

Zeitschrift: Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 61 (1963)

Heft: 7

Artikel: Gedanken zur "Unterbindungsoperation"

Autor: Berger, M.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-951692>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 31.03.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Die Schweizer Hebamme

Bern, 1. Juli 1963 Monatsschrift 61. Jahrgang

7

Verantwortliche Redaktion: für den wissenschaftlichen Teil: Prof. Dr. W. Neuweiler, Direktor der Universitäts-Frauenklinik und der Hebammenschule Bern; für den allgemeinen Teil: Fräulein Martha Lehmann, Hebamme, Zollikofen (BE), Tel. 65 12 80.

Abonnements: Jahresabonnement für die Schweiz Fr. 6.—, für das Ausland Fr. 6.— plus Porto. — Inserate: im Inseratenteil Pro einspaltige Petitzelle 55 Rp., im Textteil pro einspaltige Petitzelle 80 Rp.

Druck und Expedition: Werder AG, Buchdruckerei und Verlag, Mattenenge 2, Bern, Tel. (031) 221 87, Postcheck III 409, wohin auch Abonnements- und Insertionsaufträge zu richten sind.

OFFIZIELLES ORGAN DES SCHWEIZERISCHEN HEBAMMENVERBANDES

Aus der Universitäts-Frauenklinik Bern (Direktor: Prof. Dr. W. Neuweiler)

Gedanken zur «Unterbindungsoperation»

Von M. Berger

Von Frau H. Küng-Schreiber, Hebamme, Thurgi, sind wir schriftlich angefragt worden, ob der Unterbindung *beim Manne* der Vorzug gegeben werden könne, besonders da es sich um einen Eingriff handle, der ambulant durchgeführt werde. Frau Küng stellte ferner die Frage, ob dieses Problem in der Zeitschrift «Die Schweizer Hebamme» näher besprochen werden könnte. Wir begrüssen diese Anregung umso mehr, als eben gerade die Hebamme als Vertrauensperson mancher Familien auch in solchen Belangen um Rat gefragt wird.

Vorbemerkungen

- Es versteht sich von selbst, dass konfessionelle Auffassungen sehr streng zu beachten sind. Es wäre demnach verwerflich, dem Wunsche eines katholischen Ehepaares nach Sterilisation eines Partners zu entsprechen. Die vorliegenden Ausführungen können demzufolge für den Leser der römisch-katholischen Konfession lediglich insofern von Interesse sein, als ihm dadurch ein gewisser Einblick in die Problematik der Sterilisation vermittelt wird.
- Dem protestantischen Leser möchten wir in Erinnerung rufen, dass uns schon allein die Schwangerschaftsunterbrechungen, die wir alljährlich bei Angehörigen beider Konfessionen durchzuführen haben, dazu veranlassen, die Möglichkeiten der *Schwangerschaftsverhütung* darzulegen. Wir sind uns bewusst, dass solche Massnahmen widernatürlich sind. Gute Gründe führen aber dazu, derartige Methoden zu prüfen und sinngemäss zur Anwendung zu empfehlen. Wenn auch die Verhütung der Schwangerschaft als Uebel aufgefasst werden mag, so muss man doch darin einig gehen, dass sie bestimmt das kleinere Uebel darstellt als die Unterbrechung der Gravidität.

Auf die verschiedenen Möglichkeiten der Schwangerschaftsverhütung wollen wir hier nicht eingehen. Wir besprechen im folgenden lediglich eine einzige Methode, nämlich jene der operativen Sterilisation.

