturmessung  
 d) Ihr Mann „paßt auf“  
 e) von Ihnen selbst zu verwendende Mittel  
 f) durch Ihren Mann zu verwendende Mittel  
 g) „Die Pille“?
9. Kennen Sie die Folgen einer Eileiterunterbindung?  
 a) ja  
 b) ungefähr  
 c) kaum  
 d) nein
10. Haben Sie beim Geschlechtsverkehr  
 a) Angst vor Schwangerschaft  
 b) Schmerzen  
 c) keines von beiden
11. Ihre Einstellung zum Geschlechtsleben  
 a) bejahend  
 b) wechselnd  
 c) nur auf Wunsch des Ehemannes  
 d) ablehnend
12. Hätten Sie gerne noch Kinder  
 a) ja  
 b) nur falls etwas Unvorhergesehenes geschieht  
 c) nein
13. Beurteilung Ihrer Ehesituation  
 a) glücklich, gut  
 b) mittel, zufrieden  
 c) gespannt, kritisch

Vollständige Diagnose:

Therapie:

- a) mit Interruptio
- b) ohne Interruptio

Bevor die einzelnen Fragen erläutert werden, wollen wir betonen, daß der Bewertung des Fragebogens selbstverständlich die in der Literatur veröffentlichten Ergebnisse zugrunde gelegt werden. Darüber hinaus berücksichtigen wir jedoch die Resultate unserer eigenen noch nicht vollständig ausgewerteten Untersuchungen, da einige Fakten in bisherigen Arbeiten noch nicht angesprochen wurden.

Die Fragen 1—3 behandeln Themen, die nicht weiter ausgeführt zu werden brauchen, wobei hinsichtlich Alter und Kinderzahl keine starren Grenzen zu setzen sind, hier ist die individuelle Situation von besonderer Bedeutung. Den sozialen Status der Familien klären die Fragen 4 und 5, die

spätere seelische Verarbeitung des Fertilitätsverlustes muß wohl auch in diesem Zusammenhang gesehen werden.

Die Indikation zur Sterilisation aus der Sicht der Patientin gibt Frage 6 an: Frauen, die sich nur aus Gründen der Familienplanung sterilisieren lassen, beobachten seltener an sich selbst negative Auswirkungen. Andererseits sind bei medizinischer Indikation eher spätere Schwierigkeiten zu erwarten. Zur Beurteilung der 7. Frage ist zu sagen, daß es von Bedeutung erscheint, daß sich die Frau bereits vor Aufnahme in das Krankenhaus im Kreis der Familie und im vertrauten Milieu mit dem Gedanken der Unfruchtbarmachung befaßt hat. Sicherlich gibt es viele Fälle, bei denen die Patientin erst vom Krankenhausarzt über die Möglichkeit einer Tubenligatur informiert wird, dankbar dafür ist und auch im Augenblick mit der Sterilisation voll einverstanden ist, aber sie und ihr Mann werden doch zu einer relativ raschen Entscheidung gezwungen. Aus dieser Tatsache resultieren möglicherweise öfter postoperative psychische Störungen.

Bei der 8. Frage wäre es grundsätzlich eigentlich ausreichend, sich auf die Antworten „ja“ oder „nein“ zu beschränken. Die weitere Differenzierung nach der Art der bisherigen Konzeptionsverhütung erleichtert aber die Befragung (der Coitus interruptus wird von Laien häufig überhaupt nicht als Schwangerschaftsverhütungsmethode anerkannt), und gleichzeitig kann der Untersucher sich ein besseres Bild von der Persönlichkeit der betreffenden Frau und ihres Ehemannes machen. Falls präoperativ keine Antikonzeption betrieben wurde, sind für später häufiger negative Konsequenzen vorauszusagen.

Zu 9: Patientinnen, die von sich aus bereits vollständig oder wenigstens ungefähr über die biologischen Folgen einer Tubensterilisation informiert sind, werden auch postoperativ seltener Besonderheiten physischer oder psychischer Art aufweisen. Häufig liegen jedoch vorher absolut keine Kenntnisse vor, oder der Arzt muß erst Kastrationsvorstellungen beseitigen. Dann werden auch postoperativ gelegentlich dieselben Bedenken auftreten (Gewichtszunahme, Regelstörungen).

Der in Frage 10 angeschnittene Komplex wird auch in der Literatur erwähnt (*Petersen*). Bei bestehender Schwängerungsangst und daraus resultierender Dyspareunie wird die Sterilisation in der Regel bei den geeigneten Fällen die ideale Lösung darstellen. Die nächste Frage könnte vielleicht noch unterteilt werden in Zärtlichkeitsbedürfnis, Libido und Orgasmusfähigkeit, aber diese Differenzierung scheint uns nicht generell erforderlich. Wesentlich ist die Einstellung der Frau zur Sexualität in ihrer Ehe überhaupt. Die 12. und 13. Frage bedürfen eigentlich keiner weiteren Erläuterung: falls noch

Kinderwunsch besteht oder die Ehesituation schlecht ist, muß die Prognose für die spätere gute Verarbeitung der Sterilisation mit äußerster Vorsicht gestellt werden. Zuletzt kann für die Beurteilung der psychosomatischen Sterilisationsfolgen nicht unberücksichtigt bleiben, ob die Unfruchtbarmachung mit einer gleichzeitigen Schwangerschaftsunterbrechung kombiniert war.

