

Universität Ulm
Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
Institutsleiter: Prof. Dr. Heiner Fangerau

**„Diskussion der männlichen Sterilisation in deutschsprachigen
urologischen und chirurgischen Fachzeitschriften der Jahre
1931 bis 1947“**

- Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin der
Medizinischen Fakultät der Universität Ulm -

Florian Julius Martin Max Mengele

Wertingen

2014

Amtierender Dekan: Prof. Dr. Thomas Wirth

1. Berichterstatter: Prof. Dr. Heiner Fangerau

2. Berichterstatter: Prof. Dr. Thomas Becker

Tag der Promotion: 13.02.2015

Meinen Eltern Gabriele und Alois Mengele in Dankbarkeit gewidmet

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-----|
| Inhaltsverzeichnis | I |
| Abkürzungsverzeichnis | III |
| 1. Einleitung | 1 |
| 1.1 Forschungsstand | 1 |
| 1.2 Fragestellung | 11 |
| 2. Material und Methoden | 15 |
| 3. Ergebnisse | 20 |
| 3.1 Quantitative Analyse | 20 |
| 3.2 Autoren der Originalartikel | 29 |
| 3.3 Inhaltliche Analyse | 31 |
| 3.3.1 Sterilisationsindikation und statistisch- epidemiologische Angaben zur männlichen Sterilisation | 32 |
| 3.3.2 Operationstechnik bei männlicher Sterilisation | 39 |
| 3.3.2.1 Ambulante oder stationäre Operation bzw. ein- oder zweizeitige Durchführung | 39 |
| 3.3.2.2 Art der Anästhesie | 42 |
| 3.3.2.3 Wahl der Schnittführung | 45 |
| 3.3.2.4 Sterilisationsmethode und Unterbindung der Samenleiter | 52 |
| 3.3.2.4.1 Resektatlänge | 58 |
| 3.3.2.4.2 Operative Verhinderung einer Stumpfwiedervereinigung | 59 |

| | |
|--|-----|
| 3.3.3 Sicherheit der Operation und Notwendigkeit von Spermizidinstillation | 66 |
| 3.3.4 Abhandlungen zur Rückoperation nach stattgehabter Sterilisation | 82 |
| 3.3.5 OP- Komplikationen, anatomische Anomalien und Möglichkeit der Nebenoperationen bei Durchführung der männlichen Sterilisation | 91 |
| 3.3.5.1 Komplikationen | 92 |
| 3.3.5.2 Nebenoperationen | 100 |
| 3.3.5.3 Anomalien und erschwerte OP- Bedingungen | 105 |
| 3.3.6 Notwendigkeit der histologischen Nachuntersuchung des Resektates nach Vasektomie | 107 |
| 3.3.7 Rolle des Patienten | 112 |
| 3.3.8 Stellungnahme zum ärztlichen Berufsstand, dem Selbstbild und Aufgabenfeld des Arztes | 117 |
| 4. Diskussion | 126 |
| 4.1 Fragestellung | 126 |
| 4.2 Material und Methoden | 126 |
| 4.3 Ergebnisse | 127 |
| 4.3.1 Quantitative Analyse | 129 |
| 4.3.2 Inhaltliche Analyse | 130 |
| 5. Zusammenfassung | 137 |
| 6. Quellenverzeichnis und Literaturangaben | 139 |
| 7. Anhang | 144 |
| 7.1 Tabelle aller Originalartikel und Rezensionen | 144 |
| 7.2 Danksagung | 164 |

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|------------|--|
| cand. med. | candidatus medicinae |
| cm | Zentimeter |
| ccm | Kubikzentimeter |
| DGU | Deutsche Gesellschaft für Urologie |
| Dr. | Doktor |
| EGG | Erbgesundheitsgericht |
| GRU | Gesellschaft Reichsdeutscher Urologen |
| GzVeN | Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses |
| HED | Haut- Erythem- Dosis |
| i.v. | intravenös |
| ml | Milliliter |
| NS | nationalsozialistisch |
| NSDAP | Nationalsozialistische Deutsche Arbeiterpartei |
| OP | Operation |
| Prof. | Professor |
| SS | Schutzstaffel |

1. Einleitung

Die nationalsozialistische Rassenhygiene im „Dritten Reich“ war geknüpft an eine multimodale praktische Ausführung, welche sich von Nürnberger Rassegesetzen und Eheverboten bis hin zu Zwangssterilisationen und Zwangsabtreibungen erstreckte. Die notwendigen theoretischen Grundlagen hierfür finden ihre Tradition in eugenischen Bewegungen des 19. und 20. Jahrhunderts. Der Etymologie des Wortes Eugenik entsprechend wartete dieses bio-soziale Wissenschaftskonzept bereits zu Zeiten der Weimarer Republik mit dem Versprechen auf, „der menschlichen Evolution Richtung und Ziel zu weisen, ihr Tempo zu erhöhen, ihre Effizienz zu steigern.“¹ Indem dieses Modell der von Weltwirtschaftskrise erschütterten Republik und seinem bröckelndem Wohlfahrtsstaatsprinzip eine verlockende Alternative anbot und seit Beginn des Jahrhunderts eugenische Massensterilisationen in Ländern wie den USA, Kanada oder der Schweiz² eine gängige Praktik darstellten, konnte die NS-Rassenhygiene auf breitere Zustimmung in der deutschen Bevölkerung bauen.

1.1 Forschungsstand

Diese Arbeit soll die eugenisch motivierte Sterilisation des Mannes in Deutschland während des Zeitraums von 1931 bis 1947 anhand der Analyse chirurgischer und urologischer zeitgenössischer Fachzeitschriften durchleuchten. Einen zentralen Betrachtungspunkt verkörpert dabei die gängig angewandte Operationstechnik, deren chronologische Weiterentwicklung zusammen mit den Komplikationen des Eingriffs fokussiert wird. Ebenso wird die Rolle des Arztes als auch die des Patienten innerhalb des gesamten Sterilisationsprozesses mithilfe der betrachteten Fachliteratur zur Darstellung gebracht. Erkenntnisse, welche zu diesen drei Kernthemen am Ende der Arbeit gewonnen werden, lassen sich anschließend in den aktuellen Forschungsstand zur Sterilisation des Mannes während der NS-Diktatur einordnen und diesen im besten Falle erweitern bzw. detaillierter erscheinen. Der Forschungsstand zur Zwangssterilisation und Eugenik während der NS- Zeit hat sich in den letzten Jahren deutlich weiterentwickelt und fußt

¹ Schmuhl: Zwangssterilisationen. In: Jütte (Hg.), Eckart, Schmuhl, Süß: Medizin und Nationalsozialismus – Bilanz und Perspektiven der Forschung. 2011, S. 201

² ebenda

damit auf einer Fülle von Abhandlungen.³

Im folgenden Abschnitt findet sich die Ausarbeitung des momentanen Status Quo der Medizingeschichte bezogen auf genannte Thematik, woraus sich die zentralen Fragestellungen dieser Arbeit ableiten lassen.

Die Sterilisation, deren Opferzahl sich bis 1945 auf ungefähr 350.000 bis 400.000 beläuft, wurde zum effektivsten Instrumentarium der negativen Eugenik im Nationalsozialismus erhoben. Scheinlegitimation und Rechtsgrundlage zugleich ließ das am 14. Juli 1933 verabschiedete „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ – kurz GzVeN – der staatlich verordneten Unfruchtbarmachung angedeihen. Basierend auf einem Gesetzesentwurf des Preußischen Landtages von 1932 unterscheidet sich das GzVeN am auffälligsten in folgenden Punkten davon: eine Zwangssterilisation gegen den Willen des Patienten wurde ermöglicht (§ 12), Amtsärzte und Leiter jedweder medizinischer Anstalten wurden einer Meldepflicht unterworfen (§ 2, 3) und die spezifischere Definition der Sterilisationsindikationen (angeborener Schwachsinn, Schizophrenie, manisch-depressives Irresein, erbliche Fallsucht, erblicher Veitstanz, erbliche Blindheit, erbliche Taubheit, schwere körperliche Missbildung, schwerer Alkoholismus) als Mittel der Pseudo-Verwissenschaftlichung des Gesetzes⁴ eingeführt.

Der Sterilisationsprozess vor dem Erbgesundheitsgericht (EGG) wurde nach Anzeigerstattung mit der Antragstellung des Amtsarztes beim zuständigen Gesundheitsamt initiiert. Das Verfahren wurde folglich unter dem Vorsitz des EGG-Richters abgewickelt, wobei ein Amtsarzt und ein in der eugenischen Vererbungslehre und Genetik bewandter Arzt als Beisitzer fungierten. Nach einer ungefähr zehn- bis fünfzehnminütigen Verhandlung erfolgte die schriftliche Urteilsverkündung.⁵ Die Durchführung der OP oblag den Gynäkologen bzw. Chirurgen und Urologen der jeweiligen dafür staatlich bestimmten Heilanstalten und Kliniken.

Nationalsozialistische Verbrechen und im Spezifischen die Sterilisationspraxis mit deren

³ Eine Übersicht liefern folgende Abhandlungen:

- Bashford: The Oxford handbook of the history of eugenics. 2010
- Wuttke-Groneberg: Medizin im Nationalsozialismus. 1980
- Kudlien: Ärzte im Nationalsozialismus. 1985
- Richarz: Heilen, Pflegen, Töten. 1987
- Jäckle: „Pflicht zur Gesundheit“ und „Ausmerze“ – Medizin im Dienst des Regimes. In: Benz, Distel (Hg.): Dachauer Hefte – Studien zur Geschichte der nationalsozialistischen Konzentrationslager. 1988
- Lifton: Ärzte im Dritten Reich. 1988
- Evans: Zwangssterilisierung, Krankenmord und Judenvernichtung im Nationalsozialismus: Ein Überblick. In: Henke (Hg.): Tödliche Medizin im Nationalsozialismus. Von der Rassenhygiene zum Massenmord. 2008
- Thom: Die Rassenhygienischen Leitideen der faschistischen Gesundheitspolitik – die Zwangssterilisierungen als Beginn ihrer antihumanen Verwirklichung. In: Caregorodcev, Thom (Hg.): Medizin unterm Hakenkreuz. 1989

⁴ Weingart, Kroll, Bayertz: Rasse, Blut und Gene. 2006, S. 465

⁵ ebenda

Folgen gerieten im Zuge allmählicher Vergangenheitsbewältigung in den Nachkriegsjahren der Bundesrepublik gleichwie im Ausland in den Fokus der wissenschaftlichen Geschichtsbetrachtung. Davon zeugen bis heute die Masse der akademischen Abhandlungen zur NS- Thematik, genauso wie das Übergewicht der Jahre 1933 bis 1945 bei medialem, historischem „Infotainment“ und das resultierende Überdauern eines deutschen Verantwortungs- und Schuldbewusstseins im bundesweiten Kollektivgedächtnis. Auch Stefanie Westermann hat in ihrer Arbeit „Verschwiegenes Leid“ diesen Zustand thematisiert und mit eigenen Worten zum Ausdruck gebracht: „Die Liste der Arbeiten über die nationalsozialistische Vergangenheit und den Umgang mit ihr ist insgesamt eine der längsten der Geschichtswissenschaft.“⁶

Dieses Phänomen spiegelt sich in der Fülle der Literatur zur NS- Zwangssterilisierung wieder. „Medizin und Nationalsozialismus“ von Jütte, Eckart, Schmuhl und Süß versucht den aktuellen Forschungsstand angemessen zusammenzufassen. Für diese Arbeit besonders relevant ist darin das Kapitel „Zwangssterilisation“ von Hans-Walter Schmuhl. Schmuhl beschäftigt sich auf der Grundlage sich international entwickelnder negativer eugenischer Zwangsmaßnahmen zu Beginn des ausgehenden 20. Jahrhunderts mit der Verbreitung der Sterilisation auf den europäischen und amerikanischen Kontinenten.⁷ Nach kurzem historischem Abriss zur Entstehung und dem Inhalt des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses wendet sich der Autor dem rassistischen und geschlechtsspezifischen Moment des Gesetzes zu. Neben klinischer lasse das GzVeN einen großen Anteil sozialer Diagnostik mit in die Verurteilung von Arbeitslosen, sexuell auffälligen Frauen oder ab 1937 Sinti und Roma bzw. Juden mit einfließen, so Schmuhl.⁸ Abgeschlossen wird die Analyse der Zwangssterilisation in „Medizin und Nationalsozialismus“ mit der Betrachtung der für die Durchführung notwendigen Funktionsebenen, zu welchen die an allen Stufen des Prozesses beteiligten Ärzte und Juristen gerechnet werden. In diesem Zusammenhang schildert Schmuhl die notwendigerweise erfolgte Integration des Sterilisierungsprogramms in den Justizapparat zum Zweck der scheinbaren Rechtsstaatlichkeit und gleichzeitigen eugenischen Ideologisierung des juristischen Standes, was im Umkehrschluss einen Ausbau der Erbgesundheitsgerichte zu „Sondergerichten im Sinne nationalsozialistischer Rechtsauffassung“⁹ erleichtern sollte.

⁶ Westermann: Verschwiegenes Leid. 2010, S. 11

⁷ Schmuhl: Zwangssterilisationen. In: Jütte (Hg.), Eckart, Schmuhl, Süß: Medizin und Nationalsozialismus – Bilanz und Perspektiven der Forschung. 2011, S. 201

⁸ Schmuhl: Zwangssterilisationen. In: Jütte (Hg.), Eckart, Schmuhl, Süß: Medizin und Nationalsozialismus – Bilanz und Perspektiven der Forschung. 2011, S. 205

⁹ Schmuhl: Zwangssterilisationen. In: Jütte (Hg.), Eckart, Schmuhl, Süß: Medizin und Nationalsozialismus – Bilanz und Perspektiven der Forschung. 2011, S. 209

Einer tiefgreifenden und diversifizierten Analyse des GzVeN und vor allem seiner praktischen Ausführung widmen sich Weingart, Kroll und Bayertz in ihrer Arbeit „Rasse, Blut und Gene“. Einleitend bezeichnen die Autoren hier das GzVeN als bewusste Entscheidung des Regimes für den „finanziell leichter realisierbaren Weg der [...] Ausmerze gegenüber positiven bevölkerungspolitischen Maßnahmen“¹⁰ und erläutern weiter oben schon genannte wesentliche Unterschiede zwischen dem Preußischen Gesetzesentwurf von 1932 und dem endgültigen Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses von 1934, dem ein „Bemühen um Wissenschaftlichkeit“¹¹ und der Nimbus der Rechtsstaatlichkeit anhaftete. Korrekterweise sehen auch Weingart et al. bei Durchsicht der Sterilisationsindikationen „Schwachsinn“ als meistangegebene Diagnose und anhand dieser „Sammelkategorie“¹² analog zu Schmuhl die übergreifende Sozialdiagnostik durchblitzen. Der zeitliche Verlauf der Sterilisationspraxis mit einem Maximum von 73.000 Unfruchtbarmachungen im Jahre 1935¹³ wird zusätzlich genauso prägnant skizziert wie regionale Unterschiede, in deren Statistik Braunschweig mit 0,9 pro Tausend Einwohnern als Schlusslicht und Baden mit 3 pro Tausend als aktivste Sterilisationsgegend¹⁴ geführt werden.

Die wichtigsten Ergebnisse, die der Arbeit von Weingart et al. zu entnehmen sind, beziehen sich auf den Stand des Wissens, die Genetik und den gesicherten Erbgang der im GzVeN aufgeführten Erbkrankheiten betreffend. Die bedeutenden deutschen Psychiater Rüdin und Lange zitierend, konstatieren die Autoren die Unsicherheiten der zeitgenössischen Vererbungslehre und den Mangel an wissenschaftlich fundierten Forschungsergebnissen, welche die Erblichkeit der neun möglichen Erkrankungen belegen hätten sollen. Am Ende, so Weingart, stehe die – den Analysten auf Basis der damaligen Faktenlage zu Recht sehr verwundernde - Erkenntnis, dass eine in der medizinischen Fachwelt grassierende Überzeugung, nach der „die wissenschaftlich exakte Erbprognose in naher Zukunft erreicht werde“¹⁵, vorherrschte und damit einem vorschnellen, blinden Sterilisationsaktionismus der Weg freigemacht wurde. Skizziert Weingart die historische Entwicklung des Gesetzes und der exekutiven Durchführung bis zum Niedergang des Nationalsozialismus, geht Stefanie Westermann in ihrer Arbeit „Verschwiegene Leid“ einen Schritt weiter und betrachtet über die rassenhygienische Programmatik des „Dritten Reiches“ hinaus den Umgang mit NS-Zwangsterilisationen in der Bundesrepublik Deutschland. Dabei spielen

¹⁰ Weingart, Kroll, Bayertz: Rasse, Blut und Gene. 2006, S. 465

¹¹ ebenda

¹² Weingart, Kroll, Bayertz: Rasse, Blut und Gene. 2006, S. 469

¹³ Weingart, Kroll, Bayertz: Rasse, Blut und Gene. 2006, S. 470

¹⁴ Weingart, Kroll, Bayertz: Rasse, Blut und Gene. 2006, S. 471

¹⁵ Weingart, Kroll, Bayertz: Rasse, Blut und Gene. 2006, S. 307

diesmal eher Betroffene der Sterilisationspraxis denn die Täter und Ausführenden eine Rolle in Westermanns Analyse, wobei ein Bogen zur Euthanasie und den Schnittpunkten bzw. Unterschieden beider Programme gespannt wird.¹⁶ Persönliche Patientenberichte spiegeln die Perspektive der Betroffenen detailliert wieder und lassen psychische Folgen der Sterilisation erahnen. Westermann zitiert hier vor allem junge Frauen, die sich durch die Unfruchtbarmachung degradiert und stigmatisiert fühlen.¹⁷ In der Arbeit fehlen jedoch Berichte von männlichen Sterilisationsopfern beinahe gänzlich. Dieses Phänomen der konzentriert feminisierten Betrachtungsweise beschränkt sich nicht auf Westermanns Analysen, sondern ist auch in spezifischer Literatur zur Sterilisationsthematik anzutreffen. Hierzu können die Arbeiten „Zwangssterilisation im Nationalsozialismus“ von Gisela Bock und „Zwangssterilisation und Ärzteschaft“ von Astrid Ley herangezogen werden. Zusätzlich zur Fixierung auf das weibliche Geschlecht scheint in der geschichtswissenschaftlichen Forschungsarbeit der letzten Jahre eine in spezifische und lokal angelegte Maßstäbe eingebettete Aufarbeitung der NS-Zwangssterilisation Einzug gefunden zu haben. Diese These unterstreichen Westermanns einleitende Worte folgendermaßen: „In den letzten zwei Jahrzehnten entstanden zahlreiche, oftmals regionalgeschichtlich ausgerichtete Detailstudien.“¹⁸ Noch weiter geht Hans-Walter Schmuhl in „Medizin und Nationalsozialismus“, indem er Bocks Standardwerk „Zwangssterilisation im Nationalsozialismus“ gar als Speerspitze der neueren Sterilisationsforschung verortet und „im Windschatten dieser Pionierarbeit [...] in den letzten Jahren zahlreiche Regional- und Lokalstudien erschienen“¹⁹ sieht. Aus diesen Erkenntnissen heraus erscheint es unumgänglich, den momentanen Status Quo der historischen NS-Sterilisationsanalyse der neueren, bewusst spezifischer gehaltenen Literatur zu entnehmen.

Einen detaillierten Einblick in den aktuellen Forschungsstand zur Zwangssterilisation im Nationalsozialismus geben folgende Standardwerke:

Bock G.: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus.

Ley A.: Zwangssterilisation und Ärzteschaft.

Krischel M., Moll F., Bellmann J., Scholz A., Schultheiss D.: Urologen im

¹⁶ Westermann: Verschwiegenes Leid. 2010, Kapitel: Kontinuitäten und Brüche – „Erbgesundheitslogik“ im Nationalsozialismus und nach 1945

¹⁷ ebenda

¹⁸ Westermann: Verschwiegenes Leid. 2010, S. 12

¹⁹ Schmuhl: Zwangssterilisationen. In: Jütte (Hg.), Eckart, Schmuhl, Süß: Medizin und Nationalsozialismus – Bilanz und Perspektiven der Forschung. 2011, S. 203

Nationalsozialismus.

Nach allgemeiner Einführung in die nationalsozialistische Idee der Rassenhygiene und Illustration derer historischer Entwicklung sowie quantitativer Ausführung im Sinne der Sterilisation fokussiert Gisela Bock in „Zwangssterilisation im Nationalsozialismus“ den Antinatalismus des Regimes und seine Methoden der Ausführung. Bei Betrachtung dieser antinatalistischen Momente kristallisiert sich schnell heraus, wie sexualisiert die von 1933 bis 1945 praktizierte Sterilisationspraxis in Deutschland eigentlich war. Ebenso wird ersichtlich, welche geschlechtsspezifischen Unterschiede von Diagnostik einer Erbkrankheit und deren Anzeige beim Amtsarzt bis hin zur eigentlichen Sterilisationsoperation einschließlich der sowohl körperlichen als auch psychischen Folgeerscheinungen des Eingriffes bestanden. Wie ein roter Faden zieht sich diese geschlechtsfixierte Betrachtungsweise durch Bocks Kerngedanken. So beschreibt Bock die NS-Sterilisationspolitik als augenfällige Geschlechterpolitik in der eine „auffällige und grundsätzliche Ähnlichkeit zwischen modernem Rassismus und modernem Sexismus“²⁰ bestehe. Zur Begründung dieser These wird der NS-Sterilisationsfachmann Otto Kankleit zitiert: „Die Zahl der entarteten Individuen, die geboren werden, [hänge] hauptsächlich von der Zahl fortpflanzungsfähiger entarteter Frauen ab. [...] Die Sterilisierung der entarteten Frau sei rassenhygienisch daher wichtiger als die des Mannes.“²¹ Diese verhängnisvolle Annahme untermauern weitere Expertenmeinungen die es als „erwiesen“ ansahen, dass mütterlicher Schwachsinn eher erblich sei als der männliche oder angeben, dass die „geistig minderwertige Frau heiratslustig, zur Kinderproduktion in und außer der Ehe bereit, während der geistesschwache Mann sexuell meist unterwertig und nicht aktiv“²² sei. Das Junktum von sexueller Freizügigkeit und Schwachsinn der Frau stand der automatischen Verknüpfung von sozialer Abweichung, mangelnder Lebensbewährung mit der Schwachsinnigkeit des Mannes gegenüber. In Konsequenz dieser divergenten Ausprägung von Sexualverhalten bei Erbkranken der beiden Geschlechter lenkt Bock besonderes Augenmerk auf das Streben der rassenhygienischen Bewegungen des 19. und 20. Jahrhunderts nach „grundsätzlicher Veränderung des Verhältnisses der Geschlechter“²³. Ein Streben nach „staatlicher Trennung zwischen männlicher Sexualität als Domäne der Natur und weiblicher Sexualität als Domäne des Staatseingriffes“²⁴. Diese Domäne des Staatseingriffes in die weibliche Sexualität – sowohl pro, als auch antinatalistisch – ist der

²⁰ Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus. 2010, S. 365

²¹ Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus. 2010, S. 369

²² Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus. 2010, S. 404

²³ Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus. 2010, S. 396

²⁴ ebenda

Grundstein für die „Freigabe und Institutionalisierung sexueller Gewalt von Männern gegenüber Frauen“²⁵ in Form von Zwangssterilisation – wenn nötig unter Anwendung polizeilicher Gewalt.

Gisela Bock hebt damit Einschränkungen des femininen Sexualbegriffes durch die Sterilisationspolitik der Nationalsozialisten hervor; dabei drängt sich dem Leser die Frage auf, wie es um sich die Sterilisation des Mannes und deren Bedeutung für das Individuum zu jener Zeit verhält. Im Kapitel „Mutterschaft und Vaterschaft“ von „Zwangssterilisation im Nationalsozialismus“ wird nur ein Hinweis zum männlichen Sexualbewusstsein nach Unfruchtbarmachung angeführt: „Männer und Knaben nahmen die Sachlage im Allgemeinen als unabwendbar hin, fühlten sich jedoch in ihrem Ehrgefühl herabgesetzt, aber Gedanken über Vaterschaft wurden nur ausnahmsweise zur Sprache gebracht“²⁶. Gänzlich anders stellt sich die Sichtweise der Frau auf die Notwendigkeit und die persönlichen Folgen der Sterilisation und die daraus resultierende Akzeptanz des Eingriffes dar. Die Unfruchtbarmachung traf „Frauen existentieller und härter als Männer“²⁷. Wie existentiell, ist in „Zwangssterilisation und Nationalsozialismus“ anhand der Worte eines Sterilisationsrichters, den Bock an dieser Stelle wörtlich zitiert, eindrücklich geschildert: „Wie oft klagen Frauen, dass der Eingriff sie minderwertig mache, und welches Unglück wird namentlich über Mädchen heraufbeschworen, die noch unverheiratet sind und durch den Eingriff die Aussicht auf Mann und Kind, auf ein eigenes Heim und damit auf alles verlieren, was ihnen das Leben lebenswert erscheinen läßt.“²⁸. Könnte doch darin bereits Bock zufolge erahnt werden, wie untrennbar sozialer Status der Frau mit ihrer sexuellen Identität und dem geschlechtlichen „Funktionieren“ nicht erst seit der Zeit des Nationalsozialismus verwoben war. Gedanken zu dieser Untrennbarkeit konnten der Autorin zufolge zum äußersten führen, sodass betroffene weibliche Sterilisierte aufgrund des Verlustes der Mutterschaft die „Aufgabe des Lebenszweckes“ erwägten, diesen Zustand als „Minderung ihres Menschlichen Wertes, als Schande“²⁹ ansahen und nicht selten den Suizid als Ausweg wählten. Umso fataler, so die Erkenntnis von Astrid Ley in „Zwangssterilisation und Ärzteschaft“ dass besonders „jüngere Menschen in einem noch frühen zumeist symptomarmen Krankheitsstadium“³⁰ durch die Passagen des GzVeN als erbkrank und sterilisationspflichtig eingestuft wurden. Diese Erkenntnis bezieht sich jedoch in erster Linie größtenteils nur auf das weibliche Geschlecht, während in beiden

²⁵ ebenda

²⁶ Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus. 2010, S. 428

²⁷ Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus. 2010, S. 367

²⁸ ebenda

²⁹ Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus. 2010, S. 428

³⁰ Ley: Zwangssterilisation und Ärzteschaft. 2004, S. 65

Arbeiten - „Zwangsterilisation und Nationalsozialismus“, sowie „Zwangsterilisation und Ärzteschaft“ - die physischen und psychischen Folgen für zwangssterilisierte Männer fast gänzlich ausgeblendet werden.

Krischel und Moll führen diese Tatsache in ihrer Abhandlung über die „Forschung zur und Praxis der Sterilisation und Kastration von Männern im Nationalsozialismus“ auf die historisch engere „Verbindung von Frauen und Mutterrolle“³¹ im Vergleich zur loseren Anbindung der Männer an ihre Rolle als Vater zurück. Jedoch scheint nicht nur die psychosoziale Komponente eine Rolle bei der bisherigen Vernachlässigung des Mannes als Forschungsgegenstand gespielt zu haben. Bereits die Sterilisationsoperation stellt sich in ihrer Durchführung, Komplexität und Folgeschwere für männliche und weibliche Patienten äußerst unterschiedlich dar. Während der Eingriff bei Männern mittels Vasektomie ausgeführt wurde und in chirurgischen Fachkreisen als einfache, teils ambulante Operation angesehen wurde (siehe Kapitel 3.3.2), zeugen zeitgenössische gynäkologische Fachzeitschriften von „Tubenquetschung, Tubenresektion, Tubenexstirpation“³² mit Bauchschnitt und Vollnarkose bei „Sterilisandinnen“. Der Umstand, dass bei eröffneter Bauchhöhle vermehrt postoperative Komplikationen eintraten und schon allein die Applikation einer Vollnarkose erhöhte Risiken für die Patientinnen mit sich bringt, erklärt die Fülle fachwissenschaftlicher Abhandlungen, welche schon Westermann in ihren einleitenden Worten erwähnte. Krischel und Moll führen unter Berufung auf weitere Quellen in ihrem Beitrag „Forschung zur und Praxis der Sterilisation und Kastration von Männern im Nationalsozialismus“ neben der umfangreicheren Operation bei Frauen die erhöhte peri- und postoperative Mortalitätsrate von 2,25 % gegenüber 0,25 % bei Männern als Ursache für die eingehendere Betrachtung und wissenschaftliche Aufklärung an. Die absoluten Zahlen – 4500 weibliche Tote gegenüber 500 männlichen bei gleicher Anzahl Sterilisierter³³ – sprechen hier eine noch deutlichere Sprache. Die Faktenlage übernehmen die Autoren von Bock, die sich der Operationstechnik und negativen Sterilisationsfolgen bei Frauen in den Kapiteln „Sterilisationspolitik als Frauen- und Geschlechterpolitik“ und „Geschlechter, Geschlechtlichkeit und Gewalt gegen Frauen“ ihrer Arbeit annimmt. So rekurriert Gisela Bock systematisch auf gynäkologische Fachzeitschriften oder zeitgenössische

³¹ Krischel, Moll: Forschung zur und Praxis der Sterilisation und Kastration von Männern im Nationalsozialismus. In: Krischel, Moll, Bellmann, Scholz, Schultheiss (Hg.): Urologen im Nationalsozialismus. Zwischen Anpassung und Vertreibung. 2011, S. 205

³² Bock: Zwangsterilisation im Nationalsozialismus. 2010, S. 371

³³ Krischel, Moll: Forschung zur und Praxis der Sterilisation und Kastration von Männern im Nationalsozialismus. In: Krischel, Moll, Bellmann, Scholz, Schultheiss (Hg.): Urologen im Nationalsozialismus. Zwischen Anpassung und Vertreibung. 2011, S. 205

Dissertationen³⁴ und erschließt sich aus ihnen eine kumulative Aussage zur Sterilisationsoperation bei Frauen, deren technische Weiterentwicklung und den resultierenden Komplikationen.

Eine systematische Analyse von urologischen bzw. chirurgischen Fachzeitschriften zur männlichen Sterilisation der Jahre 1933 bis 1945 hat dagegen bisher jedoch kaum in ausreichendem Maße stattgefunden.

An diese und ähnlich fachspezifische Fragestellungen schließt sich konsequenterweise der Blick auf die Ausführenden der Sterilisation und die vorgesehenen Einrichtungen an.

Bock beschreibt in „Zwangsterilisation im Nationalsozialismus“ die tragende Rolle, die der Ärzteschaft im Zuge der Durchführung des GzVeN zukam. Bereits an der Basis – der Erarbeitung und juristischen Weiterentwicklung des GzVeN von 1933 bis 1936 – lässt sich die ärztliche Handschrift zweifelsfrei ablesen: mit Gütt und Rutke befinden sich zwei Mediziner unter den gedanklichen Vätern des Gesetzes. Die Anwendung jenes Gesetzes und die weitere Ausführung konnte nur gelingen, indem die Ärzteschaft – beinahe jeder zweite deutsche Arzt war Mitglied der NSDAP³⁵ – zum einen ideologisch durch die rassenhygienische Vorstellung der „Aufartung“ des deutschen Volkes indoktriniert und zum anderen institutionell anhand des Reichsärztebundes in das System der „Neuen deutschen Medizin“ internalisiert wurde.

So verwundert nicht, dass an jeder Verfahrensstufe des Sterilisationsgesetzes ein Arzt beteiligt, ja dieses Prozedere gar vom Gesetzgeber in genannter Art und Weise erwünscht war. Mit der Anzeige beim Erbgesundheitsgericht, welche zumeist durch einen Psychiater oder praktizierenden Arzt erfolgte, wurde der Sterilisationsprozess initiiert. Mit diesem Moment der Anzeigenstellung hat sich Astrid Ley in „Zwangsterilisation und Ärzteschaft“ eingehend auseinandergesetzt. Als Resultat ihrer Quellenarbeit formiert sich die Erkenntnis, dass die wenigsten Meldungen über Erbkrankte aus den Kreisen niedergelassener Ärzte kamen, während sich Leiter psychiatrischer Heilanstalten besonders hervorzutun schienen.³⁶

Analog dazu schlüsselt Astrid Ley in „Zwangsterilisation und Ärzteschaft“ detaillierter zwischen dem GzVeN- Anzeigeverhalten von niedergelassenen Fachärzten und Allgemeinärzten gemessen am jeweiligen Beziehungscharakter, der von Behandeltem und Behandelndem gemeinsam formiert wird, auf. So erkennt Ley richtigerweise, wie sich „dieses Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient [...] als schwerwiegendes

³⁴ Bock: Zwangsterilisation im Nationalsozialismus. 2010, S. 370

³⁵ Kater: Ärzte als Hitlers Helfer. 2000, S. 107

³⁶ Ley: Zwangsterilisation und Ärzteschaft. 2004, S. 147

Hemmnis ärztlicher Anzeigetätigkeit³⁷ auswirkte. Am Ende ihrer Beobachtung wird die These entwickelt, dass sich ärztliche Aktivität der Anzeigestellung in umgekehrt proportionalem Verhältnis zur persönlichen Beziehung zum einzelnen Patienten verhielt.³⁸ Hieraus wird deutlich, warum eine höhere Anzahl der Meldungen zur Unfruchtbarmachung von Fachärzten getätigt wurde. Fachärzte verfügten über einen größeren Pool an Patienten und hatten im Falle des Vertrauensbruchs nach Sterilisationsanzeige nur eine minimale Einbuße des Patientenkontexts und somit des Verdienstes zu verkraften. Anders verhält es sich mit Allgemeinärzten: das Plus an Zeit und Aufwand, das für jeden einzelnen seiner Patienten aufgebracht wurde, war erkaufte mit dem Verzicht auf einen groß angelegten Patientenpool. Daraus resultiert die Abhängigkeit des Allgemeinarztes von seinem Klientel und im Endeffekt die Restriktion gegenüber vorschneller und überzogener Anzeigestellung.

Niedergelassene und deren Anzeigetätigkeiten im Sinne des GzVeN sind der Auffassung Leys nach ein zuverlässiger „Gradmesser“³⁹ für den tatsächlichen Einfluss der „nationalsozialistischen Kollektivethik“⁴⁰ auf die Ärzteschaft im Reichsgebiet. Nicht nur die Tatsache, dass jene Mediziner nicht an hierarchische Klinikstrukturen gebunden waren und ein enges Vertrauensverhältnis zum Patienten aufgebaut hatten, lässt einen Blick auf die tatsächlich emotional und moralisch bestimmte Gedankenwelt des niedergelassenen Arztes erhaschen. Auch die Zahlen sprechen eine deutliche Sprache: Indem niedergelassene Mediziner mit einem Prozentsatz von drei Viertel aller approbierten Ärzte im Reich die „größte Gruppe in der deutschen Ärzteschaft“⁴¹ darstellten, sieht Ley eine zusätzliche quantitative Legitimation ihrer Gradmesser-These. Ob diese Behauptung auf die Gruppe der operativ tätigen Mediziner zutrifft, kann sich jedoch anhand von Analysen chirurgischer bzw. urologischer Fachzeitschriften nicht beantworten lassen. Wie sich im Verlauf dieser Arbeit noch herauskristalisieren wird, kommen nur jene Artikel zur Betrachtung, welche sich direkt der Sterilisationsoperation oder den Folgen widmen. Die Anzeigetätigkeit des Fach- oder Hausarztes hingegen war zum Zeitpunkt der Unfruchtbarmachung schon abgeschlossen bzw. war Voraussetzung für diese und ist in oben genannten Artikeln nie von Relevanz gewesen. Genau aus diesem Grunde lässt diese Arbeit im Bezug auf Leys These keine Aussage oder gar Schlüsse zu.

³⁷ Ley: Zwangssterilisation und Ärzteschaft. 2004, S. 175

³⁸ Ley: Zwangssterilisation und Ärzteschaft. 2004, S. 175

³⁹ Ley: Zwangssterilisation und Ärzteschaft. 2004, S. 131

⁴⁰ ebenda

⁴¹ ebenda

1.2 Fragestellung

Um die männliche Sterilisationspraxis mit Blick auf die OP-Techniken und Folgen zum Forschungsgegenstand zu machen, eignet sich die Erfassung und Auswertung von sowohl Originalartikeln als auch Rezensionen, welche inhaltlich von der Unfruchtbarmachung des Mannes handeln, in urologischen und chirurgischen Fachzeitschriften der Jahre 1931 bis 1947 als geeignetstes Mittel. Krischel und Moll haben dieses Vorgehen bereits anhand von vier zeitgenössischen Zeitschriften in Grundzügen exerziert, wobei die quantitative Erfassung von entsprechenden Artikeln im Vordergrund stand⁴². Die Tatsache, dass mit Analyse der Zeitschriften „Der Chirurg“, „Zentralblatt für Chirurgie“, „Zeitschrift für Urologie“ und „Zeitschrift für urologische Chirurgie“ nur ein kleiner Teil der zur damaligen Zeit verfügbaren Literatur eingesehen und dabei der zahlenmäßigen Artikelverteilung in den genannten Reihen vorrangig Beachtung geschenkt wurde, unterstreicht die Notwendigkeit tiefgreifender und breit angelegter Quellenarbeit an urologischen bzw. chirurgischen Fachzeitschriften. Die Thematik der Sterilisation beim Mann bedarf weiterer qualitativ- inhaltlicher Aufarbeitung im Bezug auf operative Durchführung und deren Folgen.

Analog zur Bocks Ausführungen der weiblichen Unfruchtbarmachung stellen sich Fragen nach der Operationstechnik beim Mann, deren Modifikation über die Zeit aber auch nach der für die in der Theorie interessanten Möglichkeit einer Rückoperation zur Wiederherstellung der Zeugungsfähigkeit. En detail lassen sich beispielsweise ärztliche Diskurse darüber, ob einfache Vasotomie als Methode der Wahl genüge oder doch die Vasektomie praktiziert werden müsse, in den chirurgisch- urologischen Zeitschriften nachverfolgen. Mit dem uneinheitlichen Verfahren bei postoperativen Komplikationen und der Unklarheit über die sofortige Sterilitätsgarantie nach dem Eingriff erweitert sich die Liste der medizinhistorischen Forschungsthemen, welche in der bisherigen Forschung zu wenig berücksichtigt wurden.

In welchem Maße Chirurgen und chirurgisch praktizierende Urologen bei von ihnen durchgeführten Sterilisationen gemäß ihrer innersten Überzeugung handelten, lässt sich vom gegenwärtigen Betrachtungsstandpunkt aus nur schwer erschließen. Führt man sich vor Augen, wie spärlich persönliche Meinungen und politische oder gar religiös geprägte Einstellungen in Fachzeitschriften Eingang gefunden hatten und bei Mangel an Systemkonformität selbst in medizinische Literatur nicht sanktionsfrei einfließen konnten,

⁴² Krischel, Moll: Forschung zur und Praxis der Sterilisation und Kastration von Männern im Nationalsozialismus. In: Krischel, Moll, Bellmann, Scholz, Schultheiss (Hg.): Urologen im Nationalsozialismus. Zwischen Anpassung und Vertreibung. 2011, S. 209

wird deutlich, wie unerlässlich weitere Forschung auf dem Gebiet der Sterilisationspraxis operativ tätiger Ärzte ist. Die Frage nach dem „wer“ und „wo“, sprich den sterilisierenden Operateuren und den eingebundenen Anstalten bzw. Kliniken, wird von Krischel und Moll mit Referenz zu § 11 des GzVeN - „Der zur Unfruchtbarmachung nötige chirurgische Eingriff darf nur in einer Krankenanstalt von einem für das Deutsche Reich approbierten Arzt ausgeführt werden.“⁴³ - nur vordergründig beantwortet. Auch die weitere Zitation des Gesetzeskommentars von Gütt- Rüdin- Rutke, nach deren Dafürhalten ein „chirurgisch geschulter Arzt“⁴⁴ zur Operation befähigt sei, zeugt mehr von juristischer, denn von praktischer Relevanz. Einzig der Hinweis von Krischel und Moll auf die Definition von chirurgischer Schulung durch die Leitsätze des Deutschen Ärzteverbandes zur Facharztfrage, nämlich qua Ausbildung zum „Facharzt für Chirurgie oder für Frauenheilkunde und Geburtshilfe“ erworbene Qualifikation⁴⁵, bringt etwas Licht ins Dunkel. Wie die tatsächliche fachärztliche Besetzung der Operateure aufgestellt war und in welchem Verhältnis sich darunter Chirurgen und Urologen befanden, wird die weitere Quellenarbeit belegen. Einen gewichtigen Forschungsgegenstand stellt dabei die Rolle der Urologen bei Sterilisierungsoperationen und das Maß der Selbständigkeit ihres Faches im Tätigkeitsfeld der NS-Rassenhygiene dar. Die Korrektheit der korrespondierende These von Krischel und Moll, nach deren Meinung in den 30er Jahren „viele chirurgisch arbeitende Urologen Fachärzte für Chirurgie waren und [...] nicht davon ausgegangen werden [kann], dass es Zweck oder Folge des Gesetzes war, Urologen von der Sterilisationspraxis auszuschließen“⁴⁶, wird sich anhand der Zeitschriftenanalysen überprüfen und noch spezifischer ausleuchten lassen.

Zu einer in Zukunft möglicherweise ganzheitlichen Aussage über die Gewichtung ethischer Beweggründe in Sterilisationsfragen bei der deutschen Ärzteschaft kann zweifelsfrei die repräsentative Ansicht der Sterilisierenden einen möglicherweise nur geringen, aber dennoch wertvollen Beitrag leisten. Inhalt dieser Arbeit soll somit auch sein, einzelne die Moralvorstellungen betreffende Gedanken des deutschen Urologen und Chirurgen soweit möglich auf Basis der genannten Primärquellen zu skizzieren und Übereinstimmungen mit Kollegen anderer Fachrichtungen aufzuzeigen.

Beim Vergleich der persönlichen Beziehung, die niedergelassene Ärzte und in der Klinik

⁴³ Krischel, Moll: Forschung zur und Praxis der Sterilisation und Kastration von Männern im Nationalsozialismus. In: Krischel, Moll, Bellmann, Scholz, Schultheiss (Hg.): Urologen im Nationalsozialismus. Zwischen Anpassung und Vertreibung. 2011, S. 207

⁴⁴ Krischel, Moll: Forschung zur und Praxis der Sterilisation und Kastration von Männern im Nationalsozialismus. In: Krischel, Moll, Bellmann, Scholz, Schultheiss (Hg.): Urologen im Nationalsozialismus. Zwischen Anpassung und Vertreibung. 2011, S. 207

⁴⁵ ebenda

⁴⁶ ebenda

praktizierende Chirurgen zu ihrem Patientenklintel aufbauen, fällt auf, dass sich Unterschiede sowohl in der Beziehungsintensität als auch in der Zeitspanne, in der sich Arzt- Patienten- Interaktionen ergeben, darstellen. Niedergelassene Allgemeinärzte kannten Ley zufolge auch zur Zeit des Nationalsozialismus aus ihrer historisch gewachsenen Rolle als Hausarzt den Patienten meist von Kindesbeinen an, bauten ein inniges Vertrauensverhältnis auf und fungierten darauf basierend als angestammter, - dem ökonomischen Moment des Arztberufes zuträglich – häufig frequentierter Ansprechpartner in allen Gesundheitsfragen.⁴⁷ Chirurgen hingegen begegneten ihren Patienten, wenn überhaupt, nur vor bzw. post OP zur Wundrevision, was einen komplexeren Umgang mit seinem Patienten bereits a priori schwierig machte. Wie sich diese distanziertere Beziehung Patient-Chirurg auf die Sterilisationspraxis und die persönliche Einstellung des Ausführenden auswirkte, kann nur anhand von Hinweisen in chirurgischen bzw. urologischen Zeitschriftenartikeln nachvollzogen werden.

Beim Versuch der Generalisation von Leys oben geschilderter These, dass sich ärztliche Aktivität der Anzeigestellung umgekehrt proportional zur persönlichen Beziehung zum einzelnen Patienten verhielt, und dem Versuch diese auf die gesamte reichsdeutsche Ärzteschaft anzuwenden, fällt es schwer eine Bewertung der an der Sterilisationspraxis beteiligten Chirurgen und Urologen vorzunehmen. Dies hat mehrere Gründe: zum einen kann die Einstellung des Operateurs nicht anhand von quantitativ objektivierbaren Zahlen wie beispielsweise Sterilisationsanträgen gemessen werden, zum anderen ist die Durchführung der Operation weniger von eigenem Ermessen und der moralischen Verantwortung abhängig, wie dies bei niedergelassenen Antragstellern gegeben war. Persönliche Vorbehalte des Arztes gegen Sterilisation können in dieser späten Endphase des Prozesses nur noch verbal oder schriftlich zum Ausdruck gebracht werden, wurden jedoch meist nicht zur Sprache gebracht. Die Literaturrecherche der Primärquellen wird eventuell ans Licht bringen, ob sich vereinzelte in Fachzeitschriften publizierte Gedanken der Unschlüssigkeit oder gar des Zweifels finden lassen.

Falls keine Vorbehalte von chirurgischer bzw. urologischer Seite gegen die Ausführung der Sterilisation aus eugenischen Gründen in der zeitgenössischen Fachliteratur vermerkt worden sein sollten, ist von Interesse die Ursachen hierfür zu erheben. Wenn eine gegenüber dem Patienten distanzierte Professionalität reichsdeutscher Operateure aus dem paternalistischen Verständnis ihres Berufsstandes heraus die Basis für eine Bedenkenlosigkeit in der Sterilisationspraxis gebildet haben sollte und nicht eine

⁴⁷ Ley: Zwangssterilisation und Ärzteschaft. 2004, Kapitel: Die praktizierende Ärzteschaft

Anhängerschaft an nationalsozialistische Ideologie, würde dies einer differenzierteren Aufarbeitung der Medizingeschichte zur NS-Zeit dienen. Wiederum ließe sich dadurch im gleichen Zuge Leys These verifizieren und auf sterilisierende Ärzte anwenden, wenn eher die geringere persönliche Arzt-Patienten-Beziehung, denn eine von Rassenwahn getragene nationalsozialistische Gesinnung der Beweggrund für den sorglosen und möglicherweise unreflektierten Umgang mit der Sterilisationsthematik gewesen sein sollte.

Letztendlich konstituieren sich in der zusammenfassenden Fragestellung drei Kernthemen dieser medizinhistorischen Arbeit: Zum einen die Operationstechnik, welche auf reichsdeutschen Gebiet zur Unfruchtbarmachung des Mannes Anwendung fand. Zum anderen werden die einzelnen Rollen des Patienten mithilfe der in Fachartikeln skizzierten Selbst- und Fremdbilder unter die Lupe genommen. Als letztes Betrachtungsgebiet dient die Rolle des operierenden Chirurgen bzw. Urologen innerhalb der Sterilisationspraxis, die analog zum Muster beim Patienten aufgedeckt werden soll.

2. Material und Methoden

Um sich dem Stand der Technik in der Sterilisationspraxis zur Zeit des Nationalsozialismus in Deutschland anzunähern, eignete sich die Recherche in deutschsprachigen chirurgischen und urologischen Fachzeitschriften von 1931 bis 1947. Den primären Betrachtungsgegenstand stellte die sich während dieser Jahre weiterentwickelnde Technik der Sterilisierungsoperation beim Manne dar. Der genannte Betrachtungszeitraum wurde bewusst auf die beiden Jahre vor Hitlers Machtergreifung bzw. die beiden Jahre nach Kapitulation des Deutschen Reiches ausgedehnt; zum ersten, um Neuerungen bzw. den Status Quo der Sterilisationspraxis zu Zeiten der Weimarer Republik festzustellen und zu definieren, aber auch um eventuell schon vorbestehende eugenische Volksgesundheitsmaßnahmen auf dem Fachgebiet der Urologie herauslesen zu können. Zum zweiten, um zu illustrieren, inwiefern nationalsozialistische Sterilisationsmethoden im Deutschland der Besatzungsmächte aufrechterhalten wurden und in der Urologie des sich umstrukturierenden Landes nachwirken konnten.

