

Literaturverzeichnis

Aldridge A. H.: Temporary surgical sterilization with subsequent Pregnancy, Am. J. obst. & Gynec. 27, 741 (1934). – *Barons*: Die Sterilisation an der Basler Frauenklinik 1920–1934, Diss. Basel 1936. – *Binder H.*: Psychiatrische Untersuchungen über die Folgen der operativen Sterilisation der Frau durch partielle Tubenresektion, Schweiz. Arch. Neur. Bd. 40, HI, Sl. – *Boyson, Harry and McRae, Louis A.*: Tubalsterilization through the vagina, Am. J. Obst. & Gynec. 58, 488 (1948). – *Garb A. E.*: A review of tubal sterilization failures, Obstet. gynec. Surv. 12, 291 (1957). – *Haller Jürgen*: Beeinflussung der Ovulation durch Gestagene: Geburtshilfe und Frauenheilk. 22, 211 (1962). – *Hewitt H. P. and Whitley J. R.*: Post partum sterilization, Am. J. Obst. & Gynec. 39, 649 (1940). – *Irving F. C.*: Tubal sterilization, Am. J. Obstet. Gynec. 60, 1101 (1950). – *Käser O. und Iklé F. A.*: Atlas der gynäkologischen Operationen (1960). – *Labhardt*: Eine einfache Methode der Tubensterilisation, Zbl. Gynäk. 540 (1911). – *Labhardt*: Geburtenregelung, Helvet. med. Acta (1939). – *Lull Cl. B. and Mitchell R. M.*: The pomerooy methode of sterilization, Am J. Obst. Gynec. 59, 1118 (1950). – *Madlener M.*: Über sterilisierende Operationen an den Tuben, Zbl. 43, 380 (1919). – *Martius H.*: Die gynäkologischen Operationen (1954). – *Pincus G. Rock et al.*: Am. J. Obst. Gynec. 75, 1333 (1958). Zit. bei J. Haller. – *Rollin B.*: Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisation, Diss. Zürich 1936. – *Te Linde R. W.*: Operative Gynecology (1953). – *Wenner R.*: Spätresultate nach operativer Sterilisation der Frau, Helv. Med. Acta 6, 2 (1939).

Die psychiatrische Abklärung des zur Vasektomie vorgesehenen Patienten

Von *M. Gschwind*¹

Zusammenfassung

Es werden die Gründe, welche eine der Vasektomie vorgängige psychiatrische Untersuchung empfehlenswert erscheinen lassen, dargelegt. Diese gruppieren sich in individuelle, bipersonelle, soziale, eugenische und überschneiden sich in der Praxis in mannigfacher Weise. Die Begutachtung einwilligungsunfähiger Patienten wird ebenfalls abgehandelt.

Résumé

L'auteur discute l'indication de l'examen psychiatrique précédant la vasectomie. Il expose les points de vue individuels, bipersonnels, sociaux et eugéniques dans leurs relations les uns avec les autres. Il mentionne également le traitement des patients incapables de juger et des personnes sous tutelle.

Die der Vasektomie vorgängige psychiatrische Beurteilung hat sich in der Praxis weitgehend eingebürgert. Psychiatrische Komplikationen lassen sich dadurch praktisch vollständig vermeiden. Die Gründe dafür sind folgende:

1. Der Chirurg will formell gedeckt sein hinsichtlich der Urteilsfähigkeit, Motivation und Einwilligungsfähigkeit des Patienten.

¹ Adresse: Dr. med. et jur. *Martin Gschwind*, Rodersdorf bei Basel.

2. Es ist sachkundig abzuklären, ob von psychiatrischer Seite besondere Risiken bestehen, welche auf eine erhöhte Gefahr ungünstiger Verarbeitung des Operationsergebnisses schließen lassen, das heißt, die vorgängige psychiatrische Beurteilung entspringt der ärztlichen Sorgfaltspflicht.

3. Bei primär psychiatrischer Indikation wird meist ein eingehendes Gutachten erstattet, welches nebst Begründung der Indikation Punkt 1 und 2 mitbeantwortet.