Indikationen zur Durchführung einer Sterilisationsoperation

Zunächst ist sehr sorgfältig abzuklären, ob dem Wunsch des Ehepaares nach Durchführung einer chirurgischen Massnahme zur Verhütung weiteren Familienzuwachses überhaupt entsprochen werden kann. Es muss eindringlich darauf aufmerksam gemacht werden, dass dieser Eingriff zu *dauernder Unfruchtbarkeit* führt und nur in ungefähr 5% aller Fälle rückgängig gemacht werden kann. Die in Laienkreisen immer noch vertretene Ansicht, wonach die Sterilität nach einer Unterbindung nur einige Jahre anhalte, ist völlig falsch. Nicht allzu selten wird der Frauenarzt in der Sprechstunde von Frauen aufgesucht, die vor Jahren operativ steril gemacht wurden, und die sich nun doch wieder ein Kind wünschen. Anhand einiger Beispiele aus der Praxis lassen sich die Motive zu solchen Anliegen wohl verstehen:

- Bei einer 31-jährigen Frau wurde im Anschluss an die zweite Geburt durch Unterbindung der Eileiter eine Sterilisation vorgenommen. Im Laufe desselben Jahres erkrankte der Ehemann an einem schweren Leiden und starb nach kurzer Zeit. Zwei Jahre später heiratete die betreffende Frau einen Mann, der für die Familie hervorragend sorgte, und der sich nun seinerseits von dieser Frau ein Kind wünschte. Angesichts der geringen Aussichten bei Wiederherstellungs-Operationen verzichteten die Eheleute auf den Eingriff.
- Bei einer 38-jährigen Frau wurde auf Drängen hin eine Eileiterunterbindung vorgenommen, obschon dieser Ehe bis anhin nur ein einziges Kind entsprossen war. Knapp drei Jahre später fiel dieses Kind einem Strassenverkehrsfall zum Opfer. Die Eheleute drängten nun zur

Wiederherstellung der Fertilität durch Operation, die jedoch im vorliegenden Falle erfolglos blieb.

- An einer 30-jährigen Frau wurde im Anschluss an die dritte Geburt die Tubenligatur vorgenommen. Schon kurze Zeit hernach kam es zur Ehescheidung. Nach späterer Wiederverheiratung suchte die Frau wegen Kinderwunsches einen Frauenarzt auf. Trotz zweimaliger Operation trat keine weitere Gravidität auf.

Diese Beispiele lehren uns in anschaulicher Weise, wie vorsichtig die Indikation zur Unterbindungsoperation gestellt werden sollte. Für das Schicksal eines Menschen, einer Familie gibt es keine sichere Prognose! Da wir nicht wissen, was die Zukunft bringt, fällt der Entschluss zu einer so einschneidenden, definitiven Massnahme, wie sie die operative Sterilisation darstellt, dem nach bestem Gewissen handelnden Arzt oft sehr schwer.

Die kritische Beleuchtung dieser Frage soll nun nicht etwa völlige Ablehnung der Unterbindungsoperation bedeuten. Es gibt bestimmte Situationen, in welchen der Arzt diesen Eingriff ausführen und die Verantwortung dafür voll übernehmen kann. Wenn bisher die negativen Aspekte der Unterbindung hervorgehoben sind, so bezwecken wir damit die Klarstellung, dass in jedem einzelnen Falle individuell und mit Gewissenhaftigkeit ergründet werden soll, ob die Durchführung dieses Eingriffes bejaht oder verneint werden muss. Es gibt hier keine allgemein gültigen Schemata. In Zweifelsfällen ist der Eingriff selbstverständlich abzulehnen.

Um nun auch die positiven Momente der Sterilisation kurz zu streifen, sei einmal erwähnt, dass die Operation in all jenen Fällen befürwortet werden kann, in welchen die Frau an einer schweren chronischen Erkrankung leidet, die nach unseren Kenntnissen durch weitere Graviditäten eine Verschlechterung erfahren würde. Denken wir in diesem Zusammenhang etwa an chronische Nierenerkrankungen, schwere Herzfehler, multiple Sklerose. Es wäre wohl falsch, eine endgültige Verhütung von Schwangerschaften starr abzulehnen auf die Gefahr hin, dass die Frau dadurch zu schwerem Siechtum gelangt, oder dass die betreffende Familie gar ihrer Mutter beraubt wird.