Eine Auswahl an chirurgischen bzw. urologischen Fachzeitschriften lieferte die Onlinerecherche über den Karlsruher virtuellen Katalog, welcher in der Menüauswahl eine Eingrenzung auf die Zeitschriftendatenbank (ZDB) erfuhr. Als Suchbegriffe dienten die Schlagworte „Chirurgie“ und „Urologie“. Im Folgenden gelangten bei Betrachtung des jeweiligen Erscheinungsjahres nur von 1931 bis 1947 publizierte Zeitschriften bzw. chronologisch relevante Bände dieser in die nähere Auswahl. Als zusätzliches und unerlässliches Kriterium für die Aufnahme in den Recherchepool diente die Abfassung der Zeitschriften in deutscher Sprache und damit das Erscheinen im deutschsprachigen Raum. In Anbetracht dieser präzisierten Auswahl ergab sich folgende Fachzeitschriften-Listung:

- „Zeitschrift für Urologie: Organ der Deutschen Gesellschaft für Urologie, der Österreichischen Gesellschaft für Urologie, der Nordrheinwestfälischen Gesellschaft für Urologie, der Südwestdeutschen Gesellschaft für Urologie und der Berliner Gesellschaft für Urologie /hrsg. von C.E. Alken...“ - Thieme, Leipzig
- „Archiv für klinische Chirurgie/ Deutsche Gesellschaft für Chirurgie“ - Springer, Berlin
- „Deutsche Zeitschrift für Chirurgie“ - Springer, Berlin
- „Zentralblatt für Chirurgie: Zeitschrift für allgemeine, viszeral und Gefäßchirurgie“ - Thieme, Stuttgart
- „Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie“ - Fischer, Jena

- „Ergebnisse der Chirurgie und Orthopädie/ begr. Von E. Payr“ - Springer, Berlin
- „Neue deutsche Chirurgie“ - Enke, Stuttgart
- „Zeitschrift für die gesamte experimentelle Medizin einschließlich experimentelle Chirurgie“ - Springer, Berlin, Heidelberg
- „Zeitschrift für urologische Chirurgie“ - Springer, Berlin
- „Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie/ hrsg. Von Rudolf Stich“ - Urban und Schwarzenberg, Berlin, München
- „Zentralorgan für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete/ unter ständiger Aufsicht d. Deutschen Gesellschaft für Chirurgie“ - Springer, Berlin, Heidelberg
- „Sitzungsberichte der Berliner Gesellschaft für Chirurgie für die Jahre ...“ - Barth, Leipzig
- „Jahresbericht Chirurgie“ - Springer, Berlin
- „Vorläufige Tagesordnung der ... Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie“ - Dt. Gesellschaft für Chirurgie, Berlin
- „Zeitschrift für urologische Chirurgie und Gynäkologie“ - Springer, Berlin
- „Vorträge aus der praktischen Chirurgie“ - Enke, Stuttgart

Anschließend ließ sich anhand der Service- Website des Kommunikations- und Informationszentrums (KIZ) der Universität Ulm die Verfügbarkeit oben genannter Zeitschriften in der Universitätsbibliothek Ulm überprüfen. Auf diese Weise sollten zunächst Nachforschungen zur Sterilisationspraxis in den örtlich verfügbaren Zeitschriften aufgenommen werden. Die nachfolgende Literatur entsprach dieser Vorgabe und ist im KIZ- Magazin in der Staudingerstraße, 89069 Ulm archiviert.

- „Zeitschrift für Urologie: Organ der Deutschen Gesellschaft für Urologie, der Österreichischen Gesellschaft für Urologie, der Nordrheinwestfälischen Gesellschaft für Urologie, der Südwestdeutschen Gesellschaft für Urologie und der Berliner Gesellschaft für Urologie /hrsg. von C.E. Alken...“ - Thieme, Leipzig
- „Archiv für klinische Chirurgie/ Deutsche Gesellschaft für Chirurgie“ - Springer, Berlin
- „Deutsche Zeitschrift für Chirurgie“ - Springer, Berlin
- „Zentralblatt für Chirurgie: Zeitschrift für allgemeine, viszeral und Gefäßchirurgie“ - Thieme, Stuttgart

- „Ergebnisse der Chirurgie und Orthopädie/ begr. Von E. Payr“ - Springer, Berlin
- „Zeitschrift für die gesamte experimentelle Medizin einschließlich experimentelle Chirurgie“ - Springer, Berlin, Heidelberg
- „Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie/ hrsg. Von Rudolf Stich“ - Urban und Schwarzenberg, Berlin, München
- „Zentralorgan für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete/ unter ständiger Aufsicht d. Deutschen Gesellschaft für Chirurgie“ - Springer, Berlin, Heidelberg
- „Jahresbericht Chirurgie“ - Springer, Berlin

In der Universitätsbibliothek der Eberhard- Karls- Universität Tübingen, Wilhelmstraße 32, 72074 Tübingen sind folgende Zeitschriftenreihen archiviert:

- „Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie“ - Fischer, Jena
- „Zeitschrift für urologische Chirurgie und Gynäkologie“ - Springer, Berlin

In der Universitätsbibliothek der CRONA- Klinik am Berg in der Hoppe-Seyler-Straße 3, 72076 Tübingen ist folgende Zeitschriftenreihe vorzufinden:

- „Neue deutsche Chirurgie“ - Enke, Stuttgart

Systematisch wurden die Bände der genannten Zeitschriften von 1931 bis 1947 auf Artikel, welche die praktische Durchführung der Sterilisation beim Manne abhandeln oder diese Thematik tangieren, durchsucht. Dabei fand folgende Vorgehensweise Verwendung:

In den einzelnen Zeitschriften wurden die Inhaltsangaben primär anhand der Schlagworte „Sterilisation“, „Sterilisierung“ oder „Unfruchtbarmachung“ gescreent. Wurden Artikel gefunden, wurde beim Anlesen geprüft ob es sich Inhalte der weiblichen oder männlichen Sterilisation handelt. Stellte sich der Artikel als einer mit gesuchter Thematik heraus, wurde dieser in den Pool der auszuwertenden Primärquellen aufgenommen.

Im sekundären, weiteren Vorgehen wurde die Artikelsuche spezifiziert. Anhand der Fragestellungen dienten Schlagwörter daraus als nächste Suchgegenstände. So wurden die Inhaltsverzeichnisse auf Arbeiten mit folgenden Begriffen im Titel durchgearbeitet: „Operationstechnik“, „Operationsmethode“, „Rückoperation“, „Wiederherstellung der Zeugungsfähigkeit“, „Komplikationen/Nebenoperationen“, „Sicherheit der Unfruchtbarmachung“, „histologische Aufbewahrung/ Nachuntersuchung“, „Indikation“

oder „Rivanolinstillation/-injektion“. Wies die Literatur einen unmittelbaren Zusammenhang mit der männlichen Sterilisation auf, so fand sie ebenfalls Eingang in den Quellenpool. Bei einigen wenigen Artikeln, deren Betreff und Relevanz für die Analyse nicht aus dem Titel direkt abzuleiten möglich war, konnte ein Querlesen Abhilfe schaffen und somit den Zugang zu zusätzlichen Quellenergebnisse eröffnen.

Der letzte, komplettierende Schritt der Quellendurchsicht fokussierte die Verfasser und nicht den Titel des Artikels. Hier ging es darum, mögliche Intentionen und Motive einzelner Akteure im Ansatz zu rekonstruieren. Diese wären – wenn überhaupt – ganzheitlich zwar eher persönlichen Interviews oder intensiven Briefwechseln zu entnehmen. Eine erste Annäherung jedoch bietet die Analyse von möglichen Argumenten in Artikeln zur männlichen Sterilisationsthematik aus den angegebenen Zeitschriftenreihen. Im Verlauf der ersten beiden Arbeitsschritte ließ sich die Kumulation von vielen Artikeln auf einige wenige Verfasser feststellen. Dazu gehören beispielsweise Namen wie Boeminghaus, Hilgenfeldt, Knaus, Haberland oder Bauer. Sämtliche in den Zeitschriftenreihen unter genannten Namen geführten Arbeiten wurden ebenfalls gelesen und, falls mit Sterilisation verknüpft, den verwertbaren Primärquellen zugerechnet.

Die gefundenen Beiträge wurden quantitativ in deskriptiver Form erfasst und qualitativ entlang der oben geschilderten Fragestellungen systematisch ausgewertet. Zu diesem Zweck wurden alle gelesenen Artikel in eine eigens erstellte Datenbank aufgenommen und durchnummeriert, wobei eine erste Vorsortierung zu den drei Themenblöcken erfolgte. Die Zugehörigkeit zum jeweiligen Block – OP-Technik, Patientenrolle oder Arztrolle – konnte entweder bereits der Überschrift oder der Artikelzusammenfassung entnommen werden. Anschließend wurden der Thematik entsprechende Aussagen des Beitrages extrahiert. Innerhalb der Datenbank waren drei Spalten für die Themenblöcke vorgegeben, sodass die Möglichkeit bestand, einem Artikel auch durchaus mehrere Inhalte zu den Kernthemen zu entnehmen. Nach so gearteter Bestandsaufnahme aller Artikel wurden die drei großen Themenblockspalten nach offensichtlicher inhaltlicher Clusterung gescreent. Acht konkrete Fragestellungen kristallisierten sich beim Screeningvorgang deutlich heraus, wobei die ersten sechs dem Themenblock OP-Technik und der siebte dem Block Patientenrolle bzw. der achte dem Block Arztrolle zugeschrieben werden können.

Die Fragestellungen lauten wie folgt:

1. Sterilisationsindikationen und statistisch-epidemiologische Angaben zur männlichen Sterilisation
2. Operationstechnik bei männlicher Sterilisation

3. Sicherheit der Operation und Notwendigkeit von Spermizidinstillation
4. Abhandlungen zur Rückoperation nach stattgehabter Sterilisation
5. OP-Komplikationen, anatomische Anomalien und Möglichkeit der Nebenoperationen bei Durchführung der männlichen Sterilisation
6. Notwendigkeit der histologischen Nachuntersuchung des Resektates nach Vasektomie
7. Rolle des Patienten
8. Stellungnahme zum ärztlichen Berufsstand, dem Selbstbild und Aufgabenfeld des Arztes

Gerade bei inhaltlicher Durchsicht der Rezensionen ergab sich eine extrem hohe Wiederholungsrate bezogen auf die Originalliteratur. Zahlreiche Artikel thematisierten dabei den denselben Originalartikel und beinhalteten die simple Zusammenfassung dieser. Aus diesem Grund wurden Rezensionen in der quantitativen Analyse noch berücksichtigt, während sie bei der qualitativen keine Berücksichtigung mehr fanden. Buchbesprechungen und Inhaltskurzfassungen ebenso zu werten wie Originalartikel hätte die inhaltliche Gesamtaussage der Arbeit verzerrt und darüber hinaus den Rahmen dieser gesprengt.

3. Ergebnisse

3.1 Quantitative Analyse

Im Fall der „Zeitschrift für Urologie“ wurden in den einmal jährlich erscheinenden Bänden sieben Artikel zur Sterilisation und damit verbundenen Fragen publiziert. Bei Durchsicht der Jahressbände von 1931- 1947 sind in den Bänden von 1934, 1935, 1936, 1939 und 1942 jeweils ein und in der Ausgabe von 1937 zwei Artikel enthalten (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Artikelanzahl von 1931 – 1947 in „Zeitschrift für Urologie“

| <u>Band</u> | <u>Jahr</u> | <u>Artikelanzahl</u> |
|--------------------|--------------------|-----------------------------|
| 1934 | 1934 | 1 |
| 1935 | 1935 | 1 |
| 1936 | 1936 | 1 |
| 1937 | 1937 | 2 |
| 1939 | 1939 | 1 |
| 1942 | 1942 | 1 |
| Gesamt | | 7 |

Die Zeitschrift „Archiv für klinische Chirurgie“ wurde in den Bänden 168 bis 206, den Jahren 1931-1944 entsprechend, durchgesehen. Nach 1944 sind keine Bände mehr bis zum Jahr 1947 erschienen. Die Zeitschrift beinhaltet, wie in Tabelle 2 ersichtlich, elf Artikel.

Tabelle 2: Artikelanzahl von 1931 – 1947 in „Archiv für klinische Chirurgie“

| <u>Band</u> | <u>Jahr</u> | <u>Artikelzahl</u> |
|--------------------|--------------------|---------------------------|
| 178 | 1934 | 1 |
| 183 | 1935 | 5 |
| 184 | 1935 | 1 |
| 186 | 1936 | 2 |
| 189 | 1937 | 1 |
| 193 | 1938 | 1 |
| Gesamt | | 11 |

Die „Deutsche Zeitschrift für Chirurgie“, mit den Ausgaben 238- 259 von 1933 bis 1944 vorhanden, hat fünf Artikel zu Sterilisationsfragen in folgenden Ausgaben vorzuweisen:

Die Ausgaben 230- 237 von 1931-1933 wurden über Springerlink unter „Langenbeck’s Archives of Surgery“ online eingesehen. (<http://link.springer.com/journal/423>) Dort ließ sich kein Artikel zur Sterilisation des Mannes finden. Die chronologische Erscheinung der Artikel ist Tabelle 3 zu entnehmen.

Tabelle 3: Artikelanzahl von 1931 – 1947 in „Deutsche Zeitschrift für Chirurgie“

| <u>Band</u> | <u>Jahr</u> | <u>Artikelzahl</u> |
|--------------------|--------------------|---------------------------|
| 243 | 1934 | 1 |
| 244 | 1935 | 1 |
| 246 | 1936 | 1 |
| 248 | 1937 | 1 |
| 254 | 1941 | 1 |
| Gesamt | | 5 |

Nach dem Band 259 sind keine weiteren Ausgaben mehr bis 1947 erschienen.

56 Artikel enthält das „Zentralblatt für Chirurgie“. Diese wurden wie in Tabelle 4 ersichtlich veröffentlicht.

Tabelle 4: Artikelanzahl von 1931 – 1947 in „Zentralblatt für Chirurgie“

| <u>Band</u> | <u>Jahr</u> | <u>Artikelzahl</u> |
|--------------------------|--------------------|---------------------------|
| September- Dezember1933 | 1933 | 1 |
| Januar- April 1934 | 1934 | 4 |
| Mai-August 1934 | 1934 | 3 |
| September- Dezember 1934 | 1934 | 6 |
| Januar- April 1935 | 1935 | 9 |
| Mai- August 1935 | 1935 | 6 |
| September- Dezember 1935 | 1935 | 2 |
| Januar- April 1936 | 1936 | 3 |
| Mai- August 1936 | 1936 | 2 |
| September- Dezember 1936 | 1936 | 2 |
| Januar- April 1937 | 1937 | 1 |
| Mai- August 1937 | 1937 | 1 |
| September- Dezember1937 | 1937 | 6 |
| Januar- April 1938 | 1938 | 1 |
| Mai- August 1938 | 1938 | 1 |
| September- Dezember 1938 | 1938 | 2 |
| Januar- April 1939 | 1939 | 1 |
| Mai- August 1939 | 1939 | 1 |
| Januar- April 1940 | 1940 | 1 |
| September- Dezember 1949 | 1940 | 1 |
| Mai- August 1942 | 1942 | 2 |
| Gesamt | | 56 |

Durchsicht erfolgte bei den Ausgaben von 1931 bis 1943. Von 1944 bis 1947 sind keine weiteren Bände erschienen.

Die Zeitschrift „Ergebnisse der Chirurgie und Orthopädie“ weist keine Artikel zur Sterilisationsthematik bei Männern auf. In den Jahren 1941, 1942 und 1944, 1945 sind kriegsbedingt keine Bände erschienen. Auch in den Nachkriegsjahren 1946 und 1947 folgte keine Herausgabe der Zeitschrift.

In den Bänden der „Zeitschrift für die gesamte experimentelle Medizin einschließlich experimentelle Chirurgie“ von 1931 bis 1947, findet sich nur ein Artikel zu den Folgen der Sterilisation im Band 99 des Jahres 1936 (siehe Tabelle 5).

Tabelle 5: Artikelanzahl von 1931 – 1947 in „Zeitschrift für die gesamte experimentelle Medizin einschließlich experimentelle Chirurgie“

| <u>Band</u> | <u>Jahr</u> | <u>Artikelzahl</u> |
|--------------------|--------------------|---------------------------|
| 99 | 1936 | 1 |
| Gesamt | | 1 |

Die Durchsicht von „Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie“ lieferte je einen Artikel in folgenden Bänden (siehe Tabelle 6):

Tabelle 6: Artikelanzahl von 1931 – 1947 in „Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie“

| <u>Band</u> | <u>Jahr</u> | <u>Artikelzahl</u> |
|--------------------|--------------------|---------------------------|
| 164 | 1936 | 1 |
| 166 | 1937 | 1 |
| 170 | 1939 | 1 |
| 174 | 1942 | 1 |
| Gesamt | | 4 |

Durchgesehen wurden die Bände 151 bis 176 erschienen in den Jahren 1931- 1944. In den Jahren 1945-1947 wurden keine weiteren Bände herausgegeben.

Im Falle des „Zentralorgans für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete“ lassen sich in den Bänden 54 bis 110 71 Sterilisationsartikel den Mann betreffend ausmachen. Folgende Bände beinhalten angegebene Artikel (siehe Tabelle 7):

Tabelle 7: Artikelanzahl von 1931 – 1947 in „Zentralorgan für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete“

| Band | Jahr | Artikelzahl |
|---------------|------|-------------|
| 65 | 1933 | 2 |
| 66 | 1934 | 2 |
| 67 | 1934 | 1 |
| 68 | 1934 | 3 |
| 69 | 1934 | 2 |
| 70 | 1934 | 3 |
| 71 | 1934 | 6 |
| 72 | 1935 | 2 |
| 73 | 1935 | 10 |
| 74 | 1935 | 4 |
| 75 | 1935 | 3 |
| 76 | 1935 | 3 |
| 77 | 1936 | 2 |
| 78 | 1936 | 2 |
| 79 | 1936 | 2 |
| 81 | 1936 | 2 |
| 82 | 1936 | 1 |
| 83 | 1936 | 1 |
| 84 | 1937 | 1 |
| 85 | 1937 | 1 |
| 86 | 1937 | 5 |
| 87 | 1937 | 2 |
| 88 | 1938 | 1 |
| 89 | 1938 | 2 |
| 94 | 1938 | 4 |
| 96 | 1939 | 1 |
| 99 | 1940 | 1 |
| 104 | 1941 | 1 |
| 106 | 1942 | 1 |
| Gesamt | | 71 |

Im „Jahresbericht für Chirurgie“ sind keine adäquaten Beiträge abgedruckt. In den Jahren von 1938 bis 1947 sind keine Bände des „Jahresbericht für Chirurgie“ herausgegeben worden.

Die Zeitschrift „Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie“ ist beispielsweise in der Universitätsbibliothek der Universität Tübingen einsehbar. Dort wurden die Bände 42-47 der Jahre 1931-1944 durchgesehen und keine Artikel zur Sterilisation des Mannes gefunden. Von 1944 -1947 sind in dieser Reihe keine weiteren Bände herausgegeben worden.

In der „Zeitschrift für urologische Chirurgie“ (eingesehen in der Universitätsbibliothek Tübingen) ließ sich folgende Anzahl von Artikeln finden (siehe Tabelle 8):

Tabelle 8: Artikelanzahl von 1931 – 1947 in „Zeitschrift für urologische Chirurgie“

| <u>Band</u> | <u>Jahr</u> | <u>Artikelzahl</u> |
|--------------------|--------------------|---------------------------|
| 40 | 1935 | 3 |
| 41 | 1936 | 5 |
| 42 | 1936 | 3 |
| 43 | 1937 | 2 |
| 44 | 1939 | 1 |
| 45 | 1940 | 1 |
| Gesamt | | 15 |

Die Zeitschrift „Neue Deutsche Chirurgie“ wies keinen Artikel zur Sterilisationsthematik auf.

Somit ergibt sich eine Anzahl von 170 Artikeln zur Sterilisationspraxis bei Männern von 1931 bis 1947, welche sich wie in Tabelle 9 ersichtlich zusammensetzt:

Tabelle 9: Anzahl der in der jeweiligen Fachzeitschrift erschienenen Artikel zur männlichen Sterilisation von 1931 - 1947

| <u>Zeitschrift</u> | <u>Artikelanzahl</u> |
|--|----------------------|
| Zentralorgan für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete | 71 |
| Zentralblatt für Chirurgie | 56 |
| Zeitschrift für urologische Chirurgie | 15 |
| Archiv für klinische Chirurgie | 11 |
| Zeitschrift für Urologie | 7 |
| Deutsche Zeitschrift für Chirurgie | 6 |
| Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie | 4 |
| Zeitschrift für die gesamte experimentelle Medizin einschließlich experimentelle Chirurgie | 1 |
| Gesamt | 170 |

Somit erschienen im „Zentralorgan für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete“ mit 71 und im „Zentralblatt für Chirurgie“ mit 56 Artikeln die meisten Beiträge zur genannten Thematik, in der „Zeitschrift für urologischen Chirurgie“ und dem „Archiv für klinische Chirurgie“ 15 bzw. elf Artikel, wohingegen die restlichen vier Zeitschriften im Erscheinungszeitraum von 1931 bis 1947 nur jeweils weniger als zehn Artikel herausbrachten.

Betrachtet man die Fülle der Artikel auf ihre zeitliche Erscheinung hin, so ergibt sich, nach Erscheinungsjahr aufgeschlüsselt, Tabelle 10:

Tabelle 10: Anzahl der Artikel zur männlichen Sterilisation in den jeweiligen Erscheinungsjahren

| <u>Erscheinungsjahr</u> | <u>Artikelanzahl</u> |
|-------------------------|----------------------|
| 1933 | 3 |
| 1934 | 33 |
| 1935 | 50 |
| 1936 | 31 |
| 1937 | 24 |
| 1938 | 12 |
| 1939 | 6 |
| 1940 | 4 |
| 1941 | 2 |
| 1942 | 5 |
| Gesamt | 170 |

Jene 170 Artikel setzen sich aus 51 Originalartikeln und 119 Rezensionen zu Fachbüchern, Originalartikeln oder Fachtagungsprotokollen die männliche Sterilisationspraxis betreffend zusammen, was einen Anteil von 30 % von Originalartikeln und 70 % von Rezensionen ergibt.

Die jährliche Anzahl von Erscheinungen der Originalartikel und Rezensionen ist in Abbildung 1 aufgeführt.

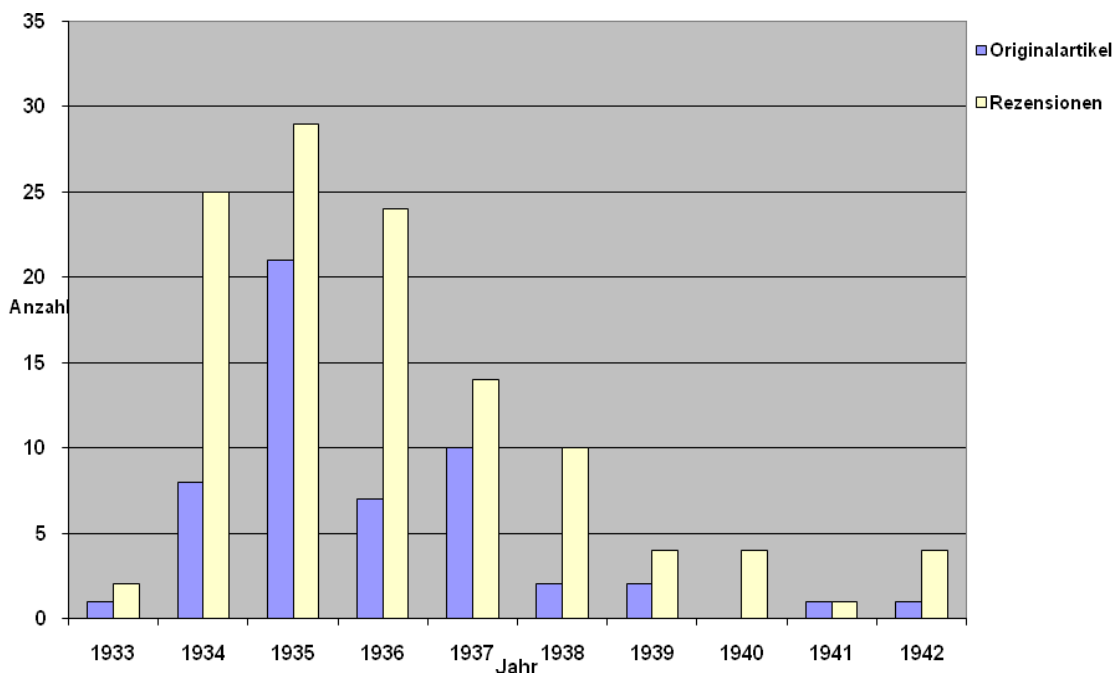


Abbildung 1: Artikelanzahl zur männlichen Sterilisation von 1931-1947 aufgeteilt in Originalartikel und Rezensionen

Aus Tabelle 10 lässt sich ablesen, dass die Thematisierung der männlichen Sterilisation in chirurgischen Fachzeitschriften im betrachtete Zeitraum ab dem Jahr 1933 zunächst einen rapiden Anstieg verzeichnen konnte und mit 50 zutreffenden Artikeln im Jahr 1935 ihren Höhepunkt erreicht hatte. Ab 1936 lässt die Erscheinungshäufigkeit neuer Beiträge kontinuierlich nach, um nach 1942 gänzlich zu sistieren.

Betrachtet man das Verhältnis von Originalartikeln und Rezensionen zur Gesamtzahl der Beiträge, zeigt sich ein deutlicher Anstieg einer jeden Literatur mit dem Jahr 1934, der im Jahr 1935 sein Maximum erreicht. Während die Erscheinungshäufigkeit der Rezensionen 1936 beinahe konstant bleibt, sinkt die der Originalartikel auf ein Drittel des Vorjahres ab. Als Erklärung für diesen Vorgang kann wohl ebenfalls das anfangs hohe Interesse der Ärzteschaft und der naturwissenschaftlichen NS-Forschung am Gegenstand der Sterilisation nach Verabschiedung des GzVeN im Jahre 1933 dienen. Die Beschäftigung der Originalartikel mit der Thematik scheint sich jedoch nach gut zwei Jahren bereits wieder zu erschöpfen. Mit Blick auf das quantitative Element lässt sich eine gewisse Einigkeit in chirurgischen bzw. urologischen Fachkreisen über die Sterilisationspraxis und tangierende Fragestellungen ab 1936 erahnen. Können in diesem Jahrgang nur noch sieben Originalartikel zur Unfruchtbarmachung des Mannes verzeichnet werden, rekurren

hingegen immer noch 24 Rezensionen auf bereits erschienene Literatur. Ob sich die allgemeine Akzeptanz eines basalen, reichsübergreifenden Status Quo in der Sterilisierung des Mannes zu diesem Zeitpunkt durch die einzelnen Originalautoren bestätigen lässt, wird anhand der nachfolgenden inhaltlichen Literaturanalyse verifizierbar oder falsifizierbar werden.

3.2 Autoren der Originalartikel

Vor Beginn der inhaltlichen Artikelanalyse gibt ein Blick auf die Autoren der Originalartikel Aufschluss darüber, welche Chirurgen bzw. Urologen als Akteure und fachlich führende Persönlichkeiten auf dem Gebiet der männlichen Sterilisation fungierten. So sind in der folgenden Tabelle die Autoren, welche mehr als eine Originalpublikation aufweisen, mit jeweiliger Anzahl der Originalartikel aufgeführt (siehe Tabelle 11):

Tabelle 11: Anzahl verfasster Originalartikel der Hauptautoren

| <u>Autor</u> | <u>Artikelanzahl</u> |
|----------------------|----------------------|
| Boeminghaus, Hans | 8 |
| Haberland, H. F. O. | 5 |
| Bauer, Karl Heinrich | 3 |
| Spath, Franz | 2 |
| Junghanns, Herbert | 2 |
| Stiasny, Hans | 2 |
| Knaus, Hermann | 2 |

Festzustellen ist, dass Hans Boeminghaus, H. F. O. Haberland und Karl Heinrich Bauer die meisten Originalartikel zur Sterilisationspraxis am männlichen Geschlecht veröffentlichten. Mit acht Publikationen führt Boeminghaus die Reihe unangefochten an, was bei Rekapitulation seiner fachlichen Kompetenzen, sowie seines sterilisationspolitischen Engagements nicht verwundern dürfte.

Boeminghaus, 1893 in Duisburg geboren und nach Machtergreifung Hitlers Mitglied der NSDAP und SS, hatte seit 1933 eine außerordentliche Professur für Chirurgie in Marburg

inne und leitete zugleich die dortige chirurgische Poliklinik bis 1937.⁴⁸ In urologisch-chirurgischen Fachkreisen erlangte sein 1934 zusammen mit Hans Naujoks verfasstes Buch „Die Technik der Sterilisation und Kastration“ Bekanntheit und der Artikel „Zur Technik der Sterilisation beim Mann“ von 1933 gilt als eine der ersten, die OP- Technik der Vasektomie betreffenden, Publikationen nach Beschluss des GzVeN. Boeminghaus galt als bekennender Befürworter der NS-Rassenhygiene und entsprechender eugenischer Maßnahmen. Als Pionier des akademischen Lehrbetriebs auf dem Felde der Urologie setzte sich Boeminghaus noch vor Ende des Krieges für die Schaffung urologischer Lehrstühle an deutschen Hochschulen ein und war Herausgeber der „Zeitschrift für Urologie“. Dass Boeminghaus als dritter Präsident der Gesellschaft Reichsdeutscher Urologen (GRU) vorgesehen war⁴⁹, und nach dem Krieg 1948 erster Präsident des ersten Nachkriegskongresses der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU) wurde unterstreicht seine herausragende Stellung innerhalb der deutschen Urologie sowohl während der NS-Diktatur als auch im Nachkriegsdeutschland.⁵⁰

Hermann Haberland, der 1887 in Dresden geboren wurde und 1913 sein Medizinstudium an der Universität Leipzig mit Promotion abschloss, konnte bereits 1920 an der Universitätsklinik Köln auf dem Fachbereich der Chirurgie habilitieren.⁵¹ Aufgrund mehrmaliger Verleumdungen gegenüber seinem Vorgesetzten Prof. Frangenheim wurde Haberland 1928 von der Universität ausgeschlossen, ließ sich in Köln nieder und trat in die NSDAP ein.⁵² Dort rühmte er sich als „erster NS- Professor der Universität Köln“, woraufhin ihm 1934 die Lehrbefugnis entzogen, jedoch kurze Zeit auf Beschluss des NSDAP- Gaugerichts wiedererteilt wurde.⁵³ Andauernde Rechtsstreitigkeiten mit Kollegen des Fachs gelten heute als Grund, weswegen Haberland nie die Aufnahme in den NS-Ärztebund gelang.⁵⁴ Während der Kriegszeit blieb ihm ein akademischer Ruf auf dem gesamten Reichgebiet verwehrt.⁵⁵ Der Verlust seiner Wohnung und Praxis im Bombenhagel auf Köln 1942 leitete Haberland zu häufigem Anstellungswechsel unter

⁴⁸ Krischel: Karrieren führender Urologen im Nationalsozialismus. In: Krischel, Moll, Bellmann, Scholz, Schultheiss (Hg.): Urologen im Nationalsozialismus. Zwischen Anpassung und Vertreibung. 2011, S. 116

⁴⁹ Krischel: Karrieren führender Urologen im Nationalsozialismus. In: Krischel, Moll, Bellmann, Scholz, Schultheiss (Hg.): Urologen im Nationalsozialismus. Zwischen Anpassung und Vertreibung., 2011, S. 105

⁵⁰ Krischel: Karrieren führender Urologen im Nationalsozialismus. In: Krischel, Moll, Bellmann, Scholz, Schultheiss (Hg.): Urologen im Nationalsozialismus. Zwischen Anpassung und Vertreibung., 2011, S. 117

⁵¹ Fischer: Biographisches Lexikon der hervorragenden Ärzte der letzten fünfzig Jahre. 1962, S. 558

⁵² Fischer: Biographisches Lexikon der hervorragenden Ärzte der letzten fünfzig Jahre. 2002, S. 568

⁵³ ebenda

⁵⁴ ebenda

⁵⁵ ebenda

anderem in Lemberg, Bad Kissingen und Garmisch- Partenkirchen.⁵⁶ Einem Suizidversuch im Sommer 1943 und anschließendem Aufenthalt in einer Münchener psychiatrischen Anstalt folgte die Rückkehr nach Dresden mit erneuter Anstellung als Chirurg.⁵⁷ Die von Rastlosigkeit geprägte Vita Hermann Haberlands endet mit der Vermisstenmeldung seit dem alliierten Luftangriff auf Dresden im Februar 1945.⁵⁸

Karl Heinrich Bauer, 1890 in Schwärzdorf/ Oberfranken geboren, studierte in Heidelberg, München, Erlangen und Würzburg bis 1914 Humanmedizin und promovierte im Jahr 1917.⁵⁹ Seit 1919 war Bauer an der Chirurgischen Universitätsklinik Göttingen angestellt, wo er 1923 habilitieren und 1927 eine Professur erlangen konnte.⁶⁰ Dort hielt Bauer bereits Vorlesungen über die Thematik der Rassenhygiene.⁶¹ Ab 1933 besetzte er den Lehrstuhl der Chirurgischen Universitätsklinik in Breslau und publizierte zu dieser Zeit systemkonforme Kommentare zum „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses.“⁶² Von 1943 bis 1962 fungierte er als chirurgischer Universitätsdirektor an der Uniklinik Heidelberg.⁶³ Das wissenschaftliche Hauptinteresse des 1978 in Heidelberg verstorbenen Bauer galt der Krebsforschung. Die erste deutschsprachige Grundlagenliteratur auf dem Gebiet der Onkologie 1949 von Bauer unter dem Titel „Das Krebsproblem“ veröffentlicht, unterstreicht dies zusammen mit der von selbigem 1972 initiierten Eröffnung des Deutschen Krebsforschungszentrums in Heidelberg.⁶⁴

3.3 Inhaltliche Analyse

Bei Durchsicht der 51 Originalartikel war es möglich inhaltliche Schwerpunkte der Publikationen zu clustern und somit acht Kernthemen herauszufiltern, derer sich die Autoren annahmen, die die damalige urologisch- chirurgische Ärzteschaft beschäftigten und zur gängigen Lehrmeinung kombiniert wurden. Die folgenden acht Kernthemen stellten die größte Schnittmenge aus allen Artikeln dar:

⁵⁶ ebenda

⁵⁷ Fischer: Biographisches Lexikon der hervorragenden Ärzte der letzten fünfzig Jahre. 2002, S. 569

⁵⁸ ebenda

⁵⁹ Eckart, Gradmann: Ärzte Lexikon – Von der Antike bis zur Gegenwart. 2006, S. 32

⁶⁰ ebenda

⁶¹ ebenda

⁶² ebenda

⁶³ ebenda

⁶⁴ ebenda

1. Sterilisationsindikationen und statistisch-epidemiologische Angaben zur männlichen Sterilisation
2. Operationstechnik bei männlicher Sterilisation
3. Sicherheit der Operation und Notwendigkeit von Spermizidinstillation
4. Abhandlungen zur Rückoperation nach stattgehabter Sterilisation
5. OP- Komplikationen, anatomische Anomalien und Möglichkeit der Nebenoperationen bei Durchführung der männlichen Sterilisation
6. Notwendigkeit der histologischen Nachuntersuchung des Resektates nach Vasektomie
7. Rolle des Patienten
8. Stellungnahme zum ärztlichen Berufsstand, dem Selbstbild und Aufgabenfeld des Arztes

Für jedes Themengebiet erfolgte eine zweite separate Durchsicht aller 51 Originalpublikationen, um daraus am Ende eine schlüssige Gesamtaussage ableiten zu können.

3.3.1 Sterilisationsindikationen und statistisch- epidemiologische Angaben zur männlichen Sterilisation

Insgesamt sind neun Artikel zur Sterilisationsindikation bzw. mit dem Inhalt statistisch-epidemiologischer Angaben zur Sterilisation des Mannes erschienen, wobei der Erscheinungszeitraum von 1934 bis 1937 abgesteckt ist. Erstmals eingehender widmet sich Fritz Oehlecker 1934 der Frage nach Sterilisationsindikationen. Im „Zentralblatt für Chirurgie“ erscheint Ende des Jahres sein Artikel „Zur Unfruchtbarmachung des Mannes“⁶⁵, worin unter anderem die „schwierige Frage der schweren erblichen Mißbildung“ zum Thema erhoben wird. Waren im Katalog des GzVeN bezüglich der Sterilisationsindikationen psychiatrische Diagnosen wie Schizophrenie oder Depression klar definiert, so ließ die Indikation „schwere erbliche Mißbildung“, die sich auf angeborene körperliche Behinderungen bezog, einen vergleichsweise weiten Ermessensspielraum zu. Oehlecker erkennt die Notwendigkeit einer öffentlichen Fachdiskussion bezüglich der Ausmaße und Handhabung im Zuge einer solchen

⁶⁵ Oehlecker: Zur Unfruchtbarmachung des Mannes. 1934, S. 2889

Sterilisationsbegründung und erwähnt dies letztlich in seiner Publikation.⁶⁶ Dieselbe Ansicht vertritt August Schlegel ein Jahr später im Artikel „Die Chirurgie im deutschen Strafrecht und in der Rassepolitik“. Dort wird die Problematik der ungenauen Definition erblicher körperlicher Missbildungen präziser beleuchtet, indem Schlegel schreibt: „Wer ist in diesem Sinne erbkrank? [...] Den Erbgang bei den einzelnen Missbildungen nachzuweisen, wird eine Angelegenheit eingehender Untersuchungen sein. Denken wir dabei nur an die Hasenscharte und an die Gaumenspalte. Dürfen wir diese Krankheiten unter die erblichen Missbildungen rechnen? Die angeborene Hüftgelenkluxation ist mit größter Wahrscheinlichkeit den Erbkrankheiten zuzuzählen. Noch bleibt es unklar, wieweit die Dupuytrensche Fingerkontraktur [...] zu den erblichen Konstitutionskrankheiten zu rechnen sind.“⁶⁷ Gilt für Schlegel damit die Palette der Missbildungen, welche dem GzVeN zufolge unter Sterilisationsindikation zu subsumieren sind, als unvollständig bzw. nicht genügend überdacht, hat der Autor hingegen klare Vorstellungen davon, wie die Beweisführung einer erblichen Komponente im Falle solcher Krankheitsbilder auszusehen hat: „Liegt eine körperliche Missbildung vor, bei der sich der Erblichkeitsbeweis in irgendeiner dominanten oder rezessiven Form der Mendelschen Erbgesetze feststellen lässt, so liegt ein indirekter Erblichkeitsbeweis vor. Lassen sich gleiche Krankheiten [...] erblich von Familie zu Familie verfolgen, so ist damit der direkte Erblichkeitsbeweis gegeben. [...] Selbstverständlich dürfen wir nur die Träger der Leiden selbst sterilisieren und nicht Familienmitglieder, die noch nicht erkrankt sind.“⁶⁸ Nach diesen mehr oder minder präzisen Ausführungen lautet Schlegels Fazit und gleichzeitiger Aufruf an die Ärzteschaft: „Es wird die Aufgabe des rassebiologisch geschulten Chirurgen sein, den Erbgang der schweren körperlichen Missbildungen einer genauen Kritik zu unterziehen und seine Forschungen an ausgiebigem Material wissenschaftlich zu begründen.“⁶⁹ Differenzierter drückt sich von Brandis 1935 auf der 59. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie in Berlin zur Sterilisierung bei körperlichen Missbildungen aus. Ohne Zweifel seien alle Patienten unfruchtbar zu machen, die körperliche und geistige Behinderungen aufweisen. Zur Sterilisation bei alleiniger körperlicher Missbildung steht der Freiburger Arzt jedoch folgendermaßen: „Aber wir glauben, dass man bei Verbildung einzelner Gelenke und Gliedmaßen, den Spaltbildungen und sonstigen Defekten das Gesetz nur dann aus bevölkerungspolitischen Gründen zur Anwendung zu bringen braucht, wenn Vererbungsfaktor und Schwere der Missbildungen wirklichen sozialen Schaden

⁶⁶ ebenda

⁶⁷ Schlegel: Die Chirurgie im deutschen Strafrecht und in der Rassepolitik. 1935, S. 676/677

⁶⁸ ebenda

⁶⁹ ebenda

erkennen lassen.⁷⁰ Der genannte „soziale Schaden“ sei laut von Brandis bei angeborener Hüftluxation nicht zu befürchten, da mithilfe frühkindlicher Behandlung eine „80- 90 % Heilung erreicht werden kann.“⁷¹ Von Brandis glaubt damit einer unreflektierten und vorschnellen Sterilisationspraxis den Riegel verschieben zu können und den Volkskörper vor übereifriger Negativeugenik zu behüten. Dies kann einem seiner letzten Sätze auf der Kongressdiskussion deutlich entnommen werden: „Wir sind jedenfalls der Meinung, dass bei ihrer Beurteilung neben dem oft nicht einfachen Nachweis der primären erblichen Keimschädigung alle Behandlungsmöglichkeiten in Rechnung zu stellen sind, nicht etwa, um der Chirurgie ein Betätigungsfeld zu erhalten, sondern um der Nation jedes bevölkerungspolitische Opfer zu ersparen.“⁷² Eine letzte Diskussion zum Thema findet sich erst ein Jahr später wieder in Aussprachen auf der 60. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. So werden im „Archiv für klinische Chirurgie“ von 1936 Aussagen des Frankfurter Arztes Nießen unter dem Titel „Körperliche Missbildungen und Sterilisation“ wie folgt veröffentlicht: „Es bestand die Absicht, ... die vielfach noch bestehende Unsicherheit zu der Frage der Sterilisation bei körperlichen Missbildungen zu beheben. Dies erscheint um so mehr notwendig, als es von dieser klaren Abgrenzung abhängt, dass auf der einen Seite nicht wirklich Erbkrankte der notwendigen Behandlung entgehen, und dass auf der anderen Seite durch Unfruchtbarmachungen, die dem Willen und dem Zweck des Gesetzgebers nicht entsprechen, dem deutschen Volke wertvolles Erbgut verloren geht, oder auch nur durch überflüssige Meldung zur Sterilisation unerwünschte Unruhe in weite Bevölkerungskreise getragen wird.“⁷³ Aus der Erkenntnis heraus, dass „eine Patentlösung nach strengem Schema nicht möglich“⁷⁴ ist, fordert Nießen das Vorliegen von zwei Kriterien als unabdingbare Voraussetzung für die Sterilisation des körperlich behinderten Patienten: die Erkrankung müsse „erstens schwer, und zweitens erblich“⁷⁵ sein. Diesem Postulat, bei dem sich der Autor ausdrücklich auf Vorgaben des Gesetzgebers beruft, folgt in sämtlichen Originalartikeln keine weitere Ausführung zur Sterilisation bei körperlicher Missbildung.

Erste absolute Zahlen zur Sterilisation finden sich, wenn auch noch sehr vage gehalten, bereits Anfang 1935, ein Jahr nach Einführung des GzVeN, im „Zentralblatt für Chirurgie“.

⁷⁰ Von Brandis: Die Freiburger chirurgische Klinik im Dienst des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. 1935, S. 34

⁷¹ ebenda

⁷² ebenda

⁷³ Nießen: Körperliche Mißbildungen und Sterilisation. 1936, S. 108

⁷⁴ ebenda

⁷⁵ ebenda

Prof. Carl Franke berichtet im Artikel „Was ich bei 200 Sterilisierungen sah“ von der Geschlechterverteilung bei Sterilisationen am Städtischen Krankenhaus in Achern (Baden). Der Chirurg spricht von 101 männlichen und 99 weiblichen Sterilisationspatienten bzw. – patientinnen im Zeitraum von März bis November des Jahres 1934.⁷⁶ Angaben zu Indikationen fehlen bei Franke. Diese tauchen erstmalig im „Archiv für klinische Chirurgie“ Mitte 1935 auf. Von Brandis weiß auf der 59. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu berichten, dass an der Freiburger Universitätsklinik bis April 1935 „214 Sterilisationen ausgeführt [wurden], und zwar in mehr als der Hälfte aller Fälle wegen angeborenen Schwachsinn.“⁷⁷ In derselben Ausgabe des „Archivs für klinische Chirurgie“ folgt ein Artikel von Bauer, der im Kapitel „Die Anlässe zur Sterilisation“ präzise Angaben zu Sterilisationsindikationen enthält. Interessanterweise widmet sich der Breslauer Chirurg bereits in der Einleitung der Frage nach der Anzahl bis zum Jahre 1935 sterilisierter Patienten auf deutschem Boden. Bauer kommt dort zu dem Schluss, dass im ersten Jahr seit Einführung des Gesetzes „für beide Geschlechter zusammen allerhöchstens [...] 45.000 Sterilisierungen“⁷⁸ zu notieren seien. In der Sammelstatistik des Autors finden sich Angaben zu insgesamt 6052 Sterilisationen an 89 Kliniken.⁷⁹ Diese gut 6000 Fälle schlüsselt Bauer detailliert in aufsteigender Reihenfolge auf. Dabei finden sich elf Sterilisationen wegen diagnostizierter Chorea minor; die gleiche Anzahl wie sie für „seltene Erbkrankheiten“ wie beispielsweise Albinismus, Mongolismus oder Retinitis pigmentosa angegeben wird.⁸⁰ Eingangs thematisierte körperliche Missbildungen stellen mit 19 Fällen nur 0,19 % der Sterilisationsindikationen gemessen am Gesamtkontingent dar.⁸¹ Die Zahl der Patienten mit Chorea, Blindheit, Taubheit und manisch- depressivem Irresein wird von Bauer auf 291 beziffert, was 4,8 % aller Unfruchtbarmachungen entspricht.⁸² Dass 8,5 % der Sterilisierten - und damit immerhin 514 Menschen – aufgrund unbekannter Diagnose operiert wurden, lässt der Autor nur im Nebensatz fallen und lässt den schwindenden Wert des Einzelnen gegenüber dem des Volkskörpers erahnen.⁸³ Unter den „big four“ der Sterilisationsindikationen subsumiert Bauer Alkoholismus mit 5,0 %,

⁷⁶ Franke: Was ich bei 200 Sterilisierungen sah. 1935, S. 385

⁷⁷ Von Brandis: Die Freiburger chirurgische Klinik im Dienst des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. 1935, S. 34

⁷⁸ Von Brandis: Die Freiburger chirurgische Klinik im Dienst des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. 1935, S. 611

⁷⁹ Von Brandis: Die Freiburger chirurgische Klinik im Dienst des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. 1935, S. 612

⁸⁰ ebenda

⁸¹ ebenda

⁸² ebenda

⁸³ ebenda

Epilepsie mit 13,4 %, Schizophrenie mit 25,4 % und Schwachsinn mit 42,9 %.⁸⁴ In Addition fallen so laut Bauer 86,7 % aller Sterilisierten in die Gruppe der geistigen Krankheiten, was diesen zur folgender Erkenntnis leitet: „Damit [...] ist in eindrucksvoller Form dargetan, dass das ganze Schwergewicht des Sterilisationsgesetzes auf die Ausrottung der Anlagen zu geistigen Defekten gelegt ist und dass das Gesetz in diesem fast ausschließlichen Sinne gehandhabt wird.“⁸⁵ Im Anhang lässt der Breslauer Chirurg eine Tabelle mit der Altersverteilung männlicher Sterilisierten abdrucken, woraus ersichtlich wird, dass mit einem Prozentsatz von 76,2 % aller Patienten „die Hauptaltersklassen der Sterilisierten zwischen dem 15. und 40. Lebensjahr [liegen]“⁸⁶ Einen wichtigen Unterschied zur Unfruchtbarmachung bei der Frau stellt Bauer ans Ende seiner Ausführungen: „Beim männlichen Geschlecht stellen jedoch auch jenseits des 40. Lebensjahres die höheren Altersklassen noch erhebliche Kontingente. Auch noch jenseits des 60. und 70. Lebensjahres finden sich noch einzelne, dann selbstverständlich ganz besonders gelagerte Fälle.“⁸⁷ 1936 erscheint in nur einem Artikel eine absolute Zahl zur Menge der Sterilisationspatienten. Diese Publikation mit dem Titel „Verfahren und Nachbehandlung der Unfruchtbarmachung des Mannes unter besonderer Berücksichtigung der Doppelbildungen der Samenleiter“ stammt von Dr. Büttner, der an der Chirurgischen Universitätsklinik in Göttingen praktizierte. Dort heißt es: „An der Göttinger Chirurgischen Klinik wurden seit Inkrafttreten des Gesetzes bis zum 31.12.1935 347 Männer auf Grund rechtskräftiger Beschlüsse der Erbgesundheitsgerichte unfruchtbar gemacht.“⁸⁸ Dieser nicht weiter ausgeführten Aussage folgen 1937 Angaben von Paul Moysich bezüglich der Sterilisationszahlen in Berlin- Lichtenberg. Im Artikel „Die Sterilisierungsoperation beim Manne“ spricht Moysich von 309 Sterilisationen bei Männern zwischen März 1934 und September 1936 und bewegt sich damit in ähnlichen Dimensionen wie schon Büttner aus Göttingen.⁸⁹ Am Oskar-Ziethen-Krankenhaus in Lichterfelde jedoch erfolgte die Unfruchtbarmachung in über der Hälfte aller Fälle aufgrund einer diagnostizierten Epilepsie, was laut Moysich der räumlichen Nähe zur Epileptikerheilanstalt Wuhlgarten geschuldet sei.⁹⁰ Weiterhin entfallen 84 Sterilisationsfälle auf die Diagnose Demenz, 36 auf die der Schizophrenie und 17 erfolgen mit Indikation Alkoholismus. Als Schlusslichter auf

⁸⁴ Von Brandis: Die Freiburger chirurgische Klinik im Dienst des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. 1935, S. 613

⁸⁵ ebenda

⁸⁶ Von Brandis: Die Freiburger chirurgische Klinik im Dienst des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. 1935, S. 614

⁸⁷ ebenda

⁸⁸ Büttner: Verfahren und Nachbehandlung bei der Unfruchtbarmachung des Mannes unter besonderer Berücksichtigung der Doppelbildungen der Samenleiter. 1936, S.50

⁸⁹ Moysich: Die Sterilisierungsoperation beim Manne. 1937, S. 26

⁹⁰ ebenda

Moysichs Liste rangieren Cyclophrenie bzw. erbliche Taubheit mit jeweils zwei Fällen und die erbliche Blindheit mit nur einem Patientenfall.⁹¹ Wie schon Bauer widmet sich auch Moysich der Altersverteilung seiner Patienten. Seine Statistik zählt die meisten Unfruchtbarmachungen im Alter zwischen 20 und 30, wobei 47,5 % der Männer unter dem 30. Lebensjahr der Operation zugeführt wurden. Nimmt man die Anzahl der Sterilisierten zwischen 30 und 40 hinzu, so stellt diese Gruppe analog zu Bauers Angaben 78 % aller resezierten Männer.⁹² Im Vergleich mit den acht durchleuchteten Artikeln liefert die Publikation mit dem Titel „Die eugenischen Vasoresektionen in Danzig von 1934 bis August 1938 – Ihr Verlauf und ihre Komplikationen“ von cand. med. Rumpf aus dem Jahre 1939 die meisten und zugleich präzisesten statistischen Angaben zur Sterilisation des Mannes. 628 Männer wurden laut Rumpf bis August 1938 an der Chirurgischen Klinik in Danzig der Vasoresektion unterzogen, wobei die meisten Patienten unter angeborenem Schwachsinn (329 Männer), Schizophrenie (136 Männer), schwerem Alkoholismus (61 Männer) und erblicher Fallsucht (76 Männer) litten.⁹³ Sterilisation fand laut Rumpf in Danzig in zehn Fällen wegen erblicher Blindheit, achtmal wegen erblicher Taubheit, sechsmal wegen zirkulärem Irresein und in nur zwei Fällen wegen körperlicher Missbildung statt.⁹⁴ Nimmt man analog zu Bauers Ausführungen diese vier Hauptindikationen zusammen, so erhalten die „geistigen Krankheiten“ einen Anteil von gut 95 % aller Sterilisationsindikationen. Ähnlich gering, wie bei zuvor analysierten Publikationen, fällt der Prozentsatz von 0,32 % der aufgrund körperlicher Missbildung Operierten ins Gewicht.⁹⁵ Über diese Zahlen hinaus widmet sich Rumpf der Altersverteilung seiner Patienten bei Unfruchtbarmachung: 35,51 % - und damit die meisten der Sterilisierten - wurden im dritten, 31,85 % im vierten Lebensjahrzehnt dem Chirurgen zugeführt, gefolgt von 15,3 % in der zweiten, und 12,56 % in der fünften Lebensdekade.⁹⁶ In cumulo finden sich bei Rumpf die meisten Sterilisationspatienten unter den Zwanzig- bis Vierzigjährigen; 82,66 % aller „kranken“ Männer beugen sich damit der Zwangssterilisation bereits vor Erreichen des 40. Lebensjahrs.⁹⁷ Interessanterweise fokussiert Rumpf Publikation in einzigartiger Weise die soziale Zusammensetzung des Patientenpools und schlüsselt nach Professionen auf: 50,51 % der 628 Patienten gehören

⁹¹ ebenda

⁹² ebenda

⁹³ Rumpf: Die eugenischen Vasoresektionen in Danzig von 1934 bis August 1938 - Ihr Verlauf und ihre Komplikationen. 1939, S. 191

⁹⁴ ebenda

⁹⁵ ebenda

⁹⁶ Rumpf: Die eugenischen Vasoresektionen in Danzig von 1934 bis August 1938 - Ihr Verlauf und ihre Komplikationen. 1939, S. 196

⁹⁷ ebenda

der Arbeiterschaft an, 18,45 % der Zunft der Handwerker und Bauern; sogenannte „Berufslose“ machen einen Anteil von 14,33 % aus.⁹⁸ Am Ende der Statistik rangieren Akademiker und leitende Beamte mit 0,79 % und Schüler mit 0,64 %.⁹⁹ Bei Betrachtung der Sterilisation auf eigenen Antrag führen dagegen laut Rumpf jene letztgenannten Akademiker und leitenden Angestellten zusammen mit Kaufleuten und Angestellten das Ranking beachtenswert deutlich an.¹⁰⁰ Möglicherweise kann gerade diese epidemiologische Datenlage als erstes Indiz dafür gelten, dass die Ideologie der NS-Eugenik vor Bildungsbürgertum und höherer Mittelschicht nicht Halt machte, ja gerade in deren Sphären erst besonderen Anklang fand.