Dieses Prozedere entspricht nicht einer verbindlichen Formvorschrift, sondern dem in der gesamten Medizin feststellbaren Bedürfnis nach erhöhter diagnostischer und indikatorischer Differenzierung und gleichzeitiger Aufteilung der individuellen ärztlichen Verantwortung. Der erfahrene Routinier wird auch als Chirurg mit der Zeit den Blick dafür bekommen, in welchen Fällen er sich die Mitarbeit des Psychiaters ersparen kann. Kliniken mit Routinebetrieb tun gut daran, in ihrer Routine auf der vorgängigen Mitwirkung des Psychiaters zu bestehen.

Die psychiatrische Beurteilung umfaßt folgende Gesichtspunkte:

1. individuelle,
2. bipersonelle der sexuellen Partnerschaft,
3. soziale,
4. eugenische,
5. die Begutachtung Einwilligungsunfähiger.

ad 1. Die *individuellen* Kriterien enthalten neben medizinischem besonders juristisches Gewicht. Die Urteilsfähigkeit über die Tragweite des vorgesehenen Eingriffs verlangt nebst der Sachkenntnis eine adäquate Motivation zur Vornahme. Inadäquate Motivationen, zum Beispiel die kategorische Ablehnung jeglicher Fortpflanzung mit bevölkerungspolitischer Begründung, sind meist verdächtig auf neurotische Fehlhaltungen.

Besondere psychiatrische Beobachtung verlangen die Hypochonder, Konversionshysteriker und Organneurotiker. Die Neigung zu krankhaften Fehlinnervationen besteht bei allen drei Gruppen. Meist überschneiden sich die Symptome in ihrer Zugehörigkeit zur einen oder andern Gruppe. So zeigen zum Beispiel viele Organneurotiker auch hypochondrische und konversionshysterische Züge und umgekehrt.

Die Hypochonder fallen durch ihre abnorme Angst um den eigenen Körper auf. Sofern für sie die Vasektomie aktuell wird, begegnen sie den damit verbundenen Problemen mit viel ängstlicher Vorsicht, tausend Wenn und Aber, von der Schmerzhaftigkeit des Eingriffs bis zur «Schwächung» des Körpers und der Gesundheit. Dabei werden sämtliche Bedenken mit großer Pedanterie in extenso erörtert. Die bestehende Ambivalenz gegenüber der in Betracht gezogenen Operation bleibt dabei so stark, daß der Hypochonder meist entscheidungsunfähig bleibt, auch wenn er intellektuell möglicherweise schwerwiegende und objektive Gründe zur Vornahme sieht. Sofern nicht gleichzeitig eine Neigung

zu organoneurotischen Beschwerden besteht mit ausgeprägten Fehlinnervationen, meist im Bereich des Verdauungstraktes, kann man versuchen, den Patienten zum positiven Entschluß zu bringen. Neigt er bereits im Zeitpunkt der psychiatrischen Untersuchung zu Potenzstörungen und zeigt er zum Beispiel nach Unfällen oder früheren Operationen abnorme Heilungsverläufe mit psychisch fixierten Schmerzzuständen oder Funktionsstörungen, so empfiehlt sich eine abwartende Haltung. Sind die objektiven Gründe zur Vornahme der Vasektomie derart gravierend, daß man dem Patienten trotz abnormer Reaktionsbereitschaft gegenüber dem vorgesehenen Eingriff zur Vornahme raten muß, so ist eine eingehende Durcharbeitung aller Fragen vorgängig am Platze und abzuwarten, bis der Patient sich, wenn auch unter Beihilfe, aber ohne Druck, zu seinem Entschluß durchgerungen hat.