Des Weiteren ist die Unterbindung bei mehreren vorausgegangenen Schnittentbindungen dann zu empfehlen, wenn jede weitere Entbindung, die eben auch wiederum durch Kaiserschnitt erfolgen müsste, hinsichtlich Morbidität oder Mortalität ein erheblich erhöhtes Risiko einschliesst. Dies gilt z. B. bei durchgemachten Lungenembolien oder etwa bei starker Tendenz zu intraabdominalen Verwachsungen.

Ferner kann man sich fragen, ob eine Frau, die bereits mehrere Kinder hat und arbeitsmässig an der oberen Grenze ihrer Leistungsfähigkeit steht, noch weitere Graviditäten auf sich zu nehmen in der Lage ist, ohne dadurch überfordert zu werden. Eine Entscheidung ist natürlich nur bei genauer Kenntnis der familiären Verhältnisse, sowie insbesondere auch des physischen und psychischen Zustandes der betreffenden Frau möglich.

Technik der operativen Sterilisation

- Bei der Frau besteht die sogenannte Unterbindung darin, dass die Eileiter an einer Stelle undurchgängig gemacht werden, wodurch die Samenzellen daselbst aufgehalten werden und die weibliche Keimzelle nicht erreichen können. Bei dem klassischen von Madlener beschriebenen Verfahren werden die Eileiter an einer Stelle mit einer kleinen Klemme gefasst und etwas hochgezogen, so dass sich eine Schleife bildet. Unterhalb der Klemme quetscht man dann die beiden parallel liegenden Tubenabschnitte mit einer speziellen, etwa ein Zentimeter breiten Flachzange und ligiert hierauf den gequetschten Bereich mit einem Zwirnfaden. Der Eingriff wird im allgemeinen von einem kleinen Bauchschnitt aus durchgeführt. Unter günstigen Voraussetzungen kann er aber auch vaginal vorgenommen werden. Die Madlener'sche Methode weist eine Versagerquote von rund 1% auf. Bei hundert Operationen rekanalisierte sich also ein Eileiter trotz Ligatur durchschnittlich in einem Fall, und somit kann nachher er-

neut eine Gravidität auftreten. Diese Rekanalisierung stellt sich schon bald nach der Operation, nicht erst nach Jahren, ein. Obschon die Frequenz der operativen Misserfolge niedrig liegt, suchte man noch bessere Verfahren und fand in der sogenannten *subserösen Tubenteilresektion* eine Methode, bei der die Erfolgsquote annähernd 100% erreicht. Man spaltet dabei die Serosa über dem Eileiter mit dem Messer, drängt die beiden Serosablätter auseinander, reseziert ein etwa ein Zentimeter langes Stück der freigelegten Tube und vernäht die beiden Serosablätter miteinander.

Abgesehen von diesen beiden wohl am meisten angewandten Typen existieren noch mehrere andere chirurgische Methoden, die jedoch hier nicht im Einzelnen angeführt werden sollen. Sämtlichen Verfahren liegt dasselbe Prinzip zugrunde, indem eine Barrikade angelegt wird, die ein Zusammentreffen der männlichen und weiblichen Keimzellen verhindert.

2. *Beim Manne* besteht das Sterilisationsverfahren darin, dass der Samenstrang von einem kleinen Hautschnitt am Hodensack aus an einer Stelle freipräpariert, doppelt ligiert und zwischen den Ligaturen durchtrennt wird. Die Ausführung erfolgt in Lokalanästhesie und kann ambulant vorgenommen werden. Durch diesen Eingriff wird die Beimischung von Samenzellen zum Ejakulat verhindert.

Hat die Sterilisationsoperation körperliche oder seelische Auswirkungen?

Diese Frage, die uns verständlicherweise sehr oft vorgelegt wird, lässt sich folgendermassen beantworten:

a) Körperliche Auswirkungen.

Wie andere intraabdominale Operationen ist auch die Sterilisation der Frau mit gewissen, bei diesem Eingriff allerdings seltenen Risiken behaftet. So können postoperativ gelegentlich Verwachsungen im Abdomen, ab und zu Thrombosen und sehr selten Lungenembolien auftreten. Es wäre leichtsinnig, eine derartige Operation in Bezug auf Komplikationen als völlig harmlos zu beurteilen.