Abschließend kann in Zusammenschau der neun genannten Artikel ein einheitliches Bild von Sterilisationsindikationen erstellt werden. Dessen Grundtenor lässt vernehmen, dass ungefähr die Hälfte aller Patienten aufgrund angeborenen Schwachsinn operiert wurde; die andere Hälfte wird größtenteils unter den Diagnosen Schizophrenie, Alkoholismus, Chorea und Epilepsie geführt. Diesem Löwenanteil der häufigen geistigen Krankheiten steht das minimale Quantum der erblich Blinden, erblich Tauben und der körperlich Missgebildeten gegenüber. Bemerkenswert bleibt hierbei das relative Ungleichgewicht einer geringen Anzahl aufgrund körperlicher Fehlbildung Sterilisierter gegenüber der breit angelegten und Jahre dauernden Fachdiskussion bezüglich präziser Missbildungsdefinitionen. Dass der Gesetzgeber selbst, trotz Forderungen aus Fachkreisen einen solchen „Missbildungskatalog“ letzten Endes nicht vorgelegt hat, mag wohl dem geringen Anteil dieser „Missgebildeten“ am Patientenstamm von weniger als einem halben Prozent geschuldet sein.

Die zwei verbleibenden epidemiologischen Kernaussagen drehen sich um das Alter der Patienten und deren Profession. In sich ähnelnder Weise kommen die Publikationen zu dem Schluss, dass der Großteil der Sterilisierten in der dritten und vierten Dekade ihres Lebens unfruchtbar gemacht wurde und somit über drei Viertel derer ihrer Zeugungsfähigkeit bereits vor dem 40. Lebensjahr beraubt war. Bei Analyse des typischen Berufes eines Operierten entstammen über 80 % dem primären Sektor, während deutlich weniger Kaufleute, Angestellte und Akademiker in den Statistiken gelistet sind. Einzig im Bereich der Sterilisation auf eigenen Antrag stellt die gehobene Mittel- und Oberschicht die Mehrheit. Inwieweit diese Tatsache als potentieller Beweis für den großen Anklang von

⁹⁸ Rumpf: Die eugenischen Vasoresektionen in Danzig von 1934 bis August 1938 - Ihr Verlauf und ihre Komplikationen. 1939, S. 197

⁹⁹ ebenda

¹⁰⁰ ebenda

NS-Sterilisationspolitik innerhalb dieser Schichten, dienen kann, bleibt eine richtungsweisende Fragestellung für weitere historische Forschungsarbeit.

3.3.2 Operationstechnik bei männlichen Sterilisationen

Die Beschreibung der Vorgehensweise bei Sterilisation des Mannes lässt sich in den betrachteten Arbeiten in vier Unterpunkte gliedern:

- Ambulante oder stationäre Operation bzw. ein- oder zweizeitige Durchführung
- Art der Anästhesie
- Schnittführung beim Zugang zum Operationsgebiet
- Operationstechnik

3.3.2.1 Ambulante oder stationäre Operation bzw. ein- oder zweizeitige Durchführung

Elf Artikel beschäftigen sich mit der Art der Behandlung bzw. dem zeitlichen Ablauf. Zur Frage, ob ambulant oder stationär sterilisiert wird, finden sich Äußerungen in acht Veröffentlichungen, deren Erscheinungsjahr von 1933 bis 1942 reicht. Beispielsweise spricht sich Dr. Rettig vom Kreiskrankenhaus Eckartsberga 1933 in „Vorschläge zur Vasektomie als Sterilisationsverfahren beim Manne“ noch gegen eine ambulante einzeitige Operation aus¹⁰¹ und auch Haberland betont in „Die Resektion des Ductus deferens“ 1934, dass die ambulante Resektion zu gewagt sei¹⁰². Bis ins Jahr 1935 hält sich die Meinung, dass die stationäre Sterilisation, wie sie von Brandis empfiehlt¹⁰³, der ambulanten unbedingt vorzuziehen sei und dies bei psychisch belasteten Erb- und Geisteskranken besser in Pflegeanstalten und Nervenheilkliniken durchzuführen sei, u.a. da das normale Klinikpersonal Boeminghaus Meinung nach nicht genügend für diese Art von Patienten geschult sei.¹⁰⁴ Noch in der ersten Ausgabe des „Zentralblatts für Chirurgie“ von 1935

¹⁰¹ Rettig: Vorschläge zur Vasektomie als Sterilisationsverfahren beim Manne. 1933, S. 2886

¹⁰² Haberland: Die Resektion des Ductus deferens. 1934, S. 616

¹⁰³ Von Brandis: Die Freiburger chirurgische Klinik im Dienst des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. 1935, S. 34

¹⁰⁴ Von Brandis: Die Freiburger chirurgische Klinik im Dienst des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. 1935, S. 29

fordert Hilgenfeldt, dass die ambulante OP nach Boeminghaus - empfohlen in „Die Technik der Sterilisation und Kastration“ von Boeminghaus/Naujoks 1934 - abzulehnen sei, da dieses Procedere für den geistig Kranken zu gefährlich sei und eine aufmerksame Nachbehandlung notwendig wäre.¹⁰⁵ Erst mit dem Jahre 1935 scheint sich das Blatt zugunsten der ambulanten OP zu wenden, nachdem Boeminghaus in seinem Artikel „Zur Sterilisierung“ die komplikationslose ambulante Sterilisation von psychisch Kranken, die gleich wieder in die Pflegeanstalt verlegt wurden, nachgewiesen hat¹⁰⁶ und sich sogleich zum führenden Befürworter dieser Operationsart aufschwingt. Auch Droschl bestätigt später im Jahre 1942 die Meinung von Boeminghaus, indem er auch in schwersten Fällen die ambulante Sterilisation für richtig hält, um die Kranken wieder sofort in der Anstalt zu verwahren.¹⁰⁷

Deutlich lässt sich aus dem Verlauf herauslesen, wie die Haltung der Fachliteratur gegenüber ambulanter Sterilisation ab dem Jahr 1935 weg von absoluter Skepsis und Ablehnung hin zur Akzeptanz der praktikableren Sterilisierungsmethode abgewandelt wird. Praktikabler bedeutet in diesem Fall nicht nur angenehmer für den behandelnden Arzt, der sich einer geringeren Anzahl stationärer Patienten anzunehmen hat, sondern impliziert zusätzlich eine vermehrte Ökonomisierung der gesamten Unfruchtbarmachung. Wie oben bereits angeführt, hatte die Anzahl der Sterilisationen bei Männern seit 1934 in beträchtlichem Maße zugenommen und mit dem Jahr 1935 ihren Spitzenwert erreicht, wobei die praktische Durchführung den chirurgisch geführten Häusern oblag bzw. die meisten Ausführungen zur Sterilisation chirurgischen Abteilungen entstammen (siehe Kapitel 3.3.8). Beinahe alle Originalartikel stammen von Autoren, die nachweislich an chirurgischen Kliniken tätig waren und deren Wirkungsstätte meist bereits in der Überschrift angeführt war. Ein Mehr an Arbeitsaufwand, für das Jahr 1935 ca. 70.000 reichsweite Unfruchtbarmachungen, musste zusätzlich zum Alltagsbetrieb von dieser chirurgisch tätigen Ärzteschaft aber auch der Pflege, indirekt vom Staat über die gesundheitspolitische Kostendeckung, geschultert werden. Es darf folglich nicht verwundern, wenn die ambulante Sterilisation auch in schwierigen Fällen bei psychisch Schwerstkranken vermehrt an Bedeutung gewinnt. Jene Patienten können ja, wie Droschl feststellt, nach Operation vom Anstaltspersonal ohne Zusatzkosten weiter überwacht werden.

Bei Betrachtung des chronologischen Verlaufs gilt zusammenfassend festzustellen, dass sich die eugenisch motivierte, ambulante Sterilisation in Deutschland seit 1935 gegenüber

¹⁰⁵ Hilgenfeldt: Menschliche und technische Fragen zur gesetzlichen Sterilisierung. 1935, S. 567

¹⁰⁶ Hilgenfeldt: Menschliche und technische Fragen zur gesetzlichen Sterilisierung. 1935, S. 1017

¹⁰⁷ Droschl: Zur Technik der Sterilisation beim Mann. 1942, S. 67

der stationären – abgesehen von wenigen Ausnahmefällen - durchgesetzt hatte.

War im konkreten Beispiel die Entscheidung des Chirurgen zugunsten der ambulanten Sterilisation gefällt worden, schloss sich die Frage nach Ein- oder Zweizeitigkeit der OP an. So beschäftigen sich sieben Originalartikel mit der Diskussion, ob zunächst nur an einer Seite sterilisiert werden solle und die der gegenüberliegenden Seite nach geraumer Zeit zu erfolgen hat, oder ob einer einmaligen beidseitigen Unfruchtbarmachung der Vorzug zu geben sei.

Als erster beantwortet Werner Rettig 1933 die Frage im „Zentralblatt für Chirurgie“. Dort empfiehlt seine Publikation Vorsicht bei der einzeitigen OP gewähren zu lassen, da möglicherweise körperliche und seelische Störungen die Folge sein könnten.¹⁰⁸ Im Jahre 1934 erhält Rettig Zustimmung durch H. F. O. Haberland, der in „Die Resektion des Ductus deferens“ ebenfalls die zweizeitige OP propagiert. Zusätzlich gibt er einen zeitlichen Rahmen vor, indem 14 Tage nach der einen Seite der Ductus der gegenüberliegenden reseziert wird.¹⁰⁹ Auch in dieser Frage ist es erneut Hans Boeminghaus, der erstmals der bisherigen Lehrmeinung im Frühjahr 1934 entgegnet, und argumentiert, dass die zweizeitige OP für den bereits psychisch labilen Patienten nur eine erneute psychische Belastung darstelle, aber auch der Organisation mehr abverlangt werde.¹¹⁰ Zustimmung erhält Boeminghaus ein halbes Jahr später u.a. von Schüller¹¹¹ in der Ausgabe 3/1934 des „Zentralblatts für Chirurgie“. Auch Franz Oehlecker widerspricht mit seinem Artikel „Zur Unfruchtbarmachung des Mannes“ der Forderung Haberland nach einer zweizeitigen Operation mit folgender Begründung: „Haberland hat vorsichtshalber geraten, die Vasoresektion nur auf einer Seite zu machen und die zweite erst dann zu operieren, wenn in den ersten 14 Tagen nach der ersten Operation keine Ausfallserscheinungen bemerkt worden sind. Ein derartiges Vorgehen würde natürlich die Unfruchtbarmachung des Mannes hochgradig erschweren, verlängern und kostspieliger machen. Ich glaube, dass aber jetzt schon so viel Erfahrungen vorliegen, dass die gleichzeitige Operation beider Seiten unbedenklich [ist] [...]. Es bestände [...] die Möglichkeit, dass nach der ersten Operation Ausfallserscheinungen vorgetäuscht würden, um gegebenenfalls einer Durchschneidung des anderen Samenstranges zu entgehen.“¹¹² Oehlecker verweist, wie schon bei Begründung der ambulanten Durchführung auf den ökonomischeren Charakter dieser Methode. Eine zweizeitige OP würde einen

¹⁰⁸ Rettig: Vorschläge zur Vasektomie als Sterilisationsverfahren beim Manne. 1933, S. 2886

¹⁰⁹ Haberland: Die Resektion des Ductus deferens. 1934, S. 616

¹¹⁰ Boeminghaus: Nochmals zur Sterilisation des Mannes. 1934, S. 997

¹¹¹ Schüller: Zur Frage der Sterilisierungsoperation beim Manne. 1934, S. 2360

¹¹² Oehlecker: Zur Unfruchtbarmachung des Mannes. 1934, S. 2887

nochmaligen Organisationsaufwand, doppelte Personal- und Materialkosten zur Folge haben. Erschwerend kommt hinzu, dass mit das mit der zweizeitigen OP keine sofortige Sterilität, wie vom Gesetzgeber aber erwartet, eintritt. Wird der Gedanke weiter gesponnen, wäre eine Fortpflanzung zwischen den beiden Operationen noch theoretisch möglich. Auch fingierte postoperative Komplikationen könnten zumindest juristisch als Einwand gegen die zweite Operation vom „unwilligen“ Patienten angeführt werden. Am Anfang des Jahres 1935 unterstreicht auch Hilgenfeldt selbige Bedenken und spricht sich ebenfalls gegen Haberland aus: psychisch Kranke könnten „Ausfallserscheinungen“ und „abnorme psychische Reaktionen“ sowieso gar nicht richtig deuten, was die Zweizeitigkeit obsolet mache, und „das Gesetz schreibt klar vor, dass zur Unfruchtbarmachung beide Samenleiter undurchgängig zu machen sind.“¹¹³ Hilgenfeldt deutet eine juristische Unzulässigkeit der zweizeitigen OP bereits a priori an und negiert diese Art der Durchführung dadurch. Letztendlich lässt sich auch Haberland im April 1935 eines Besseren belehren: im Protokoll der Sterilisationsdiskussion während der 59. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie in Berlin ist folgender Kommentar abgedruckt: „Die Operation erfolgt selbstverständlich einzeitig. Mein früherer Vorschlag, zweizeitig zu operieren, fiel in die erste Zeit der Sterilisation.“¹¹⁴

Anhand des skizzierten zeitlichen Ablaufs der Operationsdiskussion erkennt man zusammenfassend auch in der Frage der Ein- bzw. Zweizeitigkeit eine deutliche Dynamik. Von einer vorsichtigen Haltung der Jahre 1933 und 1934 rückte die Fachliteratur erneut auf Initiative Boeminghaus´ im Frühjahr 1934 zunächst langsam ab, bis genau ein Jahr später auch die letzten Vertreter der zweizeitigen OP ihren wissenschaftlichen Standpunkt zugunsten der nachweislich komplikationsloseren, einzeitigen und ambulanten Sterilisation des Mannes aufgegeben haben und dieses Prozedere zum standardmäßigen Vorgehen auf Reichsebene erhoben wurde.

3.3.2.2 Art der Anästhesie

Mit der Wahl des richtigen Anästhetikums bzw. der korrekten Applikationsart des Narkotikums beschäftigen sich zehn Originalartikel. Die erste Publikation dazu erschien 1934 in Ausgabe 1/1934 des „Zentralblatts für Chirurgie“ und stammt von H. F. O.

¹¹³ Hilgenfeldt: Menschliche und technische Fragen zur gesetzlichen Sterilisierung. 1935, S. 566

¹¹⁴ Haberland: Die Folgen der Sterilisation. 1935, S. 36

Haberland. In „Die Resektion des Ductus deferens“ gibt er an, immer in Lokalanästhesie zu operieren, weil dadurch „reflektorische Störungen während der Operation fortfallen“¹¹⁵. Zu diesen gefürchteten Störungen, welche bei Operationen ohne Anästhesie ausgelöst werden konnten, zählten damals neben dem reflektorischen Ileus, Schockzustände und psychische Veränderungen. Diese Komplikationen ließen sich durch simple Anwendung von Lokal- bzw. Leitungsanästhesie vermeiden und waren der Ärzteschaft bereits vor Einführung der Sterilisationspraxis von anderen Operationen her bekannt. Auch Oehlecker weiß um diese Phänomene und empfiehlt zur Schmerzbetäubung ebenfalls Leitungsanästhesie mit manuellem Aufsuchen der Samenleiter im Scrotum und Umspritzung derer.¹¹⁶ Die meisten Originalartikel zur Anästhesie – fünf an der Zahl - finden sich im Jahr 1935. Diese Anzahl lässt den Schluss zu, dass mit dem Maximum an Operationszahlen dieses Jahres unweigerlich auch die Frage nach der optimalen Anästhesie im Raum gestanden haben muss. Im „Zentralblatt für Chirurgie“ äußert sich auch Boeminghaus, indem er im Allgemeinen den Verzicht auf Narkose fordert, da sie „mehr Gefahren bringt als der Eingriff selbst“¹¹⁷. Auch Stiasny befürwortet die Lokalanästhesie im „Zentralblatt für Chirurgie“ Ausgabe 2/1935¹¹⁸, wobei die Operation in dieser Form bei „imbezillen, unruhigen und geistig minderwertigen Patienten“ nur mit Hilfe gut geschulten Personals möglich sei.¹¹⁹ Wie genau diese, unter solchen Umständen sicherlich schwierige Operation dann auszusehen hat, beschreibt Stiasny jedoch nicht. Gänzlich anders stellen sich die Anästhesie-Anweisungen Hilgenfeldts in seiner Schrift „Menschliche und technische Fragen zur gesetzlichen Sterilisierung“ Schritt für Schritt bei präzise geschildertem Vorgehen dar: „Dort, wo Samenstränge über die Schambeinäste laufen, [wird] jederseits mit feinsten Kanüle eine Hautquaddel angelegt. Sodann wird senkrecht auf das Schambein eingestochen und jederseits medial und lateral unmittelbar vom Samenstrang ein Depot von 5-10 ccm infiltriert. Dadurch wird der Nervus spermaticus externus unterbrochen. Nach einiger Zeit ergreift man mit Daumen und Zeigefinger der linken Hand in der oberen Skrotalhälfte den harten Samenleiter, rollt ihn unmittelbar unter die Haut und hält ihn unverwandt fest und infiltriert die Haut wieder mit feinsten Kanüle. Nach Anlegen eines 1-1,5 cm langen Schnittes unterfährt man den Duktus [...] mit einer feinen Kochersonde. Jetzt wird [...] am Duktus entlang Anästhesieflüssigkeit gespritzt. Durch [...] Leitungsanästhesie lassen sich stärkere Schmerzen, erst recht Schockzustände

¹¹⁵ Haberland: Die Resektion des Ductus deferens. 1934, S. 617

¹¹⁶ Oehlecker: Zur Unfruchtbarmachung des Mannes. 1934, S. 2885

¹¹⁷ Boeminghaus: Zur Sterilisierungsoperation. 1935, S. 1015

¹¹⁸ Stiasny: Beitrag zur Vasektomie. 1935, S. 1352

¹¹⁹ ebenda

vermeiden.“¹²⁰ Mit psychisch kranken Patienten beschäftigt sich Hilgenfeldt dediziert, indem er bei diesen Fällen von Lokalanästhesie abrät und dafür die Allgemeinnarkose als Mittel der Wahl sieht.¹²¹ Zu ähnlichen Ergebnissen gelangen Bauer und Haberland in ihren Publikationen in Band 183 bzw. 184 des „Archivs für Klinische Chirurgie“ von 1935. Bauer umspritzt das Operationsfeld in Rautenform, leitet örtliche Betäubung ein und setzt dann Leitungsanästhesie im Samenleiterbereich. Für „Geisteskranke“ sieht er die Notwendigkeit einer Allgemeinbetäubung mit i.v. Evipan-Natrium oder Avertin-Basisnarkose.¹²² Den Zweck der örtlichen Betäubung sieht H. F. O. Haberland, wie bereits 1934 im „Zentralblatt für Chirurgie“ angegeben, im sicheren Ausschalten störender Reflexe, oder pathologische Reaktionen wie beispielsweise dem traumatischen Schock, plötzlichen Tod, transiente Blasen- oder Mastdarmlähmung oder Ileus. Von einer inhalativen Applikation der Vollnarkose bei psychiatrischen Patienten rät er aufgrund der Komplikationen in Form von Bronchitis oder Pneumonie ab.¹²³ Eine Publikation aus dem Jahr 1936, erschienen in Band 164 von „Bruns´ Beiträgen zur klinischen Chirurgie“, gibt die Anästhesiemethoden bei Sterilisationen an der Göttinger Chirurgischen Klinik an. Der zuständige Assistenzarzt Büttner beschreibt, wie von 347 Männern nur elf mit Erregungszuständen in Avertin- oder Äthervollnarkose operiert werden mussten, während der Rest unter örtlicher Betäubung unfruchtbar gemacht wurde.¹²⁴ Büttner gibt als einzige Quelle genaue Patientenzahlen bekannt und ermöglicht einen quantitativen Vergleich der Anästhesiemethoden: bei elf von 347 durchgeführten Operationen ergibt sich ein Prozentsatz von nur 3 %, bei denen Vollnarkose angewandt wurde, wodurch sich die vorhergehende Behauptung von Büttners Kollegen bezüglich des Vollnarkose-Einsatzes in Ausnahmefällen durchaus verifizieren lässt. Ein 1939 in derselben Zeitschrift veröffentlichter Artikel von cand. med. Otto Albert Rumpf zur Vasoresektion in Danzig sieht ebenfalls in der Lokalanästhesie die standardmäßige Schmerzstillung gegeben.¹²⁵ Der letzte Originalartikel zur Anästhesie bei männlicher Sterilisation erschien 1942 in der „Zeitschrift für Urologie“. Hans Droschl erwähnt dort wie er an der Universitätsklinik Graz nach Immobilisierung des Samenleiters unter der Skrotalhaut anhand einer speziellen

¹²⁰ Hilgenfeldt: Menschliche und technische Fragen zur gesetzlichen Sterilisierung. 1935, S. 566/567

¹²¹ Hilgenfeldt: Menschliche und technische Fragen zur gesetzlichen Sterilisierung. 1935, S. 567

¹²² Bauer: Über Technik und Methodik der Sterilisation beim Mann. 1935, S. 614/615

¹²³ Haberland: Die Folgen der Sterilisation. 1935, S. 117

¹²⁴ Büttner: Verfahren und Nachbehandlung bei der Unfruchtbarmachung des Mannes unter besonderer Berücksichtigung der Doppelbildungen der Samenleiter. 1936, S. 50

¹²⁵ Rumpf: Die eugenischen Vasoresektionen in Danzig von 1934 bis August 1938 - Ihr Verlauf und ihre Komplikationen. 1939, S. 198

Fixierklemme in diesem Areal die örtliche Betäubung injiziert wird.¹²⁶

Bei zusammenfassender Betrachtung aller Artikel zur Anästhesie bei Sterilisationsoperationen ergibt sich bereits mit Einführung des GzVeN 1934 ein Konsensus der Fachliteratur bis ans Kriegsende, der an Deutlichkeit gewinnt, wenn die genaue Beschreibung der Vorgehensweise zur Schmerzstillung untersucht wird. So gehen alle Autoren von der optimalen und ausreichenden Wirkung von Lokalanästhesie bzw. Leitungsanästhesie bei geistig gesunden Patienten aus. Darauf aufbauend schließt sich die einstimmige Forderung nach Vollnarkose bei Sterilisierung psychisch Kranker an, womit der Kreis um das gesamte der Unfruchtbarmachung zugeführte Patienten Klientel geschlossen wird.

3.3.2.3 Wahl der Schnittführung

Mit der Wahl der richtigen Schnittführung um ins Operationsgebiet zu gelangen befassen sich 22 Originalartikel. Diese Masse an Publikationen zur Thematik spricht für eine intensive fachliche Diskussion aufgrund unterschiedlicher Lehrmeinungen und verschiedener praktischer Ausführungen in den Kliniken.

Dem Disput gibt diesmal Oehlecker vom Krankenhaus Hamburg-Barmbeck im „Zentralblatt für Chirurgie“ den Anstoß, indem er den Artikel „Zur Unfruchtbarmachung des Mannes“ in der Ausgabe 3/1934 veröffentlicht. Dort gibt er zwei Möglichkeiten der Freilegung des Samenleiters an: erstens die üblicherweise in seiner Klinik angewandte Zugangsart über einen Querschnitt an der Skrotumvorderseite nach vorheriger Immobilisierung der Samenleiter unter der Haut. Über 150 Patienten wurden an der Hamburger Klinik nach Angaben Oehleckers über diese einfache, und neuere Methode sterilisiert, wobei die Vorteile darin lägen, dass der mediale Schnitt beim Gehen kaum scheuert und insgesamt bequemer ist, als alle seitlich liegenden Schnitte: Der einzige Nachteil liegt dem Autor zufolge dabei in der Notwendigkeit einer Leitungsanästhesie.¹²⁷

Als zweiten, bereits vor der neuen skrotalen Schnittführung praktizierten Zugangsweg nennt Oehlecker die Freilegung in der Gegend der Leistenpforte, jedoch ist ihm zufolge die Indikation dafür nur in Ausnahmefällen gegeben; und zwar genau dann, wenn „besondere Verhältnisse (Folgen überstandener Entzündung oder Thrombophlebitis am Samenstrange

¹²⁶ Droschl: Zur Technik der Sterilisation beim Mann. 1942, S. 65

¹²⁷ Oehlecker: Zur Unfruchtbarmachung des Mannes. 1934, S. 2884/2886

usw.) vorliegen, und wenn sich der Samenleiter von den übrigen Gebilden des Samenstranges nicht deutlich durch Betasten abgrenzen lässt.“¹²⁸ In diesem Abschnitt verweist Oehlecker auf den Artikel zur Unfruchtbarmachung des Mannes von Erich Lexer, der als erster operativer Leitfaden zum schrittweisen Vorgehen für den sterilisierenden Chirurgen im ersten Gesetzeskommentar Gütt/Rüdin/Ruttke 1934 erschienen war. Dort findet sich die bebilderte anatomische Topographie der Sterilisierungsoperation in der Leistengegend, die damit bei unklaren Operationsverhältnissen ab 1934 als verlässlicher Ratgeber und staatlich autorisiertes Standardwerk diente, auf das der Chirurg im Notfall rekurrieren konnte. Oehleckers Hinweis auf die Lexer'sche Methode beweist die anfängliche Akzeptanz und Wertschätzung der im Gesetzeskommentar vorgegebenen Praxis von Seiten der ausführenden Chirurgen und Urologen. Seine Schnittführung propagierte Oehlecker unter anderem auf der 59. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie in Berlin. In den Protokollen aus dem „Archiv für Klinische Chirurgie“¹²⁹ wirbt er für den Querschnitt an der Vorderseite des Skrotums, der den Patienten beim Gehen nicht behindere und keine sichtbare Narbe hinterlasse. Somit wäre der Patient erfreut, nicht durch zwei seitliche Narben „gekennzeichnet“¹³⁰ zu sein – eine der wenigen Passagen in Sterilisationsartikeln, die zumindest in zweiter Instanz den Respekt des sterilisierenden Arztes gegenüber dem Patienten und seinem psycho-sozialen Wohlergehen erahnen lässt. Die Notwendigkeit eines tunlichst unsichtbaren Schnittes, der Nerven und Gefäße schont, postuliert später auch Haberland im „Archiv für Klinische Chirurgie“ 1935, um den Patienten nicht mit einem „Kainsmal“¹³¹, das die Psyche unnötig belastet, zu stigmatisieren. In ähnlicher Weise unterstützt Hilgenfeldt die Wahl der moderneren Operationsmethode über den Skrotalschnitt ebenfalls. Er rekurriert in negativer Weise auf den von Lexer im Gesetzeskommentar empfohlenen Leistenschnitt, indem er ihn zwar als übersichtlich, aber doch zu groß und tief mit der Gefahr von Wundkomplikationen bezeichnet.¹³² Die bewusste Entscheidung für den Schnitt am Skrotum rührt zusätzlich von der kleineren Wunde bzw. Narbe und der daraus resultierenden geringeren Außenwirkung auf die Umwelt. Wie Haberland richtet auch Hilgenfeldt den Focus auf die meist vergessene menschliche Komponente, was durch seinen Bericht über einen schizophrenen Patienten skizziert wird: „Erlebten wir an einem Schizophrenen, der [...] sich nach der Operation wegen des kleinen Schnittes bedankte. Vorher habe er sich wegen der großen

¹²⁸ Oehlecker: Zur Unfruchtbarmachung des Mannes. 1934, S. 2883

¹²⁹ Bericht der 59. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. 1935, S. 30

¹³⁰ ebenda

¹³¹ Haberland: Die Folgen der Sterilisation. 1935, S. 117

¹³² Hilgenfeldt: Menschliche und technische Fragen zur gesetzlichen Sterilisation. 1935, S. 563

Narben, die er in der Leistengegend bei seinen Mitinsassen [...] gesehen habe, sehr davor gefürchtet.“¹³³ Die Achtung des psychischen Wohlergehens seiner Patienten gilt für Hilgenfeldt selbst als eine der ärztlichen Grundprinzipien, wohingegen er im selben Atemzug die Missachtung dieser bei Fachkollegen im Reich anprangert: „Nicht aber geschieht [die Wahl der skrotalen Methode] überall aus den von uns angeführten menschlichen Gründen.“¹³⁴

Die Vielzahl der Lehrmeinungen zur korrekten Schnittführung lässt der Artikel „Die Resektion des Ductus deferens“ von Haberland in Ausgabe 1/1934 des „Zentralblatts für Chirurgie“ erahnen. Hatte Oehlecker noch den Querschnitt an der Skrotumvorderseite empfohlen, vertritt Haberland mit der Forderung „niemals Querschnitt, sondern immer Längsschnitt, parallel zum Samenstrang [auszuführen], um die Nerven, Blutgefäße und Lymphgefäße tunlichst zu schonen“¹³⁵ einen vollkommen konträren Standpunkt. Betrachtet man später erscheinende Publikationen, beispielsweise des Jahres 1935, fällt auf, dass darüber hinaus Uneinigkeit über die Schnittlokalisation geherrscht haben musste. So spricht sich Schlegel in der „Deutschen Zeitschrift für Chirurgie“ für den Querschnitt am Skrotum nach Vorgaben von Boeminghaus oder Lexer aus¹³⁶, während Prof. Franke vom Klinikum Achern (Baden) auf den Zugang in der Inguinalgegend schwört. Als Begründung wird die bessere Asepsis dieses Areals und die hingegen nachteilig, schnellere Reizbarkeit der faltigen Skrotalhaut durch antiseptische Mittel angeführt.¹³⁷

Über den aktuellen Status Quo der Schnittführung im Jahre 1935 gibt von Brandis, Arzt der Freiburger chirurgischen Klinik, auf der 59. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie Auskunft: er spricht von der „allgemein üblichen Freilegung des Vas deferens durch 3 cm großen inguinalen Schnitt“¹³⁸. Die „allgemein übliche Freilegung“ könnte den vorschnellen Schluss zulassen, dass sich bis 1935 ein grober Konsens der Operateure zur Schnittführung herauskristallisiert haben muss. Wie die folgende Ausführung „Über Technik und Methodik der Sterilisation beim Mann“ von K. H. Bauer aus Breslau zeigen wird, lässt sich das von von Brandis skizzierte Bild nicht aufrechterhalten: Die Originalzeilen Bauers sprechen für sich: „[...] bei der Schnittführung gehen die Meinungen weit auseinander. Es sind nicht weniger als 6 Schnitte angegeben, 3 mediane Einzelschnitte und 3 jeweils doppelseitige Schnittführungen.“¹³⁹ Wie weit die Meinungen

¹³³ ebenda

¹³⁴ ebenda

¹³⁵ Haberland: Die Resektion des Ductus deferens. 1934, S. 617

¹³⁶ Schlegel: Die Chirurgie im deutschen Strafrecht und in der Rassepolitik. 1935, S. 677

¹³⁷ Franke: Was ich bei 200 Sterilisierungen sah. 1935, S. 387

¹³⁸ Bericht der 59. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. 1935, S. 34

¹³⁹ Bauer: Über Technik und Methodik der Sterilisation beim Mann. 1935, S. 615

wirklich auseinandergehen, zeigt erst die detaillierte Schilderung der Schnitte. Den 10 cm langen medianen Längsschnitt oberhalb der Symphyse nach Schmidt schließt er von vorneherein aufgrund des zu langen Schnittes und der stark sichtbaren Narbe als unbrauchbar aus.¹⁴⁰ Der mediane Querschnitt oberhalb der Peniswurzel, welcher später durch die Schamhaare verdeckt wäre und ein Auffinden der Samenstränge erleichtert, wird von ihm aufgrund des möglichen „elephantiasischen“¹⁴¹ Penisödems abgelehnt. Skrotale Schnitte, wie der Querschnitt nach Oehlecker oder der latere doppelseitige erhalten von Bauer aufgrund der „schwierigen Enthaarung der Scrotalhaut, [...] wegen der Runzelung schwierigen Desinfektion, der wesentlich höheren Ekzemgefährdung und der leichteren Hämatombildung“¹⁴² a priori keine Empfehlung. Von den beiden verbleibenden doppelseitigen Schnitten, dem präpubischen – direkt über dem Skrotalansatz gesetzt - und dem inguinalen kommt Bauer zufolge am Ende nur der präpubische über dem Schambeinast infrage, da die Narbe dort unsichtbarer bleibt, geringere Hämatomgefahr besteht und die Haut glatter und desinfizierbarer ist.¹⁴³ Abschließend steht seine Empfehlung zur typischen Sterilisationsoperation: „doppelseitiger, präpubischer Schrägschnitt von 3- 4 cm Länge“¹⁴⁴. Einige Monate später folgt die Göttinger Universitätsklinik der Vorgabe Bauers und praktiziert den Angaben von Dr. Büttner zufolge den „doppelseitigen Schnitt über dem Schambein“¹⁴⁵. Büttners Gründe für diese Ausführung: übersichtlichere Freilegung der Samenstränge, eine später unsichtbare Narbe innerhalb der Haargrenze und weniger Stauungserscheinungen im Hoden bei höher angelegter Vasektomie.¹⁴⁶

Wie uneinig sich die Fachliteratur noch 1935 war, entnimmt man aus den Äußerungen Hilgenfeldts zur Boeminghaus'schen Sterilisationspraxis. Kritikpunkt ist die ständig ändernde Sterilisationstechnik von Boeminghaus, wobei Hilgenfeldt „keine der [...] gegebenen Begründungen für die Änderung der allgemein üblichen Technik als stichhaltig anerkennen [kann].“¹⁴⁷ Spricht sich Boeminghaus noch 1933 für einen Zugangsweg übers Skrotum aus¹⁴⁸, weicht er 1934 davon ab und geht in der Arbeit „Die operativen Eingriffe zur Kastration und Sterilisierung des Mannes“ zum Schnitt, [...] in Höhe des äußeren

¹⁴⁰ ebenda

¹⁴¹ ebenda

¹⁴² ebenda

¹⁴³ ebenda

¹⁴⁴ Bauer: Über Technik und Methodik der Sterilisation beim Mann. 1935, S. 616

¹⁴⁵ Büttner: Verfahren und Nachbehandlung bei der Unfruchtbarmachung des Mannes unter besonderer Berücksichtigung der Doppelbildungen der Samenleiter. 1936, S. 51

¹⁴⁶ ebenda

¹⁴⁷ Hilgenfeldt: Nochmals zur Sterilisierung von Männer. 1935, S. 1701

¹⁴⁸ Hilgenfeldt: Nochmals zur Sterilisierung von Männer. 1935, S. 1700

Leistenrings¹⁴⁹ über, der ungefähr 5 cm lang sein soll und den Vorteil der besseren Desinfizierbarkeit gegenüber dem Schnitt am Skrotum besitzt. Auch in das Jahr 1935 fallen zwei direkt aufeinander folgende Artikel zur Schnittführung im „Zentralblatt für Chirurgie“, wobei gegensätzliche Lehrmeinungen in aller Deutlichkeit hervortreten:

Dr. Fritz Krauss vom Städtischen Krankenhaus Amberg (Oberpfalz) beschreibt im zweiten Band des Zentralblatts 1935 einen Fall von chronischem Penisödem nach Sterilisation am männlichen Patienten. Die Schnittführung stellt Krauss folgendermaßen dar: „Schnitte wurden inguinal, relativ quer gelegt, so dass sie an die Peniswurzel auf etwa 1 cm heranreichten.“¹⁵⁰ Quere Durchschneidung der Lymph- und Blutgefäße aus dem Quellgebiet des Penis¹⁵¹ sei laut Krauss die Hauptursache für diese postoperative Komplikation und wie auch Oehlecker 1934 schon postuliert hatte, allein durch Wahl einer möglichst steilen¹⁵², dem Gefäßverlauf folgenden Schnittführung zu vermeiden. Die Kraussche These lehnt Eduard Melchior vom Wenzel-Hancke-Krankenhaus Breslau bereits im drei Monate später erschienenen Band 3/1935 des „Zentralblatts für Chirurgie“ ab, indem er einen ähnlichen Fall postoperativer Komplikation detailliert beschreibt. Dies jedoch mit gänzlich anderer Schlussfolgerung: das Penisödem rühre von einem Infekt mit Erysipelcharakter¹⁵³ her. Deswegen und weil „Lymphbahnen und Venen [...] eine ausgesprochene Neigung zur Wiederherstellung der Strombahn [...] auf kollateralem Wege“¹⁵⁴ zeigen. Melchior schlussfolgert - gänzlich anders als Krauss -, dass bei Ausführung des Schnittes nicht auf Gefäßverhältnisse Rücksicht genommen werden muss. Welche der beiden angeführten Argumentationen zutrifft, lässt sich aus heutiger Sicht nicht eindeutig verifizieren. In jedem Fall mutet es sowohl von Seiten Melchiors als auch von Krauss vermessen an, auf Grundlage einer einzigen klinischen Beobachtung Rückschlüsse auf die Schnittführung zu ziehen und diese „Erkenntnis“ mangels größeren Patientenpools in so kurzen Zeitintervallen zu publizieren. Zweifelsfrei kann jener pseudo-wissenschaftliche Diskurs als Ausdruck einer noch 1935 vorherrschenden fachlichen Uneinigkeit und Unsicherheit bezüglich der korrekten Schnittführung gedeutet werden.

Diplomatisch geschickter agiert Stiasny, indem er mit seinem „Beitrag zur Vasektomie“ im „Zentralblatt für Chirurgie“ 1935 die Anwendung der jeweils adäquateren Schnittmethode angepasst an den Geisteszustand des Patienten empfiehlt. So führt er im Städtischen

¹⁴⁹ Krischel, Moll, Bellmann, Scholz, Schultheiss: Urologen im Nationalsozialismus. Biographien und Materialien. 2011, S. 136

¹⁵⁰ Krauss: Zur Technik der Sterilisierungsoperation beim Manne. 1935, S. 1775

¹⁵¹ Krauss: Zur Technik der Sterilisierungsoperation beim Manne. 1935, S. 1776

¹⁵² Krauss: Zur Technik der Sterilisierungsoperation beim Manne. 1935, S. 1777

¹⁵³ Melchior: Zur Technik der Sterilisationsoperation beim Manne- Bemerkungen zu der gleichbenannten Mitteilung von Oberarzt Dr. Fritz Krauss in Nr 30 dieses Zbl. 1935, S. 2716

¹⁵⁴ ebenda

Krankenhaus am Urban/Berlin die primär schonende Operation bei ruhigen Patienten am Skrotum durch, während „bei unruhigen und geistig minderwertigen Patt. dagegen aus Gründen der Asepsis in der Leistenbeuge“¹⁵⁵ sterilisiert und bessere pflegerische Wundversorgung bzw. Supervision ermöglicht wird. Stiasny gibt sich damit dynamischer, legt sich – auf bis dato sicherste und wohl intelligenteste Art und Weise - nicht starr auf eine Methode fest und wagt am Ende sogar als erster Verfasser eines Originalartikels den Blick auf die Sterilisationspraxis im angelsächsischen Ausland. Ohne finale Wertung wird in wenigen Worten erwähnt, dass die Amerikaner „sich des Skrotalschnittes bedienen“¹⁵⁶.

Im Jahre 1937 finden sich mit fünf Originalartikeln die meisten Publikationen zur Schnittführung, wobei die inhaltliche Analyse ein Bild von uneinheitlicher Ausführung im Reichsgebiet vermittelt. Selbst Hans Boeminghaus, sonst bekannt für klare Postulate und Anleitungen, muss zu diesem Zeitpunkt in seiner Arbeit „Die Sterilisierung des Mannes“¹⁵⁷ neidlos anerkennen, dass „mit Ausnahme des Querschnitts oberhalb der Peniswurzel [...] alle [Schnitte] gut“¹⁵⁸ sind und jede Klinik den operativen Zugang ganz nach ihrem Gusto wählt. Dr. Arthur Hofmann, Chirurg aus Wiesbaden zieht den Schnitt am Skrotum quer zum Samenleiter¹⁵⁹ vor, Hermann Knaus von der Universitätsklinik Prag hält es für unerlässlich außerhalb des Skrotums zu sterilisieren, um innerhalb weniger Tage die Sterilität des Mannes zu garantieren.¹⁶⁰

Eine gewisse Weiterentwicklung der Schnittführung mit dem Jahr 1937 lässt sich nur an zwei Artikeln eindeutig festmachen: der erste ist die Arbeit „Die Sterilisierungsoperation beim Manne“ von Dr. Moysich, Oskar-Ziethen-Krankenhaus, Berlin. Moysich skizziert, wie an seiner Klinik vom Leistenschrägschnitt nach Lexer zum Schnitt am Skrotalansatz nach Hilgenfeldt übergegangen wurde.¹⁶¹ Eine weitere Modifikation durchlief die Schnittführung am Oskar-Ziethen-Krankenhaus im Juni 1935, indem der Schnitt in die Skrotalhaut verlagert wurde und somit das Auffinden der Samenleiter bei adipösen Personen erleichtert wird.¹⁶²

Der zweite Artikel, „Nebenoperationen bei gesetzlich angeordneter Unfruchtbarmachung des Mannes“ von Dr. Herbert Junghanns, chirurgischer Oberarzt an der Universitätsklinik Frankfurt am Main, beschreibt eine ähnliche Entwicklung des Schnittes. Zunächst sei die Leistenmethode nach Lexer in den ersten Jahren der Sterilisation erste Wahl gewesen, so

¹⁵⁵ Stiasny: Beitrag zur Vasektomie. 1935 S. 1352

¹⁵⁶ ebenda

¹⁵⁷ Boeminghaus: Die Sterilisierung des Mannes. 1937, S. 85

¹⁵⁸ ebenda

¹⁵⁹ Hofmann: Zur Technik der Sterilisation beim Mann. 1937, S. 743

¹⁶⁰ Knaus: Zur Dauer der Zeugungsfähigkeit nach der Vasektomie. 1937, S. 1513

¹⁶¹ Moysich: Die Sterilisierungsoperation beim Manne. 1937, S. 24/25

¹⁶² ebenda

Junghanns; jedoch habe sich die Klinik mehr und mehr für die kleinere, skrotale Schnittführung entschieden, um mögliche Nebenbefunde wie z.B. die Leistenhernie zur korrekten OP-Durchführung nicht obligat mit beseitigen zu müssen.¹⁶³

Nach Ausbruch des Krieges sind nur noch zwei Artikel zur Schnittführung erschienen. Cand. med. Otto Albert Rumpf macht 1939 in „Bruns' Beiträgen zur klinischen Chirurgie“ Angaben zur eugenischen Sterilisation bei Männern in Danzig. Dort findet sich nur eine Angabe bezüglich des Schnittes, in der es heißt: „nach Fassen des Samenleiters wird die Schnittlinie infiltriert, um nach Anlegung des Schnittes den Samenleiter [...] unempfindlich zu machen.“¹⁶⁴ Diese Aussage lässt den Schluss zu, dass auch in Danzig mittels des Skrotalschnittes sterilisiert worden sein muss, da ja ein Fassen durch die Haut nur am Skrotum möglich ist, und nicht in der Leistengegend.