### Schlußfolgerungen

1. Wenn auch in Deutschland die Diskussion über die Anerkennung der freiwilligen Sterilisation der Frau aus erweiterter Indikation erst zögernd in Gang kommt, kann doch nicht übersehen werden, daß dieses Problem in absehbarer Zeit in verstärktem Maße auf uns zukommt. Der bisherigen Zurückhaltung liegen verschiedene Motive zugrunde (geschichtlich, konfessionell, gesellschaftlich), es fehlen bisher aber auch ausreichende und fundierte deutsche Untersuchungen.

2. Eine prospektive Studie über Sterilisationsfragen wäre geeignet, genügend Material zusammenzustellen, um gesicherte Aussagen über positive und negative Konsequenzen sowie deren Vermeidung zu ermöglichen. Wir könnten damit versuchen, das jetzige Stadium zu überwinden, in dem vielerorts Sterilisationen auch aus Gründen der Familienplanung zwar durchgeführt werden, aber nicht darüber gesprochen wird. Auch wäre damit zu vermeiden, daß als Alternative zur Sterilisation die Uterusexstirpation gewählt wird, wie es gelegentlich in der Literatur anklingt (*Richter, Gray*).

3. Bei weiterer Ausarbeitung könnte ein Punktsystem ähnlich wie beim APGAR-Schema an Hand eines präoperativen Fragenkatalogs die Beurteilung der möglichen Sterilisationsfolgen erleichtern. Falls ein noch zu ermittelnder Grenzwert überschritten wird, muß die Frau bzw. das Ehepaar ausdrücklich auf diese Tatsache hingewiesen werden. Ob man dann von der Unfruchtbarmachung abrät, sie ablehnt oder zusätzlich einen Psychiater hinzuzieht, muß von Fall zu Fall entschieden werden. Inwieweit jedoch die Ablehnung eine Hilfe für das betreffende Ehepaar bedeutet, muß dahingestellt bleiben.

4. Die Entscheidung, ob er die freiwillige Sterilisation durchführen will oder nicht, muß dem einzelnen Gynäkologen überlassen sein, eventuell mit Kollegen anderer Fachrichtungen, möglichst aber nicht in Form eines Gutachterausschusses, denn diese Konfrontation wird viele Frauen abschrecken. Jeder operativ tätige Frauenarzt wird fast täglich vor Entscheidungen gestellt, die erhebliche Konsequenzen für seine Patientin haben (Uterusexstirpation, Kastration), so daß er auch dieser Aufgabe gewachsen sein dürfte. Einengende gesetzliche Reglementierungen können zu einer differenzier-

ten Beurteilung dieses Problems eigentlich nicht beitragen.

5. Bezüglich der Voraussetzungen und Bedingungen zur Anerkennung der freiwilligen Sterilisation der Frau als Mittel der Familienplanung möchten wir uns den Schlußfolgerungen von *Petersen* anschließen: Aufklärung von Laien mit Hilfe der Ärzteschaft, Bereitschaft der Ärzte zur Erarbeitung praktischer Richtlinien und sorgfältige Beachtung aller Faktoren, die den Erfolg der Sterilisation ungünstig beeinflussen können.

Schrifttum: 1. Barglow, P. u. Eisner, M.: An evaluation of tubal ligation in Switzerland. *Amer. J. Obstet. Gynec.* 95 (1966) 1083. — 2. Binder, H.: Psychiatrische Untersuchungen über die Folgen der operativen Sterilisation der Frau durch partielle Tubenresektion. *Zit. n. Petersen.* — 3. Black, W. P. u. Sclare, A. B.: Sterilization by tubal ligation — a follow — up study. *J. Obstet. Gynaec. Brit. Cwlth.* 75 (1968) 219. — 4. Ekblad, M.: The prognosis after sterilization on socialpsychiatric ground. *Zit. n. Heiss.* — 5. Eser, A.: Freiwillige Sterilisation und Strafrechtsreform. *Med.*