Hat der Patient eine katholische Erziehung genossen, so wird möglicherweise Schuld und Strafangst mobilisiert durch Vornahme des von der katholischen Kirche verbotenen Eingriffs. Die organoneurotische Verarbeitungsweise des meist unbewußt ablaufenden Schuld- und Strafproblems liegt in solchen Fällen besonders nahe. (Besonders bei sterilisierten Frauen läßt sich dieser Vorgang beobachten, bei Männern ist er sehr selten, da die Gefährdeten meist nicht zur Vasektomie gelangen.) Die psychiatrische Praxis zeigt gesamthaft, daß die Vasektomie als solche nicht spezifisch traumatisierend wirkt. Es gibt aber, wie gesagt, eine Gruppe von Individuen, welche besonders disponiert ist, aus dem Eingriff ein Trauma zu machen. Die Feststellung dieser Gefährdeten erfolgt durch systematische Exploration im Sinne eines biographischen Längsschnittes, wobei speziell auf hypochondrische, konversionshysterische und organoneurotische Symptome geachtet wird. Vorausgegangene abnorme Krankheits-, Operations- und Unfallverläufe ergeben Anhaltspunkte.

Der exploratorische Querschnitt allein kann täuschen, weil der Patient unter einer bestimmten aktuellen Zielvorstellung steht, die mit diversen bewußten und unbewußten, affektgeladenen Haltungen verbunden ist. Es kann ein aktueller Zweifel mit Entschlußunsicherheit und oberflächlichen Befürchtungen bei einem an sich stabilen Individuum den Eindruck besonderer Labilität erwecken. Umgekehrt finden sich ausgesprochen sensitiv-labile Persönlichkeiten, die durch besondere Gefäßtheit und Entschlossenheit ihre unterdrückte Angst und Unsicherheit zu kompensieren suchen. Die Querschnittsbetrachtung täuscht somit gerne.

Objektivierungsmöglichkeiten ergeben sich auf testologischem Wege. Im Rorschachtest, TAT, Szonditest und anderen Tests lassen sich die Hypochonder, Konversionshysteriker und Organoneurotiker relativ leicht feststellen. Mit ihrer Feststellung ist nicht eo ipso eine Gegenindikation zur Vasektomie gestellt, aber die Aufgabe zu eingehender vorgängiger Untersuchung und eventueller psychotherapeutischer Durcharbeitung gegeben.

ad 2. Ganz besondere Beachtung ist dem *Partnerschaftsproblem* zu schenken.

Geht die Initiative zur Vasektomie vom Manne aus, so liegt erfahrungsgemäß auf seiner Seite ein geringes Risiko. Er hat sich meist schon längere Zeit mit dem Problem eingehend befaßt, oft auch das Resultat des Eingriffs bei einem Bekannten, der vor ihm vasektomiert wurde, eingeholt. Es empfiehlt sich, in diesen Fällen vorgängig auch die voraussichtliche Reaktionsweise der Frau abzuklären. Eine gewöhnliche formale Einwilligung der Ehefrau schützt den Arzt nur vor nachträglichen Angriffen ihrerseits, aber nicht vor ärztlichem Mißerfolg. Die psychiatrische Abklärung und Beratung hat auf Seiten der Partnerin daher ebensoweit zu gehen wie beim Patienten selbst. Abnorme Verarbeitungsweisen der Vasektomie des Ehemannes durch die Ehefrau können dadurch vermieden werden.

Formaljuristisch ist der Ehemann nicht auf die Einwilligung der Ehefrau in seine Vasektomie angewiesen, da er die Vertretungsbefugnis der Ehegemeinschaft nach außen hat. In der Vasektomie ohne oder gegen den Willen der Ehefrau kann aber ein ehewidriges Verhalten liegen, welches aber der Ehemann und nicht der Arzt zu verantworten hat. Der Arzt sollte aber den Patienten über diesen Punkt orientieren.

Die stillschweigende Vasektomie des Ehemannes in Unkenntnis der Ehefrau kann beachtliche psychiatrische Gründe haben. Insbesondere bei Frauen mit abnormer Reaktionsbereitschaft und voraussehbarer abnormer Verarbeitungsweise des Eingriffs am Ehemann kann die stillschweigende Vasektomie indiziert sein, sofern sie technisch durchführbar erscheint.