Im 1942 publizierten Artikel „Zur Technik der Sterilisation beim Mann“ von Dr. Hans Droschl wird nochmals zwischen den verschiedenen Schnittführungen abgewogen. So bieten der präpubische und inguinale Schnitt den Vorteil der glatteren Haut, sind jedoch nachteilig, indem der Patient mehrere Tage im Bett bleiben muss.¹⁶⁵ Den skrotalen Schnitt hingegen befürwortet Droschl mit Betonung auf den ökonomischen Standpunkt: da der Eingriff am Skrotum kleinstmöglich ist, die bessere Heilungstendenz am Skrotum gegeben ist, und der Patient am nächsten Tag wieder aufstehen kann, wird damit eine minimale Aufenthaltsdauer und somit geringere Personal- bzw. Kostenbelastung für das gesamte Gesundheitssystem erreicht.¹⁶⁶ Somit lässt sich an der Grazer Universitätsklinik diese Methode von wirtschaftlicher wie von medizinischer Seite rechtfertigen, auch wenn eine schwierigere Desinfizierbarkeit dieser OP- Region als bekannt gegeben ist.¹⁶⁷

Nachdem alle Originalartikel hinsichtlich der Thematisierung von Schnittführungen durchleuchtet wurden, kann ein Überblick bzw. eine Zusammenfassung von Kontinuitäten und Brüchen in der fachlichen Weiterentwicklung vorgenommen werden. Wie bereits beschrieben scheint der Gesetzeskommentar 1934 mit praktischer Anleitung von Lexer ein von Anfang an geschätzter Ratgeber zu sein, auf den auch erfahrene Operateure wie Oehlecker bis zum Jahr 1937 gerne Bezug nehmen. 1937 erreicht die Diskussion zur Schnittführung dann ihren Höhepunkt mit sechs vorhandenen Originalartikeln, im

¹⁶³ Junghanns: "Nebenoperationen" bei gesetzlich angeordneter Unfruchtbarmachung des Mannes. 1937, S. 655/656

¹⁶⁴ Rumpf: Die eugenischen Vasoresektionen in Danzig von 1934 bis August 1938 - Ihr Verlauf und ihre Komplikationen. 1939, S. 198

¹⁶⁵ Droschl: Zur Technik der Sterilisation beim Mann. 1942, S. 65

¹⁶⁶ ebenda

¹⁶⁷ ebenda

Vergleich zur fachwissenschaftlichen Debatte um Anästhesieauswahl oder Ein- bzw. Zweizeitigkeit der Operation 1935, erst zwei Jahre später. Auch unterscheidet sich dieser Disput von vorhergehenden insofern, dass keine eindeutig erkennbare Stringenz in der technischen Weiterentwicklung vorliegt. Bauers Angabe von mindestens sechs verschiedenen Schnittführungsmethoden entspricht dem realen Bild auf Reichsebene nach dem Motto: Jeder soll nach seiner Fassung selig werden. Es vermag sich keine Lehrmeinung zu 100 Prozent durchsetzen; mindestens zwei verschiedene Schnitte halten sich bis zum Kriegsende: der inguinale/präpubische und der skrotale. Ein Hauch von technischem Fortschritt stellt sich allein in der Ablösung des inguinalen Zugangs durch den skrotalen bei Junghanns und Moysich dar, bleibt aber ein Einzelfall, der eher durch ökonomische und chirurgisch-praktische denn durch patientenbezogen-therapeutische Überlegungen motiviert zustande kommt. Vielmehr dürfte sich der Quellenlage zufolge nach der Individual-Überzeugung der chirurgisch ärztlichen Führung an jeder Klinik frühzeitig eine Methode etabliert und fortan kontinuierlich Bestand gehabt haben. Dieses Ausmaß an Diversifizierung müssen dann auch eingefleischte und auf Standardisierung bedachte Reformer der Sterilisationspraxis wie z.B. Boeminghaus anerkennen. Interessanterweise spielt sich die Diskussion um das soziale Stigma einer OP-Narbe alleinig in den Jahren 1934 bis 1936 ab. So scheinen sich die Autoren bereits mit Beginn der reichsweiten Sterilisationen 1934 Gedanken um das psycho-soziale Wohlergehen ihrer Patienten gemacht zu haben. Immerhin bevorzugen Oehlecker, Haberland und Hilgenfeldt den inguinalen Schnitt um kein offensichtliches, belastendes „Kainsmal“ zu setzen. Auch Bauer zieht den präpubischen Schnitt dem inguinalen vor, um eine Verdeckung durch den Schamhaarbereich ausnutzen zu können. Diese publike Abhandlung in Fachzeitschriften ebbt jedoch gerade mit dem Jahr ab, in dem die meisten zur Schnittführung veröffentlichten Artikel erschienen. Eine Wende ab 1937, die den Schluss zulässt, dass Würde und geistiges Wohlergehen des Patienten zugunsten chirurgisch-praktischer Beiträge in den Hintergrund gedrängt wurden.

3.3.2.4 Sterilisationsmethode und Unterbindung der Samenleiter

Die Fragestellung nach der richtigen Sterilisationsmethode findet sich in 26 Originalartikeln, das heißt der Hälfte aller Originalarbeiten zur männlichen Sterilisation. Schon diese quantitative Komponente veranschaulicht die Brisanz der Thematik, welche die urologisch-chirurgische Fachpresse am meisten tangiert haben dürfte. Aus der

folgenden Inhaltsanalyse wird hervorgehen, welche Operationsmethoden praktiziert wurden, welche die meisten Befürworter fanden und wie es um die Sterilisationssicherheit und Funktionalität bei jener Methode bestellt war.

Zu Beginn macht es Sinn, die grobe Praxis der verschiedenen, reichsweit praktizierten Sterilisationsoperationen unter die Lupe zu nehmen. Einen ersten Überblick über dieses weite Feld verschafft der Artikel „Über Samenleitersperroperationen“ von Dr. Franz Spath im „Archiv für Klinische Chirurgie“ Anfang 1934 veröffentlicht. Dort spricht Spath von fünf grundlegenden „Operationsmethoden, die eine Unwegsamkeit des Samenleiters oder gleichzeitig eine Zielablenkung des Samens herbeiführen“¹⁶⁸. Zu diesen werden gerechnet: die Vasoligatur (einfaches Abbinden der Samenleiter mit Fäden oder ähnlichem Material), die übliche Vasektomie (Resektion eines Stückes des Samenleiters mit Unterbindung beider Samenleiterstümpfe), Eröffnung des Samenleiters und Verschorfung der Epithelauskleidung durch chemische oder thermische Agenzien zur Lumenobliteration, Abquetschung des Samenleiters durch Kneifen auf größere Breite und zu guter Letzt die Epididymektomie (Herausschneiden eines Stückes aus dem Nebenhoden).¹⁶⁹ Zusätzlich finden modifizierte Eingriffe Eingang in Spaths Auflistung: dort ist die einfache Durchschneidung des Samenleiters mit Verlagerung der Stümpfe in verschiedene Gewebsschichten, um die Wiedervereinigung zu verhindern, aufgeführt. Weiterhin wird die Vasektomie nach Ochsner (Chicago, 1899) beschrieben, bei der nach Resektion der blasennahe Duktusstumpf ligiert wird.¹⁷⁰ Als Weiterentwicklung dieser Methode gilt laut Spath die offene Vasektomie nach Ochsner-Sharp mit Offenlassen beider Stümpfe.¹⁷¹ Der Vollständigkeit halber sind noch die Vasofissur und die Vasostomie nach Schmerz erwähnt (genaue OP-Anleitung siehe: „Archiv für klinische Chirurgie“, Julius Springer Verlag, Berlin, Band 178/1934, S. 745 ff.), die jedoch aufgrund der Möglichkeit einer Samenleiterwiederherstellung den Forderungen einer endgültigen, irreversiblen Sterilisierung gemäß GzVeN nicht genügten und nur theoretisch-historischen Wert besitzen. Ein Blick in das Standardwerk zur korrekten Sterilisation, Gütt, Rüdin und Ruttkes Gesetzeskommentar zum GzVeN von 1934, eröffnet dem Leser, dass Lexer dort das einfache Durchschneiden der Samenleiter ohne zusätzliche Maßnahmen praktiziert.¹⁷² Über die Methodenbeschreibung hinaus hat Spath später auch die histologische

¹⁶⁸ Spath: Über Samenleitersperroperationen. 1934, S. 744

¹⁶⁹ ebenda

¹⁷⁰ Spath: Über Samenleitersperroperationen. 1934, S. 745

¹⁷¹ ebenda

¹⁷² Lexer: Die Eingriffe zur Unfruchtbarmachung des Mannes und zur Entmannung, aus dem Kommentar zum „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ von Rüdin, Gutt und Ruttkke, jeweils aus der ersten und zweiten Auflage. In: Krischel, Moll, Bellmann, Scholz, Schultheiss: Urologen im Nationalsozialismus. Biographien und Materialien. 2011, S. 110

Veränderung der Samenleiterstümpfe über die Zeit für genannte Sterilisierungsoperationen an Kaninchen und Hunden beobachtet.

Ruft man sich nochmals in Erinnerung, dass der offizielle Grundstein für die eugenische Sterilisation durch Beschluss des GzVeN im Juli 1933 gelegt wurde und gleich diesen Zeitpunkt mit der Erscheinung des ersten Artikels zur Sterilisationsmethodik Ende 1933 im „Zentralblatt für Chirurgie“ ab, dann beschäftigen sich sterilisierende Ärzte von Geburtsstunde der gesetzlich geregelten Unfruchtbarmachung im Sinne negativer Eugenik an mit korrekter Ausführung der Operation. Dr. Werner Rettig gibt in „Vorschläge zur Vasektomie als Sterilisationsverfahren beim Manne“ die Sterilisierung des Mannes am Kreiskrankenhaus Eckartsberga zu Kölleda folgendermaßen an: auf einer Seite wird ein nicht näher bezeichnetes Stück des Vas deferens reseziert, während auf der anderen Seite das Vas deferens freigelegt und die Haut darunter wieder vernäht. Auf diese Weise liegt der Samenleiter offen zur Vasopunktion und kann so von außen durchspült werden. Nach einwöchiger täglicher Spülbehandlung kann auch der zweite Samenleiter reseziert werden.¹⁷³ Wegen der unbehinderten Funktion des Vas deferens bis zur endgültigen Resektion und der damit ausbleibenden körperlichen und psychischen Negativfolgen sieht Rettig das zweizeitige Verfahren als geeignetes an. Dieses aufwändige Prozedere zeigt, wie sehr unbeherrschbare Komplikationen eines einzeitigen Eingriffes gefürchtet waren. Diese Angst scheint jedoch nur in Unwissenheit und mangelnder Erfahrung in der Sterilisationspraxis begründet zu sein, da keine Bericht erstattenden Quellen als Evidenz für diese „unbeherrschbaren psychischen und physischen Folgen“ vorliegen.

Zwei wesentlich einfachere und weit verbreitete Methoden aus der Universitätsklinik Marburg beschreibt Hans Boeminghaus Anfang 1934 im „Zentralblatt für Chirurgie“. „Ob man ein Stück des Samenleiters reseziert oder nur den Samenleiter durchtrennt ist belanglos.“¹⁷⁴ Diese prima vista prägnant anmutende Beschreibung enthält genauer analysiert bereits die zwei seit 1934 am häufigsten praktizierten Sterilisationsoperationen im Deutschen Reich: die Vasoresektion und die Vasotomie. Der Unterschied zwischen diesen Vorgehensweisen besteht in der einfachen Durchschneidung der Samenleiter bei Vasotomie, während im Zuge der Vasoresektion ein ganzes Stück des Samenleiters entfernt wird. Nach Boeminghaus‘ Dafürhalten in seinem Artikel „Nochmals zur Sterilisation des Mannes“ sind diese Methoden ebenbürtig und die einfache Vasotomie ausreichend, solange verhindert wird, dass sich die beiden Stumpfenden des durchschnittenen Samenleiters wiederfinden. Boeminghaus erreicht dies beispielsweise ab 1934 durch Einnähen des

¹⁷³ Rettig: Vorschläge zur Vasektomie als Sterilisationsverfahren beim Manne. 1933, S. 2887

¹⁷⁴ Boeminghaus: Nochmals zur Sterilisation des Mannes. 1934, S. 997

abtestikulären Samenleiterstumpfes in die Skrotalhaut.¹⁷⁵ Wie die Wiedervereinigung von den Operateuren im Einzelnen verhindert wurde; wird an späterer Stelle dezidiert beschrieben und analysiert.

Auf Boeminghaus Vasotomie nimmt Dr. Josef Schüller von der Medizinischen Akademie Düsseldorf nur indirekt Bezug und spricht sich für die Resektion als Operationsmethode aus - mit dem Zusatz, dass das Herausschneiden soweit blasenwärts als möglich zu erfolgen hätte.¹⁷⁶ Die blasennahe Sterilisierung sei wegen der Abnahme an Spermienzahlen im Samenleiter vom Hoden weg und der daraus resultierenden geringeren Wahrscheinlichkeit einer Befruchtung durch die nächste Ejakulation beim Geschlechtsakt indiziert. Einer zentrifugalen Sterilisation stimmt auch Haberland im „Zentralblatt für Chirurgie“ zu, wobei als Begründung die potentielle Sekretstauung im Hoden bei nebenhodennaher Vasoresektion angeführt wird.¹⁷⁷ Für Haberland genügt dem Stand von 1934 entsprechend ebenfalls die Vasotomie als zweite einfache operative Methode mit Sterilisationsgarantie - jedoch nur noch bis 1935, als er im „Archiv für klinische Chirurgie“¹⁷⁸ neuerdings ausschließlich die Vasoresektion thematisiert. August Schlegel, der in seinem Artikel „Die Chirurgie im deutschen Strafrecht und in der Rassepolitik“ die juristischen Eckpfeiler des GzVeN und deren Schnittmenge mit der praktisch-chirurgischen Durchführung ausleuchtete, sieht hingegen noch bis 1935 in der Vasotomie die Methode der Unfruchtbarmachung¹⁷⁹, während Dr. Roesner vom Städtischen Krankenhaus Glatz und von Brandis auf der 59. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zur selben Zeit die etwas schwierigere Vasoresektion propagierten.^{180 181} Dass an der Zweckmäßigkeit der simplen Vasotomie ab 1935 allmählich Zweifel aufkamen verdeutlicht Oscar Orths Kommentar im „Zentralblatt für Chirurgie“: das Einnähen des abtestikulären Stumpfes in andere Gewebeschichten sei „notwendig“. Orth habe weiter bei der „Versenkung der Stümpfe keinen Nachteil erlebt“¹⁸². Noch imposanter stellt K. H. Bauer seine Haltung gegenüber der Vasotomie dar: er rekapituliert Spaths Artikel „Über Samenleitersperroperationen“, lehnt im „Archiv für Klinische Chirurgie“ die durchschneidende Methode wegen „der theoretischen Möglichkeit der Wiedervereinigung

¹⁷⁵ Bauer: Über Technik und Methodik der Sterilisation beim Mann. 1935, S. 617/618

¹⁷⁶ Schüller: Zur Frage der Sterilisierungsoperation beim Manne. 1934, S. 2361

¹⁷⁷ Haberland: Die Resektion des Ductus deferens. 1934, S. 617

¹⁷⁸ Haberland: Die Folgen der Sterilisation. 1935, S. 117

¹⁷⁹ Schlegel: Die Chirurgie im deutschen Strafrecht und in der Rassepolitik. 1935, S. 677

¹⁸⁰ Roesner: Durchspülung der Samenleiter zwecks momentaner Sterilisierung des Mannes. 1935, S. 216

¹⁸¹ Bericht der 59. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. 1935 S. 34

¹⁸² Orth: Zu der Arbeit Hilgenfeldt: "Menschliche und technische Fragen zur gesetzlichen Sterilisierung" in diesem Zbl. 1935, Nr 10. 1935, S. 938

der durchtrennten Enden und ihrer Rekanalisation¹⁸³ mit aller Entschiedenheit ab und sieht die unbedingte Notwendigkeit von operativem Resektions-Vorgehen. Mit Referenz zu Boeminghaus lehnt er dessen einfache Durchschneidung mit skrotalem Einnähen des abführenden Endes in Übereinstimmung mit Oehlecker, Fromme und Hilgenfeldt als unangebracht ab.¹⁸⁴ Indem Boeminghaus aber bereits Ende 1934 jene Methode seiner Literatur „Die Technik der Sterilisierung und Kastration“¹⁸⁵ zufolge, aufgegeben hatte und im darauffolgend erscheinenden „Zentralblatt für Chirurgie“ nur noch von Resektion spricht¹⁸⁶, sieht Bauer seine Lehrmeinung eo ipso bestätigt.¹⁸⁷ Boeminghaus wird 1937 seinen Irrtum in der „Zeitschrift für Urologie“ aufzeigen: „Für die Unwegsammachung des Samenleiters kommt nur die Resektion [...] in Frage, da sich [...] gezeigt hat, dass sowohl die Unterbindung als auch die einfache Durchtrennung des Samenleiters (Vasotomie) die Möglichkeit zulässt, dass [...] der Samenleiter wieder durchgängig wird.“¹⁸⁸ Wie Bauer schon erwähnte geht Hilgenfeldt von der Universitätsklinik Köln mit der aufkommenden Lehrmeinung vollkommen konform. Die einfache Ligatur wird in Hilgenfeldts Artikel „Menschliche und technische Fragen zur gesetzlichen Sterilisierung“ abgelehnt, da der Samenleiter später wieder potentielle Durchgängigkeit besitzt.¹⁸⁹ Deswegen sei mindestens die Durchschneidung, jedoch noch besser zur Sicherheit die Resektion von 3-4 cm vorzunehmen.¹⁹⁰ Der wohl aussagekräftigste Originalartikel zur Thematik der Operationsmethode stammt 1938 von Dr. Kurt Denecke, Universitätsklinik Erlangen. Erschienen im „Archiv für Klinische Chirurgie“ schildert der Artikel Patientenfälle, in deren Verlauf nach Sterilisation eine Kindszeugung erfolgte.¹⁹¹ Anhand histologischer Schnitte aus Resektaten zeigt Denecke die überaus große Wiederherstellungsfähigkeit der Samenleiter nach simpler Vasotomie oder einer zu kurzen Resektion. Um der „ungeheuer starken Sprossung“¹⁹² der Endothelschläuche oder einer Wiedervereinigung durch Narbensprossung vorzubeugen, „darf entsprechend dem Vorschlag Bauers nicht unter 5 cm [Resektatlänge] heruntergegangen werden. [...] Es ist zu warnen vor der einfachen Durchtrennung [...] oder gar vor der einfachen Unterbindung. Diese Methoden sind in

¹⁸³ Bauer: Über Technik und Methodik der Sterilisation beim Mann. 1935, S. 615

¹⁸⁴ Bauer: Über Technik und Methodik der Sterilisation beim Mann. 1935, S. 617/618

¹⁸⁵ Boeminghaus: Die operativen Eingriffe zur Kastration und Sterilisation des Mannes, Vorwort und Artikel aus „Die Technik der Sterilisation und Kastration“ von Naujoks und Boeminghaus. In: Krischel, Moll, Bellmann, Scholz, Schultheiss: Urologen im Nationalsozialismus. Biographien und Materialien. 2011, S. 140

¹⁸⁶ Boeminghaus: Zur Sterilisierungsoperation. 1935, S. 20

¹⁸⁷ Bauer: Über Technik und Methodik der Sterilisation beim Mann. 1935, S. 618

¹⁸⁸ Boeminghaus: Die Sterilisierung des Mannes. 1937, S. 85

¹⁸⁹ Hilgenfeldt: Menschliche und technische Fragen zur gesetzlichen Sterilisierung. 1935, S. 562

¹⁹⁰ Hilgenfeldt: Menschliche und technische Fragen zur gesetzlichen Sterilisierung. 1935, S. 566

¹⁹¹ Denecke: Spontane Wiederherstellung des Samenleiterkanals nach Resektion. 1938, S. 710

¹⁹² ebenda

höchstem Maße als unzuverlässig zu bezeichnen.¹⁹³ 1941 publizieren Andina und Roulet in der „Deutschen Zeitschrift für Chirurgie“ einen Artikel nach demselben Muster. Histologische Schnitte veranschaulichen die Regenerationsfähigkeit des Samenleiterendothels durch Aussprossung, woraus die finale Forderung nach Resektion eines mehrere cm langen Samenleiterstückes und Ablehnung der einfachen Ligatur bzw. Durchschneidung abgeleitet wird.¹⁹⁴

Ganzheitlich betrachtet deutet sich im zeitlichen Verlauf rückblickend der Umbruch in der Sterilisationspraxis weg von der Vasotomie hin zur Vasoresektion mit dem Jahr 1935 an. Empfehlen 15 Originalartikel von 1935 bis 1942 die Vasoresektion, so stehen diesen nur zwei Publikationen von 1935¹⁹⁵ ¹⁹⁶ gegenüber, in welchen noch eine Vasotomie unter Vorbehalt in Erwägung gezogen wird. Eine Technikveränderung findet in zwei Stufen statt: genügt Haberland, Boeminghaus und Lexer 1934 noch die einfache Vasotomie, findet diese mit dem beginnenden Jahr 1935 ihre Ablösung durch Vasotomie, bei der eine Wiedervereinigung der Stümpfe durch unterschiedliche operative Maßnahmen siehe z.B. Oscar Orth verhindert wird. Der ausschließliche Übergang zur Vasoresektion erfolgt noch im selben Jahr und stellt die Standardmethode für eugenische Sterilisation beim Mann bis zum Ende des „Dritten Reiches“ dar. Erst eine tiefer greifende Artikelanalyse bringt eine zusätzliche Ebene der Veränderung bezüglich der Operation ans Tageslicht: neben einer offensichtlichen OP-Technik-Modifikation schleicht sich ab 1935 eine Verschiebung der Beweggründe für eine Weiterentwicklung auf diesem Gebiet ein. Nachweislich veranlasst die Angst vor psychischen und physischen Komplikationen Dr. Rettig im ersten Originalartikel zur Sterilisationspraxis 1933 zur Empfehlung seiner schonenderen Operation. Patientenfürsorge und Minderung des Leidens können hier noch als menschliche Komponente des Operateurs und ein dem Patienten gegenüber verpflichtetes ärztliches Ethos gedeutet werden. Jedoch verliert jener humane Grundsatz bereits im Jahr der GzVeN- Einführung an Bedeutung. Dies geschieht nach und nach zugunsten der korrekten Ausführung negativer Eugenik. Ab 1935 steht die korrekte Ausführung der Operation ohne Möglichkeit auf Wiederherstellung der Samenleiter, um den Vorgaben des Gesetzes zu genügen, im Vordergrund, und nicht das von Rettig erwähnte Wohl des Patienten. Etwas abstrahiert bedeutet dieser stattgehabte fachmedizinische Technikwandel keineswegs nur naturwissenschaftlichen Fortschritt, sondern ist gleichzeitig Ausdruck einer

¹⁹³ Denecke: Spontane Wiederherstellung des Samenleiterkanals nach Resektion. 1938, S. 714

¹⁹⁴ Roulet, Andina: Befunde an Hoden und Samenleitern nach Vasektomie. 1941, S. 627

¹⁹⁵ ebenda

¹⁹⁶ Orth: Zu der Arbeit Hilgenfeldt: "Menschliche und technische Fragen zur gesetzlichen Sterilisierung" in diesem Zbl. 1935, Nr 10. 1935, S. 938

radikalen Herrschaft der eugenisch motivierten NS-Gesundheitspolitik über die individuelle Unversehrtheit.

3.3.2.4.1 Resektatlänge

Unter der Prämisse, dass eine Vasoresektion zur Ausführung kam, fand die Diskussion über die ausreichende Länge der Resektatstrecke Eingang in viele Originalartikel. In aufsteigender Reihenfolge werden die unterschiedlichsten Angaben zur Mindestresektionsstrecke am Samenleiter aufgelistet. Aus Oehleckers Artikel „Zur Unfruchtbarmachung des Mannes“¹⁹⁷ geht hervor dass am Krankenhaus Hamburg-Barmbeck im Jahre 1934 standardmäßig 2-3 cm des Samenleiters reseziert wurden, bei H. F. O. Haberland in Köln laut Artikel „Die Resektion des Ductus deferens“¹⁹⁸ und „Die Folgen der Sterilisation“¹⁹⁹ mindestens 2- 3 cm. Im „Zentralblatt für Chirurgie“ meldet sich auch Boeminghaus Anfang 1935 zu Wort: er reseziert nur „ein 2- 3 cm langes Stück“.²⁰⁰ Knapp zwei Jahre später findet sich jedoch eine andere Angabe von Boeminghaus in der „Zeitschrift für Urologie“. Dort erachtet der Sterilisationspraktiker die Resektion von nur 1- 2 cm als genügend.²⁰¹ Roesners Angaben zur „Durchspülung der Samenleiter zwecks momentaner Sterilisierung des Mannes“²⁰² beinhalten eine Resektatlänge von 3 cm. Von Brandis bestätigt die bisherigen Resektionsverhältnisse, spricht 1935 auf der 59. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie sogar von 3- 4 cm²⁰³ und teilt gleichzeitig die Lehrmeinung mit Hilgenfeldt.²⁰⁴ Bauer fordert eine längere Resektatstrecke im „Archiv für klinische Chirurgie“ von 1935, nämlich bei seinem Standardverfahren mindestens 3-5 cm²⁰⁵, worauf der Chirurg Denecke von der Universitätsklinik Erlangen noch im Jahre 1938 verweisen wird.²⁰⁶ Denecke erachtet es damit für ausgeschlossen, dass diese Länge durch spontane Epithelprossung der Samenleiterstümpfe überbrückt werden könnte. An den Universitätskliniken Göttingen und Graz werden laut Büttner²⁰⁷ und Droschl²⁰⁸ 5 cm

¹⁹⁷ Oehlecker: Zur Unfruchtbarmachung des Mannes. 1934, S. 2887

¹⁹⁸ Haberland: Die Resektion des Ductus deferens. 1934, S. 617

¹⁹⁹ Haberland: Die Folgen der Sterilisation. 1935, S. 117

²⁰⁰ Boeminghaus: Zur Sterilisierungsoperation. 1935, S. 20

²⁰¹ Boeminghaus: Die Sterilisierung des Mannes. 1937, S. 85

²⁰² Roesner: Durchspülung der Samenleiter zwecks momentaner Sterilisierung des Mannes. 1935, S. 216

²⁰³ Bericht der 59. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. 1935, S. 34

²⁰⁴ Hilgenfeldt: Menschliche und technische Fragen zur gesetzlichen Sterilisierung. 1935, S. 567

²⁰⁵ Bauer: Über Technik und Methodik der Sterilisation beim Mann. 1935, S. 617

²⁰⁶ Denecke: Spontane Wiederherstellung des Samenleiterkanals nach Resektion. 1938, S. 711/712

²⁰⁷ Büttner: Verfahren und Nachbehandlung bei der Unfruchtbarmachung des Mannes unter besonderer

Berücksichtigung der Doppelbildungen der Samenleiter. 1936, S. 50

²⁰⁸ Droschl: Zur Technik der Sterilisation beim Mann. 1942, S. 66

des Samenleiters entfernt, und auch Mennenga/ Universitätsklinik Königsberg in Preußen empfiehlt 5-6 cm zu resektieren.²⁰⁹ Es ist nur noch Stiasny in seinem Artikel „Beitrag zur Vasektomie“, der Bauers Forderung als erster begründet übertrifft, indem er von mindestens 6- 8 cm Resektat spricht, damit spontane Wiedervereinigung der durchtrennten Ductusstümpfe aber auch die Möglichkeit der unerlaubten Rückoperation ausgeschlossen werden können.²¹⁰ Andere Autoren wie z.B. cand. med. Rumpf in „Bruns' Beiträgen für klinische Chirurgie“²¹¹ enthalten sich einer konkreten Angabe, indem er diese durch die Forderung nach Resektion eines „möglichst langen Stückes“ mit Variation zwischen „2 und 8 cm“ ersetzen. Auf die gleiche Weise, mit der Erkenntnis im Hinterkopf, dass die Unfruchtbarmachung „nur durch die Resektion eines mehrere Zentimeter langen Samenleiterstückes sichergestellt ist“²¹², verfahren Roulet und Andina und verzichten auf konkrete Zahlen.

Ein erkennbares Muster lässt die Auflistung der einzelnen Längenangaben nicht vermuten. Weder zeigt sich eine Tendenz hin zur längeren oder kürzeren Strecke von 1933 bis Kriegsende, noch findet ein ernsthaft begründeter Diskurs dazu in der Fachpresse statt. Es sind simple Längenangaben die bar jeder Argumentation von den Vertretern der großen Krankenhäuser publiziert werden. Naturwissenschaftlich gewonnene Versuchsnachweise oder belegte klinische Beobachtungen fehlen größtenteils analog zum Topic „Schnittführung“. Nur Denecke und Stiasny begründen ihre Längenangaben mit der Prävention gegen die Möglichkeit einer spontanen Wiedervereinigung. Bei der Diskussion um den korrekten Schnitt fand die hauptsächliche Kumulation der Originalartikel im Jahr 1935 statt. Ein solcher Cluster fehlt im Falle der „Längendiskussion“ hingegen völlig. Sogar Boeminghaus trägt durch zwei unterschiedliche Resektatlängenangaben zur fachlichen Uneinigkeit bei. Unternimmt man jedoch den Versuch, alle Angaben zu mitteln, ergibt sich eine durchschnittliche Resektatlänge zwischen 3 – 5 cm.

3.3.2.4.2 Operative Verhinderung einer Stumpfwiedervereinigung

Eine wichtige Fragestellung mit großer Bedeutung für die negative Eugenik scheint die

²⁰⁹ Mennenga, Menno: Über technische Schwierigkeiten bei der Sterilisierung des Mannes. 1937, S. 368

²¹⁰ Stiasny: Beitrag zur Vasektomie. 1935, S. 1352

²¹¹ Rumpf: Die eugenischen Vasoresektionen in Danzig von 1934 bis August 1938 - Ihr Verlauf und ihre Komplikationen. 1939, S. 200

²¹² Roulet, Andina: Befunde an Hoden und Samenleitern nach Vasektomie. 1941, S. 627

operative Verhinderung der Wiederdurchgängigkeit von durchtrennten Samenleitern gewesen zu sein. Diese These untermauert wiederum ein Blick auf die Artikelzahlen: von 26 Artikeln zur Operationstechnik beschäftigen sich 24 mit diesem Sachverhalt. Wie schon im Abschnitt „Sterilisationsmethode“ angerissen, erlangte die im Sinne des GzVeN irreversibel ausgeführte Sterilisation spätestens ab 1935 zunehmend an Bedeutung. Dauerhafte und irreversible Unfruchtbarmachung ohne Aussicht auf operative oder spontane Wiedervereinigung der Samenleiterstümpfe wurde von der Fachliteratur als Gebot der Stunde herausgegeben. Deshalb suchten in der Sterilisation tätige Operateure nach Methoden, anhand derer die erneute Durchgängigkeit des Vas deferens zu 100 Prozent ausgeschlossen werden konnte. Welche operativen Versuche zum Einsatz kamen und wie deren Langzeiterfolg bezüglich der männlichen Sterilität zu bewerten ist, zeigt auch hier die Analyse der Originalartikel.

Um die Entwicklung dieser Maßnahmen zu verfolgen, lohnt ein Blick in den ersten Gesetzeskommentar von Gütt/ Rüdin/ Ruttke bzw. in „Die Technik der Sterilisierung und Kastration“ von Boeminghaus/Naujoks von 1934. Die operative Vorgehensweise mit einfacher Vasotomie von Erich Lexer im Kommentar enthält noch keinerlei Hinweis auf zusätzliche Vorkehrungen.²¹³ Eine erste präzise Erwähnung von Rekanalisierungsprävention hingegen findet sich erst in Boeminghaus/Naujoks „Die Technik der Sterilisierung und Kastration“: „[...] nach dem Vorgehen von Voelcker [...] den peripheren Stumpf des Samenleiters in die Haut einnähen, während man den zentralen Stumpf in die Tiefe des Skrotums zurückgleiten lässt. Um dabei eine unerwünschte Spannung des eingenähten Vas deferens zu vermeiden, muß man den Samenleiter [...] möglichst weit hodenwärts durchtrennen und ihn dann im oberen Wundwinkel einnähen.“²¹⁴ Zum notwendigen Verständnis dieser Sterilisationsoperation, die er als Assistent von 1920 bis 1929 an der Hallenser Universitätsklinik bei Voelcker erlernt hatte, folgt man am besten Boeminghaus Originalzitat: „Diese Art des Vorgehens verhindert nicht nur mit Sicherheit eine unerwünschte spontane Wiedervereinigung der beiden Samenleiterstümpfe, sondern hat auch den Vorteil, daß, wenn der so Sterilisierte an einer Gonorrhöe leidet oder später sich eine solche zuzieht, die ascendierend intrakanalikulär fortschreitende Infektion nicht zu einer Infiltration bzw. Abszedierung in der Tiefe des

²¹³ Lexer: Die Eingriffe zur Unfruchtbarmachung des Mannes und zur Entmannung, aus dem Kommentar zum „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ von Rüdin, Gutt und Ruttke, jeweils aus der ersten und zweiten Auflage. In: Krischel, Moll, Bellmann, Scholz, Schultheiss: Urologen im Nationalsozialismus. Biographien und Materialien. 2011, S. 110

²¹⁴ Boeminghaus: Die operativen Eingriffe zur Kastration und Sterilisation des Mannes, Vorwort und Artikel aus „Die Technik der Sterilisation und Kastration“ von Naujoks und Boeminghaus. In: Krischel, Moll, Bellmann, Scholz, Schultheiss: Urologen im Nationalsozialismus. Biographien und Materialien. 2011, S. 140

Skrotums führt.²¹⁵ Weiter heißt es: „Den zentralen Stumpf des Vas deferens lässt man ohne Ligatur zurückgleiten. Auf diese Weise vermeidet man eine akute Sekretstauung im Nebenhoden bzw. Hoden.“²¹⁶ Aus Boeminghaus Angaben, die dieser in Ausgabe 1 des „Zentralblatts für Chirurgie“²¹⁷ von 1934 nochmals in exakt gleicher Weise rekapitulieren wird, lassen sich zwei unterschiedliche Maßnahmen gegen Wiedervereinigung der Stümpfe herausarbeiten: die erste ist das Einnähen des zentralen, sprich hodenfernen Stumpfes in den Wundwinkel, damit dieser nicht mehr in Kontakt mit dem im Skrotum versenkten hodennahen Stumpf treten kann. Mit der Ligatur der Vas deferens- Stümpfe, die sich von der einfachen Vasoligatur ableitet und auf die Boeminghaus in seiner Publikation begründet verzichtet, findet indirekt die zweite, schon längere Zeit reichsweit praktizierte Vorkehrung Erwähnung.

Zur Notwendigkeit einer Ligatur der Stumpfenden äußert sich in Fachzeitschriften Anfang 1934 Haberland aus Köln als erster. Um eine Stauung zu vermeiden, verzichtet er ebenfalls auf die Ligatur des peripheren Stumpfes; der zentrale Stumpf wird im Gegensatz zu Boeminghaus nicht eingenäht, sondern höchstens im Falle von Infektion des Ductus deferens ligiert.²¹⁸ Die Ligatur kann laut Haberland unterbleiben, da die Stumpföffnungen sowieso allmählich vernarben und damit kein Durchtritt des Samens in naher Zukunft mehr möglich ist.²¹⁹ Dr. Schüller von der Medizinischen Akademie Düsseldorf weist zwei Ausgaben später im „Zentralblatt für Chirurgie“ Ende 1934 auf Boeminghaus' Stumpf-Einnähen ohne jegliche Ligatur hin, bevorzugt es hingegen an der Chirurgischen Klinik doch das periphere Ende zu ligieren.²²⁰

Boeminghaus Einnähen des Stumpfes in die Haut ist Haberland zufolge „sicher nicht abzulehnen“²²¹, aber ebenso wenig „zwingend [zu] fordern“²²². Einen Schritt weiter geht Dr. Oehlecker aus Hamburg-Barmbeck im selben Zentralblatt, indem er sich aufgrund potentieller Wundheilungsstörung entschieden gegen das Einnähen in den Wundwinkel ausspricht und keine Infektion von den Stümpfen aus beobachtet wurde.²²³ Ähnliche Kritik

²¹⁵ Boeminghaus: Die operativen Eingriffe zur Kastration und Sterilisation des Mannes, Vorwort und Artikel aus „Die Technik der Sterilisation und Kastration“ von Naujoks und Boeminghaus. In: Krischel, Moll, Bellmann, Scholz, Schultheiss: Urologen im Nationalsozialismus. Biographien und Materialien. 2011, S. 140/141

²¹⁶ Boeminghaus: Die operativen Eingriffe zur Kastration und Sterilisation des Mannes, Vorwort und Artikel aus „Die Technik der Sterilisation und Kastration“ von Naujoks und Boeminghaus. In: Krischel, Moll, Bellmann, Scholz, Schultheiss: Urologen im Nationalsozialismus. Biographien und Materialien. 2011, S. 141

²¹⁷ Boeminghaus: Nochmals zur Sterilisation des Mannes. 1934, S. 997/998

²¹⁸ Haberland: Die Resektion des Ductus deferens. 1934, S. 617/618

²¹⁹ ebenda

²²⁰ Schüller: Zur Frage der Sterilisierungsoperation beim Manne. 1934, S. 2360

²²¹ Haberland: Die Resektion des Ductus deferens. 1934, S. 617

²²² ebenda

²²³ Oehlecker: Zur Unfruchtbarmachung des Mannes. 1934, S. 2887

an Boeminghaus operativer Methode erscheint im „Zentralblatt für Chirurgie“ Anfang 1935. Dort schränkt Oscar Orth aus Homburg/Saar die Indikation zur Technik des Einnähens folgendermaßen ein: „Die Einnähung des abtestikulären Endes des durchschnittenen Samenleiters habe ich bisher nur bei der Exstirpation des tuberkulösen Hodens und Nebenhodens ausgeführt.“²²⁴ Hilgenfeldt von der Universitätsklinik Köln entkräftet die von Boeminghaus angeführte Notwendigkeit einer Einnäht in den Wundwinkel in jeder Hinsicht: „Es ist nicht einmal im geringsten wahrscheinlich, dass [...] wenn der Samenstrang schon narbig verschlossen ist, eine Gonorrhoe oder andere Infektion in den blinden Stumpf hinaufsteigt, ihn durchbricht und zur Eiterung in der Tiefe des Skrotums führt. Die Wiedervereinigung der Lichtung des [...] Samenleiters, die den ersten Grund für die Modifikation von Boeminghaus abgibt, dürfte zu den allergrößten Seltenheiten gehören. Aus der Literatur ist meines Wissens bisher noch nicht ein einziger Fall gekannt worden.“²²⁵ Den Widerstand gegen seine modifizierte OP-Technik und deren marginalen Nutzen muss Boeminghaus mit dem Jahr 1935 – wenn auch, wie folgendes Zitat aus dem „Zentralblatt für Chirurgie“ beweist, äußerst widerwillig - anerkennen: „Der Eingriff wird [durch das Einnähen] [...] nicht verkompliziert. Die Bedenken, die Hilgenfeldt an diese Einnähung knüpft, sind rein theoretischer Natur. Ich kann dagegen aus meiner praktischen Erfahrung nur sagen, dass sie gegenstandslos sind. [Ich] [...] habe [...] zum Ausdruck gebracht, dass ich auf die Einnähung des Samenleiters in die Haut verzichte und [...] das abtestikuläre Ende [...] unterbinde [...].“²²⁶ Hilgenfeldt lässt die Boeminghaus'sche Erwiderung und den darin anklingenden Vorwurf der Praxisferne nicht auf sich sitzen und kontert in der nächsten Ausgabe des „Zentralblatt für Chirurgie“ geschickt mit einem Angriff auf Boeminghaus wissenschaftliche Glaubwürdigkeit. Dort wird die andauernde Veränderung der Boeminghaus'schen Technik von der Resektion über die einfache Vasotomie bis zum Herausnähen des Stumpfes illustriert. Als Höhepunkt der fachlichen Inkonstanz seines Kollegen führt Hilgenfeldt an, wie Boeminghaus das Einnähen nun doch unterlässt und wieder einen neuen Standpunkt vertritt.²²⁷ Die Kombination von daraus potentiell zu folgender Inkompetenz Boeminghaus mit einer logischen Rekapitulation der Hilgenfeldt'schen Argumente gegen das Einnähen lässt Letzteren am Ende des Disputs als Sieger hervorgehen und stellt den endgültigen Endpunkt der Wundeinnäht des abführenden Samenleiterendes in der Sterilisationspraxis dar. Denn im chronologischen Verlauf findet sich nach Hilgenfeldts „Nochmals zur Sterilisierung von

²²⁴ Orth: Zu der Arbeit Hilgenfeldt: "Menschliche und technische Fragen zur gesetzlichen Sterilisierung" in diesem Zbl. 1935, Nr 10. 1935, S. 938

²²⁵ Hilgenfeldt: Menschliche und technische Fragen zur gesetzlichen Sterilisierung. 1935, S. 564

²²⁶ Boeminghaus: Zur Sterilisierung. 1935, S. 1017

²²⁷ Hilgenfeldt: Nochmals zur Sterilisierung von Männer. 1935, S. 1701

Männern“ kein Artikel mehr, der ein Einnähen erwähnt, geschweige denn gezielt empfiehlt.

Betrachtet man hingegen die Diskussion um die Ligaturanlage weiter, gehen nicht wenige Autoren, wie beispielsweise Haberland, konform mit Boeminghaus und lehnen jede Unterbindung ab. An beiden Stümpfen verschließe sich das Lumen schnell narbig und der Hoden könne sich besser an die „neuen Verhältnisse“²²⁸ anpassen; unter diesen Umständen sei nach Resektion ein spontanes Wiederfinden der Stümpfe ausgeschlossen.²²⁹ Weiter unterlassen folgende Autoren ebenfalls jegliche Unterbindung: Dr. Menno Mennenga, Königsberg in Preußen, 1937 in „Bruns’ Beiträgen zur klinischen Chirurgie“²³⁰ und Dr. Kurt Denecke, Erlangen 1938 im „Archiv für klinische Chirurgie“.²³¹

Auf die einfache Ligatur rekurrend lässt - analog zu Schüller- auch Dr. Franz Spath an der Universitätsklinik Graz 1934 als Samenleitersperre nur den abführenden Stumpf abbinden, wohingegen der hodennahe zur Stauungsprävention offen gelassen wird.²³² Dieselbe Lehrmeinung vertritt August Schlegel in der „Deutschen Zeitschrift für Chirurgie“: die Anlage des Seidenfadenverschlusses am hodenfernen Ende sei erforderlich, „um mit Sicherheit ein späteres Ableiten der Spermaflüssigkeit oder eine Wiederverbindung der Enden zu verhindern.“²³³ Auch Stiasny vom Städtischen Krankenhaus am Urban in Berlin lässt ab 1935 nur noch den peripheren Samenleiterschenkel abbinden und verzichtet auf eine Ligatur am zentralen, da seine Patienten in den ersten Nachuntersuchungen über „Druckbeschwerden besonders nach der Kohabitation“²³⁴ klagten. Seine Einstellung zur Ligatur unterwirft selbst Boeminghaus Anfang desselben Jahres einer Entwicklung: während der testikuläre Stumpf zur Vermeidung von Sekretstauung weiterhin nicht abgebunden wird, rückt Boeminghaus von seiner 1934 propagierten Lehrmeinung ab und lässt das abführende Samenleiterende ligieren. Die Ligatur sei „möglichst weit harnröhrenwärts“²³⁵ anzubringen, um „das Zurückfließen des Rivanols zu verhüten“.²³⁶ Das Einspritzen des Spermizids Rivanol in die abführenden Samenleiterwege hatte Boeminghaus als sichere Garantie der sofortigen Sterilität angegeben und diese weiterempfohlen. (Siehe detaillierter in Kapitel 3.3.4)

Zu einer nochmals neuen Ansicht bezüglich der Ligatur gelangt Hans Boeminghaus zwei

²²⁸ ebenda

²²⁹ ebenda

²³⁰ Mennenga: Über technische Schwierigkeiten bei der Sterilisierung des Mannes. 1937, S. 364

²³¹ Denecke: Spontane Wiederherstellung des Samenleiterkanals nach Resektion. 1938, S. 714

²³² Spath: Über Samenleitersperroperationen. 1934, S. 744

²³³ Schlegel: Die Chirurgie im deutschen Strafrecht und in der Rassepolitik. 1935, S. 677

²³⁴ Stiasny: Beitrag zur Vasektomie. 1935, S. 1354

²³⁵ Boeminghaus: Zur Sterilisierungsoperation. 1935, S. 20

²³⁶ ebenda

Jahre später. Dort heißt es 1937 in seinem Artikel „Die Sterilisierung des Mannes“: „Ob man nach der Resektion des Samenleiters die beiden Enden ligiert oder freilässt, spielt keine wesentliche Rolle.“²³⁷

Die doppelte Ligatur, das heißt Abbinden beider Stümpfe wird von folgenden Autoren angegeben: 1935 von Dr. Roesner, Glatz im „Zentralblatt für Chirurgie“²³⁸, von Bauer, Breslau, von Brandis, Freiburg im „Archiv für klinische Chirurgie“²³⁹ ²⁴⁰ und von Hilgenfeldt, Köln im „Zentralblatt für Chirurgie“²⁴¹. 1936 spricht A. Büttner aus Göttingen in „Bruns' Beiträgen zur klinischen Chirurgie“ von der Unterbindung „beider Samenleiterstümpfe“²⁴², wodurch „größtmögliche Sicherheit gegen ungewollte Wiedervereinigung“²⁴³ erreicht wird. Laut Paul Moysichs Beitrag „Die Sterilisierungsoperation beim Manne“ von 1937 wurde am Oskar- Ziethen- Krankenhaus in Berlin- Lichtenberg ebenfalls doppelt unterbunden.²⁴⁴ Gleiches Vorgehen berichten Otto Albert Rumpf 1939 aus Danzig in „Bruns Beiträgen zur klinischen Chirurgie“²⁴⁵ und Hans Droschl aus Graz 1942 in der „Zeitschrift für Urologie“.²⁴⁶

Zusammenfassend kristallisierten sich in Deutschland von 1934 an zwei operative Methoden heraus, nach denen einer spontanen Wiedervereinigung der Samenleiterstümpfe zumindest theoretisch vorgebeugt werden sollte: das Einnähen des zentralen Samenleiterendes in die Hautwunde und die Fadenligatur der Stümpfe. Ersterem, nach Hallenser Vorbild von Hans Boeminghaus 1934 ins Leben gerufenem Vorgehen wird von der Fachliteratur im selben Jahr noch zunehmend Kritik und Ablehnung entgegengebracht. Federführend sind in diesem Punkt Haberland, Oehlecker, Orth und vor allem Hilgenfeldt. Über Boeminghaus bricht damit nicht nur eine Flut von objektiv, fachlicher gehaltener negativer Resonanz herein, sondern vielmehr mit Hinblick auf den Schlagabtausch mit Hilgenfeldt ein gezielt auf persönlicher Ebene geführter und subjektiv gehaltener Angriff. Dieses Setting dürfte wohl für Boeminghaus – seiner Rolle als Pionier der deutschen

²³⁷ Boeminghaus: Die Sterilisierung des Mannes. 1937, S. 85

²³⁸ Roesner: Durchspülung der Samenleiter zwecks momentaner Sterilisierung des Mannes. 1935, S. 216

²³⁹ Bauer: Über Technik und Methodik der Sterilisation beim Mann. 1935, S. 617

²⁴⁰ Bericht der 59. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. 1935 S. 34

²⁴¹ Hilgenfeldt: Menschliche und technische Fragen zur gesetzlichen Sterilisierung. Zentralblatt 1935S. 567

²⁴² Büttner: Verfahren und Nachbehandlung bei der Unfruchtbarmachung des Mannes unter besonderer Berücksichtigung der Doppelbildungen der Samenleiter. 1936, S. 50

²⁴³ Büttner: Verfahren und Nachbehandlung bei der Unfruchtbarmachung des Mannes unter besonderer Berücksichtigung der Doppelbildungen der Samenleiter. 1936, S. 51

²⁴⁴ Moysich: Die Sterilisierungsoperation beim Manne. 1937, S. 25

²⁴⁵ Rumpf: Die eugenischen Vasoresektionen in Danzig von 1934 bis August 1938 - Ihr Verlauf und ihre Komplikationen. 1939, S. 204

²⁴⁶ Droschl: Zur Technik der Sterilisation beim Mann. 1942, S. 66

Sterilisationspraxis zum Trotz - Anlass genug gewesen sein, das Einnähen Anfang 1935 aufzugeben. Somit konnte sich seine Technik rückblickend nur ein gutes Jahr als praktikable, von einem kleinen Personenkreis angewandte Alternative zur einfachen Ligatur halten und war der einfachen Stumpfunterbindung qua ablehnenden Konsensus seines Fachkollegiums bereits von Beginn an unterlegen und zum Scheitern verurteilt.

Einen längeren Siegeszug hält hingegen die Praxis der Ligatur. Von 1934 bis 1942 finden sich ohne Unterbrechung durchgehend Artikel zur Unterbindung der Stümpfe aus allen Winkeln des gesamten Reichsgebietes. Von Danzig und Breslau, über Berlin, Göttingen bis nach Freiburg und Graz beschäftigt man sich an chirurgischen Kliniken mit der Unterbindung nach Resektion zum Erreichen dauerhaft irreversibler, männlicher Sterilisation. Bei genauerer Analyse der Ligaturanlage lassen sich drei Lehrmeinungen unterscheiden: die Unterbindung des abtestikulären Samenleiterstumpfes, die Unterbindung beider Stümpfe oder gar keine Unterbindung nach Resektion. Fünf Autoren unterstützen die erst genannte Strömung, acht die doppelte Unterbindung und vier unterlassen jede Ligatur. Diese Verteilung lässt den Schluss zu, dass keiner Ligaturmethode ein signifikanter Vorzug gegeben wurde geschweige denn eine einheitliche Lehrmeinung dazu vorherrschte. Ebenso wenig wird die Technik der Ligatur während der NS-Zeit weiterentwickelt oder gar revolutioniert. Für alle drei oben genannten Strömungen wurden jeweils von 1934 bis zum Kriegsende Publikationen getätigt, was das faktisch parallele Fortbestehen dieser Praktiken bis zum Ende des Nationalsozialismus unterstreicht. Interessanterweise ist Hans Boeminghaus auch in punkto Ligatur unentschlossen: 1934 gibt er in „Die Technik der Sterilisierung und Kastration“ an, wie er auf die Anlage von Ligaturen verzichtet, um Stauungen zu vermeiden. Bereits Anfang 1935 hingegen unterbindet auch er das abführende Ende um die Wiedervereinigung der Stümpfe zu verhindern. Und nur knapp zwei Jahre später bezeichnet Boeminghaus die beiden Alternativen doppelte Ligatur oder gar keine als gleichwertig. Seine getätigten Aussagen unterstreichen, wie schon im Falle der Diskussion um das Stumpfeinnähen, die Unsicherheit mit der sich selbst Boeminghaus als Pionier der deutschen eugenischen Sterilisation auf dem fachwissenschaftlichen Parkett bewegte. Ihm fehlt - wie auch seinen Kollegen - die klinische Erfahrung am großen Patientenpool nach Sterilisationsoperation, um damit statistische Evidenz zu begründen oder gar Richtlinien zur korrekten irreversiblen Sterilisierung aufsetzen zu können.