Dem Kausalitätsbedürfnis entsprechend werden nun aber — oft erst nach Jahren — der Operation Zustände zur Last gelegt, die bestimmt in keinem Zusammenhang mit dem Eingriff stehen. So wird zum Beispiel nicht allzu selten eine spätere Zunahme des Körpergewichts fälschlicherweise auf die Sterilisation zurückgeführt. Adipositas findet sich nach Sterilisation prozentual nicht häufiger als bei nicht ligierten Frauen. Die hormonalen Funktionen werden durch den beschriebenen Eingriff an den Eileitern in keiner Weise beeinflusst.

Für die Sterilisation des Mannes gelten grundsätzlich dieselben Feststellungen, einzig mit dem Unterschied, dass postoperative Komplikationen noch seltener auftreten als bei der Frau. Atrophie der Gonaden als Folge der Ligatur der Samenstränge wird nicht beobachtet.

b) Psychische Folgen.

Hier spielen die seelischen Veranlagungen eine entscheidende Rolle. Da nicht ohne weiteres vorauszusehen ist, wie die betreffende Person eine Sterilisation psychisch verarbeiten wird, empfiehlt es sich unbedingt, einen in derartigen Fragen erfahrenen Arzt zu Rate zu ziehen. Es kann beispielsweise vorkommen, dass sich die ligierte Frau infolge der Unfruchtbarmachung nicht mehr für vollwertig hält. Dieses Motiv kann bisweilen zu ernststen psychischen Störungen führen.

Viel häufiger und viel ausgeprägter als die Frau tendiert nun aber der Mann in dieser Richtung. Hier liegt wohl wahrscheinlich der Hauptgrund, weshalb der Mann im allgemeinen die operative Sterilisation entschieden ablehnt. Selbst wenn er durchaus nicht mehr weitere Kinder haben möchte, sträubt er sich gedanklich gegen diesen Eingriff, weil er sich dann «nicht mehr als richtiger Mann» fühlen würde. In jedem einzelnen Fall ist deshalb mit grösster Sorgfalt abzuklären, ob durch Ligatur für den betreffenden Partner (Frau oder Mann) nicht etwa psychischer Schaden erwachsen könnte, ein Schaden, der zwar chirurgisch leicht gesetzt, jedoch operativ kaum mehr behoben werden kann.

Es darf nicht verschwiegen werden, dass die psychische Seite, die hinsichtlich der Indikationsstellung zur Ligatur eine überragende Rolle spielt, öfters in unverzeihlicher Weise missachtet wird. Besteht bei der Frau z. B. bei Neigung zu Thrombose oder gar infolge früher durchgemachter Embolien ein erhöhtes Operationsrisiko, so darf man sich nicht kurzerhand zur Ligatur des Ehemannes entschliessen, ohne dessen psychische Situation genau zu ergründen. Wenn schon die Abklärung dieser Seite bei der Frau oft reichliche Schwierigkeiten bereitet, so liegen die Verhältnisse beim Manne in diesem speziellen Problem häufig noch erheblich komplizierter. Wir stellen deshalb die Forderung, dass die Ligatur beim Manne nur auf Grund der Zustimmung eines erfahrenen Psychiaters ausgeführt werde.

Um nun zusammenfassend auf die eingangs an uns gerichtete Frage zurückzukommen, können wir folgendes festhalten: Tatsächlich gestaltet sich die *chirurgische Unterbindung* beim Manne technisch bedeutend einfacher als bei der Frau. Dies darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Ligatur des Mannes als *psychischer Eingriff* eher schwerer zu werten ist als jene der Frau.