Unter dem Gesichtspunkt der ehelichen Partnerschaft besonders beachtlich erscheinen jene Fälle, wo trotz Vasektomie des Ehemannes eine anderweitige Schwängerung der Ehefrau in Betracht gezogen werden soll. Je primitiver die sozialen Verhältnisse liegen, desto größer ist die Gefahr, daß aus einer derartigen Situation schwerwiegende Folgen entstehen. Die Praxis der Schwangerschaftsunterbrechung nach Artikel 120, Schw.StGB, zeigt immer wieder solche Fälle. In einigen davon wurde dann nachträglich auch noch die Ehefrau sterilisiert.

Das Problem der *vikariierenden Sterilisation* der Ehefrau durch Vasektomie des Ehemannes bleibt in der Praxis problematisch. Auch wenn mit Recht von *Sterilisation einer Ehe* gesprochen wird, so darf doch nie vergessen werden, daß nur die Frau Kinder bekommt. Die kategorische Befürwortung der Vasektomie des Ehemannes anstelle der Sterilisation der Frau ist sicher falsch. Der Arzt hat sich primär an Lebenswirklichkeiten zu orientieren und nicht einseitig an moralischen oder juristischen Fiktionen.

In der Praxis treten häufig Fälle auf, in welchen wegen Schwangerschafts-erstehungsunfähigkeit die Schwangerschaft unterbrochen werden soll (Artikel 120 StGB). Die Erfahrung hat gezeigt, daß dieser Eingriff oft nur zweckmäßig ist, wenn die betreffende Ehe sterilisiert wird. Das Problem der vikariierenden Sterilisation stellt sich dann relativ plötzlich, da die Interruptio an Termine gebunden ist und große Differenzen in den Operationsrisiken bestehen. Führt

die Abwägung aller objektiven Risiken zur Indikation der Vasektomie beim Ehemann, so gerät dieser manchmal in eine Zwangslage, da die Interruptio erst nach Vasektomie des Ehemannes vorgenommen wird, weil sie sonst meist «verbummelt» wird und es zu erneuter Schwängerung kommt. Die Einstellung des Ehemannes zur Vasektomie ist unter derartigen Umständen anders, als wenn er selbst aus eigener Einsicht und Initiative den Eingriff wünscht. Die Bereitschaft, psychisch abnorm auf die Vasektomie zu reagieren, erhöht sich unter diesen Umständen. Die eingehende psychiatrische Abklärung und Vorbereitung des Ehemannes gemäß den unter 1. angeführten Kriterien ist daher in diesen Fällen besonders indiziert. Die jeweils verschiedenartigen Verhältnisse innerhalb der Partnerschaft sind zu berücksichtigen. Manche Ehemänner lassen sich von der Ehefrau gar nichts sagen, vom Arzt alles und umgekehrt. In vielen Fällen führt auch erst ein Gespräch in Anwesenheit beider Ehegatten zur positiven Lösung. Den meist uneingestandenem Machtansprüchen und Aggressionen zwischen den Ehegatten ist besondere Beachtung zu schenken. Das Argument der gerechten Verteilung der Gefahren und Schmerzen ist oft wirksam. Auch das Nehmen beim ritterlichen Ehrgeiz, mit Vorteil in Anwesenheit der Ehefrau, kann wirksam sein und eine positive Einstellung bewirken. In keinem Fall darf der Patient in die Gefühlslage manövriert werden, er habe einem äußeren Druck nachzugeben. Man muß ihm vielmehr die Rolle des freiwilligen Opfers zuspielen und sie durch Anerkennung entsprechend verstärken.

ad 3. Die Würdigung *sozialer Gesichtspunkte* ist relativ einfach. Im Vordergrund stehen Probleme ökonomischer Art. Das Verhältnis zwischen Einkommen und Kinderzahl, insbesondere auch die Wohnungsnot in städtischen Verhältnissen stehen an erster Stelle. Beides hängt eng mit dem allgemeinen Lebensstandard zusammen. Auch das Lebensalter, Invaliditäten, psychische Erkrankungen und Abartigkeiten, Süchte, Kriminalität mit Kantons- und Landesverweisungen können die soziale Verankerung stören und weitere Nachkommenschaft unerwünscht erscheinen lassen.