Somit bleibt festzustellen, dass im Hinblick auf die technische Ausführung der Unfruchtbarmachung im „Dritten Reich“ mehr fachliche Uneinigkeit bestanden haben dürfte, als bisher angenommen. Hatten die Autoren der Originalartikel versucht, eine

sichere Methode gegen Wiedervereinigung der Samenleiterstümpfe zu standardisieren, entwickelten sich schon mit Einführung des GzVeN die zwei genannten Techniken, von denen sich eine schnell als unbrauchbar herausstellen sollte. blieb ab 1935 nur noch die Stumpfligatur bestehen, wurde diese doch von an den reichsdeutschen Kliniken auf unterschiedlichste Weise – einfach, doppelt oder wenn als unnötig erachtet auch gar nicht - ausgeführt. Keine dieser Praktiken konnte sich aus heutiger Sicht betrachtet auf gesamter Reichsebene flächendeckend durchsetzen. In cumulo kommt folgende Zustandsbeschreibung dem Status Quo der Sterilisationspraxis seit 1935, die höchsten Wert auf Irreversibilität legt, wohl am nächsten: an den chirurgischen Kliniken des „Deutschen Reiches“ wurde, dem jeweiligen Gusto und der Lehrmeinung der ärztlichen Leitung folgend, entweder mit Hilfe der einfachen abtestikulären, oder der doppelten Stumpfligatur eine Wiederdurchgängigkeit des resezierten Vas deferens unmöglich gemacht, oder aber auf eine zusätzliche Maßnahme ganz verzichtet mit der Argumentation, dass die baldige Vernarbung von Schnittstellen eine Vereinigung a priori unmöglich machen würde.

3.3.3 Sicherheit der Operation und Notwendigkeit von Spermizidinstillation

Die Anzahl der Artikel, welche die größtmögliche Sicherheit postoperativer Sterilität thematisieren, beläuft sich auf 31. Dies entspricht einem Anteil von über 60 % aller Originalartikel und unterstreicht bereits auf quantitativer Ebene die Unabdingbarkeit dieses Topics, sobald auf Reichsebene Disputationen zur operativen Unfruchtbarmachung des Mannes geführt wurden. All diese 31 Artikel haben eines gemeinsam: sie erörtern, anhand welcher Methoden die hundertprozentige Sterilität des Mannes - den Vorschriften des Gesetzgebers genügend – möglichst ab dem Zeitpunkt der Operation garantiert werden könne. Eine zentrale Position nimmt erneut Hans Boeminghaus ein, indem er sich als dem Gesetz verpflichteter, treuer Sterilisationsarzt mit Anspruch auf eine wissenschaftliche Pionierrolle geriert. Bezeichnend hierfür stammt der erste Artikel zur Sterilitäts-Sicherheit 1934 auch von ihm. In der „Zeitschrift für Urologie“ wird jener Beitrag „Zur Physiologie der Samenblasen und der Spermien“ abgedruckt, den Boeminghaus gemeinsam mit Baldus verfasst hat und auf den einige Autoren rekurrieren werden. Bereits einleitend steht dort, dass sich Spermien nach vollzogener Sterilisation noch in Samenblasen halten könnten und als Resultat daraus mit der „Möglichkeit eines befruchtungsfähigen Beischlafs gerechnet

werden²⁴⁷ müsste. Deshalb sehen Boeminghaus und Baldus die Instillation von spermiziden Lösungen in den peripheren Samenleiterstumpf zur Lösung dieses Problems als notwendig an.²⁴⁸ Nach einer mehrseitigen Abhandlung zur Stellung der Samenblase als Spermienreservoir im Geschlechtsorgan stellen die beiden Autoren Ergebnisse von thermischen und chemischen Versuchen an Spermien vor. Die „Abtötung der Spermien, die nach vollzogener Sterilisierung noch in den ableitenden Samenwegen vorhanden sind“²⁴⁹ mithilfe einer „Substanz [...], die [...] eine möglichst große elektive spermientötende Wirkung [und] [...] eine möglichst geringe Reizwirkung auf die Schleimhäute der Samenwege einschließlich der Samenblasen“²⁵⁰ besitzt, wird zum Ziel ausgegeben. Aus den Versuchsreihen gehen am Ende „Rivanol 1:1000, Choleval 25:100, Arg. nitr. 1:1000“²⁵¹ als wirksamste Reagenzien hervor. Schließlich gibt Boeminghaus Rivanol den Vorzug, da sich „innerhalb weniger Minuten Auflösungserscheinungen an den Spermien zeigen“²⁵² und „nur eine ganz geringe Reizung der Schleimhäute und des Gewebes“²⁵³ zu beobachten waren. Geschickt versteht es Boeminghaus sogar die Reizwirkung des Spermizids zum Vorteil des Instillates umzumünzen: „Die [...] geringe lokale Schleimhautreizung kann der klinischen Anwendung nicht im Wege stehen, im Gegenteil, die Reizung wirkt sich insofern günstig aus, als die phagozytären Eigenschaften der austretenden Leukozyten innerhalb der Samenblase [...] die abtötende Wirkung der Reagenzien unterstützen.“²⁵⁴ Weiter heißt es: „Eine geringe Reizwirkung ist [...] nicht unerwünscht, da [...] die Samenblasen sich daraufhin spastisch kontrahieren und ihren Inhalt ausstoßen.“²⁵⁵ Ebenfalls verweisen die Autoren auf die korrekte Applikation von Rivanol, indem einmalige Instillation von 4-5 ccm, jedoch maximal 10 ccm als ausreichend angesehen wird.²⁵⁶ Entsprechend der Boeminghaus'schen Lehrmeinung von der Samenblase als Spermienreservoir muss „die Injektion [...] unter langsamem Druck erfolgen, damit die Samenblasen gut gefüllt werden, ehe durch den Überdruck der muskuläre Verschluss der Duct. ejaculatorii [der Samenblasen] gesprengt wird und die instillierte Flüssigkeit die Möglichkeit hat, nach der Harnröhre abzufließen.“²⁵⁷ Im „Zentralblatt für Chirurgie“ Anfang 1934 wiederholt Boeminghaus seine Forderungen nach

²⁴⁷ Boeminghaus: Zur Physiologie der Samenblasen und der Spermien. 1934, S. 433

²⁴⁸ ebenda

²⁴⁹ Boeminghaus: Zur Physiologie der Samenblasen und der Spermien. 1934, S. 450

²⁵⁰ ebenda

²⁵¹ Boeminghaus: Zur Physiologie der Samenblasen und der Spermien. 1934, S. 455

²⁵² Boeminghaus: Zur Physiologie der Samenblasen und der Spermien. 1934, S. 456

²⁵³ ebenda

²⁵⁴ Boeminghaus: Zur Physiologie der Samenblasen und der Spermien. 1934, S. 452

²⁵⁵ Boeminghaus: Zur Physiologie der Samenblasen und der Spermien. 1934, S. 456

²⁵⁶ ebenda

²⁵⁷ ebenda

Rivanolinstillation nochmals beinahe wortwörtlich, und verleiht ihnen Nachdruck indem er den verbleibenden Spermien der abführenden Samenwege eine potentiell sehr lange Lebensfähigkeit zuspricht.²⁵⁸ Auch mit Beginn des Jahres 1935 erscheint nochmals im „Zentralblatt für Chirurgie“ ein Artikel des Marburger Oberarztes mit dem einfachen Titel „Zur Sterilisierungsoperation“. Ausdrücklich wird darin auf die theoretische Möglichkeit einer postoperativen Befruchtung durch verbliebene Spermatozoen in den abführenden Samenwegen verwiesen. Eine präventive Internierung des Patienten für mehrere Wochen sei zu teuer und die Entfernung restlicher Spermien durch Ejakulation unsicher und schlicht unmöglich.²⁵⁹ Am Ende der Publikation wird nicht versäumt die 1934 in der „Zeitschrift für Urologie“ veröffentlichten Ergebnisse erneut anzuführen und auf der leichten und erfolgreichen Anwendung von Rivanol zu beharren: „in Wirklichkeit aber ist die Instillation ein Kinderspiel und verzögert den Eingriff auf jeder Seite um höchstens 1 Minute.“²⁶⁰ Eine erste Erwiderung auf Boeminghaus und Baldus ersten Artikel folgt Ende 1934 im Zentralblatt für Chirurgie“. Prof. Oehlecker aus Hamburg-Barmbeck berichtet in seiner Schrift „Zur Unfruchtbarmachung des Mannes“ von eigenen Patienten, bei denen eine Woche nach OP die Samenblase digital exprimiert wurde, woraufhin als Resultat immer nur unbewegliche Spermien erhalten wurden.²⁶¹ Oehlecker kommt zu folgendem Fazit: „Nach allem ist wohl anzunehmen, dass eine Zeugung in der ersten Zeit nach der Sterilisation möglich ist, dass die Möglichkeit aber offenbar doch sehr gering ist.“²⁶² Eine Spülung mit Rivanol unterlässt er, ja hält diese sogar für ungeeignet, da die Gefahr bestünde, Erreger aus den Samenwegen in „das umliegende Gewebe und ins Gefäßsystem“²⁶³ weiterzuverbreiten und die OP unnötig verkompliziert würde. In derselben Ausgabe des „Zentralblatts für Chirurgie“ lehnt ebenfalls Oberarzt Schüller von der Medizinischen Akademie Düsseldorf die Durchspülung ab. Er begründet in „Zur Frage der Sterilisierungsoperation beim Manne“ seine Überzeugung: „So zweckmäßig dieses Vorgehen [das Durchspülen mit Rivanol] auch sein mag, so beruht es doch auf einem anatomischen Irrtum. Die Samenblasen tragen nämlich ihren Namen sehr zu Unrecht insofern sie keine Samenfäden enthalten, weder beim Menschen noch beim Tier. Mein ehemaliger Chef, Sobotta (Bonn), der bei einem Dutzend Hingerichteter [...] die Samenblasen untersucht hat, konnte [...] „nie ein Spermium darin“ finden.“²⁶⁴ Nach

²⁵⁸ Boeminghaus: Nochmals zur Sterilisation des Mannes. 1934, S. 998

²⁵⁹ Boeminghaus: Zur Sterilisierungsoperation. 1935, S. 10

²⁶⁰ Boeminghaus: Zur Sterilisierungsoperation. 1935, S. 13

²⁶¹ Oehlecker: Zur Unfruchtbarmachung des Mannes. 1934, S. 2888

²⁶² ebenda

²⁶³ ebenda

²⁶⁴ Schüller: Zur Frage der Sterilisierungsoperation beim Manne. 1934, S. 2361

zusätzlichem Hinweis darauf, dass auch die Samenleiterampulle keine Spermien beherbergen würde, „entfällt die ... Voraussetzung zu dem Vorgehen der Durchspülung, wie sie Boeminghaus angibt.“²⁶⁵ Schüller schließt mit dem konstruktiven Vorschlag, die Resektion „so weit wie möglich blasenwärts vorzunehmen“²⁶⁶. Damit minimiere sich die Wahrscheinlichkeit, dass „noch Spermatozoen in dem Ductus deferens peripher von der Durchtrennungsstelle vorhanden sind“²⁶⁷ und „eine Zeugungsfähigkeit [wäre] praktisch nicht mehr vorhanden“²⁶⁸. Mit der Frage der postoperativen Zeugung beschäftigt sich Dr. Dege von der Chirurgischen Universitätsklinik Jena, bejaht diese und beschreibt im „Zentralblatt für Chirurgie“ Anfang 1935 eigene Versuche zur Expression von Samenblasen sterilisierter Männer. Darin schildert Dege seine Annahme, dass sich post OP nach spätestens zwei Monaten keine Spermien mehr in den Samengängen befinden.²⁶⁹ Mehrwöchige Isolierung des Patienten und Nachbestrahlung scheiden als präventive Maßnahmen für Dege genauso aus wie Boeminghaus Rivanolinstillation.²⁷⁰ Als kostengünstigste, unschädlichste und sicherste Methode verbleibe laut Dege allein das Leermassieren der Samenblasen vom Rektum aus an 4-5 aufeinanderfolgenden Tagen, wobei das erhaltene Exsponat der mikroskopischen Erfolgskontrolle dienen kann.²⁷¹ Dr. Arthur Roesner vom Städtischen Krankenhaus Glatz schaltet sich in derselben Ausgabe des „Zentralblatts für Chirurgie“ in die Diskussion um die beste Präventionsmethode mit ein. Er setzt in seinem Artikel „Durchspülung der Samenleiter zwecks momentaner Sterilisierung des Mannes“ als bewiesen voraus, dass sofortige Sterilität nach der Operation nicht gegeben sei und sich noch Spermien in den abführenden Samenwegen befinden würden.²⁷² Zugleich wird darin Dege widersprochen, indem das Ausmassieren aufgrund der vielen verbleibenden Spermatozoen als zu unsicher dargestellt wird.²⁷³ Direkten Bezug nimmt Roesner ebenfalls auf Boeminghaus Rivanolinstillation, modifiziert diese jedoch dahingehend, dass in Glatz 40 ccm einer 3 % Borsäurelösung in den Stumpf gespritzt werden. Als Begründung wird die beobachtete Reizlosigkeit von Borsäure im Gegensatz zu Rivanol angeführt.²⁷⁴ Boeminghaus weiß auch auf diese Kritik prompt zu antworten und relativiert die Reizwirkung des Rivanol im Artikel „Zur Durchspülung des Samenleiters bei der Sterilisierungsoperation“: „Wenn man will, ist natürlich alles, außer

²⁶⁵ ebenda

²⁶⁶ ebenda

²⁶⁷ ebenda

²⁶⁸ ebenda

²⁶⁹ Dege: Zur Frage der Nachbehandlung Sterilisierter. 1935, S. 1008

²⁷⁰ ebenda

²⁷¹ ebenda

²⁷² Roesner: Durchspülung der Samenleiter zwecks momentaner Sterilisierung des Mannes. 1935, S. 216

²⁷³ ebenda

²⁷⁴ Roesner: Durchspülung der Samenleiter zwecks momentaner Sterilisierung des Mannes. 1935, S. 217

etwa der physiologischen Kochsalzlösung reizend, [...] und bestimmt auch die 3proz. Borlösung.²⁷⁵ Aus seiner eigenen Erfahrung als Urologe heraus empfiehlt Boeminghaus sein Instillat weiter: „Ich habe jahrelang bei mehreren tausend Cystoskopien als Füllungsmedium das Rivanol [...] wegen seiner Reizlosigkeit und gleichzeitig seiner hohen anti-bakteriellen Eigenschaften benutzt und nie Reizerscheinungen subjektiver oder objektiver Art gesehen.“²⁷⁶ Seine Überzeugung und Hingabe an das perfekte Gelingen der eugenischen Maßnahme reicht so weit, dass Boeminghaus Rivanol seiner hohen spermiziden Potenz wegen selbst dann applizieren würde, wenn es „merkliche subjektiv und objektiv nachweisbare Reizwirkung auf die Schleimhäute entfalten würde“²⁷⁷.

Letztgenanntes Zitat lässt sich im Kontext als ein klarer Hinweis auf bewusste Missachtung des Hippokratischen Grundsatzes „primum nil nocere“ werten, wobei der rassenhygienischen Idee der Sterilisierung ein Mehr an Spielraum auf Kosten der individuellen Unversehrtheit gewährt wird. Rückendeckung erhält Boeminghaus von August Schlegel, der in seinem Beitrag „Die Chirurgie im deutschen Strafrecht und in der Rassepolitik“ folgendermaßen über die Spermizidinstillation urteilt: „Die Durchspülung der Samenleiter mit Rivanol zur Abtötung der Spermatozoen in den Samenblasen ist ebenfalls ein Sicherheitsfaktor.“²⁷⁸ Der Bericht von der 59. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie in Berlin gibt zweifelsohne Aufschluss darüber wie umstritten die Rivanolinstillation wirklich war. In der allgemeinen Aussprache nach einem Vortrag von von Brandis aus Freiburg statuiert Oehlecker, dass in Samenblasen verbleibende Spermien eher zugrunde gehen würden als länger zu überleben. Aus diesen durch Samenblasenexpression gewonnenen Erkenntnissen leitet der Hamburger Arzt ab, dass aufgrund der geminderten Befruchtungsgefahr eine Durchspritzung der Stümpfe mit Rivanol überflüssig wäre.²⁷⁹ Konträre Meinung vertritt wie zu erwarten war auch hier Boeminghaus und nutzt die Tagung als Plattform um seine mit Baldus in der „Zeitschrift für Urologie“ publizierten Forschungsergebnisse zu propagieren bzw. für die Notwendigkeit der Rivanoldurchspülung zu werben.²⁸⁰ Vogeler aus Stettin pflichtet Boeminghaus bei, indem auch er von der erfolgreichen und komplikationslosen Rivanolapplikation mit sicherer Spermienabtötung in 13 von 14 Fällen berichtet, gleichzeitig explizit dessen naturwissenschaftliche Verdienste würdigt und die

²⁷⁵ Boeminghaus: Zur Durchspülung des Samenleiters bei der Sterilisierungsoperation. 1935, S. 690

²⁷⁶ ebenda

²⁷⁷ Boeminghaus: Zur Durchspülung des Samenleiters bei der Sterilisierungsoperation. 1935, S. 691

²⁷⁸ Schlegel: Die Chirurgie im deutschen Strafrecht und in der Rassepolitik. 1935, S. 678

²⁷⁹ Bericht der 59. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. 1935, S. 30

²⁸⁰ Bericht der 59. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. 1935, S. 31

Samenblasenexpression vom Darm aus für unzureichend erklärt.²⁸¹ Von ähnlichen Erfahrungen mit der Rivanolinstillation weiß während der Tagung auch von Brandis aus Freiburg zu berichten.²⁸² Abschließende Kritik an der Durchspülung kommt von Stabel aus Berlin und Franke aus Achern (Baden): für beide besteht a priori keine Notwendigkeit zur Instillation eines Spermizids. Die Wärme der Bauchhöhle werde jene im durchziehenden Leitungstrakt verbliebenen Spermien laut Franke innerhalb kürzester Zeit abtöten.²⁸³ Stabel hingegen vergleicht die spärliche Spermienmenge im Ejakulat nach Sterilisation mit der physiologischen Ejakulation und leitet daraus die Unmöglichkeit einer Befruchtung ab: „Wenn man von dem physiologischen Vorgange der Befruchtung ausgeht und bedenkt, wie viele Millionen Spermatozoen dabei gegen den Muttermund geschleudert werden, dann kann man es nicht für wahrscheinlich halten, dass die wenigen abgestandenen Tropfen, die beim kastrierten Manne noch in den Samenblasen vorhanden sind, zu einer Befruchtung führen können. Wissen wir doch auch von vielen sterilen Ehen, dass sehr häufig die Oligospermie des Mannes allein für sich einen Grund abgibt, dass keine Befruchtung eintritt.“²⁸⁴ Bezeichnenderweise ergreift Boeminghaus das letzte Wort der Tagung und führt Tierversuche an, bei denen Befruchtung nach Sterilisierung beobachtet wurde.²⁸⁵ Diese Tatsache in Kombination mit seiner anhaltenden Überzeugung bezüglich der Samenblase als Spermienreservoir und dem Nachweis vieler lebhafter Spermien im resezierten Vas-deferens- Stück reichen dem Urologen zum Abschlussplädoyer: „[...] ich verstehe nicht, warum man sich gegen die empfohlene Rivanolinstillation sträubt, da sie den Eingriff nicht kompliziert, absolut ungefährlich ist und dem operativen Eingriff die Sicherheit gibt, die vom Gesetz angestrebt wird.“²⁸⁶ Abermalige Ablehnung der Boeminghaus’schen Durchspülung findet sich in der Sammelausgabe des „Zentralblatts für Chirurgie“ Januar- April 1935, in der beispielsweise Hilgenfeldt offen seine Ablehnung kundtut. Der Kölner Oberarzt sieht analog zu Oehlecker die Infektionsgefahren der Rivanolinstillation: „Diese Spülungen können nicht nur frische Infektionen blasenwärts in die Samenwege bringen, sondern auch dazu beitragen, frühere, chronische, zur Zeit abgelaufenen Entzündungen wieder ins akute Stadium zum Aufflackern zu bringen!“²⁸⁷ Darüber hinaus stellen „diese Maßnahmen besonders im Wiederholungsfalle keine Annehmlichkeit für diese bemitleidenswerten Geschöpfe“²⁸⁸ dar. Hinweise auf Sobottas

²⁸¹ Bericht der 59. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. 1935, S. 34

²⁸² Bericht der 59. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. 1935, S. 35

²⁸³ Bericht der 59. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. 1935, S. 37

²⁸⁴ ebenda

²⁸⁵ Bericht der 59. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. 1935, S. 38

²⁸⁶ ebenda

²⁸⁷ Hilgenfeldt: Menschliche und technische Fragen zur gesetzlichen Sterilisierung. 1935, S. 565

²⁸⁸ ebenda

Sektionen von Hingerichteten in Bonn, bei denen keine Spermien in den Samenblasen vorgefunden wurden, sind ebenfalls in Hilgenfeldts Artikel enthalten²⁸⁹ und unterstreichen die Überflüssigkeit von Durchspülungen. Schließlich finden auch noch Haberlands Präventionsmaßnahmen Eingang in genannte Publikation: „Haberland erwähnt weiter, weil [...] noch 8 Wochen lang Spermien [...] lebensfähig bleiben, dürften Zwangssterilisierte erst nach 3 Monaten den Geschlechtsverkehr wieder beginnen, nachdem sie mindestens 6mal ausgiebige Ejakulation gehabt hätten.“²⁹⁰ Hilgenfeldts Kommentar dazu: „Für Anstaltsinsassen ist diese Vorsicht nicht nötig. Für andere Patt. auf die es hier ankommt, hat Haberland Durchführungsbestimmungen nicht beigegeben.“²⁹¹ Der Kölner Oberarzt wird seine oben genannten Vorbehalte gegenüber Durchspülungen der Samenwege – z.B. Angst vor Reinfektionen - Mitte 1935 nochmals im „Zentralblatt für Chirurgie“ forciert darstellen und auf ähnliche Beobachtungen von Oehlecker bzw. die breite Ablehnung auf dem 59. Chirurgenkongress in Berlin verweisen. In diesem „Nochmals zur Sterilisation von Männern“ betitelten Artikel stellt Hilgenfeldt klar, dass die Expression der Samenblasen vom Mastdarm aus einzig als additive Sicherheitsmaßnahme von Nutzen sein könne, jedoch alleinige Behandlungsmethode zur Sicherung der sofortigen Sterilität bei weitem nicht ausreichend wäre.²⁹² 1935 schaltet sich Prof. Bauer von der Universitätsklinik Breslau in die Diskussion ein und kommentiert im „Archiv für klinische Chirurgie“ die bisher vorgeschlagenen Präventivmaßnahmen. Sowohl die Aufklärung des Patienten über die Strafbarkeit einer postoperativen Zeugung als auch die Samenblasenexprimierung werden im Artikel „Über Technik und Methodik der Sterilisation beim Mann“ als unzureichend abgestempelt.²⁹³ Internierung hingegen gilt für den Breslauer Universitätsprofessor als praktikable Methode der Sterilitätssicherung, die als „3 Monate dauernde Urlaubs- und Entlassungssperre“²⁹⁴ über Anstaltsinsassen zu verhängen sei. Röntgenbestrahlung mit 50 % HED würde Bauer zufolge keine sichere spermizide Wirkung garantieren, noch sei diese Methode der „Möglichkeit von Röntgenmutationen“²⁹⁵ wegen weiterzuempfehlen. So bleibt für ihn die Boeminghaus'sche Durchspülung mit Rivanol 1:1000 als einzig angebrachte Alternative zur Behandlung der übrigen Sterilisierten bestehen, an die sich „die meisten Kliniken halten“²⁹⁶. Wie Bauer beschäftigt die Internierungsfrage auch Dr. Hendriock aus Ehringshausen an der Dill und

²⁸⁹ ebenda

²⁹⁰ Hilgenfeldt: Menschliche und technische Fragen zur gesetzlichen Sterilisierung. 1935, S. 566

²⁹¹ ebenda

²⁹² Hilgenfeldt: Nochmals zur Sterilisierung von Männer. 1935, S. 1702

²⁹³ Bauer: Über Technik und Methodik der Sterilisation beim Mann. 1935, S. 619/620

²⁹⁴ Bauer: Über Technik und Methodik der Sterilisation beim Mann. 1935, S. 620

²⁹⁵ Bauer: Über Technik und Methodik der Sterilisation beim Mann. 1935 S. 621

²⁹⁶ ebenda

stellt die Kernthematik seiner Publikation „Ist nach der Sterilisation erbkranker Männer eine Quarantänezeit notwendig?“ dar. Der Chefarzt vom Kaiserin- Auguste- Viktoria-Krankenhaus erörtert darin ob eine geforderte Internierungszeit durch die Boeminghaus'sche Rivanolspülung verkürzt, ja im besten Falle ganz dadurch ersetzt werden könnte. So wird die Spülung durchaus als wirksamer Ersatz angesehen, bei deren Anwendung in Einzelfällen aber Vorsicht geboten sei. Hendriock schreibt: „Trotz des vorhandenen neuro- muskulären Apparates haben wir nicht hundertprozentig die Garantie, dass bei Vasopunktion und Spülung die Spermien abtötende Flüssigkeit in allen Fällen auch wirklich in die Samenblasen eindringt. Es ist unter Umständen mit der Möglichkeit zu rechnen, dass die Spülflüssigkeit aus der Ampulle über den Ductus ejaculatorius direkt in die Harnröhre gelangt.“²⁹⁷ Mit dieser Eventualität müsse man „besonders bei nervös stigmatisierten Personen und bei Anwendung reizender Spüllösungen“²⁹⁸ rechnen. Die korrekte Spermizidapplikation könnte in solch gearteten Fällen durch Kontrolle der Harnröhren- und Blasenfüllung verifiziert bzw. unter Verwendung gefärbter Lösungen eindeutig nachgewiesen werden.²⁹⁹ Ein solch abgesichertes Durchspülen der Samenwege mit garantierter Füllung der Samenblasen ersetzt Hendriock zufolge die Internierungszeit und verhütet „mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit eine spätere Befruchtung.“³⁰⁰ Abschließend erklärt der Autor Rivanol aufgrund seiner geringen Reizwirkung auf Schleimhäute und Muskulatur zum Reagens der Wahl.³⁰¹ Nach Sterilisation ebenfalls durchspült wird am Städtischen Krankenhaus am Urban in Berlin. Dies ergeht wortwörtlich aus Stiasnys „Beitrag zur Vasektomie“, der Mitte 1935 im „Zentralblatt für Chirurgie“ erscheint: „So haben wir wie Boeminghaus und andere auch immer den peripheren Samenleiterschmel mit Samenblasen durchspült. Es bleibt dahingestellt, ob die in verhältnismäßig kleiner Anzahl [...] in den Samenblasen vorhandenen Spermien so lebensfähig sind und die Fähigkeit besitzen, eine Befruchtung hervorzurufen. Auf jeden Fall ist bei der Operation auch diese Tatsache zu berücksichtigen.“³⁰² Stiasny verweist auf Untersuchungen an Samenblasen von Kopsch und unterlässt es nicht eigene Nachweise von befruchtungsfähigen Spermien aus Samenblasen von Patienten und Leichen zur Rechtfertigung der notwendigen Durchspülung anzuführen.³⁰³ Auf das Reagens geht der Autor genauer ein: „Früher

²⁹⁷ Hendriock: Ist nach Sterilisation erbkranker Männer eine Quarantänezeit notwendig? 1935, S. 149

²⁹⁸ ebenda

²⁹⁹ ebenda

³⁰⁰ Hendriock: Ist nach Sterilisation erbkranker Männer eine Quarantänezeit notwendig? 1935, S. 150

³⁰¹ ebenda

³⁰² Stiasny: Beitrag zur Vasektomie. 1935, S. 1353

³⁰³ ebenda

instillierten wir 5 ccm einer Hg-oxycyanatlösung 1:3000; in der letzten Zeit nehmen wir wie Boeminghaus 5 ccm einer Rivanollösung 1:1000. Eine besondere Reizung des Gewebes durch die Rivanollösung haben wir nie beobachtet.“³⁰⁴ Aber auch auf einer bisher noch nicht betrachteten Ebene verleiht die Spülbehandlung der Sterilisationsoperation ein Mehr an Sicherheit; würde doch bei versehentlicher Resektion eines Bindegewebsstranges anstatt des Ductus eine Instillation entweder überhaupt nicht oder nur unter äußerst hohem Widerstand möglich sein, so hält Stiasny „die Instillation [...] für wichtig, als man mit Sicherheit weiß, dass es sich bei der Resektion wirklich um das Vas deferens handelt“³⁰⁵. Auch gibt Stiasny als Erster detaillierte Beobachtungen des veränderten Ejakulates nach Rivanolinjektion an: „Das Ejakulat war in mehreren Fällen [...] durch das instillierte Rivanol noch ganz gelb verfärbt, die Konsistenz dünnflüssig, die Menge bedeutend vermehrt (normal 3 ccm). [...] Bei den Ejakulatuntersuchungen konnten fast immer unbewegliche, teils zerfallene Spermatozoen festgestellt werden.“³⁰⁶ Die abschließende Bemerkung, in der von der Annahme gesprochen wird, dass „die Rivanollösung, die in die Samenblasen gelangt, absolut spermientötend wirkt, ohne [...] reizend auf die Genitalorgane zu wirken“³⁰⁷, kann als prägnante Empfehlung der Boeminghaus'schen Spülmethode gedeutet werden.

Dass sich im Jahre 1936 immer noch keine einheitliche Meinung zur präventiven Sofort-Nachbehandlung Sterilisierter gebildet hatte, zeigt der Artikel „Verfahren und Nachbehandlung bei der Unfruchtbarmachung des Mannes unter besonderer Berücksichtigung der Doppelbildung der Samenleiter“ von Dr. Büttner. Sieht der Göttinger Arzt das Vorhandensein von befruchtungsfähigen Spermien nach der Vasektomie für mindestens vier Wochen, wenn nicht gar für einige Monate, in den Samenblasen als gesichert an, so praktiziert er an der Göttinger Universitätsklinik im Unterschied zu vorher angeführten Autoren die Samenblasenexpression, die er nach eigenen Angaben analog zu Dege ausführt.³⁰⁸ Es ergeht in Büttners Schrift die Empfehlung zwei- bis dreimal die Vorsteherdrüse und die Samenblasen gründlichst vom Mastdarm her leerzumassieren, besser noch diese „mehrfach, möglichst täglich, nach Nachlassen des Wundschmerzes auszudrücken.“³⁰⁹ Einen Vergleich mit Boeminghaus' Instillationen lässt Büttner nicht aus: „Diese Behandlung [Samenblasenexpression] hat zweifellos für die Kranken und den

³⁰⁴ ebenda

³⁰⁵ ebenda

³⁰⁶ Stiasny: Beitrag zur Vasektomie. 1935, S. 1355

³⁰⁷ ebenda

³⁰⁸ Büttner: Verfahren und Nachbehandlung bei der Unfruchtbarmachung des Mannes unter besonderer Berücksichtigung der Doppelbildungen der Samenleiter. 1936, S. 53

³⁰⁹ Büttner: Verfahren und Nachbehandlung bei der Unfruchtbarmachung des Mannes unter besonderer Berücksichtigung der Doppelbildungen der Samenleiter. 1936, S. 54

Untersucher Unangenehmes. Sie hat aber der Spülbehandlung den Vorteil völliger Ungefährlichkeit voraus. Wir haben bisher von der von Boeminghaus empfohlenen Rivanolspülung abgesehen, da die Möglichkeit einer chemischen Reizung und Schädigung nicht ganz auszuschließen ist. [...] Inwieweit dieses Verfahren gleichen Erfolg beim Menschen hat, bleibt größeren Nachuntersuchungen vorbehalten.“³¹⁰ Zwei Vorauforen finden Erwähnung in Büttners Publikation und generieren das Bild von einer indifferenten Haltung des Göttingers gegenüber der Spülbehandlung. Dort steht die erfolgreiche Rivanolapplikation (13 erfolgreiche Maßnahmen zur Spermienabtötung unter 14 Patienten) von Vogeler der ablehnenden Haltung von Hilgenfeldt gegenüber, der die Befruchtungsmöglichkeit nach Sterilisierung a priori als bedeutungslos ansieht.³¹¹ Jene, 1936 immer noch reichsweit grassierende, und hier deutlich zutage tretende Unsicherheit bezüglich Toxizität und Effizienz von Spülbehandlungen veranlasst Büttner zur alternativen Anwendung der ungefährlichen Samenblasensexpression: „Das Ausdrücken von Samenblasen und Vorsteherdrüse scheint uns ein Weg zu sein, bald nach der Operation Unfruchtbarkeit zu erreichen.“³¹²

Eine mögliche Wende könnte die Lehrmeinung bezüglich der Rivanolspülung Mitte 1936 genommen haben. Denn zu jener Zeit findet sich im „Zentralblatt für Chirurgie“ ein korrespondierender, interessanter Artikel mit dem Titel „Katheter zur Gewinnung von Spermien aus den Samenblasen und unteren Samenwegen“. Der Autor Stiasny leitet mit diesen bezeichnenden Worten ein: „Sind Sterilisierte nach der Operation noch für einige Monate befruchtungsfähig? Da heute fast in allen Kliniken die Instillation der unteren Samenwege mit einer desinfizierenden Flüssigkeit zum Zwecke der Abtötung der noch vorhandenen lebenden Spermien angewandt wird, spielt diese Frage eine untergeordnete Rolle.“³¹³ Glaubt man der Aussage des Berliner Arztes, scheint sich die Boeminghaus'sche Methode der Instillation auf Reichsebene durchgesetzt zu haben. Weil Stiasny jedoch empirische Daten missen lässt, müssen die restlichen elf verbleibenden Artikel zur Thematik der Rivanolspülung zur Verifizierung dieser Aussage herangezogen werden. Der chronologisch folgende Artikel scheint die Akzeptanz der Spülung in der Fachpresse zu bestätigen. In Paul Moysichs „Die Sterilisierungsoperation beim Manne“ von 1937 empfiehlt der Autor die Rivanolinjektion trotz erhöhter Durchschnittskörpertemperaturen

³¹⁰ Büttner: Verfahren und Nachbehandlung bei der Unfruchtbarmachung des Mannes unter besonderer Berücksichtigung der Doppelbildungen der Samenleiter. 1936, S. 55

³¹¹ ebenda

³¹² Büttner: Verfahren und Nachbehandlung bei der Unfruchtbarmachung des Mannes unter besonderer Berücksichtigung der Doppelbildungen der Samenleiter. 1936, S. 56

³¹³ Stiasny: Katheter zur Gewinnung von Spermien aus den Samenblasen und unteren Samenwegen. 1936, S. 1750

seiner Patienten nach Injektion, welche er in Langzeitstudien nachgewiesen hatte. Seine Rechtfertigung der Behandlung mit dem Spermizid sieht folgendermaßen aus: „Es wäre aber verfehlt, daraus irgendwelche Schlüsse gegen die Rivanoldurchspülung ziehen zu wollen, denn sollten sich tatsächlich auch bei größeren Zahlen diese Erfahrungen bestätigen, so ist der Nutzen der Rivanoldurchspülung (Abtötung der Spermien in den Samenwegen) so groß gegenüber dem nur theoretischen Schaden, dass keine Bedenken gegen die Anwendung bestehen können.“³¹⁴ Wie bereits bei Boeminghaus angeklungen wird die potentielle Schädigung des Patienten vom Operateur – wenn auch nur theoretisch – billigend in Kauf genommen, um den Vorschriften der nationalsozialistisch-kollektivistischen Rassenhygiene zu genügen. Im selben Jahr rechnet Boeminghaus nochmals mit allen in der Fachliteratur herumgeisternden präventiven Sicherungsmethoden der letzten Jahre ab und publiziert den Artikel „Die Sterilisierung des Mannes“ in der „Zeitschrift für Urologie“. Eine postoperative Internierung von Anstaltsinsassen gestaltet sich für den Marburger noch relativ einfach; eine solche Maßnahme wird jedoch aufgrund der mangelnden Kenntnisse über die genaue Lebensdauer verbleibender Spermien unpraktikabel, sobald es sich um ambulante Patienten handelt.³¹⁵ Vorschläge, Patienten nach der Operation zur willkürlichen Ejakulation zu ermuntern, kommentiert Boeminghaus nüchtern: „Man kann über diesen Vorschlag nicht diskutieren, und ich glaube, es würde, wenn dies zur Regel oder Gewohnheit gemacht würde, mit Recht eine Mißkreditierung der gesamten Maßnahmen daraus resultieren.“³¹⁶ Digitale Expressionen vom Mastdarm aus sind für ihn ebenfalls „unzureichend und unsicher“³¹⁷. Nach eigenem Ausschlussverfahren kann für Boeminghaus kein anderes Verfahren neben dem Königsweg der Rivanolinjektion Bestand haben. Allein auf diese Weise könne „eine chemische Abtötung der Spermien [...] [der] gesamten Samenwege, einschließlich der Samenblasen“³¹⁸ gelingen. „Natürlich“ hat dies mit Rivanol 1:1000 zu erfolgen, von dem Boeminghaus einmal mehr lobend zu berichten weiß: „Das Rivanol tötet die Spermien schlagartig, und auf Grund von 600 Sterilisationen kann ich versichern, dass niemals, weder in subjektiver noch in objektiver Hinsicht, durch das in die Samenwege instillierte Rivanol in einer Konzentration von 1:1000 Reizungen aufgetreten sind.“³¹⁹ Bezeichnend für Boeminghaus Geltungsanspruch und übersteigerte Pioniervorstellung, ist eine seiner Konklusionen, die ihm Rechtfertigung verschaffen soll: „Soweit ich unterrichtet bin, sind eine große Reihe von Chirurgen

³¹⁴ Moysich: Die Sterilisierungsoperation beim Manne. 1937, S. 30

³¹⁵ Boeminghaus: Die Sterilisierung des Mannes. 1937, S. 87

³¹⁶ ebenda

³¹⁷ ebenda

³¹⁸ Boeminghaus: Die Sterilisierung des Mannes. 1937, S. 88

³¹⁹ ebenda

meinem Vorschlag der Rivanolinstillation gefolgt“³²⁰. 1937 folgt in „Bruns' Beiträgen zur klinischen Chirurgie“ ein Beitrag von Dr. Menno Mennenga aus Königsberg in Preußen. Der Assistenzarzt untersucht dort Fälle von Kindszeugungen nach Sterilisierungsoperationen. Einer der vorsichtig formulierten Schlüsse die in „Über technische Schwierigkeiten bei der Sterilisierung des Mannes“ gezogen werden ist jener, dass sich längere Zeit befruchtungsfähige Spermien in den Samenblasen halten könnten und so eine postoperative Befruchtung ermöglicht würde.³²¹ Vorkehrungen bzw. Sicherungsmaßnahmen klingen bei Mennenga aber nicht an.

Letzter Widerstand gegen einen standardisiert durchgeführten Spülvorgang mit Rivanol leistet Prof. Hermann Knaus von der deutschen Universitäts- Frauenklinik in Prag. 1937 veröffentlicht er in Ausgabe 2 des „Zentralblatts für Chirurgie“ den Artikel „Zur Dauer der Zeugungsfähigkeit nach der Vasektomie“, in dem er eigene Tierversuche an Kaninchen darlegt. Aus den Experimenten geht laut Knaus hervor, dass die Samenblase, in der eingewanderte Spermien höchstens 48 Stunden überleben könnten, schon allein der anatomischen Struktur wegen eher Resorptionsorgan denn Speicherorgan wäre. In diesem Zusammenhang wirft der Prager Universitätsprofessor Boeminghaus vor, bei seinen Behauptungen die aktuellsten internationalen „großen Fortschritte auf dem Gebiete der Hoden- und Spermatozoenphysiologie“³²² missachtet zu haben. Eigenen Versuchen zufolge, in deren Verlauf Kaninchenhoden in die Bauchhöhle der Versuchstiere verlagert wurden, stelle sich eine verminderte Lebensdauer der Spermien in den abführenden Samenwegen von höchstens drei Tagen aufgrund der schädigenden hohen Temperatur in der Bauchhöhle dar.³²³ Knaus empfiehlt die Samenleiterresektion außerhalb des Skrotums, woraufhin die verbleibenden Spermien der abführenden Samenwege der Körperwärme und damit den gleichen Bedingungen wie im Tierversuch ausgesetzt wären.³²⁴ Nach Abheilen der Wunden und der folgenden Krankenhausentlassung wäre dann „die Zeugungsfähigkeit bereits endgültig verloren [und] [...] die Durchspülung der unteren Hodenabführungsgänge mit spermientötenden Lösungen, wie sie vor allem von Boeminghaus [...] für unbedingt notwendig gehalten wird, überflüssig.“³²⁵ Ein bisher nicht dagewesener Sturm an Gegenschriften bricht in der folgenden Ausgabe 3/1937 des „Zentralblatts für Chirurgie“ über Knaus herein. Federführend gibt sich an dieser Stelle Boeminghaus, der ja ins Zentrum der Knausschen Kritik geraten war, mit seiner Schrift „Zu den Ausführungen von

³²⁰ ebenda

³²¹ Mennenga: Über technische Schwierigkeiten bei der Sterilisierung des Mannes. 1937, S. 367

³²² Knaus: Zur Dauer der Zeugungsfähigkeit nach der Vasektomie. 1937, S. 1508

³²³ Knaus: Zur Dauer der Zeugungsfähigkeit nach der Vasektomie. 1937, S. 1511

³²⁴ ebenda

³²⁵ ebenda

Herrn Prof. Dr. H. Knaus: „Dauer der Zeugungsfähigkeit nach der Vasektomie“ (Zbl. Chir. 1937, Nr 26)“. Einleitend stellt der Marburger klar, dass er von der skrotalen Sterilisationsmethode ausgegangen sei und Knaus Überlegungen zum Milieu der Bauchhöhle sich a priori erübrigt hätten.³²⁶ Folgerichtig sei die Rivanolinstillation die Methode der Wahl um die Restwahrscheinlichkeit einer Befruchtung nach skrotaler Vasoresektion auszuschließen.³²⁷ Vorwürfe, denen zufolge Boeminghaus nicht über den aktuellen Forschungsstand aufgeklärt sei, weist dieser zurück: „Was nun die Lebens- und Befruchtungsfähigkeit der Spermien angeht, so war uns die Temperaturempfindlichkeit der Spermien bekannt, und wir haben auch auf eine Reihe dahingehender experimenteller Untersuchungen, unter anderen auch auf die Angaben von Knaus, hingewiesen. Auch war uns die Tatsache von dem Temperaturunterschied im Skrotum und in der Bauchhöhle nicht unbekannt.“³²⁸ Knaus Schlüsse von der Unbeweglichkeit der Spermien auf deren erloschene Befruchtungsfähigkeit werden ebenfalls korrigierend kommentiert: „Immerhin kann man beweglichen Samenfäden nicht mit Sicherheit die Zeugungsfähigkeit absprechen, und auf dieses negative Urteil kommt es doch an, wenn man für die Praxis im Hinblick auf den Sterilisierungseingriff Garantien verlangt.“³²⁹ Enden lässt Boeminghaus seine nur dreiseitige Publikation, indem er abermals seine Überzeugungen statuiert und keine bisschen von seinen Standpunkten abweichen will: „So ergeben sich doch eine Reihe von Überlegungen und Feststellungen, die die Möglichkeit einer postoperativen Befruchtung unter besonderen Umständen und innerhalb einer gewissen Frist nahelegen bzw. beweisen. Daher scheint es mir nach wie vor angebracht, die empfohlene Durchspülung der Samenwege mit Rivanol, die sich jetzt in vielen 1000 Fällen für die Operierten als absolut harmlos erwiesen hat, beizubehalten, weil dadurch der Eingriff an Sicherheit gewinnt und die Entlassung der Erbkranken bereits am 3. – 4. Tage nach dem Eingriff ohne Gefährdung des operativen Zweckes möglich wird.“³³⁰ Interessanterweise lässt sich herauslesen, wie der quantitative Geltungsbereich, den Boeminghaus für seine Methode in Anspruch nimmt, von 600 Sterilisationen mit Beginn des Jahres 1937 auf „viele 1000“ Fälle gegen Ende desselben Jahres an Ausdehnung erfährt. Wie sehr jene Zahlen aus Marburg die tatsächliche Realität widerspiegeln lässt sich weder den Boeminghaus’schen Artikeln, noch den Publikationen seiner Fachkollegen direkt

³²⁶ Boeminghaus: Zu den Ausführungen von Herrn Prof. Dr. H. Knaus: "Dauer der Zeugungsfähigkeit nach der Vasektomie" (Zbl. Chir. 1937, Nr. 26). 1937, S. 2457

³²⁷ Boeminghaus: Zu den Ausführungen von Herrn Prof. Dr. H. Knaus: "Dauer der Zeugungsfähigkeit nach der Vasektomie" (Zbl. Chir. 1937, Nr. 26). 1937, S. 2458

³²⁸ ebenda

³²⁹ ebenda

³³⁰ Boeminghaus: Zu den Ausführungen von Herrn Prof. Dr. H. Knaus: "Dauer der Zeugungsfähigkeit nach der Vasektomie" (Zbl. Chir. 1937, Nr. 26). 1937, S. 2459

entnehmen. Prof. Bauer findet, als zweiter Gegenredner, ebenfalls nur Widerworte, wenn im Artikel „Erwiderung auf die Arbeit von H. Knaus: „Zur Dauer der Zeugungsfähigkeit nach der Vasektomie““ auf die Knaussche Arbeit rekurriert wird. So halten dort Sterilisationsversuche an Kaninchen vom Berliner Chirurgen Gohrbandt als Nachweis für die mindestens vierwöchige Periode postoperativer Zeugungsfähigkeit her.³³¹ Dies klingt bei Bauer folgendermaßen: „Ich habe [...] lediglich für die Spermatozoen des Mannes seine [Knaus] Theorie „von einem Höchstmaß der Befruchtungsfähigkeit von 2 Tagen“ auf Grund der Gohrbandt’schen Versuche für widerlegt angesehen, und die weitere Zeugungsfähigkeit Sterilisierter für eine gewisse Zeit für sicher erwiesen angesprochen“³³². Der bewusste Schlußschluss mit Boeminghaus bildet den Endpunkt des Artikels: „Da sich das Verfahren von Boeminghaus als ebenso wirksam, wie technisch einfach erwiesen hat, stehe ich nach wie vor nicht an, beim Manne dieses Verfahren bei der Sterilisierungsoperation zu empfehlen.“³³³ Der in Bauers Publikation angeführte Gohrbandt ergreift in „Erwiderung auf die Arbeit von H. Knaus „Zur Dauer der Zeugungsfähigkeit nach der Vasektomie““ schließlich auch selbst das Wort und komplettiert die kritische Triade, welche sich Ende 1937 Knaus entschieden entgegenstellt. Auch der Berliner weiß auf korrespondierende Versuche von Hammond und Asdell zurückzugreifen, wonach eine 40- tägige Latenz der Zeugungsfähigkeit nach Sterilisationsoperation an Tieren für erwiesen gilt.³³⁴ „Praktisch aber ist es für die Sterilisation [...] ganz gleich, ob bis zum 40. oder 105. Tage nach der Unterbindung des Vas deferens am Isthmus epididymidis Lebens- und Befruchtungsfähigkeit der Spermatozoen bestehen bleibt. Schon wenn man noch am 10. Tage nach der Sperroperation lebensfähige Spermatozoen finden würde, müsste ich das Durchspülen mit Rivanol für notwendig erachten und fordern.“³³⁵ Anhand dieses Artikelausschnittes kann klar nachvollzogen werden, wie immens eine Garantie der sofortigen Sterilität für die Sterilisationsoperateur*innen ins Gewicht fiel und die naturwissenschaftlichen Backgrounds in den Schatten der eugenischen Pflichterfüllung gerückt wurden. Steht für Knaus das biologische Setting und die Physiologie des Genitalapparates im Vordergrund, denen sich entsprechend adäquate eugenische Minimalmaßnahmen entlehnen, bedienen sich Boeminghaus, Gohrbandt und Bauer vorschnell der rassenhygienischen „chemischen Keule“ zur sicheren Erfüllung loyaler

³³¹ Bauer: Erwiderung auf die Arbeit von H. Knaus: "Zur Dauer der Zeugungsfähigkeit nach der Vasektomie" (Zbl. Chir. 1937, Nr 26, 1506). 1937, S. 2459

³³² Bauer: Erwiderung auf die Arbeit von H. Knaus: "Zur Dauer der Zeugungsfähigkeit nach der Vasektomie" (Zbl. Chir. 1937, Nr 26, 1506). 1937, S. 2460

³³³ ebenda

³³⁴ Gohrbandt: Erwiderung auf die Arbeit von H. Knaus: "Zur Dauer der Zeugungsfähigkeit nach der Vasektomie" (Zbl. Chir. 1937, Nr 26). 1937, S. 2461

³³⁵ ebenda

Dienstfunktionen am „gesunden Volkskörper“. Das Recht des Individuums auf Unversehrtheit wird nachrangig behandelt, die Betrachtung physiologisch- anatomischen Notwendigkeiten solch potentiell reizender Instillationen bleibt vernachlässigt, wird gar gänzlich unterlassen.