*Welt* 21 (1970) 40, 1751. — 6. Gray, L. A.: Indikationen, Technik und Komplikationen der vaginalen Uterusexstirpation. *Ref. Ber. ges. Gynäk. Geburtsh.* 94 (1966/67) 348. — 7. Greve, W.: Die psychische Verarbeitung der Sterilisation. In *Empfängnisregelung und Gesellschaft*, hrsg. v. Kepp u. Koester. Thieme, Stuttgart 1969. — 8. Heiss, H.: Die Sterilisation der Frau. Enke, Stuttgart 1969. — 9. Hiersche, H.-D., Hiller, C. u. Friedberg, V.: Die Geburtenregelung. *Geburtsh. u. Frauenheilk.* 30 (1970) 289. — 10. Kepp, R. u. Koester, H.: Empfängnisregelung und Gesellschaft. Thieme, Stuttgart 1969. — 11. McCoy, D. R.: The emotional reaction of women to therapeutic abortion and sterilization. *J. Obstet. Gynaec. Brit. Cwlth.* 75 (1968) 1054. — 12. Overstreet, E. D.: Role of female sterilization in population control. *Amer. J. Obstet. Gynec.* 101 (1968) 351. — 13. Peterseh, P.: Die freiwillige Sterilisation als Mittel der Familienplanung. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 38 (1970) 1, 33. — 14. Richter, K.: Die operative Therapie des Deszensus und ihre Wandlung. *Ref. Ber. ges. Gynäk. Geburtsh.* 95 (1967/68) 159. — 15. Schneider, H.-E.: Statistische und soziologische Aspekte nach Sterilisationsoperationen. *Geburtsh. u. Frauenheilk.* 30 (1970) 1064. 16. Thompson, B. u. Baird, D.: Follow-up of 186 sterilized women. *Ref. Dtsch. Ärztebl.* 65 (1968) 38.

Ansch. d. Verf.: Dr. med. *Hans-Erich Schneider*, Kreis-krankenhaus, 315 Peine.

## AUSSPRACHE

### Intrauterinpressare zur Sterilitätsbehandlung

von HEINRICH GESENIUS

Am 15. Mai 1935 hat die Berliner Gynäkologische Gesellschaft auf meine Initiative das Einlegen von Intrauterinpressaren (IUD's) als „fahrlässige Handlung“ bezeichnet, anschließend erwirkte im gleichen Jahr die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie „zur Verhütung von Gesundheitsschäden“ ein Verbot der Herstellung und Anwendung dieser Mittel zur Schwangerschaftsverhütung. 30 Jahre später habe ich meine Ansicht in unserer Fachzeitschrift „Geburtshilfe und Frauenheilkunde“ korrigiert. Zwar bin ich nicht — wie *G. Döderlein* bei Besprechung der Neuauflage meines Buches „Empfängnisverhütung“ (Urban & Schwarzenberg, 1970) schreibt — geradeswegs „vom Saulus zum Paulus“ geworden; doch mußte ich einsehen, daß wir vor 35 Jahren das Kind mit dem Bade ausgeschüttet haben. Wie ja denn überhaupt oft der Fehler begangen wird, mit Vorliebe Mißerfolge zu publizieren und so Negatives in den Vordergrund zu stellen, Positives aber unter den Tisch fallen zu lassen. Denn wenn die IUD's auch hinsichtlich der Sicherheit der Schwangerschaftsverhütung die hormonale Kontrazeption nicht erreichen, so weisen sie doch — neben der fehlenden Beeinträchtigung von Organ-systemen — in der heute verbesserten Form für die weltweite Anwendung (Übervölkerungsproblem) besondere Vorzüge auf.

Der Grund weshalb ich nochmals auf die IUD's zu sprechen komme, ist ein anderer. Er betrifft ihre Anwendung nicht zur Verhütung einer Schwangerschaft, sondern gerade zum gegenteiligen Zweck: zur Beseitigung von Unfruchtbarkeit.

Schon im Jahre 1920 hat der in München niedergelassene Frauenarzt *M. Nassauer* in der Münchener Medizinischen Wochenschrift über erfolgreiche Anwendung eines von ihm angegebenen Intrauterinpressars „zur instrumentellen Behandlung der weiblichen Sterilität“ berichtet. Er nannte sein Modell „Fruktulett“ (vgl. Abb.) und teilte 1923 — ebenfalls in der Wochenschrift — neue Erfolge mit.

Bei den heute vorhandenen Möglichkeiten zur Behandlung unfruchtbarer Ehen (z. B. *J. Ufers* „Pseudoschwangerschaft“) würde ich auf *Nassauers* Publikationen wohl auch jetzt nicht zurückkommen, wenn seine Erfolge nach nunmehr 50 Jahren nicht von Autoren bestätigt worden wären, die seinen Namen mit Sicherheit nie gehört haben. 1968 nämlich berichtete *L. J. Harris*, Kanada, auf dem 6. Weltkongreß „on Fertility and Sterility“ in Tel Aviv, er habe von 1960—1966 nach Dilatation und Kürettage bei 204 sterilen Frauen einen Polyäthylentubus in den Uterus eingelegt, ihn mit einer Naht an der Zervix befestigt und nach 3 Monaten