Die sozialen Aspekte erfordern eine globale Würdigung, in welche die Individualität der Beteiligten einbezogen ist. Es ist darauf zu achten, ob das Gleichgewicht im dynamischen Gefüge des fraglichen Lebensraums gefährdet wird an irgendeinem Punkt. Danach richten sich auch eventuelle gleichzeitige fürsorgliche Maßnahmen.

ad 4. Die *eugenischen Motive* werden meist von differenzierteren Individuen geltend gemacht und beruhen häufig auf ungenügender biologischer Sachkenntnis oder Rationalisierung uneingestandener anderer Gründe.

In den Fällen, wo erwiesene Erbkrankheiten vorliegen, ist im Prinzip immer der Träger der Erbkrankheit zu sterilisieren, sofern nicht schwerwiegende Gründe dagegen sprechen. Nur so kann mit Sicherheit ausgeschlossen werden, daß der erkrankte Partner nicht trotzdem unerwünschte Nachkommenschaft erhält, während der erbgesunde in solchen Fällen absurderweise sterilisiert wurde.

ad 5. Die *Begutachtung einwilligungsunfähiger* Patienten stellt juristisch und psychiatrisch besondere Probleme.

Juristisch ist für die Einwilligungsfähigkeit *Sachurteilsfähigkeit* absolute Voraussetzung. Der Patient muß fähig sein, den Vorgang der Zeugung in seiner allerprimitivsten Kausalität zu verstehen. Bei vielen Imbezillen ist dies noch ohne weiteres möglich, bei Idioten meist nicht. Bei Taubstummten wird die Frage besonders schwierig zu beantworten sein, besonders wenn gleichzeitig Schwachsinn vorliegt. Es ist in solchen Fällen ein Taubstummtenfachmann beizuziehen. Geisteskranke können in vielen Fällen zeitweise sachurteilsfähig sein. Die Mitwirkung des Psychiaters ist aber unerlässlich. Solange diese Patienten in geschlossener Anstalt gehalten werden, fällt die Notwendigkeit zur Indikationsstellung dahin. Es kommen aber Fälle vor, wo eine Haltung der Patienten in Freiheit wegen ihrer Triebhaftigkeit und Hemmungslosigkeit die Frage der Indikation alternativ zur Internierung aufwirft.

Die *stellvertretende Einwilligung des Vormundes* bietet keinen Ersatz für die fehlende Einwilligung des Mündels, da es sich um ein sogenannt «höchstpersönliches» Rechtsgut handelt beim Recht an der eigenen Zeugungsfähigkeit. Die gleichzeitige Einwilligung des Vormundes ist aber formal notwendig, da Handlungsunfähige keinen rechtsgültigen Operationsauftrag erteilen können. Ist der Patient sachurteilsfähig, aber bevormundet, so kann unseres Erachtens der Vormund die Einwilligung nicht verweigern, sofern fachkundig festgestellt ist, daß eine adäquat motivierte Indikation besteht, da er weder im positiven noch im negativen Sinn verfügungsberechtigt ist über das höchstpersönliche Rechtsgut des Patienten. Zwangsweise Vasektomie ist in keinem Falle möglich.

Eigene Erfahrungen an über 1000 Vasektomierten der letzten 20 Jahre

Von *R. Reimann-Hunziker*¹ und *G. Reimann-Hunziker*²

Zusammenfassung

Auf Grund einer zwanzigjährigen Erfahrung sind wir der Ansicht, daß bei einer operativen Sterilisation der Ehe, der Vasoligatur der Vorzug gegeben werden sollte. Das Risiko

Résumé

Après 20 ans d'expérience nous avons constaté que la vasoligature est la meilleure méthode de la stérilisation pour un couple. Les risques sont très limités, et l'opéré

¹ Dr. med. *Rose Reimann-Hunziker*, Spezialärztin für Geburtshilfe und Gynäkologie, Leiterin der Beratungsstelle für Familienplanung in der Universitäts-Frauenpoliklinik Basel.

² Dr. med. *Gottfried Reimann-Hunziker*, Spezialarzt für Chirurgie und Urologie, Chefarzt der Adullam-Stiftung Basel, Mittlere Straße 15.