Ein letzter Höhepunkt dieser Auseinandersetzung ist Anfang 1938 mit der Erscheinung des Artikels „Zur Dauer der Zeugungsfähigkeit nach der Vasektomie – Schlusswort zu den Erwiderungen von Boeminghaus, Bauer und Gohrbandt“ von Knaus zu verzeichnen. Geduldig erläutert der Prager Universitätsprofessor nochmals seine Gedanken, setzt mit Bezug auf Boeminghaus die leichte Unbeweglichkeit von Spermatozoen unter natürlichen Bedingungen mit deren Befruchtungsunfähigkeit gleich und erkennt an, dass bei skrotaler Vasektomie noch zeugungsfähige Spermien verbleiben.³³⁶ Ein Zugeständnis des Autors an Boeminghaus im Nebensatz: „nach doppelseitigem Schnitt im Bereiche des Skrotalansatzes [...] [ist] damit eine Durchspülung der abführenden Samenwege nach Boeminghaus zu empfehlen.“³³⁷ Trotzdem beharrt Knaus auf der von ihm empfohlenen Methode der hohen Vasektomie, die ihm zufolge auf biologischer Argumentation beruht. Diese zeichne sich durch Überlegenheit gegenüber der skrotalen Vasoresektion aus, welche rein vom chirurgisch, operativ technischen Standpunkt betrachtet werde und überholt sei.³³⁸ Jene Überlegenheit tritt in Knaus Resumé überdeutlich zu Tage: „[...] selbst wenn man den distalen Teil des Hodenabführungsweges mit Rivanol spült, da man ja doch nicht mit absoluter Sicherheit behaupten kann, dass durch die Spülung in jedem Falle alle Spermatozoen vernichtet oder entfernt werden. Dagegen kann man mit Bestimmtheit annehmen, dass kein Samenfaden im Hodenabführungsgang außerhalb des Hodensackes dem schädigenden Einfluss der Körperwärme entgeht und damit schon wenig Tage nach der hoch ausgeführten Vasektomie Sterilität eintreten muss.“³³⁹

1938 folgt nur noch ein Artikel von Dr. Kurt Denecke aus Erlangen, nach dessen Dafürhalten „Samenfäden in den Samenleitern und vielleicht auch in den Samenblasen eine gewisse Zeit am Leben bleiben können.“³⁴⁰ Die Patentlösung für dieses Problem sieht der Assistenzarzt indem man „entsprechend dem Vorschlag von Boeminghaus die

³³⁶ Knaus: Zur Dauer der Zeugungsfähigkeit nach der Vasektomie - Schlußwort zu den Erwiderungen von Boeminghaus, Bauer und Gohrbandt. 1938, S. 424

³³⁷ Knaus: Zur Dauer der Zeugungsfähigkeit nach der Vasektomie - Schlußwort zu den Erwiderungen von Boeminghaus, Bauer und Gohrbandt. 1938, S. 425

³³⁸ Knaus: Zur Dauer der Zeugungsfähigkeit nach der Vasektomie - Schlußwort zu den Erwiderungen von Boeminghaus, Bauer und Gohrbandt. 1938, S. 427

³³⁹ Knaus: Zur Dauer der Zeugungsfähigkeit nach der Vasektomie - Schlußwort zu den Erwiderungen von Boeminghaus, Bauer und Gohrbandt. 1938, S. 427/428

³⁴⁰ Denecke: Spontane Wiederherstellung des Samenleiterkanals nach Resektion. 1938, S. 709

Einfüllung von Rivanol in die Samenblasen vornimmt³⁴¹. Denn die Instillation gilt auch für Denecke als „vollkommen harmloses, und auch technisch nicht komplizierendes Verfahren.“³⁴² Dieselbe Auffassung teilt cand. med. Otto Albert Rumpf ein Jahr später. Im Artikel „Die eugenischen Vasoresektionen in Danzig von 1934 bis August 1938 - Ihr Verlauf und ihre Komplikationen“ weiß Rumpf lobend zu berichten: „Wegen der außerordentlich spermientötenden Wirkung und seiner Indifferenz gegenüber dem menschlichen Gewebe durchspülen wir bei jeder Unfruchtbarmachung die Samenwege mit 10 cm³ einer 1prm. Rivanollösung. Nur so haben wir die Gewähr, dass der Kranke bei seiner Entlassung „unfruchtbar“ ist, wie das Gesetz es verlangt.“³⁴³ Letzte Erwähnung findet die Applikation des Spermizids 1942 in der „Zeitschrift für Urologie“ Dr. Hans Droschl von der Universitätsklinik Graz nennt bei Beschreibung seiner Sterilisationstechnik die „Einspritzung von 5 ccm Rivanollösung 1:3000 gegen die Samenbläschen“ nur im Nebensatz ohne dies zu begründen oder gar einer Diskussion Raum zu geben.

Zeichnet man die chronologische Entwicklung der verschiedenen Methoden zur sofortigen Sterilitätssicherung nach, so zeigt sich die Entstehung von Samenblasenexpression, Röntgenbestrahlung, Internierung, postoperativer Ejakulation und Spermizidinstillation. Gerade während der ersten Jahre, von 1933 bis 1936 können die Methoden aufgrund fachlicher Uneinigkeit nebeneinander existieren. Während die Röntgenbestrahlung und die postoperative Ejakulation schnell ausscheiden, vermögen sich die restlichen Praktiken länger zu halten. Eine vorübergehende Internierung von ambulanten Patienten scheitert in der Folgezeit ebenfalls schnell an Kostenfragen bzw. Personalmangel. Einige wenige Autoren wie beispielsweise Dege betrachten die Samenblasenmassage besonders aufgrund der leichten Durchführbarkeit und der Unschädlichkeit als Methode der Wahl, die sich zumindest bis 1936 fortsetzt. Gleich mehrere Artikel diskutieren die fragliche Sicherheit der Methode und lassen berechtigte Zweifel an deren Sterilitätsgarantie in Fachkreisen aufkommen. Über die weitere Praktik der Leermassage sind keine weiteren verlässlichen Angaben in genannten Zeitschriften angegeben. Dafür existiert eine umso größere Anzahl an Publikationen zur Rivanolinstillation nach Boeminghaus. Während der ersten vier Sterilisationsjahre kann sich keine eindeutige Lehrmeinung im Bezug auf Wirksamkeit, Schädlichkeit und Schwierigkeit der Applikation etablieren. Erst mit Ende des Jahres 1936

³⁴¹ ebenda

³⁴² ebenda

³⁴³ Rumpf: Die eugenischen Vasoresektionen in Danzig von 1934 bis August 1938 - Ihr Verlauf und ihre Komplikationen. 1939, S. 202

ebben ablehnende Artikel beinahe vollständig ab und werden ersetzt durch befürwortende. Einzig der Prager Universitätsprofessor Hermann Knaus bleibt bis 1938 prominenter Vertreter des kritischen Lagers. Dessen Überzeugungen können jedoch angesichts der großen Anzahl potenter Spermizidanwender wie Gohrbandt, Bauer und Boeminghaus nicht lange bestehen, bzw. werden schnell übertönt. Die Quellenlage spricht ab 1936 eine deutliche Sprache, wenn sich unter den elf Artikeln bis zum Kriegsende nur ein einziger negierender findet. Mit Recht lässt dieses Pro- Contra-Verhältnis den Schluss zu, dass sich Boeminghaus' Rivanolspülung spätestens mit dem endenden Jahr 1936 als standardisierter Garant für sofortige postoperative Sterilität des Mannes auf Reichsebene durchgesetzt haben muss.

3.3.4 Abhandlungen zur Rückoperation nach stattgehabter Sterilisation

Zwölf Originalartikel beschäftigen sich mit der Möglichkeit einer Rückoperation nach Sterilisation, was beinahe einem Viertel aller Originalpublikationen entspricht. Dies untermauert die These, dass in Deutschland mit Durchführung der eugenischen Sterilisation gleichzeitig auch Gedanken um eine mögliche Rückoperation zur Wiederherstellung der Fertilität grassiert haben müssen. Stellt diese Idee, die als Thematik in von negativer Eugenik durchsetzter Fachliteratur prima vista verwundern mag, doch genau die Antipode zur Forderung nach der im vorherigen Kapitel angesprochenen, irreversiblen Sterilisierung dar. Galt bei korrekter OP-Durchführung die unbedingte Sterilität als oberstes Gebot, so drehen sich in diesem Kapitel die Gedanken um die Reversibilität dieser. Die ersten praktischen Tierversuche und theoretischen Schlüsse zur Rückoperation erwähnt Dr. Franz Spath von der Universitätsklinik Graz. Im „Zentralblatt für Chirurgie“ Nr. 1 von 1934 sieht er die allgemeine „Möglichkeit der Anastomose [...] zufolge des narbigen Verschlusses und der [...] Auswirkungen auf das Keimepithel sowohl technisch, als auch nach physiologischen Gesichtspunkten als recht unwahrscheinlich“³⁴⁴ an. Jedoch besitzt Spath darüber hinaus einen ambivalenten, weniger pessimistischen Blick auf die Fertilitätswiederherstellung. Dies wird aus seinem Verweis auf historische Versuche von Rückoperationen deutlich: er erwähnt die Ausführung einer „End- zu- Endanastomose der Stümpfe über einem eingelegten Draht“³⁴⁵, welche dal' Acqua 1907, E. Martini 1908 und Schmerz 1923 bereits beschrieben. Abhandlungen zur Rückoperation können sich

³⁴⁴ Spath: Zur Frage der Wiederherstellungsoperation (Rückoperation) nach Sterilisierung. 1934, S. 454

³⁴⁵ ebenda

somit auf eine längere Tradition der operativen Reposition der Samenleiter berufen. In diese Linie reiht sich auch Spath ein und beschreibt den vom ihm getätigten, korrespondierenden Tierversuch: beim Hund wird das Vas deferens durchschnitten, die Stümpfe ligiert; nach sechs Wochen werden die vernarbten Stellen reseziert und die Samenleiternäht durch End- zu- Endanastomose über einem eingelegten Catgutfaden angelegt. Revision erfolgt nach drei Wochen, bei der die Durchgängigkeit histologisch gesichert wird. Es folgt erneute Durchschneidung mit Anastomosennaht, woraufhin ein Deckungsversuch drei Monate später positiv verläuft. Eine erneute, somit dritte Durchschneidung und anschließende Naht bringt dasselbe Ergebnis, wobei die Durchgängigkeit anhand radiologisch sichtbarer Quecksilberfüllung des Vas deferens bewiesen wird.³⁴⁶ Spath führte diesen Versuch an insgesamt zwölf Versuchstieren durch, und konnte bei sieben die Wiederdurchgängigkeit des Samenleiters erreichen, bei fünf Tieren misslang der Versuch und das Lumen des Vas deferens verschloss sich. Aus diesem Versuch leitet Spath ab, dass nicht allein die Qualität der Anastomosennaht, sondern insbesondere der „Zustand des Keimepithels“³⁴⁷ ausschlaggebend für das Gelingen der Rückoperation sei. So zeigt er histologisch, wie eine Keimepithelschädigung infolge sechswöchiger Samenleitersperre nach vier Monaten vollständig remittieren konnte. Verwegen mutet dagegen Spaths Rückschluss auf potentiell erfolgreichere Rückoperationen beim Menschen an, da bei diesem „größere, die technische Durchführung erleichternde Verhältnisse“³⁴⁸ vorlägen. Zusammenfassend beurteilt er das Gelingen einer operativen Wiederherstellung als „möglich, aber nicht in jedem Falle als sicher wirksam“³⁴⁹, wodurch er eine durchaus optimistische Grundhaltung zur Rückoperation einnimmt, ohne über direkte Erfahrung am Patienten zu verfügen.

Dass und vor allem wie sich Spath in der Folgezeit noch intensiver mit der Thematik auseinandersetzte, ist im Artikel „Über Samenleitersperroperationen“, erschienen 1934 im „Archiv für klinische Chirurgie“, zu lesen. Auf der Zeitachse geht er bis 1886 zurück und benennt mit Bardenheuer den ersten Operateur, der die Wiederdurchgängigkeit der abführenden Samenwege zu erreichen sucht.³⁵⁰ Im selben Absatz des Artikels findet eine Litanei weiterer Autoren Erwähnung, deren aller Rückoperation jedoch vom Scheitern geprägt war.³⁵¹ Diese Operationstechniken und die Indikationen dafür unterscheiden sich interessanterweise in zwei Punkten von Spaths eigenen Versuchen: zum ersten lag die

³⁴⁶ Spath: Zur Frage der Wiederherstellungsoperation (Rückoperation) nach Sterilisierung. 1934, S. 455/456

³⁴⁷ Spath: Zur Frage der Wiederherstellungsoperation (Rückoperation) nach Sterilisierung. 1934, S. 456

³⁴⁸ Spath: Zur Frage der Wiederherstellungsoperation (Rückoperation) nach Sterilisierung. 1934, S. 457

³⁴⁹ ebenda

³⁵⁰ Spath: Über Samenleitersperroperationen. 1934, S. 757

³⁵¹ Spath: Über Samenleitersperroperationen. 1934, S. 757-759

Ursache männlicher Sterilität meist an der Gonorrhoe oder floriden Tuberkulose der Patienten, und nicht wie bei Spath an der Undurchgängigkeit nach Resektion des Samenleiters. Zum zweiten versuchten die von Spath zitierten Operateure nach ausgiebiger Resektion eines infizierten Samenleiters und Nebenhodens die Annahm des Vas deferens Restes direkt an Nebenhoden bzw. an den Hoden und nicht wie Spath nur zwischen den Samenleiterstümpfen. Darin sieht Spath auch das Scheitern seiner Vorgänger begründet: er erkennt die Schwierigkeit „zwischen zwei ganz ungleich gebauten Organen, wie dem röhrenförmigem Gebilde, wie es der Samenleiter darstellt, und dem parenchymatösen Testikel, eine funktionierende Anastomose herzustellen.“³⁵² Wie schon im „Zentralblatt für Chirurgie“ angegeben, tätigt Schmerz nach Spaths Dafürhalten 1923 erstmals die erfolversprechende Operation durch Anastomose der Vas deferens- Stümpfe über einem eingelegten Stützdraht, zum Zweck der Lumenerhaltung.³⁵³ Darauf aufbauend schildert Spath detailliert seine Anastomosenanlage. Er zieht die End-zu-End-Anastomose einer Seit-zu-End- oder Seit-zu-Seit-Verbindung vor, da seitliche Vernähung eine größere Anzahl an Fixationsnähten und damit vermehrtes Trauma bzw. narbige Schrumpfung des Gewebes mit sich bringen würde. Als Stützmaterial wird Catgutfaden wegen einer tolerablen Resorptionsdauer von drei Wochen eingebracht, und nicht wie bei Schmerz ein Silberdraht.³⁵⁴ Betont wird in diesem Artikel eine vollständige Epithelregeneration als unabdingbare Prämisse für die Heilung und Rekanalisierung des Samenleiters, genauso wie die notwendige großzügige Resektion der vernarbten Stumpfkappen und das damit verbundene Darstellen von glatten, queren Schnittflächen.³⁵⁵

Darüber hinaus subsumiert Franz Spath unter dem Begriff der Wiedererlangung der Fertilität etwas weiter gefasst ebenfalls die Möglichkeit einer spontanen Wiederherstellung der Samenleiterdurchgängigkeit. Diese Möglichkeit sieht er allgemein als „ganz unwahrscheinlich“³⁵⁶ an, die nur dann bestünde, wenn die Sterilisierungsoperation mit ungenügender Technik ausgeführt würde. Beispiele hierfür seien die einfache Ligatur mit nicht genügend angezogenem Faden, die Anwendung eines Drahtes zur Unterbindung oder die einfache Vasotomie, bei der aber nur „unter besonders glücklichen Umständen die durchschnittenen Enden sich wieder berühren und zur völligen Adaption kommen, so dass eine Wiedervereinigung und bei Auswachsen des Epithels eine Wiederherstellung des Lumens erfolgt.“³⁵⁷ In Anbetracht dieser Fakten schließt Spath die spontane

³⁵² Spath: Über Samenleitersperroperationen. 1934, S. 758

³⁵³ Spath: Über Samenleitersperroperationen. 1934, S. 760

³⁵⁴ Spath: Über Samenleitersperroperationen. 1934, S. 766

³⁵⁵ Spath: Über Samenleitersperroperationen. 1934, S. 766/767

³⁵⁶ Spath: Über Samenleitersperroperationen. 1934, S. 755

³⁵⁷ Spath: Über Samenleitersperroperationen. 1934, S. 756

Rekanalisierung des Vas deferens aus, unter der Voraussetzung, dass eine korrekte Sterilisierungsoperation durchgeführt und oben genannte Unzulänglichkeiten vom Operateur vermieden wurden. Spaths Veröffentlichungen insgesamt zählen zu den wenigen Publikationen, die aus Österreich - welches vor der Annexion 1938 nicht dem deutschen Reichsgebiet zugehörig war - eingereicht wurden. Da Spaths Texte nie politische Aussagen beinhalten oder gar Bezug zum GzVeN in Deutschland nehmen, darf davon ausgegangen werden, dass rein medizinisches Interesse an der Möglichkeit einer Rückoperation Triebfeder seiner Versuche gewesen waren. Zum Zeitpunkt der Artikelerscheinung 1933/34 stand Österreich unter Dollfuß dem Reich jenseits der Alpen kritischer gegenüber, was geschlossen rassistisch motiviertes Vorgehen der Austro-Akademiker im Sinne der NS-Eugenik eher unwahrscheinlich macht. Darüber hinaus unterlagen eugenische Sterilisationen in Österreich vor Annexion stets einer strikten Aufklärung der Öffentlichkeit und des Patienten, sowie dem obersten Gebot der Freiwilligkeit.³⁵⁸ Dieses Faktum lässt rassistische Grundgedanken hinter österreichischen Artikeln abwegig erscheinen. Ein zusätzlich beweisender Totalvergleich der eugenischen Sterilisationen beider Länder ergibt, dass österreichische Eugenik viel weniger negativ ausgeprägt war, als die reichsdeutsche.³⁵⁹

Der Oberarzt O. Hilgenfeldt von der Universitätsklinik Köln beruft sich in seinem Artikel „Menschliche und technische Fragen zur gesetzlichen Sterilisierung“ von 1935 erstmals auf Spaths oben angeführte Ergebnisse, indem er im positiven Deckungsversuch nach Samenleiteranastomose einen Beweis für die gute Regenerationsfähigkeit des Hodenepithels selbst nach anfänglicher sterilisationsbedingter Degeneration erbracht sieht.³⁶⁰ Im selben Jahr rekurriert auch H. F. O. Haberland im „Archiv für klinische Chirurgie“ auf Franz Spaths Tierversuche und erkennt dessen Erfolge mit der Anastomosennaht an. Haberland selbst hingegen gelingt eine durchgängige Wiedervereinigung am Hund nicht, da er nach eigenen Angaben nicht über die notwendige Technik verfügt.³⁶¹ Neben Spaths Angaben zur Rückoperation greift Haberland weiter auf Boeminghaus' Behauptung eines 50-prozentigen Rückoperationserfolges nach Samenleiterresektion zurück, bezweifelt die Korrektheit dieser Aussage jedoch.³⁶² Dass

³⁵⁸ Baader: Eugenische Programme in der sozialistischen Parteienlandschaft in Deutschland und Österreich im Vergleich. In: Baader, Hofer, Mayer (Hg.): Eugenik in Österreich – Biopolitische Strukturen von 1900 – 1945. 2007, S. 139

³⁵⁹ Baader: Eugenische Programme in der sozialistischen Parteienlandschaft in Deutschland und Österreich im Vergleich. In: Baader, Hofer, Mayer (Hg.): Eugenik in Österreich – Biopolitische Strukturen von 1900 – 1945. 2007, S. 135

³⁶⁰ Hilgenfeldt: Menschliche und technische Fragen zur gesetzlichen Sterilisierung. 1935, S. 562

³⁶¹ Haberland: Die Folgen der Sterilisation. 1935, S. 140

³⁶² ebenda

eine Anastomose zwischen Samenleiter und Nebenhoden bzw. Hoden zum Scheitern verurteilt sei, sieht Haberland analog zu Spath als erwiesen an.³⁶³ Und auch die Hodenpunktion bzw. Exzision aus dem Hoden als ultima ratio bei bestehendem Kinderwunsch z.B. nach obliterierender Gonorrhoe bringe durch misslungene Befruchtungsversuche untermuert keinen Erfolg.³⁶⁴ Den Grund für das Scheitern der letztgenannten Methoden führt Haberland in seiner Aussprache auf der 59. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie in Berlin an: „Außerdem muss man wissen [...], dass erst im Nebenhoden und im Samenleiter die Spermatozoen ausreifen. Ich zeige Ihnen einen Film, der beweist, dass ohne Zusatzmittel das Hodenpunktat zur künstlichen Befruchtung ungeeignet ist. Die anatomischen und biologischen Veränderungen der Spermatozoen im Hoden, Nebenhoden, im Samenleiter, ohne Zusatz und mit Zusatz von Samenblasensekret, physiologischer Kochsalzlösung usw. werden durch diese kinematographischen Aufnahmen veranschaulicht.“³⁶⁵ Haberland erkennt richtigerweise, welche vielfältigen Reifungsstufen in den abführenden Samenwegen die Spermien noch unterzogen werden, und im Schluss daraus die resultierende Sterilität des Mannes bei Fehlen dieses Prozesses. Erst 1937 meldet sich Hans Boeminghaus aus Marburg selbst zur Rückoperation in der „Zeitschrift für Urologie“ zu Wort. Mit der End-zu-End-Naht nach Resektion der vernarbten Stumpfkappen – bei ihm über einem Metalldraht ausgeführt – sei eine „50 % Erfolgsaussicht“³⁶⁶ beim Hund auf dauerhafte Wiedervereinigung der Samenleiter gegeben. Das Dilemma, nämlich der Mangel an praktischer Erfahrung mit menschlichem Patienten in dieser Causa, spricht er unverblümt an, tröstet jedoch im selben Atemzug ohne Begründung mit der Behauptung darüber hinweg, dass beim Menschen von „doch erheblich günstigeren anatomischen Verhältnissen“³⁶⁷ und immanent höheren Erfolgsraten ausgegangen werden müsse.

Vergleicht man Boeminghaus' Annahme, dass jede zweite Rückoperation erfolgreich sei, mit der Angabe H. Stiasny aus Berlin über das Gelingen eines solchen Eingriffes im „Zentralblatt für Chirurgie“, so erscheint dessen Prozentsatz von 25 % erfolgreicher Wiedervereinigung durchaus realistischer. Stiasny beruft sich dabei auf Angaben der „erfahrenen Chirurgen“³⁶⁸ Gosney und Popenoe („Sterilization for human betterment“). Validiert wird die Angabe durch in „Sterilization for human betterment“ aufgeführte

³⁶³ ebenda

³⁶⁴ ebenda

³⁶⁵ Bericht der 59. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. 1935, S. 36

³⁶⁶ Boeminghaus: Die Sterilisierung des Mannes. 1937, S. 89

³⁶⁷ ebenda

³⁶⁸ Stiasny: Beitrag zur Vasektomie. 1935, S. 1352

Schwangerschaften der Frauen von Rückoperierten³⁶⁹, wodurch ihr mehr Aussagekraft verliehen wird. Zur spontanen Wiedervereinigung der Samenleiterstümpfe lehnt sich Stiasny an Spath an: im Tierexperiment erkennt er die außerordentliche Regenerationsfähigkeit des Samenleiterepithels, und schließt automatisch auf eine mögliche Wiedervereinigung der Stümpfe des Menschen bei Vasoligatur oder simpler Vasotomie.³⁷⁰ Eindeutige Quellen zur spontanen Wiederdurchgängigkeit im Schrifttum liefert Dr. Kurt Denecke von der Universitätsklinik Erlangen: er zitiert dal'Acqua und Schifone, „von denen letzterer unter 8 Fällen von Samenleiterdurchtrennung 3 mal Wiederdurchgängigkeit fand.“³⁷¹ Weiter bezieht er sich auf Spaths Annahmen, deren Inhalt aber von Denecke kritisch durchleuchtet wird. Bezeichnet Spath die spontane Wiedervereinigung – unter Voraussetzung einer adäquaten Operation – als unwahrscheinlich, bringt Denecke die eigene Fallbeschreibung eines 28-Jährigen durch 2 cm Resektion Sterilisierten an, in deren Verlauf eine narbige Vereinigung der Resektionsstelle beobachtet wurde. Im Zusammenhang mit diesem Fall wurden die fibrosierten Stücke des Patienten reseziert und von Denecke histologisch untersucht. Anhand von Bildern veranschaulicht er, dass durch „ungeheuer starke Sprossung von den erhaltenen Lumina aus durch Narbengebiete und [...] Muskulatur hindurch unzählige kleine Endothelschläuche durchgewachsen waren und zu mehrfachen Wiedervereinigungen geführt hatten.“³⁷² Hierin sieht Denecke den eindeutigen Beweis für eine mögliche spontane Wiedervereinigung der durchtrennten Samenleiter. Im Gegensatz zu Spath stellt er seine Beobachtung beim Menschen an und verleiht seiner These dadurch ein Plus an klinischer Gewichtigkeit. Mehr noch entkräftet Denecke die ganze Aussagekraft von Spaths Tierversuchen, indem er eigene Resektionen an zwei jungen Hunden vornimmt und sofort postuliert, dass „der Versuch am Hund nicht auf den Mensch übertragbar ist.“³⁷³

Einig sind sich hingegen alle bisher in dieser Sache zitierten Autoren: die Frage nach spontaner Wiedervereinigung sei im Prinzip nur zweitrangig. Die Sterilisationsoperation muss in erster Linie so sicher wie nur möglich durchgeführt werden, um das primär angestrebte Ziel, die 100-prozentige Fertilität des Patienten zu gewährleisten. Diese Garantie sei, um nochmals Denecke zu Wort kommen zu lassen, nur durch die Resektion eines möglichst langen Samenleiterstückes, im Konkreten mindestens 5 cm, gegeben.³⁷⁴

³⁶⁹ ebenda

³⁷⁰ ebenda

³⁷¹ Denecke: Spontane Wiederherstellung des Samenleiterkanals nach Resektion. 1938, S. 710

³⁷² Denecke: Spontane Wiederherstellung des Samenleiterkanals nach Resektion. 1938, S. 710/711

³⁷³ Denecke: Spontane Wiederherstellung des Samenleiterkanals nach Resektion. 1938, S. 712

³⁷⁴ Denecke: Spontane Wiederherstellung des Samenleiterkanals nach Resektion. 1938, S. 714

Es zeigt sich, wie stark ein Junktim zwischen der Fragestellung um Möglichkeit narbiger Rekanalisierung und der Wahl der korrekten Resektatlänge in Fachkreisen bestand. Dies wurde bereits im Kapitel 3.3.2.4.1 thematisiert. Eine vollkommen konträre Lehrmeinung zur spontanen Wiederdurchgängigkeit besitzt Dr. A. Büttner von der Universitätsklinik Göttingen. In „Bruns‘ Beiträgen zur klinischen Chirurgie“ beteuert er, keinen Fall einer sicher festgestellten Wiedervereinigung ohne Rückoperation beim Menschen zu kennen.³⁷⁵ Es seien bei Beobachtungen von spontaner Rekanalisierung Fehlerquellen, wie beispielsweise die fehlerhafte Nichtdurchtrennung des Samenleiters einer Seite im Zuge der Sterilisierung, nicht immer auszuschließen³⁷⁶, weshalb mehr Vorsicht bei Publikation solcher Thesen angebracht sei.

Lässt sich letzten Endes aufgrund mangelnder Erfahrung am Objekt Mensch doch kein eindeutiger Konsens der Autoren zur Möglichkeit einer spontanen Wiedervereinigung aus genannten Originalartikeln ablesen, so offenbart ein zweiter Blick auf die Publikationen zumindest eine stillschweigende Übereinkunft: langsam aber sicher gerät die Diskussion um das „Ob“ von spontaner Vas deferens-Rekanalisierung in den Hintergrund und wird abgelöst durch die Fragestellung nach dem „Wie“; präziser ausgedrückt nach dem wie der Prävention. Das heißt der fachliche Diskurs fokussierte zunehmend die Methodenwahl zur sicheren Verhütung der Stumpf-Wiedervereinigung. Wenn schon die biologischen Prozesse des Phänomens Rekanalisierung nicht eindeutig verstanden und noch weniger vom gesamten Kollegium anerkannt wurden, sollte doch die Maßnahme zur Verhinderung dieser „Eventualität“ von den Publizisten unisono vertreten werden. Dies geschah, wie im Kapitel 3.3.2.4.1 erwähnt, mit Hilfe der Resektion einer ausreichend langen Strecke, die weder durch Narbenschumpfung, noch durch Endothelprossung real überbrückt werden könnte. Einer der wenigen zu dieser Thematik während des Krieges verfassten Artikel, cand. med. Otto Albert Rumpfs Bericht über die eugenischen Vasoresektionen in Danzig von 1934–1938, gibt die 5 cm- Resektion als Mittel der Wahl an, welche spontanes sowie künstliches Rückgängigmachen der Sterilisation dauerhaft unmöglich macht.³⁷⁷ Die Aussicht auf erfolgreiche Rückoperation beurteilt Rumpf in seiner Publikation von 1939 folgendermaßen: „Dass eine Rückoperation möglich ist, beweist das Fachschrifttum [...]. Über das größte Krankengut berichtet Hagener, der seine bisherigen 65 Fälle zusammenfasst. Bei 21 Fällen sind nach Ablauf von einem Monat bis zu einem Jahr lebende Spermatozoen im Ejakulat gefunden worden. 16 von diesen 21 erfolgreich

³⁷⁵ Büttner: Verfahren und Nachbehandlung bei der Unfruchtbarmachung des Mannes unter besonderer Berücksichtigung der Doppelbildungen der Samenleiter. 1936, S. 52

³⁷⁶ ebenda

³⁷⁷ Rumpf: Die eugenischen Vasoresektionen in Danzig von 1934 bis August 1938 - Ihr Verlauf und ihre Komplikationen. 1939, S. 199

behandelten Kranken zeugten Kinder.³⁷⁸ Im selben Abschnitt führt er zusätzlich geglückte Operationsversuche, inklusive beweisender Kindszeugung nach OP, von Blond und Chiavecci an, die das Vas deferens direkt in den Hoden einpflanzten; und auch Spaths Tierversuch mit einer Erfolgsquote von sieben aus zwölf erfolgreichen Rückoperationen findet Eingang in Rumpfs Abhandlung.³⁷⁹ Ein auffällig überschwänglicher Optimismus zur Möglichkeit der Wiederherstellungsoperation lässt sich aus Rumpfs Artikel ableiten. Dieser Optimismus tritt aber nicht nur bei Rumpf hervor. Auch Roulet und Andina, Universität Basel, ermuntern zur „Fortführung der Versuche reparativer Eingriffe bei Unterbrechungen der ableitenden Samenwege“³⁸⁰, wobei die „intakt bleibende Spermiogenese die notwendige Voraussetzung“³⁸¹ darstellt. In eigenen histologischen Untersuchungen am Samenleiter, publiziert 1941 in einer Kriegsausgabe der „Deutschen Zeitschrift für Chirurgie“, weisen die beiden das Rekanalisationsbestreben des Vas deferens und leiten daraus ebenfalls eine positive Bedeutung für die Rückoperation ab.³⁸² Hans Boeminghaus teilt die Zuversicht auf das Gelingen der Samenleiterwiederherstellung 1939 in der „Zeitschrift für Urologie“. Er skizziert die Operation, die bei ihm nach gonorrhöischem Verschluss des Samenleiters in gleicher Weise erfolgt wie nach operativer Sterilisierung, so: „Die verschlossene Stelle wird reseziert und die beiden Samenleiterstümpfe werden End-zu-End vereinigt [...] Um einen narbigen Verschluss an der Vereinigungsstelle zu vermeiden, nimmt man die Naht des Samenleiters zweckmäßigerweise über einem Stützfaden vor; der Faden hat die Aufgabe, einerseits die beiden Stümpfe gut aufeinander zu zentrieren und andererseits einen narbigen Verschluss während der Periode der Anheilung zu vermeiden. Man hat zu diesem Zweck auf Bronze- oder Silberdrähte, Rosshaare oder auch Katgutfäden benutzt. Die Benutzung des Katgutfadens hat den Vorteil, dass man dieses Material nicht zu entfernen braucht. Der feine Katgutfaden verfällt langsam.“³⁸³ Diese Vereinigungstechnik scheint, sich als praktikabelste durchgesetzt zu haben, da sowohl Spath, als auch Rumpf³⁸⁴ und nun auch Boeminghaus auf dieses von Schmerz 1923 erstmals praktizierte Vorgehen berufen. In jedem Fall stuft Boeminghaus diese OP-Methode gegenüber der Anastomose zwischen Nebenhoden und Samenleiter als etwas erfolgreicher und gegenüber der Verbindung zwischen Vas deferens und Hoden als

³⁷⁸ ebenda

³⁷⁹ ebenda

³⁸⁰ Roulet, Andina: Befunde an Hoden und Samenleitern nach Vasektomie. 1941, S. 627

³⁸¹ ebenda

³⁸² ebenda

³⁸³ Boeminghaus: Zur chirurgischen Behandlung mechanisch bedingter Unfruchtbarkeit des Mannes (Azoospermie). 1939, S. 197

³⁸⁴ Rumpf: Die eugenischen Vasoresektionen in Danzig von 1934 bis August 1938 - Ihr Verlauf und ihre Komplikationen. 1939, S. 199

überlegener ein.³⁸⁵

Ein eindeutiges Resümee zur Wiedervereinigung der Samenleiter aus den zwölf genannten Originalartikeln zu ziehen, fällt deutlich schwieriger als es bei der OP-Technik zur korrekten Sterilisierung der Fall war. Zunächst lässt sich der Gedanke an eine erneute Fertilität des sterilen Mannes in zwei Unterpunkte aufschlüsseln: erstens die spontane Wiedervereinigung und zweitens die operative.

Zunächst zur spontanen: besonders zur Möglichkeit und Wahrscheinlichkeit bestehen unterschiedlichste Meinungen. Es kristallisiert sich in diesem Punkt kein Konsens heraus, wohingegen die Forderung nach einer die Rekanalisation sicher verhindernden Operation über die Zeit immer deutlicher formuliert wird und damit in den Vordergrund der Fachdiskussion rückt. Die ausgiebige Resektion zur Sicherung der Sterilität wird vom Fachkollegium am Ende einstimmig akzeptiert. Das Topic „operative Wiedervereinigung“ spaltet die Autorenschaft wiederum. Die Variation der Angaben reicht von 25-prozentigem Gelingen bei Stiasny bis hin zu 50-prozentigem OP-Erfolg bei Boeminghaus bzw. 58 % bei Spaths Tierversuchen. Auch die Frage, ob Ergebnisse und Rückschlüsse von Tierversuchen auf den Mensch übertragbar sind oder klinische Beobachtungen am Patienten ohne histologische Überprüfung mehr Beweiskraft innehaben, lässt sich durch die Publikationen nicht eindeutig beantworten. Einigkeit besteht hingegen dahingehend, dass ein regenerationsfähiges Epithel des Samenleiters und funktionsfähige Keimepithelien die Voraussetzungen für ein Gelingen der Rückoperation darstellen. Betrachtet man die praktizierte Operation, finden sich übereinstimmende Angaben dazu. Die End-zu-End Anastomose der Samenleiterenden über einen Catgutfaden als Stützmaterial gilt als die erfolgversprechendste Praktik und rangiert weit vor den Anastomosen zwischen Vas deferens und Nebenhoden bzw. Hoden.

Insgesamt müssen die Angaben zur Wiedervereinigung des Samenleiters kritisch durchleuchtet werden. Denn offensichtlich werden auf der Welle der Euphorie geglückte OP-Fallbeispiele wie beispielsweise von Otto Albert Rumpf einfach aufgezählt ohne detaillierter auf die Begleitumstände einzugehen oder Versuchsanordnungen zu beschreiben. Oftmals fehlen wissenschaftlich verwertbare Beweise. Eine Kindszeugung nach Rückoperation wird ohne weitere Reflektion vorschnell als OP-Erfolg gefeiert. Histologische Schnitte oder andere bildgebende Korrelate zum gesicherten Nachweis einer Rekanalisation wie sie z.B. Denecke oder Roulet et Andina in ihren Publikationen abbilden

³⁸⁵ Boeminghaus: Zur chirurgischen Behandlung mechanisch bedingter Unfruchtbarkeit des Mannes (Azoospermie). 1939, S. 198

lassen sind die Seltenheit. Nach gänzlich anderen Standards als wir sie heute kennen, stellt sich auch der Aufbau von Experimenten im „Dritten Reich“ dar. Eine Diskussion um mögliche Fehlerquellen findet nur äußerst marginal statt; Reflexionen über statistische Variationen und systematische Fehler finden in keinem Artikel Erwähnung. Boeminghaus verfügt beispielsweise zum Jahr 1937 seinen Angaben zufolge über keine eigene positive Beobachtung zur Rückoperation. Das hindert ihn jedoch nicht daran, der Operation beim Menschen, bar jeder Begründung, sehr hohe Chancen einzuräumen. Allein die vermutlich günstigeren anatomischen Verhältnisse im Vergleich zum Tier verleiten Hans Boeminghaus zu dieser Annahme. Unter anderem werfen diese für aktuelle Maßstäbe durchaus pseudowissenschaftliche Arbeitsweise und der ungezügelter Optimismus von Autoren wie cand. med. Rumpf bezüglich erfolgreicher Rückoperationen die berechnete Frage auf, ob nicht der Wunsch nach operativ garantierter Wiederherstellung männlicher Fertilität Vater des surrealen Erfolgsgedankens war. Ein Quantum an utopischer Sehnsucht nach totalitärer Beherrschbarkeit des Menschen verbunden mit dem NS- Leistungsmythos eines überlegenen deutschen Arztes wäre damit jedenfalls nicht unvereinbar. Explizit niedergeschriebene Beweggründe für ein Streben nach gelingender Rückoperation finden sich hingegen nur in zwei der zwölf Originalartikel: Spath und Haberland stellen 1934 bzw. 1935 die Undurchgängigkeit der Samenleiter nach Gonorrhoe oder Tuberkulose als Indikation für den Versuch einer operativen Wiedervereinigung heraus. Mithilfe dieses Eingriffes ließe sich der unerfüllte Kinderwunsch vieler „arischer“ Paare, welche durch jene Widrigkeiten infertil geblieben sein dürften, realisieren. Überraschen mag an den Gedanken der beiden Autoren die Tatsache, dass Forschung im Zuge negativ eugenischer Maßnahmen erstmalig zu Erkenntnissen auf dem Feld der positiven Eugenik geführt hat. In welchem Ausmaß naturwissenschaftlicher Forschergeist der Autoren Triebfeder ihrer mehr oder minder aufwändigen Versuchsanordnungen war, bleibt zunächst spekulativ und kann zukünftigen medizinhistorischen Analysen zum Gegenstand werden.

3.3.5 OP- Komplikationen, anatomische Anomalien und Möglichkeit der Nebenoperationen bei Durchführung der männlichen Sterilisation

Neben der korrekten Operationsausführung beschäftigte sich die urologische und chirurgische Autorenschaft zusätzlich mit potentiellen OP-Komplikationen, dabei vorgefundenen Organanomalien und diskutierte die Möglichkeit und Zulässigkeit von gleichzeitigen Nebeneingriffen wie beispielsweise Bruchoperationen.

3.3.5.1 Komplikationen

Peri- und postoperative Komplikationen der Sterilisation des Mannes werden in 19 Originalartikeln thematisiert. Der Erscheinungszeitraum ist hier zwischen den Jahren 1933 und 1939 angesiedelt. Von Dr. Werner Rettig, Facharzt für Chirurgie am Kreiskrankenhaus Eckartsberga zu Kölleda, stammt der erste Artikel mit dem Titel „Vorschläge zur Vasektomie als Sterilisationsverfahren beim Manne“. Dort schreibt Rettig Ende 1933, dass die eingangs im Kapitel 3.3.2.4 näher beschriebene Resektionsmethode nach Kidd den Vorteil hätte, unangenehme körperliche und seelische Störungen zu mindern oder gar ganz auszuschalten.³⁸⁶ Wenn Rettig Störungen durch seine OP-Methode reduzieren will, muss im Umkehrschluss daraus gefolgert werden, dass Komplikationen nach Sterilisation ein in Fachkreisen bekanntes Problem darstellten. Wie einige diese Komplikationen konkret aussahen, beschreibt H. F. O. Haberland aus Köln im „Zentralblatt für Chirurgie“ Anfang 1934 erstmals: „Bereits 1921 habe ich [...] auf die zahlreichen Fälle in der Weltliteratur aufmerksam gemacht, in denen nach der Unterbindung des Samenstranges mitunter schwerste Schädigungen, wie psychische Störungen, eine unerträgliche Libido usw. auftreten. Auch über Reflextod wurde nach Unterbindung und Zerrungen des Samenstranges berichtet. Ferner ist bekannt, dass sich nach Eingriffen an den Genitalien gelegentlich ein postoperativer Ileus bildet [...]“³⁸⁷ Damit weist auch Haberland – hier mit Referenz zur Weltliteratur - auf die internationale Bekanntheit von postoperativen Komplikationen hin; jedoch geschieht dies unter Angabe einer zusätzlich zeitlichen Dimension: Laut Haberland weiß man von ungünstigen bis tödlichen Nachwirkungen der Unfruchtbarmachung seit mindestens 13 Jahren und kann diese damit nicht als neu aufgetretenes Phänomen abhandeln. Franz Spath aus Graz erweitert den Symptomkreis der Sterilisationsfolgeerscheinungen, indem er 1934 im „Archiv für klinische Chirurgie“ im Zuge seiner histologischen Untersuchungen am obliterierten Samenleiter von der „unerwünschten Stauung und ihrer Folgeerscheinungen am Nebenhoden und Hoden“³⁸⁸ spricht. Eine Kumulation von Komplikationsbeobachtungen bildet sich mit sechs Originalartikeln im Jahre 1935, dem Jahr mit den meisten auf Reichsebene ausgeführten Sterilisationen beim Mann. Mit zunehmender Patientenzahl stieg offensichtlich auch die

³⁸⁶ Rettig: Vorschläge zur Vasektomie als Sterilisationsverfahren beim Manne. 1933, S. 2887

³⁸⁷ Haberland: Die Resektion des Ductus deferens. 1934, S. 616

³⁸⁸ Spath: Über Samenleitersperroperationen. 1934, S. 768

Komplikationsrate an. An der Universitätsklinik Köln beobachtet O. Hilgenfeldt eine „gesteigerte Libido“³⁸⁹, die „später zur Norm zurückkehrt“³⁹⁰; Carl Franke sieht zwei Fälle, bei denen eine Reizung der Stichkanäle nach Fadenzug vorliegt.³⁹¹ Stiasny vermeldet vom Städtischen Krankenhaus am Urban in Berlin eine auffällige Gewichtszunahme nach Vasektomie von 5-20 Pfund besonders bei „Geisteskranken“.³⁹² Eine weitere unangenehme Komplikation veranlasst Stiasny zur Revision seiner OP-Technik: nachdem die Unterbindung der beiden Stumpfenden zur Druckschmerzen im Hoden nach dem Beischlaf führen, ligiert er in der Folgezeit nur noch das zentrale Ende.³⁹³ Seine Nachuntersuchungen an Vasektomierten ergeben eine Zunahme des Geschlechtstriebes besonders bei Patienten ohne Ligatur des hodennahen Samenleiterstumpfes; diesen Zustand führt der Autor auf die Resorption des sich ins Gewebe entleerenden Samens und die darauffolgende „Hormonwirkung“ zurück.³⁹⁴ Konkrete Fallzahlen gibt Stiasny aber nicht an und verweist nur auf amerikanische Berichte, denen zufolge neun von 35 Geisteskranken bzw. neun von 65 geistig Gesunden einer postoperativ gesteigerten Libido unterlagen.³⁹⁵ Von einer viel niedrigeren Komplikationsquote spricht von Brandis aus Freiburg auf der 59. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie in Berlin: bei 214 Sterilisierten hat er neben vier leichten Nahtinfektionen und Hämatomen nur fünfmal eine Zunahme des Geschlechtstriebes beobachtet.³⁹⁶ Eine interessante Fallbeschreibung, die erstmals detailliert nähere Begleitumstände eines einzelnen Falles schildert, liegt von Dr. Fritz Krauss im „Zentralblatt für Chirurgie“ Mitte 1935 vor. Aufgrund seiner Debilität und manifesten Rhachitis unfruchtbar gemacht, findet sich beim 39-jährigen Patienten am Tag nach der Operation ein Ödem der gesamten Penishaut, das sich nach zehn Tagen zu einem Abszess entwickelte. Trotz wechselnder Therapieansätze bleibt nach fünf Monaten das von Krauss so beschriebene klinische Bild zurück: „[Es] ist doch immerhin ein erhebliches chronisches Ödem zurückgeblieben, mit einer annähernd quer verlaufenden Furche am Penisrücken. Der Penis ist nicht nur kosmetisch verunstaltet, auch Priapismus ist angeblich schmerzhaft, die Kohabitation wesentlich behindert.“³⁹⁷ Krauss zusammenfassende Bemerkung in seiner Publikation spricht für sich: „Dass aber für die Sterilisierten [...] sich gelegentlich einmal

³⁸⁹ Hilgenfeldt: Menschliche und technische Fragen zur gesetzlichen Sterilisierung. 1935, S. 561

³⁹⁰ ebenda

³⁹¹ Franke: Was ich bei 200 Sterilisierungen sah. 1935, S. 387

³⁹² Stiasny: Beitrag zur Vasektomie. 1935, S. 1354

³⁹³ ebenda

³⁹⁴ Stiasny: Beitrag zur Vasektomie. 1935, S. 1355

³⁹⁵ Stiasny: Beitrag zur Vasektomie. 1935, S. 1354

³⁹⁶ Bericht der 59. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. 1935, S. 35

³⁹⁷ Krauss: Zur Technik der Sterilisierungsoperation beim Manne. 1935, S. 1776

unangenehme Komplikationen einstellen, kann nicht geleugnet werden.³⁹⁸ Eduard Melchior berichtet im darauffolgenden „Zentralblatt für Chirurgie“ von einem Kasus am Wenzel-Hancke-Krankenhaus Berlin ebenso ausführlich. Auch hier zeigt sich ein Penisödem nach Vasoresektion, das sich aber bis zur Entlassung zurückbildet. Als der 36-jährige Patient mit erneuter Penisschwellung und Schüttelfrost in der Klinik vorstellig wird, stellt sich der Lokalbefund wie folgt dar: „Mächtiges rüselförmiges Ödem der Penishaut mit lebhafter scharf abgegrenzter Rötung; auf dem Schaftücken ein gelblich verfärbter Hautbezirk mit zentraler feiner Öffnung, aus der sich etwas dünnflüssiger gelber Eiter entleert [...] Die Operationswunden selbst sind noch nicht völlig verheilt, sondern weisen infiltrierte Ränder auf; an einzelnen Stellen eitrige Sekretion. Es handelte sich somit um eine wahrscheinlich auf dem Boden eines Erysipels mit nachträglicher Mischinfektion entstandene Phlegmone.“³⁹⁹ Melchior führt diesen Befund auf eine Wundinfektion zurück und erwähnt somit eine weitere potentielle OP-Komplikation – auch wenn Melchior und Krauss Patienten als ungünstige Einzelfälle aufgrund ihrer raren Prävalenz gewertet werden dürften. Über einen größeren Patientenpool hingegen verfügt Dr. A. Büttner von der Universitätsklinik Göttingen. Bei 347 an der Chirurgischen Klinik sterilisierten Männern traten, wie er in „Bruns Beiträgen zur klinischen Chirurgie“ 1936 skizziert, elf Mal Erregungszustände vor der Operation auf. In 1,5 % der Fälle beobachtete er kleine Infiltrate, die auf eine Wundheilungsstörung hinwiesen aber schnell abklangen; 2 % der Patienten zeigten Hämatome.⁴⁰⁰ Ein Hodenschwund wurde von Büttner nicht beobachtet, im Gegensatz zum Druckschmerz bei Ligatur des hodennahen Stumpfes oder der Triebsteigerung, bei deren Erwähnung er auch auf Stiasnys Angaben verweist.⁴⁰¹ Genannte Komplikationsbeispiele verdeutlichen, wie weit das Feld an Nebenwirkungen der Operation im schlimmsten Falle sein konnte: auf physischer Ebene reichte die Palette von der einfachen Stichkanalinfektion oder der allergischen Reizung des Skrotums nach Desinfektionsmittelapplikation⁴⁰² bis hin zum Reflextod oder dem reflektorischen Ileus. Ähnlich war es um die Psyche des Patienten bestellt: so konnte sich von der einfachen Libidosteigerung, welcher der Rang einer simplen unerwünschten Nebenwirkung zukam, bis hin zum Suizid⁴⁰³ des Depressiven – von von Brandis in zwei Fällen erwähnt – beinahe

³⁹⁸ Krauss: Zur Technik der Sterilisierungsoperation beim Manne. 1935, S. 1775

³⁹⁹ Melchior: Zur Technik der Sterilisationsoperation beim Manne- Bemerkungen zu der gleichbenannten Mitteilung von Oberarzt Dr. Fritz Krauss in Nr 30 dieses Zbl. 1935, S. 2716

⁴⁰⁰ Büttner: Verfahren und Nachbehandlung bei der Unfruchtbarmachung des Mannes unter besonderer Berücksichtigung der Doppelbildungen der Samenleiter. 1936, S. 50

⁴⁰¹ Büttner: Verfahren und Nachbehandlung bei der Unfruchtbarmachung des Mannes unter besonderer Berücksichtigung der Doppelbildungen der Samenleiter. 1936, S. 51

⁴⁰² Haberland: Die Folgen der Sterilisation. 1935, S. 118

⁴⁰³ Bericht der 59. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. 1935, S. 35

jede Pathologie des Geistes nach erfolgter Unfruchtbarmachung manifestieren. In diesem Zusammenhang warnt H. F. O. Haberland im „Archiv für Klinische Chirurgie“ vor der Sterilisation depressiver Patienten, da diese „durch die Operation noch depressiver würden“⁴⁰⁴.