Jeder Versuch, Richtlinien mit allgemeiner Gültigkeit aufzustellen, ist — wie die Praxis eindrücklich lehrt — zum Scheitern verurteilt. Es muss immer *individuell* abgewogen werden, ob sich eine Ligatur überhaupt verantworten lässt. Im positiven Falle muss wiederum unter Berücksichtigung aller fassbaren Faktoren abgeklärt werden, bei welchem Partner der Eingriff ausgeführt werden soll. Bei unklaren Situationen ist auf die Operation zu verzichten.

SCHWEIZ. HEBAMMENVERBAND

Offizielle Adressen

Zentralpräsidentin:

Schw. Alice Meyer, Rössligasse 8, Muttenz BL
Telephon (061) 53 17 93
Anrufe wenn möglich zwischen 7.00—8.00 Uhr.

Zentralkassierin:

Frl. Ruth Fontana, Hauptstr. 8, Reigoldswil BL

Hilfsfonds-Präsidentin:

Frau J. Glettig, Laubst. 1710, Stäfa ZH
Telephon (051) 74 98 77

Zentralvorstand

Jubiläarin

Sektion St. Gallen

Frau A. Schüpfer-Walpert, Krügerstrasse 36, St. Gallen

Wir gratulieren zum 40. Dienstjubiläum und grüssen Sie mit dem Wort von Georg Müller:

«Wer Gott allein vertraut, hat auch für seine zeitlichen Bedürfnisse nie Mangel. Wer allein auf Gott blickt wird nie zuschanden».

Der Zentralvorstand, freut sich ihnen liebe Kolleginnen das neue *Hilfsfond-Komitee* vorzustellen.

Präsidentin:

Schw. Elisabeth Grütter, Schwarztorstrasse 3, Bern

Die beiden weiteren Mitglieder, welche sich im Komitee die Chargen selbst verteilen sind:

Mme. Claire Purro-Pittet, 44, bld Pérolles, Fribourg
Frau Margaretha Vollenweider, Flüelen UR

Der Zentralvorstand wünscht dem neugewählten Komitee viel Freude in der schönen Aufgabe zum Helfen.

Die 5er Kommission der beiden Krankenkassen

Christlich soz. Krankenkasse

Vertreten durch:

1. Sr. Poldi Trapp, Bahnhofstrasse 29, Arbon Sektion St. Gallen
2. Frl. Karolina Blattmann, Gartenstrasse 4, Zug Sektion Zug

Helvetia Krankenkasse

Vertreten durch:

1. Frau Jetta Maag, Erbstrasse 36, Küssnacht ZH Sektion Zürich
2. Frau Ida Herrmann, Niederamtstrasse 37, Trimbach SO Sektion Bern

Neutrales Mitglied

Als Präsidentin:

Mme Marthe Winter, Montelly 79, Lausanne Sektion Vaudoise

Die Zentralpräsidentin, Sr. Alice Meyer ist vom 28. Juni — 28. Juli abwesend. Korrespondenzen sind während dieser Zeit an die Vize-Präsidentin,

Sr. Ruth Zaugg, Burggartenstrasse 14, Pratteln BL zu richten.

Für den Zentralvorstand
Die Präsidentin:
Schw. Alice Meyer

KRANKENKASSE

Verdankung

Es freut mich Ihnen mitteilen zu dürfen, dass unserer Krankenkasse anlässlich der Delegiertenversammlung 1963 nachträglich noch von der

Firma Galactina & Biomalz AG, Belp, Fr. 100.— überwiesen wurden. Auch diese hochherzige Spende wird dem Restvermögen der Krankenkasse beigelegt, das dafür bestimmt ist, alte und kranke Kassenmitglieder zu unterstützen. Im Namen unserer Mitglieder verdanke ich diese schöne Gabe recht herzlich.

Frau G. Helfenstein

Sektion Tessin

Verschiedene Firmen haben reklamiert, dass ihre Namen nicht aufgeführt waren, als die Sektion Tessin den verschiedenen hochherzigen Spendern, die uns anlässlich der Delegiertenversammlung beschenken, dankte. Das ist ungewollt geschehen und wir bitten um Entschuldigung. Gerne möchten wir noch einmal allen von Herzen danken.

Die Sektion Tessin