Einen differenzierteren Blick auf das Auftreten von Komplikationen nach OP haben zwei Autoren. In ihren Publikationen wird reflektiert, unter welchen Umständen negative Folgeerscheinungen der Sterilisation entstehen, oder ob gewisse Nebenerscheinungen einer bestimmten Patientengruppe zugeschrieben werden können. Einer davon ist wiederum H. F. O. Haberland. Dieser spricht 1935 in seinem Vortrag mit dem Titel „Die Folgen der Sterilisation“ auf der 59. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie davon, wie sich unangenehme Folgen der Operation durch „sachgemäßes Vorgehen“⁴⁰⁵ lassen. Postoperative Psychosen bei „Geisteskranken“, hervorgerufen durch das OP-Trauma, könnten durch „vorherige geeignete psychische Beeinflussung“⁴⁰⁶ verhindert werden. Wie das genau zu erfolgen hat, darüber schweigt Haberland. Stauungsschmerz im Hoden oder Nebenhoden oder gar vergrößerte Gonaden will Haberland genauso wenig beobachtet haben wie Hodenatrophie oder Retentionszysten.⁴⁰⁷ Haberland verneint in seinem Referat somit Komplikationen nicht a priori, sondern gibt grundlegende Hilfestellungen zur Verhinderung bzw. Minimierung derer, auch wenn detaillierte Anleitungen dazu noch fehlen. Präziser wird der Kölner Universitätsprofessor in der wenige Monate später erscheinenden Folgeausgabe des „Archivs für klinische Chirurgie“. Sprach Haberland in Ausgabe 183 nur von „sachgemäßem Vorgehen“, gibt er nun im Originalartikel „Folgen der Sterilisation“ des Bandes 184 an, wie sich durch Lokalanästhesie störende Reflexe wie traumatischer Schock, plötzlicher Tod, Blasen- und Mastdarmstörung oder reflektorischer Ileus vermeiden ließen.⁴⁰⁸ Schonende Schnittführung, exakte Blutstillung und der Verzicht auf Unterbindung verhindern überdies Hämatome, Neuralgien und Reizzentren an den Stumpfen.⁴⁰⁹ Schwieriger stelle sich laut Haberland die postoperative Handhabung und die damit einhergehende Supervision des geistig Minderwertigen dar, da dieser den Verband mit seinem Urin verunreinigt bzw. gesamt abreißt.⁴¹⁰ Dieselbe Ansicht teilt Dr. Paul Moysich vom Oskar Ziethen- Krankenhaus in Berlin- Lichtenberg. 1937 schreibt er in „Die Sterilisierungsoperation beim Manne“: „Jetzt Handelt es sich um einen Eingriff bei

⁴⁰⁴ Haberland: Die Folgen der Sterilisation. 1935, S. 137

⁴⁰⁵ Bericht der 59. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. 1935, S. 35

⁴⁰⁶ Bericht der 59. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. 1935, S. 36

⁴⁰⁷ ebenda

⁴⁰⁸ Haberland: Die Folgen der Sterilisation. 1935, S. 117

⁴⁰⁹ ebenda

⁴¹⁰ Haberland: Die Folgen der Sterilisation. 1935, S. 118

Patienten, die durch ihr Erleiden zum überwiegenden Teil geistig und körperlich geschädigt sind, es an der notwendigen Vorsicht fehlen lassen und teilweise sogar absichtlich Komplikationen hervorrufen.“⁴¹¹ Moysich relativiert seine Aussage zu Komplikationen indem er den Patientenpool in die Gruppe der geistig Gesunden und der geistig Kranken splittet. Qua mentaler Verfassung sieht er die Grundlage für unterschiedliche postoperative Umstände bei seinen Patienten gegeben, was durch konkrete Zahlen belegt werden soll. Unter 21 Fällen mit Wundinfektion befinden sich bei Moysich 15 Epileptiker, deren anfallsbedingte aber auch teils absichtlich herbeigeführte Beschädigung des Wundverbandes zur Ursache der Komplikation erklärt wird.⁴¹² Zu zwei Schlüssen ringt sich Moysich aufgrund seiner klinischen Beobachtungen durch: zum ersten sieht er die Möglichkeit von komplikationsloser Heilung wenn dann nur bei geistig Normalen gegeben. Und zum zweiten folgert er aus dieser Tatsache die Notwendigkeit von spezieller, längerer postoperativer Betreuung und Behandlung geistig Minderwertiger.⁴¹³

Die Frage nach möglichen peri- und postoperativen Komplikationen beim Mann wird interessanterweise in beinahe genauso vielen Originalartikeln negiert, wie sie eingehend für klinisch erwiesen angesehen wurde. Erstmals leugnet Hans Boeminghaus Anfang 1934 offen nachteilige OP-Folgeerscheinungen im „Zentralblatt für Chirurgie“. Diese Tatsache überrascht keineswegs: war doch Boeminghaus um das positive Image der reibungslosen männlichen Sterilisation im Reich bemüht und in der Rolle des Pioniers auf Angabe eines bestmöglichen Eingriffes für Operateur und Patient bedacht. Er hält die „Bedenken über ‚mögliche‘ Folgeerscheinungen nach der operativen Vornahme der Samenleitersperre [...] für unbegründet“⁴¹⁴ und „einen kausalen Zusammenhang solcher Erscheinungen mit dem Eingriff für unerwiesen.“⁴¹⁵ Jedoch muss selbst der Marburger Oberarzt die Realität, in der Komplikationen eines operativen Eingriffes nicht garantiert auszuschließen sind, anerkennen und wertet beispielsweise die Steigerung der Libido als negative OP-Folge. Doch dies tut er nicht ohne Grund: mit Kalkül wird diese postoperative Störung neben gängige unerwünschte OP-Folgen – beispielsweise Blutungen oder Infektionen – gestellt, dadurch relativiert und letzten Endes bagatellisiert. Mit Blick auf psychische Störungen der Patienten nach der Unfruchtbarmachung weiß er sich dieses Phänomen zunutze zu machen und verweist auf die Tatsache, dass abnorme seelische Zustände nach jeder operativen Maßnahme auftreten können und nicht im Besonderen auf die Sterilisierung zurückzuführen sind. Darüber hinaus dürften „Patienten, bei denen bisher sexuelle

⁴¹¹ Moysich: Die Sterilisierungsoperation beim Manne. 1937, S. 27

⁴¹² Moysich: Die Sterilisierungsoperation beim Manne. 1937, S. 29

⁴¹³ Moysich: Die Sterilisierungsoperation beim Manne. 1937, S. 27

⁴¹⁴ Boeminghaus: Nochmals zur Sterilisation des Mannes. 1934, S. 996

⁴¹⁵ ebenda

Operationen ärztlich indiziert waren [...] meist in seelischer Hinsicht nicht als normal bezeichnet werden⁴¹⁶ und eine „krankhafte seelische Reaktion“⁴¹⁷ nicht überraschen. Auf den Punkt gebracht kreiert Boeminghaus damit eine Generalabsolution für die Sterilisation, in deren Sphäre sich zumindest psychische Komplikationen in cumulo auf die bereits „desolate“ geistige Verfassung des Patienten zurückführen lassen und damit nicht der Operation als solche zur Last gelegt werden können. Diese Exkulpation reicht dem glühenden Befürworter der Zwangssterilisation aber immer noch nicht. So versucht Boeminghaus diesen fachlichen Diskurs zur Komplikationsprävalenz von vornherein schon zu untergraben. Er geht so weit, dass er seine Fachkollegen davon zu überzeugen sucht, weitere Erwähnungen von negativen Folgeerscheinungen tunlichst zu unterlassen. Dies mit folgender Begründung: „Je mehr über solche ‚möglicherweise‘ auftretenden Ausfallserscheinungen und Reaktionen geredet wird, je mehr werden wir diese Dinge bei den durch das Gesetz zu Sterilisierenden erleben, nicht weil es sich hier um einen kausalen organischen Zusammenhang, sondern um eine Abwehrreaktion gegen einen von dem Betreffenden nicht gewünschten Eingriff handelt. [...] Durch Erörterungen solcher Möglichkeiten in der ärztlichen Presse werden diese ‚Reaktionen‘ nur häufiger und intensiver werden.“⁴¹⁸ Boeminghaus scheint offensichtlich Angst vor Aufbegehren in der Bevölkerung gegen die Zwangssterilisation zu haben, in dessen Zusammenhang er den Einspruch des Patienten mit Berufung auf Negativfolgen fürchtet. Diesem Horrorszenario glaubt Boeminghaus durch seinen Appell an die Schweigsamkeit des Kollegiums, ohne Rücksicht auf den Patienten, entgegenwirken zu können. Jedoch ohne Erfolg, wie die oben erfolgte Auflistung der Originalartikel um die Komplikationsfrage zeigt.

Doch zunächst ist weiter die Gruppe der Verfechter zu betrachten. Dr. Josef Schüller von der Medizinischen Akademie Düsseldorf unterstützt Boeminghaus Angaben im Zentralblatt zu 100 Prozent. Er spricht Ende 1934 von „Boeminghaus‘ beachtenswerten Ausführungen zur Frage der Sterilisierungsoperation beim Manne“⁴¹⁹. Noch eindrücklicher ist Schüllers folgendes Originalzitat im Artikel „Zur Frage der Sterilisierungsoperation beim Manne“: „Wir schließen uns ohne weiteres seiner [Boeminghaus] Auffassung, dass ernstere Folgen der Operation abzulehnen sind, an. Wenn abnorme psychische Reaktionen beobachtet werden, so ist dies eben in der abnormen psychischen Verfassung des betreffenden Menschen bedingt und nicht in der Operation an sich.“⁴²⁰ Josef Schüller reißt in seinem Artikel die Problematik von potentiellen Simulanten, die sich einer Operation entziehen

⁴¹⁶ ebenda

⁴¹⁷ ebenda

⁴¹⁸ Boeminghaus: Nochmals zur Sterilisation des Mannes. 1934, S. 997

⁴¹⁹ Schüller: Zur Frage der Sterilisierungsoperation beim Manne. 1934, S. 2360

⁴²⁰ ebenda

wollen, an und spricht von „fingierten Reaktionen“.⁴²¹

Der Kölner Oberarzt Otto Hilgenfeldt setzt sich etwas genauer mit den von seinen Kollegen publizierten Komplikationsbeobachtungen auseinander. Er schreibt: „Wir möchten zur Beruhigung ängstlicher Autoren hervorheben, dass wir in dieser gewiss reichlich langen Zeit weder den vielbeschriebenen, in der Literatur immer wieder erwähnten schweren oder gar tödlichen Schockzustand erlebten, noch ernste von den gesetzten Wunden ausgehende Infektionen sahen. Auch erlebten wir keinen längerdauernden reflektorischen Ileus. Ferner wurden auch keine psychischen Veränderungen [...] gesehen.“⁴²² Die Hodenatrophie kann Hilgenfeldt zufolge ebenfalls umgangen werden, indem die Vasa spermatica geschont werden.⁴²³ Der Freiburger Chirurg von Brandis, der auf der 59. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie von zwei Suiziden nach Sterilisation berichtet, leugnet im selben Vortrag dass organische Schäden wie Stauung, Atrophie an Hoden, Nebenhoden, Vas deferens oder an sonstigen Körperstellen durch die Unfruchtbarmachung hervorgerufen würden.⁴²⁴ Diese These stützt sich von Brandis zufolge immerhin auf Nachuntersuchungen an 100 sterilisierten Männern der Universitätsklinik Freiburg. Weiter geht August Schlegel in seiner Arbeit „Die Chirurgie im deutschen Strafrecht und in der Rassepolitik“ davon aus, dass seelische und körperliche Funktionen des Menschen von der Unfruchtbarmachung unbeeinträchtigt bleiben. Selbst die Libido, deren postoperative Steigerung sogar Boeminghaus anerkennt, bleibt laut Schlegel in gleicher Weise bestehen.⁴²⁵ Andere Autoren wie beispielsweise Arthur Hofmann äußern sich ähnlich unbedarft und darüber hinaus noch unpräziser. So spricht der Chirurg aus Wiesbaden im „Zentralblatt für Chirurgie“ schlicht davon, dass er keine Quetschungen und Hämatome bei von ihm getätigten Operationen gesehen haben will.⁴²⁶ Hofmann thematisiert allein lokale körperliche Komplikationen in einem Nebensatz seines Artikels und geht in keiner Weise auf die psychischen ein.

Der Artikel, „Folgen der Sterilisation vor der Pubertät“ von H. F. O. Haberland, beinhaltet einen Tierversuch und zielt damit auf Klärung der Sterilisationsnachwirkungen auf den Organismus. Der Kölner Universitätsprofessor beschreibt seinen Versuchsaufbau im „Abstract“: „An 37 männlichen Meerschweinchen im Alter von 10-14 Tagen und drei Monaten werden die Ductus deferentes reseziert, um zu prüfen, ob vor der Pubertät durch diese Operation die Hoden später Schaden erleiden, ob die Spermatogenese erhalten bleibt

⁴²¹ ebenda

⁴²² Hilgenfeldt: Menschliche und technische Fragen zur gesetzlichen Sterilisierung. 1935, S. 561

⁴²³ Hilgenfeldt: Menschliche und technische Fragen zur gesetzlichen Sterilisierung. 1935, S. 562

⁴²⁴ Bericht der 59. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. 1935, S. 35

⁴²⁵ Schlegel: Die Chirurgie im deutschen Strafrecht und in der Rassepolitik. 1935, S. 678

⁴²⁶ Hofmann: Zur Technik der Sterilisation beim Mann. 1937, S. 743

und ob der Eingriff sich irgendwie schädlich auf den Gesamtorganismus auswirkt. Unsere Versuche ergaben, dass die Spermatogenese nach derartiger frühzeitiger Passageunterbrechung der Samenleiter erhalten bleibt. [...] Die Tiere entwickeln sich normal. Ausfallserscheinungen treten nicht auf.⁴²⁷ Haberland setzt in seinem Artikel voraus, dass die physische Entwicklungsstufe eines dreimonatigen Meerschweinchens, derjenigen eines 9-10-jährigen Jungen entspräche. Basierend auf dieser Annahme glaubt er, die Ergebnisse zumindest auf den pubertierenden Menschen übertragen zu können. Im Hinblick auf operative Komplikationen heißt Haberland's Botschaft: selbst bei frühzeitiger Sterilisation stellen sich keine unangenehmen körperlichen, die normale Entwicklung behindernden, oder psychischen Nachwirkungen ein. Betrachtet man die Fallzahl von 37 Versuchstieren kommen hier doch deutliche Zweifel an der Aussagekraft dieses Experiments auf. Darüber hinaus muss kritisch hinterfragt werden, ob überhaupt entwicklungsbiologische Parallelen zwischen einem Knaben und heranwachsenden Nagern gezogen werden können. Für Haberland steht die Korrektheit und Relevanz seiner Forschung jedoch außer Frage. Das finale Resümee seiner Arbeit lautet so: „Durch die mühevollen Arbeiten ist ein äußerst wichtiges Problem in der Rassenfrage gelöst. Sie sind grundlegend und richtunggebend für unsere künftigen Maßnahmen zur Verhütung erbkranken Nachwuchses.“⁴²⁸

Zusammenfassend lässt sich aus der Fülle der Artikel zu peri- und postoperativen OP-Komplikationen kein schlüssiges Gesamtbild herausarbeiten. Dies zeigt bereits die quantitative Gegenüberstellung. Aus sieben dieser Originalartikel kann man die deutliche Leugnung von Negativerscheinungen nach der Sterilisation herauslesen. Dem gegenüber stehen neun Arbeiten, in denen zum Teil sehr ausführlich über eindeutig unangenehme operative Folgen für den Patienten berichtet wird. Aus diesen beiden Parteien einen gemeinsamen verlässlichen Grundtenor für die Zustände der Sterilisationspraxis von 1933 bis 1945 vernehmen zu wollen, ist unmöglich. Realistischer dürfte wohl sein, den Berichten über nachgewiesene Komplikationen zunächst mehr Glauben zu schenken. Denn in keiner dieser Arbeiten wird gegen die Sterilisationsoperation an sich publik Stimmung gemacht, sondern meist in erster Instanz die Optimierung der Operation zur Vermeidung solch leidiger Komplikationen zur Hauptagenda erhoben. Bei den Leugnern dieser Komplikationen kommt dagegen ein vollkommen anderes Moment zum Tragen. Besonders Boeminghaus versucht, von vornherein auch konstruktive Diskurse untergraben und

⁴²⁷ Haberland: Die Folgen der Sterilisation vor der Pubertät. 1936, S. 282

⁴²⁸ ebenda

verhindern zu wollen. Einige Autoren, wie beispielsweise Schüller unterstützen ihn dabei und negieren das Auftreten von Komplikationen trotz beweisender Beobachtungen von Fachkollegen. Eine argumentative Auseinandersetzung der ablehnenden Fraktion mit den Negativfolgen, wie sie von Hilgenfeldt oder Haberland betrieben wird, stellt in der Diskursführung eher die Ausnahme dar.

3.3.5.2 Nebenoperationen

In acht Originalartikeln wird die Frage behandelt, ob im Zuge der Sterilisierungsoperation beim Mann auch Nebenbefunde wie Leistenhernien oder kryptorche Hoden korrigiert bzw. entfernt werden müssten. Die erste Publikation dazu findet sich im „Zentralblatt für Chirurgie“ Ende 1934 von Oehlecker. Dieser wirft zunächst einen juristischen Blick auf diese Fragestellung: „Wenn [...] gleichzeitig eine Bruchoperation oder dergleichen vorgenommen werden soll, so muss hierzu die Einwilligung des Kranken oder seines gesetzlichen Vertreters wohl meistens eingeholt werden.“⁴²⁹ Eine Begründung weiß Oehlecker gleich hintanzustellen. Mit jeder weiteren Nebenoperation würde die Wahrscheinlichkeit von Zwischenfällen, wie beispielsweise Thrombosen oder Lungenembolien ansteigen. Diese Zwischenfälle könnten „aufgebauscht ins Volk getragen, der großen Sache schaden.“⁴³⁰ Daraus leitet Oehlecker die Forderung ab, jede Nebenoperation, die zu einer anderen Zeit durchgeführt werden könnte zum Wohle der Sterilisationspolitik zu unterlassen, außer der Patient bringt ausdrücklich den Wunsch nach Durchführung zum Ausdruck. Eine differenziertere Meinung gibt der Autor beim Vorliegen eines Leisten- oder Bauchhodens an. Findet sich auf einer Seite ein normaler Hoden, so gilt die Entfernung des kontralateralen hochstehenden Hodens als Methode der Wahl.⁴³¹ Sobald kein äußerlicher Hoden auffindbar sei, müsste ein eventuell existierender Bauchhoden durch einen größeren Eingriff aufgesucht werden, um die Funktionstüchtigkeit dessen zu überprüfen.⁴³² Laut Oehlecker profitiert der Patient direkt von diesem Eingriff: „Bei normalem Befund auf der anderen Seite wird man einen Bauchhoden exstirpieren, zumal er erfahrungsgemäß zu einer malignen Geschwulstbildung neigt.“⁴³³ In der nachfolgenden Ausgabe des „Zentralblatts für Chirurgie“ berichtet Carl Franke vom Auffinden von fünf

⁴²⁹ Oehlecker: Zur Unfruchtbarmachung des Mannes. 1934, S. 2883

⁴³⁰ ebenda

⁴³¹ Oehlecker: Zur Unfruchtbarmachung des Mannes. 1934, S. 2884

⁴³² ebenda

⁴³³ ebenda

Hernien unter 101 sterilisierten Männern. Zunächst sieht Franke im Vorliegen des Bruches keine die eigentliche Operation verkomplizierenden Umstände gegeben.⁴³⁴ Andererseits zählt Franke die Hernienoperation zu den einfachen Eingriffen, von der noch arbeitsfähige Patienten äußerst profitieren würden.⁴³⁵ In jedem Falle sei die Nebenoperation nur mit Einverständnis des Patienten oder seines Vormundes; ein Postulat das Franke mit Oehlecker gemein hat.⁴³⁶ Ausführlicher setzt sich Dr. Menno Mennenga 1937 mit der Thematik auseinander. Er beschreibt in „Bruns' Beiträgen zur klinischen Chirurgie“ mehrere klinische Fälle an der Universitätsklinik Königsberg, bei denen Leistenhoden oder hypoplastische Hoden im Verlauf der Sterilisationsoperation aufgefunden wurden. Die Beseitigung dieser Nebenbefunde im Zuge der Sterilisierungsoperation lehnt er, ähnlich wie Oehlecker und Franke mit Entschiedenheit ab.⁴³⁷ Weiterhin stellt für ihn die Diagnose Kryptorchismus keine Garantie für Sterilität dar, da „sich doch schließlich einmal Spermien in dem mißbildeten Hoden bilden können oder noch ein nachträglicher Dezensus vor sich gehen kann.“⁴³⁸ Mennengas Aussage lässt den Schluss zu, dass er einer Exstirpation des kryptorchen Hodens den Vorzug gegeben haben dürfte. Differenzierter stellt sich sein Vorgehen beim Vorliegen eines Leistenhodens dar. Die Exstirpation sollte erfolgen, wenn der Leistenhoden vollkommen fibrös und missgebildet ist, da dieser Hoden für den Träger sowieso nutzlos ist, eine maligne Entartung droht und die Möglichkeit einer späteren Orchidopexie nicht besteht.⁴³⁹

Hatte Oehlecker 1934 die Meinung vertreten, dass der kryptorche Hoden auch der Entartungstendenz wegen zu entfernen sei und Mennenga behauptet, dass auch kryptorche Hoden Spermien produzieren könnten, erachtet es Prof. Bauer von der Universitätsklinik Breslau 1935 als unnötig Kryptorche zu sterilisieren, da „der doppelseitige Kryptorche [...] immer unfruchtbar“⁴⁴⁰ ist. Findet sich einseitiger Kryptorchismus, reiche die Sterilisierung der gesunden Seite aus.⁴⁴¹ Im kompletten Nebenoperationsdiskurs widerspricht Bauer den Aussagen Oehleckers: das Belassen von pathologischen Nebenbefunden widerstrebe dem chirurgischen Gefühl. Außerdem sei zu befürchten dass Patienten die Beschwerden im Zuge sich postoperativ verschlechternder Hernien der Sterilisation angelastet werden könnten.⁴⁴² Bauer geht noch weiter in seiner Argumentation: eine Hernien- oder

⁴³⁴ Franke: Was ich bei 200 Sterilisierungen sah. 1935, S. 387

⁴³⁵ ebenda

⁴³⁶ ebenda

⁴³⁷ Mennenga: Über technische Schwierigkeiten bei der Sterilisierung des Mannes. 1937, S. 363

⁴³⁸ ebenda

⁴³⁹ Mennenga: Über technische Schwierigkeiten bei der Sterilisierung des Mannes. 1937, S. 364

⁴⁴⁰ Bauer: Über Technik und Methodik der Sterilisation beim Mann. 1935, S. 618

⁴⁴¹ ebenda

⁴⁴² ebenda

Hydrozelenoperation würde die Auffindung des Samenleiters ungemein erleichtern ja eventuell gar erst möglich machen und im Schluss daraus die korrekte Sterilisierung des Mannes garantieren.⁴⁴³ Dem Breslauer Universitätsprofessor gelingt mit seinem Artikel eine Rechtfertigung von Nebenoperationen, in der die Vorteile für alle am Sterilisationsakt Beteiligten herausgearbeitet werden. Für den Patienten ergibt sich Beschwerdefreiheit, für den Operateur bleibt das gute Gefühl, nach chirurgischem Leitgedanken alles Krankhafte beseitigt zu haben. Und letzten Endes garantiert die Nebenoperation eine korrekte Unfruchtbarmachung: dies ist sowohl im Sinne des Chirurgen als auch des Staates, der damit vor Schadensersatzansprüchen bewahrt wird.

In der „Zeitschrift für Urologie“ meldet sich 1937 Hans Boeminghaus dazu erstmals zu Wort. Er schickt folgendes voraus: auf Missbildungen, wie den Kryptorchismus könne er „im einzelnen nicht eingehen“⁴⁴⁴, da dies nicht in seinen Aufgabenbereich falle. Beim kryptorchen Hoden erachtet er lediglich „andersartige Schnittführungen“⁴⁴⁵ zur Feststellung, ob ein Hoden vorhanden sei, für notwendig.

Die bis 1937 erschienenen Originalartikel offenbaren, dass bisher kein Konsens bezüglich der Ausführung von Nebenoperationen in der Fachliteratur erreicht werden konnte. Diesen Status quo spricht Dr. Herbert Junghanns im selben Jahr im „Archiv für klinische Chirurgie“ an. Treffend stellt der Oberarzt der Frankfurter Universitätsklinik dort fest: „Das bisherige Schrifttum gibt keine klare Auskunft darüber [die Nebenoperationen], sondern zeigt vielmehr weitgehend voneinander abweichende Stellungnahmen zu diesen Fragen.“⁴⁴⁶ Junghanns selbst erachtet es als unbedingt notwendig und legitim, Nebenbefunde, die die korrekte Sterilisationsoperation behindern würden, mit zu therapieren. Was ihn jedoch von vorher zitierten Autoren unterscheidet, sind seine Ansichten, die die Einwilligung des Patienten zur Nebenoperation betreffen. Dies formuliert er folgendermaßen: „Nach meinem Dafürhalten ist weder die Einwilligung noch der Wunsch des Kranken oder seines Vormundes maßgebend, denn wir haben unseren Auftrag vom Gesetzgeber erhalten und dieser müsste in erster Linie den diesbezüglichen Wunsch zur Beseitigung eines Nebenbefundes äußern, oder grundsätzlich dazu seine Einwilligung gegeben haben.“⁴⁴⁷ Soviel zum theoretischen Grundgerüst von Junghanns' Meinung. In der Realität muss er jedoch die Zurückhaltung der Chirurgen gegenüber

⁴⁴³ ebenda

⁴⁴⁴ Boeminghaus: Die Sterilisierung des Mannes. 1937, S. 88

⁴⁴⁵ Boeminghaus: Die Sterilisierung des Mannes. 1937, S. 89

⁴⁴⁶ Junghanns: "Nebenoperationen" bei gesetzlich angeordneter Unfruchtbarmachung des Mannes. 1937, S. 654

⁴⁴⁷ Junghanns: "Nebenoperationen" bei gesetzlich angeordneter Unfruchtbarmachung des Mannes. 1937, S. 655

Nebenoperationen anerkennen, da die grassierende Furcht vor Spätfolgen und resultierenden juristischen Konsequenzen im Reich weit verbreitet ist.⁴⁴⁸ Junghanns begrüßt in diesem Zusammenhang die modifizierte Schnittführung bei Sterilisationsoperationen.⁴⁴⁹ Beim bis 1935 praktizierten Leistenschnitt stieß der Chirurg unweigerlich auf eine vorliegende Leistenhernie, und war vor die Wahl der gleichzeitigen Entfernung gestellt. Dieses Problem umging der neuartige Skrotalschnitt a priori, da Hernien in diesem Operationsgebiet viel seltener lokalisiert waren. Lag eine so stark ausgeprägte, bis ins Skrotum reichende Hernie vor, blieb anzunehmen, dass sie die eigentliche Sterilisation behindern würde. Nur dieses Szenario rechtfertigt die Nebenoperation, wie Junghanns erwähnt, denn generell muss „jede Nebenoperation peinlichst [...] vermieden werden.“⁴⁵⁰

Weiter befasst sich der Frankfurter ebenfalls mit dem Kryptorchismus bei Sterilisationspatienten. Er moniert, dass für solche Fälle keine einheitlichen Behandlungsalgorithmen vorhanden wären und diese erarbeitet werden müssten.⁴⁵¹ Sein eigenes Vorgehen beschreibt er präzise: bei doppelseitigem Kryptorchismus muss das Ejakulat zuerst untersucht werden. Kann dadurch Azoospermie diagnostiziert werden, erübrigt sich die Unfruchtbarmachung. Im Falle von einseitigem Kryptorchismus müsste erst das Vas deferens der gesunden Seite unterbunden werden. Das anschließend erhaltene Ejakulat sei zu untersuchen. Bei Azoospermie unterbleibt die Exstirpation des missgebildeten Hodens.⁴⁵²

Eine generalisierte Aussage zur Zeugungsfähigkeit bei Kryptorchismus weiß Prof. Herrmann Knaus von der Universitäts-Frauenklinik Prag 1937 im „Zentralblatt für Chirurgie“ zu geben: „Bei ein- oder doppelseitigem Kryptorchismus erübrigt sich die Vasektomie auf der Seite des kryptorchiden Hodens, da dieser in Ermangelung eines spezifischen Epithels bestimmt nicht befähigt ist, befruchtungsfähige Spermatozoen zu erzeugen.“⁴⁵³ Für Knaus entfällt somit bei dieser Diagnose die Indikation zur Nebenoperation, ja nicht einmal die eigentliche Sterilisationsoperation müsste aufgrund der per definitionem bereits bestehenden Unfruchtbarkeit des Patienten veranlasst werden.

Der letzte Originalartikel zur Thematik der Nebenoperation wurde 1939 von cand. med. Otto Albert Rumpf unter dem Titel „Die eugenischen Vasoresektionen in Danzig von 1934

⁴⁴⁸ ebenda

⁴⁴⁹ Junghanns: "Nebenoperationen" bei gesetzlich angeordneter Unfruchtbarmachung des Mannes. 1937, S. 656

⁴⁵⁰ ebenda

⁴⁵¹ ebenda

⁴⁵² ebenda

⁴⁵³ Knaus: Zur Dauer der Zeugungsfähigkeit nach der Vasektomie. 1937, S. 1513

bis August 1938 – Ihr Verlauf und ihre Komplikationen“ veröffentlicht. Im Kapitel „Nebenoperationen“ skizziert Rumpf analog zu Junghanns die 1939 immer noch uneinheitliche Lehrmeinung, wobei sich Befürworter und Gegner von Nebenoperationen in etwa die Waagschale halten. Das schriftliche Einverständnis des Patienten oder des jeweiligen Vormundes stellt für Rumpf die einzige Konstante dar, an der nicht gerüttelt werden darf.⁴⁵⁴ In der Folge gibt er Einblick in die an der Chirurgischen Klinik der Staatlichen Akademie für praktische Medizin in Danzig getätigten Nebenoperationen. Fünf Hydrozelen wurden in den Fällen entfernt, „wo es wegen der Erschwerung des Auffindens des Samenleiters unbedingt nötig war.“⁴⁵⁵ Bei Kryptorchismus wurde in Danzig der präpubische Schnitt praktiziert, obwohl – wie Rumpf korrekterweise anmerkt – „man sich dahin geeinigt [hat], Bauchhoden nicht mehr aufzusuchen, selbst auf die Gefahr der späteren Geschwulstbildung hin nicht.“⁴⁵⁶ Während auf ausdrücklichen Wunsch der Patienten zweimal Phimosen dorsal inzidiert wurden, war hingegen keine einzige Hernienoperation zu verbuchen.⁴⁵⁷ Rumpf zieht sein finales Resümee: „Wie aus diesen Zahlen hervorgeht, sind an unserer Klinik verhältnismäßig wenig Nebenoperationen ausgeführt worden.“⁴⁵⁸ Rumpfs Artikel entnimmt man unschwer den Grund dafür: auch in Danzig schreckten die Operateure aufgrund potentieller postoperativer Komplikationen des zusätzlichen Eingriffs weitestgehend vor der Nebenoperation zurück. Um den Autor letztmalig selbst zu Wort kommen zu lassen: „Die Wahrscheinlichkeit der eintretenden Verwicklungen würde sich noch besonders erhöhen, da man es mit unruhigen, uneinsichtigen Kranken zu tun hat.“⁴⁵⁹

Zusammenfassend kristallisiert sich letzten Endes keine einheitliche Lehrmeinung nach geführtem Diskurs heraus. Wie einige der Autoren treffend formulieren, unterstützen ebenso viele Publikationen die Durchführung zusätzlicher, gleichzeitiger Eingriffe, wie sie eine genauso große Anzahl strikt ablehnt. Nur eine kleine Minderheit wählt den Königsweg, indem sie die Erlaubnis zu Nebenoperationen nur dann erteilt, wenn die eigentliche Sterilisationsoperation durch den Nebenbefund erschwert oder behindert würde. Bei aller Diskrepanz herrscht unter beinahe allen Autoren dennoch Einigkeit in einem Punkt: die Erlaubnis zur Nebenoperation muss in jedem Fall vom Patienten oder

⁴⁵⁴ Rumpf: Die eugenischen Vasoresektionen in Danzig von 1934 bis August 1938 - Ihr Verlauf und ihre Komplikationen. 1939, S. 208

⁴⁵⁵ ebenda

⁴⁵⁶ ebenda

⁴⁵⁷ Rumpf: Die eugenischen Vasoresektionen in Danzig von 1934 bis August 1938 - Ihr Verlauf und ihre Komplikationen. 1939, S. 209

⁴⁵⁸ ebenda

⁴⁵⁹ ebenda

seinem Vormund eingeholt werden.

3.3.5.3 Anomalien und erschwerte OP- Bedingungen

Sechs Publikationen von 1934 bis 1939 zeugen davon, dass Operateure bei Sterilisierung männlicher Patienten immer wieder auf Anomalien im Bereich der abführenden Samenwege stießen und wie die operative Unfruchtbarmachung in diesem individuellen Fall erfolgte. Erstmals spricht Dr. Herbert Junghanns im „Zentralblatt für Chirurgie“ Ende 1934 davon, dass der Samenleiter mit einem derben Bindegewebsstrang, der durch den OP-Situs zieht gerade von Ungeübten leicht verwechselt werden könnte. Diesem Fehler unter erschwerten Bedingungen könnte dem Frankfurter Assistenzarzt zufolge durch eine postoperative histologische Untersuchung begegnet werden.⁴⁶⁰ Einen konkreten Fall am Städtischen Krankenhaus Achern (Baden) beschreibt Prof. Dr. Carl Franke 1935 in seinem Artikel „Was ich bei 200 Sterilisierungen sah“. Er schreibt: „Besonderer Erwähnung bedarf ein Fall, bei dem ich auf der linken Seite trotz sorgfältigen Suchens ein Vas deferens in dem übrigens normalen Samenstrang nicht gefunden habe. Schließlich habe ich den Hoden in die Wunde gezogen, die Hodenhüllen gespalten und fand nun ein fast völliges Fehlen des Nebenhodens. An einem Pol des Hodens hängt frei in die Hodenhüllen hinein ein gut bleistift dickes nebenhodenähnliches Gebilde. Durch diesen Befund am Nebenhoden ist wohl einwandfrei erwiesen, dass es sich hier um eine Missbildung handelt.“⁴⁶¹ Aus Frankes Artikel ist zu entnehmen, dass seit 1934 101 Männer an seiner Klinik sterilisiert wurden. Darunter fand sich nach seinen Angaben nur diese eine Missbildung, was auf eine Anomalierate des Vas deferens von ca. 1 % schließen lässt. Ende 1935 folgen zwei Fallberichte vom Dr. Fritz Schörcher von der Universitätsklinik München. Schörcher spricht von 300 eugenischen Sterilisierungen bei Männern und erwähnt nur zweimal eine Unregelmäßigkeit des Samenleiters, was einer Prävalenz von 0,6 % entspricht. Der erste Fall betrifft einen 50-jährigen Patienten, bei dem das Vas so fein gewesen sein musste, dass es als Bindegewebsstrang angesehen wurde und auf diesem Wege unwissentlich durchtrennt wurde.⁴⁶² Der zweite Fall, diesmal ein 28-jähriger Patient, stellt sich genau gleich dar. Daraus leitet Schörcher die operative Empfehlung ab, bei Nichtauffinden des Vas deferens „Resektion des Nebenhodenkopfes und Nebenhodenschwanzes

⁴⁶⁰ Junghanns: Vorschlag zur pflichtmäßigen histologischen Untersuchung des Samenleiters bei gesetzlich angeordneter Unfruchtbarmachung des Mannes. 1934, S. 2677

⁴⁶¹ Franke: Was ich bei 200 Sterilisierungen sah. 1935, S. 387

⁴⁶² Schörcher: Sterilisation und Befunde am Samenstrang. 1935, S. 2946

vorzunehmen.⁴⁶³ Hans Boeminghaus geht 1937 in der „Zeitschrift für Urologie“ nur sehr vage und indirekt auf so geartete Anomalien ein. Er stellt dabei lediglich fest, dass „Eingriffe dann, wenn das Vas deferens nicht deutlich und klar zu palpieren ist, etwas größer angelegt werden müssen.“⁴⁶⁴ Die detaillierteste Beschreibung liefert Dr. Menno Mennenga 1937, indem er sieben Fälle von Anomalien am Samenstrang schildert. Setzt man diese Zahl in Relation zur Gesamtzahl von 475 männlichen Sterilisationen an der Uniklinik Königsberg, so errechnet sich bei Mennenga eine Prävalenz von 1,5 %. So beobachtet Mennenga bei zwei jungen Männern die Aplasie des Vas deferens, bei einem dritten einen zusammengeschnurrten Samenleiter am Nebenhodenschwanz.⁴⁶⁵ Daraus folgert der Autor: „Die Aplasie des V. d. scheint nicht so ganz selten zu sein, auch wenn die Hoden normal sind.“⁴⁶⁶ Einmal sieht Mennenga ein im Vergleich mit der Gegenseite sehr dünnes Vas deferens bei einem 15-jährigen Jungen.⁴⁶⁷ Die restlichen drei Fälle sind: einmal linksseitige Hodenhypoplasie und Fehlen des zugehörigen Vas deferens und zweimal rechtsseitige völlige Hodenatrophie ebenfalls jeweils ohne Vas deferens.⁴⁶⁸ Auch hieraus weiß Mennenga seine Schlüsse zu ziehen: „Wenn sich ein Leistenhoden oder eine Hypoplasie des Hodens findet, muss von vornherein damit gerechnet werden, dass sich bei der Auffindung des V. d. Schwierigkeiten ergeben werden.“⁴⁶⁹ Im nächsten Schritt wird in der Publikation auf die therapeutische Konsequenz solcher Anomalien eingegangen. Mennenga pflegt bei Unsicherheit bezüglich des Vas deferens - wie schon Schörcher - den Nebenhoden zu resezieren, um die postoperative Sterilität des Patienten gemäß gesetzlicher Vorgaben zu erreichen.⁴⁷⁰ Auch im Diskurs um mögliche Missbildungen an den ableitenden Samenwegen stammt der letzte Artikel von cand. med. Otto Albert Rumpf aus Danzig. In seinen Ausführungen gibt er an, dass neben „Agenesie, Unter- und Überentwicklung [...] auch Verdopplung“⁴⁷¹ des Samenleiters möglich sei und führt entwicklungsbiologische Ursachen für diese Zustände an. So sieht er vor allem den Zusammenhang zwischen Missbildung der abführenden Samenwege und Nieren- bzw. Ureteranomalien als erwiesen an.⁴⁷² Seine These untermauern Referenzen zu den

⁴⁶³ Schörcher: Sterilisation und Befunde am Samenstrang. 1935, S. 2947

⁴⁶⁴ Boeminghaus: Die Sterilisierung des Mannes. 1937, S. 88/89

⁴⁶⁵ Mennenga: Über technische Schwierigkeiten bei der Sterilisierung des Mannes. 1937, S. 361

⁴⁶⁶ ebenda

⁴⁶⁷ Mennenga: Über technische Schwierigkeiten bei der Sterilisierung des Mannes. 1937, S. 362

⁴⁶⁸ ebenda

⁴⁶⁹ ebenda

⁴⁷⁰ ebenda

⁴⁷¹ Rumpf: Die eugenischen Vasoresektionen in Danzig von 1934 bis August 1938 - Ihr Verlauf und ihre Komplikationen. 1939, S. 209

⁴⁷² Rumpf: Die eugenischen Vasoresektionen in Danzig von 1934 bis August 1938 - Ihr Verlauf und ihre Komplikationen. 1939, S. 210

Publikationen von Ballowitz, Guizetti, Pariset, Kirschner und Brack.⁴⁷³ Aus diesen Quellen leitet Rumpf folgende Wahrscheinlichkeit für missgebildete Samenwege bei Nierendefekten ab: „Die Häufigkeit der Nierendefekte beträgt ein bis zwei Fälle auf 1000. Ein Drittel davon zeigt Fehlbildungen im Bereich der Geschlechtsorgane, besonders der ableitenden Samenwege.“⁴⁷⁴ Zudem sei die gleichzeitige „Nierenverlagerung“ mit Fehlbildung am samenleitenden Apparat [...] seltener.⁴⁷⁵ Rumpf unterlässt ebenfalls nicht, das chirurgische Vorgehen bei Sterilisation solch abnormer Patienten anzugeben. Zur Sicherheit sei „auch an unserer Klinik [...] bei dem einen Kranken der Nebenhoden reseziert worden.“⁴⁷⁶

Den sechs beleuchteten Artikeln zufolge lässt sich eine gewisse Varianz an beobachteten anatomischen Missbildungen des männlichen Genitales feststellen. Die vielfältigen Angaben reichen von der totalen Agenesie des Samenleiters, der mit einem Bindegewebsstrang verwechselt wird, über Hodenhypoplasien bis hin zu verdoppelten Samenleitern bei Rumpf. Epidemiologische Angaben bezüglich der Prävalenz der Vas deferens-Anomalien reichen von 0,6 % bis 1,5 % der Patienten und stimmen daher relativ gut überein. Ebenfalls einheitlich zeigt sich die Lehrmeinung hinsichtlich operativer Sterilisierung solcher Patienten: Um größtmögliche Sicherheit der Sterilität zu erlangen wird das OP-Gebiet in diesen Fällen erweitert und auf die Resektion des Nebenhodens zurückgegriffen. Einen eher akademisch relevanten, aber dennoch interessanten Beitrag zu dieser Fachdiskussion leistet Rumpf, indem er auf die wohl entwicklungsbiologisch bedingte Koinzidenz von Nierenmissbildungen und Anomalien des männlichen samenleitenden Apparates hinweist.

3.3.6 Notwendigkeit der histologischen Nachuntersuchung des Resektates nach Vasektomie

Die Notwendigkeit einer histologischen Nachuntersuchung der Resektatstücke nach Vasektomie thematisieren insgesamt 16 Artikel, deren Erscheinungszeitraum sich von 1934

⁴⁷³ Rumpf: Die eugenischen Vasoresektionen in Danzig von 1934 bis August 1938 - Ihr Verlauf und ihre Komplikationen. 1939, S. 211

⁴⁷⁴ Rumpf: Die eugenischen Vasoresektionen in Danzig von 1934 bis August 1938 - Ihr Verlauf und ihre Komplikationen. 1939, S. 212

⁴⁷⁵ ebenda

⁴⁷⁶ Rumpf: Die eugenischen Vasoresektionen in Danzig von 1934 bis August 1938 - Ihr Verlauf und ihre Komplikationen. 1939, S. 213

bis 1942 erstreckt. Die erste Forderung nach histologischer Betrachtung des resezierten Vas-deferens-Stückes entstammt dem Artikel „Vorschlag zur pflichtmäßigen histologischen Untersuchung des Samenleiters bei gesetzlich angeordneter Unfruchtbarmachung des Mannes“ von Dr. Herbert Junghanns. Folgende Gefahr sieht der Assistent aus Frankfurt am Main bei der Vasektomie des Mannes gegeben: „Bei einem weniger Geübten [Operator] besteht jedoch die Gefahr, dass fälschlicherweise, besonders wenn [...] unübersichtliche Verhältnisse vorhanden sind, ein derber Bindegewebsstrang für den Samenleiter gehalten wird.“⁴⁷⁷ Um solche Verwechslungen zu vermeiden, ergeht Junghanns Vorschlag zur leicht durchführbaren, mikroskopischen Untersuchung des resezierten Samenleiterstückes der beiden Seiten.⁴⁷⁸ Von doppeltem Vorteil könnte dieses Procedere sein: erstens für den Arzt, der später einen Nachweis über die erfolgreiche ausgeführte Operation aktenkundig vorliegen hat, und zweitens für den Operierten, „wenn dieser etwa in einen Vaterschaftsprozess verwickelt wird.“⁴⁷⁹ Eine anschließende Anregung für den Gesetzesgeber, auf den viele Folgeartikel seiner Kollegen rekurrieren werden, impliziert die Überprüfung von juristischer Seite, ob „eine solche histologische Untersuchung im Interesse einer fehlerfreien Durchführung des Gesetzes zur Pflicht gemacht werden soll.“⁴⁸⁰ Nur wenige Monate später greift Professor Oehlecker auf diese Forderung nach histologischer Betrachtung zurück. Im „Zentralblatt für Chirurgie“ erntet Junghanns vollkommene Zustimmung vom Hamburger Chirurgen, der an seiner Klinik die Samenleiterstücke eines jeden Falles in Gazestücke binden lässt und nummeriert in Formalin - als Ausweis für potentielle spätere Nachfragen – aufbewahrt.⁴⁸¹ Dieses Vorgehen stellt Oehlecker auf der 59. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie in Berlin 1935 nochmals vor.⁴⁸² Der Untersuchung eines jeden Resektates steht Oehlecker jedoch skeptisch gegenüber: „Da in großen Krankenanstalten viele Sterilisationen, oft eine ganze Reihe hintereinander an einem Tage, gemacht werden, so würde es eine große Belastung des pathologischen Institutes bedeuten, wenn jeder einzelne Fall mikroskopisch untersucht werden sollte.“⁴⁸³ Erstmalige Kritik an Junghanns Untersuchungsforderung übt Dr. Arthur Roesner im „Zentralblatt für Chirurgie“ Anfang 1935. Laut Roesner, der das Durchspülen der Samenleiter mit Borsäure praktiziert, kann das Spermizid nur ein Vas deferens mit Lumen korrekt instilliert werden. Dies sei beim Bindegewebsstrang nicht der

⁴⁷⁷ Junghanns: Vorschlag zur pflichtmäßigen histologischen Untersuchung des Samenleiters bei gesetzlich angeordneter Unfruchtbarmachung des Mannes. 1934, S. 2677

⁴⁷⁸ ebenda

⁴⁷⁹ ebenda

⁴⁸⁰ ebenda

⁴⁸¹ Oehlecker: Zur Unfruchtbarmachung des Mannes. 1934, S. 2889

⁴⁸² Bericht der 59. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. 1935, S. 30

⁴⁸³ ebenda

Fall, da dieser kein Lumen aufweist. Somit kann anhand der Durchspülung bereits eine Verwechslung ausgeschlossen werden, was die histologische Untersuchung von vornherein erübrigt.⁴⁸⁴ Ähnliche Worte auf demselben Grundgedanken fußend findet Stiasny in seinem „Beitrag zur Vasektomie“ 1935. Er schreibt: „Die Instillation des Ductus deferens halten wir auch insofern für wichtig, als man mit Sicherheit weiß, dass es sich bei der Resektion wirklich um das Vas deferens handelt und so die [...] histologische Untersuchung überflüssig macht.“⁴⁸⁵ Haberland wiederum erwähnt zur selben Zeit im „Archiv für klinische Chirurgie“ die Junghanns'sche Empfehlung zur Nachuntersuchung und unterstützt diese Idee damit indirekt. In „Die Folgen der Sterilisation“ schreibt er: „Die Ligatur oder Resektion eines anderen Gebildes als des D. deferens macht den Eingriff illusorisch. Deshalb empfiehlt H. Junghanns aus der Schmieden'schen Klinik, jedes Stück eines resezierten Samenleiters mikroskopisch nachzuuntersuchen.“⁴⁸⁶ Auch von Brandis aus Freiburg verkündet auf der 59. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie in Berlin: „Die resezierten Stücke werden grundsätzlich histologisch untersucht.“⁴⁸⁷ Gleichsam verfährt Franke aus Achern (Baden) auf derselben oben genannten Berliner Tagung und empfiehlt, die „Vasa deferentia aufzubewahren, um sie untersuchen zu lassen, wenn Komplikationen bestehen.“⁴⁸⁸ Im selben Satz stellt Franke fest, dass die Kostenübernahme für die histologische Untersuchung noch überhaupt nicht geklärt sei.⁴⁸⁹ Bauers Äußerungen dazu erscheinen erstmals 1935 im „Archiv für klinische Chirurgie“: „Wir selbst und manche andere Kliniken haben dies [die sofortige histologische Kontrolle] gleichfalls von allem Anfang an getan und tatsächlich schließt ja auch das ungemein charakteristische histologische Bild des Samenleiters mit seinen 3 kräftigen Muskelschichten und seinem engen Lumen jeden Irrtum mit Sicherheit aus.“⁴⁹⁰ Das Resektat gilt für den Breslauer Professor als „ein zweifelsfreies dokumentarisches Beweismittel, dass er richtig sterilisiert hat“⁴⁹¹. Er selbst lässt die histologischen Kontrollen in Formalin aufbewahren und mit Namen versehen.⁴⁹² 1936 erscheint ein Artikel von Dr. Büttner, Göttingen, in „Bruns' Beiträgen für klinische Chirurgie“, worin Junghanns Forderung der Nachuntersuchung rezitiert wird. Büttner weiß hinzuzufügen: „Wir selbst sind so verfahren, dass jeder Samenleiter nach der Operation makroskopisch

⁴⁸⁴ Roesner: Durchspülung der Samenleiter zwecks momentaner Sterilisierung des Mannes. 1935, S. 217

⁴⁸⁵ Stiasny: Beitrag zur Vasektomie. 1935, S. 1353

⁴⁸⁶ Haberland: Die Folgen der Sterilisation. 1935, S. 118

⁴⁸⁷ Bericht der 59. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. 1935, S. 34

⁴⁸⁸ Bericht der 59. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. 1935, S. 37

⁴⁸⁹ ebenda

⁴⁹⁰ Bauer: Über Technik und Methodik der Sterilisation beim Mann. 1935, S. 618

⁴⁹¹ Bauer: Über Technik und Methodik der Sterilisation beim Mann. 1935, S. 619

⁴⁹² ebenda

nachuntersucht und dann im Röhrchen mit Formalin gezeichnet aufbewahrt wird.“⁴⁹³ Ein erster Eindruck der bisher betrachteten Artikel spiegelt eine generell zustimmende Haltung der Fachpresse einer Nachuntersuchung gegenüber wieder. Gespalten gibt sich die Autorenschaft jedoch in der Frage, ob wirklich ein jedes Resektat pflichtmäßig zu reevaluieren sei. Dieser Uneinigkeit versucht Dr. Graumann von der Städtischen Krankenanstalt Essen beizukommen. Der Artikel mit dem bezeichnenden Titel „Über die Notwendigkeit sofortiger Untersuchung der Samenleiterstücke nach der Sterilisation“ verdeutlicht das Spannungsfeld zwischen geforderter Sterilitätssicherheit auf der einen und Kostenreduktion auf der anderen Seite, in dem das Klinikum zu manövrieren hat. Graumann moniert, dass „einer großen Anzahl von Krankenhäusern die Ausgaben für jedesmalige mikroskopische Untersuchung nicht zugemutet werden können.“⁴⁹⁴ Als aktueller Königsweg erscheint dem Essener Oberarzt die Aufbewahrung der beschrifteten Ductusstücke in Formalin zum Zwecke eventueller späterer Untersuchung.⁴⁹⁵ Ähnliche Äußerungen finden sich von 1936 bis zum Ende des Krieges nur noch in einem Artikel. So schreibt cand. med. Otto Albert Rumpf 1939 in seiner Abhandlung über die eugenischen Vasoresektionen in Danzig bezüglich der histologischen Nachuntersuchung: „Wir ziehen im Zweifelsfall die feingewebliche Untersuchung zu Rate.“⁴⁹⁶ Rumpfs Aussagen lassen den Schluss zu, dass in Danzig eine Aufbewahrung und sofortige Untersuchung der Resektatstücke nur in Einzelfällen stattgefunden hat. Die verbleibenden vier Quellen bis 1942 sprechen hingegen eine andere Sprache und spiegeln den Grundtenor der Fachliteratur bezüglich histologischer Nachuntersuchung wider. In der „Deutschen Zeitschrift für Chirurgie“ klärt Dr. Paul Moysich über die Verhältnisse am Oskar-Ziethen-Krankenhaus in Berlin-Lichtenfelde auf: „Die entnommenen Stücke des Ductus werden auch bei uns im pathologischen Institut histologisch untersucht, um so ein einwandfreies Beweismittel für die erfolgte Sterilisation zu besitzen.“⁴⁹⁷ Zugunsten einer pflichtmäßigen Nachuntersuchung wirken sich profunde Argumente von Mennenga aus Königsberg in Preußen aus, die in „Bruns' Beiträgen zur klinischen Chirurgie“ von 1937 zu finden sind. Der Autor enumeriert in seinem Beitrag mit dem bezeichnenden Titel „Über technische Schwierigkeiten bei der Sterilisierung des Mannes“ ein Dutzend Fälle in deren Verlauf sich ein sicheres Auffinden des Samenleiters intraoperativ nicht garantieren ließ. Mennenga

⁴⁹³ Büttner: Verfahren und Nachbehandlung bei der Unfruchtbarmachung des Mannes unter besonderer Berücksichtigung der Doppelbildungen der Samenleiter. 1936, S. 52

⁴⁹⁴ Graumann: Über die Notwendigkeit sofortiger Untersuchung der Samenleiterstücke nach der Sterilisation. 1936, S. 615

⁴⁹⁵ ebenda

⁴⁹⁶ Rumpf: Die eugenischen Vasoresektionen in Danzig von 1934 bis August 1938 - Ihr Verlauf und ihre Komplikationen. 1939, S. 205

⁴⁹⁷ Moysich: Die Sterilisierungsoperation beim Manne. 1937, S. 28

weiß zu folgern: „Aus dem Gesagten geht auch hervor, wie wichtig in jedem einzelnen Fall, auch wenn man noch so sicher einen Duktus vor sich zu haben glaubt, die histologische Untersuchung des herausgenommenen Stückes ist“⁴⁹⁸ In der Praxis lässt der Berliner Arzt nicht nur sofort nachuntersuchen, sondern darüber hinaus die „Präparate wie die fixierten Duktusstückchen dauernd als Beleg [aufbewahren]“.⁴⁹⁹ Dasselbe Procedere nach der Operation beschreibt Boeminghaus im selben Jahr in der „Zeitschrift für Urologie“. Darin gibt der Marburger zu Kenntnis, sich mithilfe der histologischen Untersuchung von der korrekten OP-Tätigkeit zu überzeugen und die Samenleiterstücke mit Namen versehen einzeln zu archivieren.⁵⁰⁰ Hans Droschl liefert mit „Zur Technik der Sterilisation beim Mann“ den letzten Artikel zur Thematik in der 1942er Ausgabe der „Zeitschrift für Urologie“ ab. Er schreibt: „Die resezierten Samenleiterstücke werden der histologischen Untersuchung zugeführt, um eine Verwechslung mit ähnlichen Gebilden, z.B. einer thrombosierten Vene, auszuschließen. Diese Sicherstellung muß gefordert werden, da sich aus einer allfälligen Verwechslung Schwierigkeiten für den Operateur ergeben können. Bei der Notwendigkeit einer 100 %igen Sicherheit muß sich der Chirurg, der mit der Ausführung der Operation betraut ist, ein dokumentarisches Beweismittel verschaffen, dass richtig sterilisiert wurde; ein solches Beweismittel ist nur der histologische Befund.“⁵⁰¹

In der Zusammenschau aller Artikel stehen 14 befürwortenden Artikeln nur zwei die Nachuntersuchung ablehnende gegenüber. Diese Schriften sind beide auf das Jahr 1935 datiert und argumentieren in selber Art und Weise damit, dass sich eine Instillation nur in das Vas deferens und nicht in einen lumenlosen Bindegewebsstrang bewerkstelligen lasse und damit die Nachuntersuchung obsolet werde. Die deutlich überwiegende Zustimmung zur histologischen Betrachtung von Resektaten stammt, unisono vernehmbar, unter anderem von Größen des Fachs wie Boeminghaus oder Bauer. Angeführt werden dabei unterschiedlichste Begründungen von der Unerfahrenheit junger Chirurgen und deren intraoperativem Verwechslungspotential bis hin zur speziellen Fallbeschreibung anatomischer Missbildungen des Urogenitaltraktes, die eine komplette Sterilität des Patienten nicht garantieren lassen würden. Bis 1939 herrscht innerhalb dieser Diskussion jedoch Uneinigkeit darüber, ob ein jedes Vas-deferens-Stück sofort pflichtmäßig zu untersuchen sei oder ob hingegen das schlichte Aufbewahren und die nur in Zweifelsfällen

⁴⁹⁸ Mennenga: Über technische Schwierigkeiten bei der Sterilisierung des Mannes. 1937, S. 364

⁴⁹⁹ ebenda

⁵⁰⁰ Boeminghaus: Die Sterilisierung des Mannes. 1937, S. 86

⁵⁰¹ Droschl: Zur Technik der Sterilisation beim Mann. 1942, S. 66/67

eingeleitete Reevaluation der Präparate den Forderungen des Gesetzgebers Genüge tun würde. Interessanterweise wird das 1934 von Junghanns gestellte Postulat nach politischer Klärung der Kostenfrage und juristischer Diskussion einer pflichtmäßigen Untersuchung in keiner Weise vom Kollegenkreis wiederaufgenommen. Es ist wohl nicht von der Hand zu weisen, dass die staatliche Kostenübernahme und obligate Anordnung von histologischen Nachuntersuchungen eines jeden Resektates einen Dissens der Publikationen mit einem Schlag beseitigt und weitere Diskurse, die nachweislich bis 1939 geführt wurden, im Keim erstickt hätte. Mangels einer solch gearteten Gesetzesinitiative verbleibt dem Betrachter allein spekulative Tendenzen aus den nach 1939 erschienenen Artikeln herauszuarbeiten. Auf Basis dieses Vorgehens finden sich in den Publikationen der Jahre 1939 bis 1942 von Boeminghaus, Droschl, Mennenga und Rumpf nur Hinweise darauf, dass die exzidierten Samenleiterstücke eines jeden Patienten ohne Ausnahme sofort der Pathologie zugeführt wurden. Jene Quellenlage lässt den Verdacht auf generalisierte Nachuntersuchung der Sterilisierten zumindest seit 1939 erhärten - wenn auch im Speziellen für die Vorkriegsjahre nicht absolut hinreichend.

3.3.7 Rolle des Patienten

Die Rolle des betroffenen Patienten innerhalb des gesamten Sterilisationsprozesses bzw. der operativen Durchführung wird in sieben Originalartikeln thematisiert. Der erste Artikel, der sich jener Rollenfrage widmet, erscheint 1935 im „Archiv für klinische Chirurgie“ und trägt den Namen „Die Folgen der Sterilisation“. Dort markiert Prof. Haberland die Bedeutung des einzelnen Patienten folgendermaßen: „Die nationalsozialistische Gesetzgebung muss jedoch darauf bestehen, dass die Sterilisation ohne Rücksicht auf den einzelnen Minderwertigen [...] vorgenommen wird. Die Interessen der Volksgesundheit stehen an erster Stelle. Aber auch das Volksempfinden ist zu berücksichtigen.“⁵⁰² Damit geht Haberland konform mit der vorherrschenden NS-Rassenideologie, welche dem Kollektivwohl einen unabdingbaren Vorrang gegenüber dem des Individuums einräumt. Auch der Terminus des „Minderwertigen“, den Haberland bewusst wählt, unterstreicht die Affinität des Autors zu eugenisch motiviertem Schwarz-Weiß-Denken. Die soziale Last eines jeden Kranken würde Haberland zufolge Opfer vom Volkskörper erfordern, welche in Zeiten des nationalsozialistischen Umbruchs in keiner Weise erbracht werden könnten. Diesem genuinen Zeitgeist wagt nur ein Autor in allen analysierten Originalartikeln

⁵⁰² Haberland: Die Folgen der Sterilisation. 1935, S. 139

öffentlich zu widersprechen. Jener Publizist ist der Oberarzt Hilgenfeldt, praktizierend an der Chirurgischen Universitätsklinik Köln, dessen Artikeltitle „Menschliche und technische Fragen zur gesetzlichen Sterilisation“ bereits bezeichnend für Inhalt und Einstellung steht. Zu Beginn von Hilgenfeldts Argumentationskette steht die grundlegende Änderung des Auftraggebers bei Sterilisationseingriffen seit Einführung des GzVeN: „Der deutsche Chirurg hatte bisher mit Menschen zu tun, die ihn wegen einer Krankheit im eigenen Interesse aufsuchten. [...] Zum ersten Mal unternimmt er es und hat von Staatswegen die Pflicht, in die Integrität eines Körpers einzugreifen im Interesse anderer, im Interesse des Staates zur Gesunderhaltung des Volkes.“⁵⁰³ Jene Erkenntnis der erzwungenen „Heilbehandlung“ von Staatswegen veranlasst den Autor zu folgendem Postulat: „So ist aber zu bedenken, dass der vom Gesetz Betroffene ein Opfer bringt – ein Opfer, das in manchen Fällen fast unmenschlich groß erscheint. Das sollen und müssen wir berücksichtigen und Leitsatz unseres Handelns sein lassen.“⁵⁰⁴ In einer für die NS-Ärzteschaft untypischen und beinahe einmaligen Manier lässt Hilgenfeldt seinem Mitgefühl den Patienten gegenüber freien Lauf und weiß so zu erläutern, warum „minderwertig“ nicht gleich minderwertig sei: „Man versetzte sich nur selbst oder seine nächsten Angehörigen in diese Lage und man wird begreifen, welches großes Opfer diese Menschen bringen, das ja Uneingeweihten noch viel größer erscheinen muß als einem Arzt. Man soll nicht wegwerfend oder entschuldigend sagen, dass es sich meist um Minderwertige handelt. Gewiß, der Schwachsinnige wird wenig leiden, der mit allen Einrichtungen der menschlichen Gesellschaft unzufriedene, aber doch oft erblich belastete Sünder wird sich schon erheblich anders einstellen, und sein eigenes Verschulden kaum einsehen. Der im Intervall befindliche Schizophrene und der noch nicht verblödetet Epileptiker und gar erst der am Leben schwertragende Krüppel wird bewusst ein Opfer bringen. Diese fühlen es umso mehr als sie durch ihr Leiden schon viele Wege in ihrem Leben verschlossen sehen.“⁵⁰⁵ Aus dieser klaren Staffelung des Leidensdruckes heraus stellt der Autor folgende, seiner Meinung nach unabdingbare Mindestanforderungen an die Unfruchtbarmachung: „Der Eingriff muß so klein wie möglich gestaltet werden. Er muß so schonend wie möglich ausgeführt werden. Wir müssen alle Maßnahmen treffen, Komplikationen zu vermeiden, soweit das in unserer Hand liegt. Von diesen Forderungen darf meines Erachtens aus menschlichen und ärztlichen Gründen nicht abgegangen werden. Darauf haben diese Menschen ein Recht.“⁵⁰⁶ Hilgenfeldt spricht dem Patienten

⁵⁰³ Hilgenfeldt: Menschliche und technische Fragen zur gesetzlichen Sterilisation. 1935, S. 559

⁵⁰⁴ Hilgenfeldt: Menschliche und technische Fragen zur gesetzlichen Sterilisation. 1935, S. 560

⁵⁰⁵ ebenda

⁵⁰⁶ ebenda

damit ausdrücklich die Rolle eines mit persönlichen Rechten ausgestatteten Individuums zu, welche in einem der Abschlussplädoyers des Artikels erneut wie folgt aufgegriffen wird: „Diese Patt. haben ein Recht wie jeder andere und da sie nicht zur Wiederherstellung oder Besserung ihres Gesundheitszustandes, sondern im Interesse von Staat und Volk operiert werden, sogar noch ein größeres Anrecht als die meisten anderen Kranken, in fachärztlicher Obhut zu bleiben, solange bis sie aus der Gefahrenzone heraus und ihre Wunden verheilt sind. Ihnen gegenüber sind wir in doppelter Weise verpflichtet, denn wir fordern von ihnen.“⁵⁰⁷ An dieser Stelle sei vorgreifend anzumerken, dass Hilgenfeldts couragiertes Aufbegehren in allen Originalartikeln der einzige Vorstoß zur Stärkung und Konsolidierung von Patientenrechten und zum Umdenken im Bezug auf die Rolle des Kranken im „Dritten Reich“ bleiben wird. Mehr noch bricht Anfang 1935 eine Flut von Gegenartikeln über Hilgenfeldts Aussagen herein, innerhalb derer sich Boeminghaus als federführender Verteidiger der NS-Ideologie erweist. Da erscheint z.B. im „Zentralblatt für Chirurgie“ gleich Boeminghaus‘ Artikel „Zur Sterilisierung“, der in direkter Weise Stellung zu Ansichten des Kölner Chirurgen bezieht. Dort heißt es: „Der Auffassung, dass die vom Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses Betroffenen ein „Opfer“ bringen, „das in manchen Fällen fast unmenschlich groß erscheint“ (Hilgenfeldt), kann ich nicht beipflichten.“⁵⁰⁸ Denn für den Marburger Oberarzt handelt es sich bei seinen Patienten nur um „Kranke im ureigensten Sinne“⁵⁰⁹, die „die Möglichkeit, [...] krankhafte, erbliche „Veranlagung“ weiter auszubreiten [verlieren.]“⁵¹⁰ Boeminghaus sieht sich durch Hilgenfeldts Anklage gezwungen auf die mögliche Traumatisierung bzw. das damit verbundene Opfer der Minderwertigen unter Einbezug von Physis und Psyche des Betroffenen separat einzugehen: „Worin liegt nun das angebliche Opfer bei der Sterilisation? Der kleine operative Eingriff [...] kann doch nicht ernstlich ins Gewicht fallen. Es bleibt also das psychische Trauma und der Verlust der Zeugungsfähigkeit.“⁵¹¹ Gerade die Gewichtung einer potentiell psychischen Belastung für die Operierten minimiert Boeminghaus geschickt, indem er die Zahl der in ihrem Verständnis ungestörten Patienten als verhältnismäßig klein angibt.⁵¹² Ein Problem stellen seiner Ansicht nach nur die in der geistigen Einsicht unberührten Sterilisierten dar, mit denen jedoch folgendermaßen zu verfahren sei: „Wenn der Arzt sich bei seiner Beratung n u r von seiner ureigensten Aufgabe, Helfer kranker Mitmenschen und Hüter des gesunden Volksteils zu

⁵⁰⁷ Hilgenfeldt: Menschliche und technische Fragen zur gesetzlichen Sterilisierung. 1935, S. 567

⁵⁰⁸ Boeminghaus: Zur Sterilisierung. 1935, S. 1015

⁵⁰⁹ ebenda

⁵¹⁰ ebenda

⁵¹¹ ebenda

⁵¹² ebenda

sein, leiten lässt, so werden seine Aufklärungen bei allein einsichtigen Erbkranken auf Verständnis stoßen und das Gefühl, irgendwie sich opfern zu müssen, wird nicht aufkommen. Diese voraufgehende Belehrung und Aufklärung der „Opfer“ und ihrer Angehörigen ist allerdings eine wesentliche Aufgabe [...]. Ebenso glaube ich darauf hinweisen zu dürfen, dass das ganze gerichtliche Verfahren mit besonderer Schonung der Psyche der Betroffenen vorgenommen und ein Bekanntwerden des Verfahrens möglichst vermieden werden muß.“⁵¹³ Diesem Resümee von Boeminghaus zufolge könnte das Gefühl des Opfergangs innerhalb der ohnehin nur geringen Anzahl geistig unbeeinträchtigter Patienten durch den Dialog mit dem Arzt beseitigt bzw. Einsicht in die Notwendigkeit der Operation erreicht werden. Eine psychische Belastung aufgrund sozialer Stigmatisierung ließe sich darüber hinaus durch Verschweigen und Geheimhaltung in der Öffentlichkeit gezielt vermieden. Boeminghaus‘ Aussagen dürften für Hilgenfeldt wie eine Kampfansage geklungen haben. Jedenfalls kann der im „Zentralblatt für Chirurgie“ vom Kölner Oberarzt postwendend veröffentlichte Artikel „Nochmals zur Sterilisation – Erwiderung auf die Mitteilung von Boeminghaus in diesem Zbl. 1935, Nr 17“ als ein verbaler Konter gewertet werden, worin Hilgenfeldts Rollenverständnis bezüglich seiner Patienten beharrlich statuiert wird: „Ich fühle mich verpflichtet, darauf hinzuweisen, dass diese Patt. besonders dann, wenn ihnen die Natur die Einsicht gelassen hat, wie z.B. Epileptikern, Schizophrenen im Intervall, Blinden, Krüppeln usw. mit dem Verlust der Zeugungsfähigkeit uns oft ein großes Opfer bringen.“⁵¹⁴ Darüber hinaus geht Hilgenfeldt auf Boeminghaus‘ Forderung nach gründlicher eugenischer Aufklärung des Patienten durch den Arzt ein und verknüpft diesen Gedanken mit dem von Aufopferung folgendermaßen: „Ich kann dazu nur sagen, dass die Einsicht in eine Lage und das Begreifen der Notwendigkeiten das Gefühl des Opfern nicht ausschließt, sondern zur Voraussetzung hat, und dass weiterhin das Bewusstsein, ein Opfer zu bringen, nichts Unedles ist und ruhig auch von ärztlicher Seite anerkannt und entsprechend entgolten werden darf.“⁵¹⁵ Trotz dieses Versuches, einen gemeinsamen Nenner mit Boeminghaus bezüglich der Patientenrolle zu finden, muss Hilgenfeldt die Vergeblichkeit seiner Bemühungen letztendlich schmerzlich anerkennen. Dies kommt gegen Ende des Artikels in aller Deutlichkeit folgendermaßen zum Ausdruck: „Wenn Boeminghaus dann in seiner Arbeit von „angeblichen Opfern“ bei der Sterilisation spricht und die Frage aufwirft „wem eigentlich“ ein solches gebracht wird und andere als ärztliche Gesichtspunkte für diese Auffassungen verantwortlich macht, so erscheint es kaum förderlich, weiter darüber zu

⁵¹³ Boeminghaus: Zur Sterilisierung. 1935, S. 1016

⁵¹⁴ Hilgenfeldt: Nochmals zur Sterilisierung von Männer. 1935, S. 1702

⁵¹⁵ ebenda

debattieren. Da trennen uns weltanschauliche Gegensätze, die das Verhältnis des Menschen zum Menschen und des Arztes zu seinen Patt. berühren.“⁵¹⁶ Dass aber nicht nur Boeminghaus eine grundsätzlich differierende Weltanschauung vertritt, sondern auch sämtliche Autoren der in Folge erschienenen Originalartikel, beweist ein Blick in den Artikel „Zur Technik der Sterilisationsoperation beim Manne“, dessen Veröffentlichung in die Mitte des Jahres 1935 fällt. Darin rekurriert der Oberarzt Fritz Krauss vom Städtischen Krankenhaus in ebenfalls ablehnender Art und Weise auf Hilgenfeldts Aussagen. Krauss spricht sich zusätzlich für den Primat der Volksgesundheit so aus: „Die Auffassung Hilgenfeldts, dass die vom Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses Betroffenen ein Opfer bringen, das in manchen Fällen fast unmenschlich groß erscheint, können wir im Einklang mit Boeminghaus cum grano salis nicht beistimmen. Dass aber in Einzelfällen für die Sterilisierten [...] sich gelegentlich einmal unangenehme Komplikationen einstellen, kann nicht geleugnet werden. Diese Tatsache kann und muß am Gewinn für das Gesamtvolkswohl gemessen, eben in Kauf genommen werden.“⁵¹⁷ Treffender lässt sich die allgemein in chirurgischen Fachkreisen grassierende Sichtweise auf die Rolle des Patienten wohl kaum beschreiben. Bei Krauss hat der Patient gerade einmal als Spielball des Sterilisationsprozesses zu fungieren, der der Staatsgewalt ohne Hadern untergeordnet werden muss. Ähnlich äußert sich zwei Jahre später der Oberarzt Herbert Junghanns von der Chirurgischen Universitätsklinik Frankfurt zur Passivität des Patienten innerhalb des Verfahrens, als er die Fragestellung der Nebenoperation zu thematisieren sucht. Er schreibt: „Nach meinem Dafürhalten ist weder die Einwilligung noch der Wunsch des Kranken oder seines Vormundes maßgebend, denn wir haben unseren Auftrag vom Gesetzgeber erhalten.“⁵¹⁸ Diese Priorität der Volksgenesung, welcher mithilfe der Staatsgewalt Geltung und Legitimation gleichzeitig verschafft wird, kristallisiert sich aus der 1938 erschienenen, und damit letzten Publikation zur Definition der Patientenrolle von Dr. Kurt Dennecke aus Erlangen heraus. Im Artikel „Spontane Wiederherstellung des Samenleiterkanals nach Resektion“ heißt es: „Es hängt von ihnen [den operativen Eingriffen] nicht so sehr, wie sonst bei fast allen Operationen, Leben und Gesundheit des Einzelwesens ab, sondern – wenigstens in der Gesamtheit – mit die Gesunderhaltung des Volkes.“⁵¹⁹ Selten tritt die Sonderrolle des GzVeN und der damit verbundenen Unfruchtbarmachung innerhalb der ärztlichen Heilpraxis so deutlich zu Tage wie bei

⁵¹⁶ Hilgenfeldt: Nochmals zur Sterilisierung von Männer. 1935, S. 1703

⁵¹⁷ Krauss: Zur Technik der Sterilisierungsoperation beim Manne. 1935, S. 1775

⁵¹⁸ Junghanns: "Nebenoperationen" bei gesetzlich angeordneter Unfruchtbarmachung des Mannes. 1937, S. 655

⁵¹⁹ Dennecke: Spontane Wiederherstellung des Samenleiterkanals nach Resektion. 1938, S. 709

Dennecke. Wo sonst findet die Perversion Hippokratischer Grundsätze – das Gebot des obligaten Nutzens einer Therapie für den Kranken und ein „primum nil nocere“ – so unverhohlen Anwendung wie in jener Spielart der NS-Negativeugenik? Der Autor schildert ja selbst, wie andere Operationen eigentlich auf das Wohl des Patienten und die Linderung seiner Beschwerden abzielen. Aber, wie Dennecke treffend umschreibt, nicht im Falle eines Eingriffes gemäß GzVeN: hier gilt der maximale Nutzen und die Prävention von schlechter Erbmasse und damit sozialem Ballast allein dem Volkskörper, dessen Gesunderhaltung sich ein jedes Individuum unterzuordnen hat.

Zusammenfassend spricht die rein quantitative Analyse der sieben Artikel zur Patientenrolle im Dritten Reich bereits eine deutliche Sprache: den fünf Publikationen mit NS-treuem Grundtenor stehen nur zwei Kurzartikel des kritischen Kölner Chirurgen Hilgenfeldt gegenüber. Dieser dürfte damit wohl den verschwindend kleinen Protzentsatz der deutschen Ärzte verkörpern, die auch öffentlich ihr Missfallen bezüglich des Umgangs mit Sterilisationspatienten in Kliniken kundtaten. Hilgenfeldt begnügt sich nicht mit der in intellektuellen Kreisen häufig üblichen inneren Emigration, sondern beehrt im Fachforum gezielt gegen die Rolle des passiven, minderwertigen Patienten, der nichts als sozialen Ballast bedeutet, auf. In keinem weiteren Artikel davor und danach wird die Lanze für eine Wertschätzung der aufgeopferten Fruchtbarkeit oder gar weitreichende Patientenrechte gebrochen. Vielmehr konsolidiert sich nach Hilgenfeldts couragiertem Auftreten das Bild von Priorität der Volksgesundheit, der damit verbundenen Wert- und Rechtlosigkeit des Kranken und geht in einer Flut von hartnäckigen Erwidierungsschriften der Sterilisationspioniere wie Boeminghaus usw. unter.

3.3.8 Stellungnahme zum ärztlichen Berufsstand, dem Selbstbild und Aufgabenfeld des Arztes

Neun Artikel setzten sich mit der Rolle des Arztes innerhalb des Sterilisationsprozesses auseinander und beleuchten mitunter das Selbstbild der Autoren bezüglich ihres Berufsstandes. Der erste Artikel zur Thematik, der im „Zentralblatt für Chirurgie“ erschienen ist, stammt von 1934. Prof. Oehlecker vom Krankenhaus Hamburg-Barmbeck skizziert wie Ärzte mit Einführung des GzVeN als beruhigende und verharmlosende Fachmänner innerhalb des Sterilisationsprozesses zu fungieren hatten und somit gezielt für Propagandazwecke eingesetzt wurden. Er schreibt: „Wir Ärzte sind verpflichtet, den

Eingriff der Unfruchtbarmachung möglichst schonend zu gestalten, [...] damit bald ins Volk hinausgetragen wird, daß die Unfruchtbarmachung des Mannes ein leichter, ungefährlicher Eingriff ist, vor dem man sich nicht zu fürchten braucht.⁵²⁰ Nur am Rande wird bei Oehlecker auf ärztliche Grundtugenden eingegangen, wenn im Nebensatz steht, dass „Erfahrung im Umgang mit Kranken, guter Wille und Geduld [...] natürlich oft vonnöten“⁵²¹ sind. Die wichtigste Botschaft an sein Kollegium - nämlich jene von der Wichtigkeit gewissenhaft – genauer Sterilisationsoperationen - stellt der Hamburger Chirurg hingegen bewusst imperativ am Ende seines Artikels und mahnt so das typisch deutsche Pflichtbewusstsein: „Wir Chirurgen müssen einen 100 proz. Erfolg garantieren.“⁵²² 1935 kommt August Schlegel am Ende seines in der „Deutschen Zeitschrift für Chirurgie“ abgedruckten Artikels „Die Chirurgie im deutschen Strafrecht und in der Rassepolitik“ auf die unabdingbare Rolle des Chirurgen innerhalb der NS-Eugenik zu sprechen: „Somit dient die Chirurgie nicht allein dem einzelnen, sondern sie ist auch eingebaut in des große Werk der Rassepolitik und ist bestimmt, durch die Art ihres positiven Handelns bei der Auswahl brauchbarer Erbmasse tatkräftig mitzuwirken.“⁵²³ Schlegel fügt sich damit den Vorgaben der NS- Gesundheitspolitik und stilisiert die Rolle des Arztes linientreu zum „Hüter über den Erbstrom“ hoch. Klar und deutlich betont der Autor damit auch den Umbruch innerhalb der ärztlichen Dienstpflicht: nicht mehr das Wohl des Einzelnen hat an erster Stelle zu stehen, sondern das des Volkskörpers. Diese Pflichten bilden auch Kernthematik des in chronologischer Reihenfolge nächsten publizierten Artikels von Boeminghaus. In „Zur Sterilisierung“ stellen sich dessen Gedanken dazu folgendermaßen dar: „Immer aber war es Aufgabe der Ärzte, neben der Behandlung des Einzelindividuums für den Gesundheitsschutz der Mitmenschen Maßnahmen zu treffen bzw. anzuregen; wenn daraus auch für die späteren Generationen ein Nutzen bzw. ein Schutz erwuchs, so war das allerdings oft eine zunächst nicht beabsichtigte Konsequenz, jedenfalls waren solche Gesichtspunkte bislang nicht die primäre Triebfeder ärztlichen Handelns.“⁵²⁴ Die Sorge um das Gemeinwohl – für Boeminghaus gehörte dazu auch die Zwangssterilisation – wird mit ihrer langen Tradition innerhalb des Ärztestandes begründet und das eugenisch motivierte Weiterwirken findet durch den Nutzen für folgende Generationen zur Legitimation. Ganz nach dem Motto „Das war schon immer so“ versucht Boeminghaus den Arzt als Frontmann der Eugenik einzuspannen. Hingegen sei es nicht die Aufgabe des Sterilisationsarztes „Schwächen in

⁵²⁰ Oehlecker: Zur Unfruchtbarmachung des Mannes. 1934, S. 2883

⁵²¹ ebenda

⁵²² Oehlecker: Zur Unfruchtbarmachung des Mannes. 1934, S. 2890

⁵²³ Schlegel: Die Chirurgie im deutschen Strafrecht und in der Rassepolitik. 1935, S. 693

⁵²⁴ Boeminghaus: Zur Sterilisierung. 1935, S. 1015

dem Verfahren⁵²⁵, wie z.B. eine lange Zeit zwischen Antrag auf Unfruchtbarmachung und Operation, die noch zur Zeugung ausgenutzt werden könnte, aufzudecken und zu beseitigen. Geht es nach Boeminghaus, dann muss der sterilisierende Arzt seine gesamte Konzentration darauf lenken, dass „der Eingriff so gestaltet wird, dass danach wenigstens nach menschlichem Ermessen nicht auch noch eine Zeugung möglich ist.“⁵²⁶ Somit hat der Arzt für das Gelingen der Sterilisation vom Zeitpunkt der Operation an Sorge zu tragen und nicht schon vorher. Im Artikel „Zur Sterilisierungsoperation“, dessen Erscheinung ebenfalls in das Jahr 1935 fällt, verleiht Boeminghaus seinen Ansichten zusätzlichen Nachdruck. Er formuliert darin abermals die Notwendigkeit einer Unfruchtbarmachung die, „so zuverlässig vorgenommen wird, wie das überhaupt nur möglich ist.“⁵²⁷ Diese äußerst wichtige Pflicht sei dem Arzt vom Gesetzgeber übertragen worden und präge das Aufgabenfeld des Mediziners damit bedeutend.⁵²⁸ Einer ähnlichen Überzeugung folgt Bauer von der Universitätsklinik Breslau und tut diese ebenfalls 1935 im „Archiv für klinische Chirurgie“ kund. Analog zu Boeminghaus erkennt Bauer, dass erstmals in der Geschichte der Medizin der Richter die komplette Verantwortung für die Sterilisationsanzeige übernimmt, und nicht der Arzt.⁵²⁹ Für den Mediziner stünde allein die Operation im Vordergrund, die mit einer „100 %-igen Sicherheit“⁵³⁰ durchzuführen sei. Weiterhin bestehe die Pflicht für den sterilisierenden Arzt die „Möglichkeit einer nachträglichen Befruchtung [...] auszuschalten“⁵³¹, aber gleichzeitig potentielle Kontraindikationen für eine Operation festzustellen.⁵³² Nach abermaliger Betonung der unerlässlichen Bedeutung eines Arztes innerhalb der NS-Eugenik schwingt sich Bauer schließlich zum Befürworter des GzVeN – scheinbar stellvertretend für seinen gesamten Berufsstand – auf; so will er in populistischem Ton festgestellt haben, dass „das Gesetz [GzVeN] in Übereinstimmung mit der inneren Überzeugung der Ärztwelt und in Übereinstimmung mit dem Empfinden des Volkes selbst gehandhabt wird.“⁵³³ Auch auf der 59. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie in Berlin wurde das Selbstverständnis der ärztlichen Rolle innerhalb des Sterilisationsprozesses thematisiert. Davon zeugt ein Originalbericht im „Archiv für klinische Chirurgie“, der die Ansichten von von Brandis aus Freiburg eins zu eins repräsentiert. Dort heißt es: „In der Regel trat bei unseren Patienten

⁵²⁵ Boeminghaus: Zur Sterilisierung. 1935, S. 1017

⁵²⁶ ebenda

⁵²⁷ Boeminghaus: Zur Sterilisierungsoperation. 1935, S. 13

⁵²⁸ ebenda

⁵²⁹ Bauer: Über Technik und Methodik der Sterilisation beim Mann. 1935, S. 612

⁵³⁰ Bauer: Über Technik und Methodik der Sterilisation beim Mann. 1935, S. 619

⁵³¹ ebenda

⁵³² Bauer: Über Technik und Methodik der Sterilisation beim Mann. 1935, S. 615

⁵³³ Bauer: Über Technik und Methodik der Sterilisation beim Mann. 1935, S. 623

die geistige Minderwertigkeit so ausgesprochen zutage, dass man als Arzt und Mensch den Segen des Gesetzes nicht stark genug empfinden konnte. Dass diese Tatsache den Chirurgen niemals von der Beachtung selbstverständlicher ärztlicher und ethischer Grundregeln entbindet, sollte eigentlich besonderer Hinweise in unserer Fachpresse nicht bedürfen.⁵³⁴ Jene Worte, die für sich sprechen dürften, versuchen die unmögliche Synthese von Befürwortung der Zwangssterilisation und Einhaltung ärztlicher Ethikprinzipien. Nicht nur von Brandis, auch Hilgenfeldt und andere sehen in der sozialpolitischen, wirtschaftlichen und naturwissenschaftlichen Logik des GzVeN die Rechtfertigung für Zwangssterilisationen einerseits gegeben. Andererseits fordern diese Autoren, welche die innerste Grundhaltung mit vielen Kollegen geteilt haben dürften, aber auch gleichzeitig die Unantastbarkeit eines Grundethos innerhalb der ärztlichen Riege. Ein Grundethos, das sich jedoch aufgrund des gesetzlichen Zwangscharakters operativer Maßnahmen und konsequent staatlich angeordneter Kontrolle bzw. Missachtung von Individualinteressen schnell als äußerst brüchig und unhaltbar erweist. Davon, wie sehr sich die moralische Grundfeste der einzelnen Ärzte in diesem Spannungsfeld von Linientreue und persönlicher Ethik unterscheiden konnte, geben zwei Artikel von Hilgenfeldt im „Zentralblatt für Chirurgie“ aus dem Jahre 1935 Zeugnis. In der Publikation „Menschliche und technische Fragen zur gesetzlichen Sterilisierung“ verdeutlicht Hilgenfeldt diese spannungsgeladene Verpflichtung des Mediziners dem Staat als auch dem einzelnen Patienten gegenüber. Entweder verbucht der Operateur während des Eingriffs oder in der Nachsorge Einsparungen auf Kosten des Patienten oder er lässt dem Sterilisierten eine fortschrittlichere operative Behandlung und Betreuung verbunden mit höheren Staatskosten zukommen. Dieses Dilemma beschreibt Hilgenfeldt wortwörtlich so: „Der Chirurg hat also bei diesen Operationen abzuwägen zwischen dem was der Staat zu fordern hat und dem, was ihm die Menschlichkeit gebietet.“⁵³⁵ Nach einem vorangegangenen öffentlichen Diskurs mit Boeminghaus bezüglich der Kernfrage, ob ein Sterilisationspatient mit dem Verlust seiner Fertilität ein Opfer bringe und der Arzt ihm dafür wenigstens ein Maß an Anerkennung schulde, muss der Kölner Chirurg verbittert unüberbrückbare Differenzen innerhalb seines Berufsstandes feststellen. Während Hilgenfeldt eine schonende Operation zugunsten des Patientenwohles bevorzugt, wendet Boeminghaus eine minimale Schnittführung nur an, um das GzVeN und damit verbundene Zwangssterilisationen durch mögliche Komplikationen nicht in öffentlichen Verruf zu bringen. Hilgenfeldt folgert in bezeichnender Art und Weise: „Da trennen uns

⁵³⁴ Bericht der 59. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. 1935, S. 34

⁵³⁵ Hilgenfeldt: Menschliche und technische Fragen zur gesetzlichen Sterilisierung. 1935, S. 560

weltanschauliche Gegensätze, die das Verhältnis des Menschen zum Menschen und des Arztes zu seinen Patt. berühren.⁵³⁶ Der letzte Artikel, der die Rolle des Arztes innerhalb der NS-Eugenik thematisiert, trägt den Titel „Urologie und Volksgesundheit“ und stammt von Dr. Karl Heusch aus Berlin. Dieser erschien 1936 in der „Zeitschrift für Urologie“ und spricht zum ersten und gleichzeitig einzigen Male den Urologen direkt als Facharzt an. So steht im Originaltext des 1936er Bandes der „Zeitschrift für Urologie“ geschrieben, dass es dem Urologen „Pflicht und heilige Lehre [sei], dem Volk zu dienen, wo jeder auch stehe.“⁵³⁷ Diesen pflichtbewussten Dienst definiert der Urologe Heusch, der gleichzeitig als Dozent der Akademie für ärztliche Fortbildung in Berlin fungierte genauer: „Der Dienst des Arztes am Volke bedeutet: Erhaltung und Förderung der Volksgesundheit.“⁵³⁸ Laut Heusch kämen weiter vor allem Fachärzte mit den Volksmassen in Berührung und würden sich deswegen als Hüter der Volksgesundheit hervortun.⁵³⁹ Zu diesen „vollkommenen Fachärzten“⁵⁴⁰ zählt Heusch die Urologen, deren Wirken der Berliner durch „den Reichsärztführer und die höchste Reichsgesundheitsbehörde als Sonderfach bestätigt“⁵⁴¹ sieht. Diese Textstelle belegt als erste der analysierten Quelltexte die Eigenständigkeit und Anerkennung der Urologie als Fachbereich der Medizin auf deutscher Reichsebene. Waren die Autoren der bisherigen Sterilisationstexte bisher nur als Chirurgen betitelt worden, spricht Heusch nun von Fachärzten der Urologie. Erblickt man beispielsweise in den Überschriften von Boeminghaus‘ oder Bauers Artikeln lediglich die Bezeichnung „Chirurg“ oder „Arzt an der Chirurgischen Klinik“, so prangt über Heuschs Publikation der avantgardistische Hinweis „Aus der urologischen Abteilung des Städt. Rudolf- Virchow- Krankenhauses zu Berlin“.⁵⁴² Generell erschleicht den Leser von Heuschs Artikel der Verdacht, dass der Berliner Urologe versucht einer Fachetablierung der Urologie Nachdruck zu verleihen bzw. die fachärztliche Eigenständigkeit des Urologen zu legitimieren. So lauten die einleitenden Worte: „Was ist die „Urologie“? Wie jedes Sonderfach eine Wissenschaft und eine Kunst. [...] Der Arzt, selbst ein „Spezialist“...“⁵⁴³ Eine profunde Begründung für diese notwendige Spezialisierung lässt Heusch prompt folgen: „Die Urologie ist kein Wildwuchs. Sie entstand nach den Regeln, die jedem Sonderfach von Natur und Technik gesetzt sind. [...] Urologie erlernt sich nicht in wenigen Wochen. Die Handhabung der Geräte erfordert jahrelange Übung. [...] Die Ausführung des

⁵³⁶ Hilgenfeldt: Nochmals zur Sterilisierung von Männer. 1935, S. 1703

⁵³⁷ Heusch: Urologie und Volksgesundheit. 1936, S. 823

⁵³⁸ ebenda

⁵³⁹ ebenda

⁵⁴⁰ ebenda

⁵⁴¹ Heusch: Urologie und Volksgesundheit. 1936, S. 824

⁵⁴² Heusch: Urologie und Volksgesundheit. 1936, S. 823

⁵⁴³ Heusch: Urologie und Volksgesundheit. 1936, S. 824

Heilplanes setzt wiederum technische Kenntnisse und Kunstfertigkeiten voraus, die den Rahmen der üblichen ärztlichen oder chirurgischen Ausbildung weit überschreiten.“⁵⁴⁴ Gerade dieser Hinweis auf eine „chirurgische Ausbildung“ veranlasst Heusch dazu, näher auf das Verhältnis zwischen den Fachdisziplinen der Chirurgie und der Urologie einzugehen. Die schrittweise Etablierung der Urologie als selbständiges Fach werde gerade von Vertretern der Chirurgie argwöhnisch beäugt, da „viele Chirurgen [...] glauben, dass ihnen ein Aufblühen der Urologie einen Teil ihres Faches nehmen könnte.“⁵⁴⁵ Weiter merkt Heusch an: „Sie [die Chirurgen] halten irrtümlich die Urologie für einen Teil der Chirurgie. [...] Gewiss bedarf der Urolog einer chirurgischen Vorbildung; [...] aber für ihn bleibt [...] der chirurgische Eingriff nichts anderes, als die vorübergehende Fortsetzung der Urologie mit anderen Mitteln. Umgekehrt lassen es die vielfältigen Aufgaben des meist überbeschäftigten Chirurgen gar nicht zu, auf dem großen, nicht operativen Teil der Urologie, der etwa drei Viertel des Gesamtgebietes umfasst, die für die Erfüllung aller urologischen Aufgaben erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten zu erwerben oder zu erhalten.“⁵⁴⁶ Deutlich lässt sich zwischen den Zeilen herauslesen, dass Heusch darauf verzichtet auf Kollisionskurs mit der chirurgischen Zunft zu gehen, sondern er vielmehr den Komplementärcharakter der Fächer innerhalb der Schulmedizin und die unerlässliche Koexistenz dieser beiden betont. Die Formulierung eines friedfertigen Mit- und Nebeneinander gibt sich folgendermaßen: „Der Urolog bedarf der Vorbildung durch den Chirurgen, der Chirurg braucht aber ebenso notwendig die urologische Fortbildung.“⁵⁴⁷ Laut Heusch würden „nachbarliche Verhältnisse“⁵⁴⁸ bereits mit den Internisten, Gynäkologen und Dermatologen gepflegt und wären in Zukunft mit chirurgischen Vertretern ebenfalls erstrebens- und wünschenswert. Jedenfalls endet diese Abhandlung zur Fächerbeziehung mit der nachdrücklichen Forderung nach zukünftig klarer Kompetenztrennung. Dabei verlangt Heusch „im Namen der deutschen Volksgesundheit“, dass sich „niemand als Fachmann auf dem Gebiet der Urologie auftut, der nicht die Meisterschaft dieses Faches nach den Standesregeln erarbeitet hat.“⁵⁴⁹

Weiterhin beschäftigt sich der Berliner Urologe mit den wichtigsten Aufgabenfeldern der Urologie innerhalb der NS-Medizin und nennt den Lebensursprung, die Lebensleistung und die Lebensdauer als Angriffsorte urologischen Wirkens.⁵⁵⁰ „Vermehrung und

⁵⁴⁴ Heusch: Urologie und Volksgesundheit. 1936, S. 825

⁵⁴⁵ Heusch: Urologie und Volksgesundheit. 1936, S. 826

⁵⁴⁶ ebenda

⁵⁴⁷ ebenda

⁵⁴⁸ Heusch: Urologie und Volksgesundheit. 1936, S. 827

⁵⁴⁹ ebenda

⁵⁵⁰ Heusch: Urologie und Volksgesundheit. 1936, S. 828

Verbesserung des Volkes [...] ab ovo⁵⁵¹ gilt für Heusch als Ziel des Eingriffs in den Lebensursprung. Als konkreter rein urologischer Aufgabenkomplex steht in „Urologie und Volksgesundheit“ die Wiederherstellung der männlichen Zeugungsfähigkeit nach durchgemachter „Volksseuche [...] Gonorrhoe“⁵⁵² an erster Stelle. Zur negativen Eugenik oder Sterilisationsmaßnahmen wird in diesem Artikel interessanterweise konsequent geschwiegen. Innerhalb der Leistungsfähigkeit des Volkes – Heuschs zweitem Angriffspunkt der NS-Gesundheitsbestrebungen – könne der Urologe durch korrekte Therapie von Steinerkrankungen, Harntuberkulose, Geschwürblasen oder Wandernieren eine deutliche Verbesserung erwirken und damit die frühzeitige Invalidisierung von Zehntausenden von „arbeitswilligen deutschen Menschen der mittleren Jahre“ verhindern.⁵⁵³ Auch Heusch denkt nicht daran, das Wohl des einzelnen Patienten zur Triebfeder urologischer Tätigkeit zu erheben, sondern gibt Anstoß zur öffentlichen Reflektion darüber, wie viele Sozialkosten sich dadurch sparen ließen oder welche Massen an zusätzlichen Arbeitern bzw. Soldaten für das Reich zusätzlich verfügbar wären.⁵⁵⁴ Hinsichtlich urologischer Einflussnahme auf die Lebensdauer des Mannes wird im Artikel die adäquate Therapie der Prostatahypertrophie zur optimalen lebensverlängernden Maßnahme hochstilisiert.⁵⁵⁵ Bis auf eine Randnotiz, welche die Errettung Hunderter und Tausender „sonst noch schaffensfähiger Männer“ verspricht, mangelt es Heuschs Heilsversprechen diesmal absolut an weiteren Fakten.⁵⁵⁶ Abschließend weiß sich Heusch ideologisch geschickt neben linientreuen Urologen wie den weiter oben genannten Doktor Boeminghaus oder Bauer zu positionieren und unterlässt es nicht, stellvertretend für alle reichsdeutschen Urologen der Parteiführung gegenüber einen Treueschwur abzuleisten: „Wir deutschen Urologen stehen mit unserem geistigen und handwerklichen Rüstzeug bereit zum Dienst an der Volksgesundheit. Wir erwarten die Befehle.“⁵⁵⁷

In der Zusammenschau aller neun Artikel festigt sich das Bild des linientreuen Arztes, der sich zumeist kritiklos in den Dienst der NS-Negativeugenik stellen lässt. Das ärztliche Selbstportrait prägt vor allem die Pflichterfüllung des Mediziners nach bestem Wissen und Gewissen. Es muss die Sterilisierungsoperation möglichst präzise, kompromisslos und nach allen Regeln ärztlicher Kunst durchgeführt werden. Das Wohl des Patienten steht in

⁵⁵¹ ebenda

⁵⁵² ebenda

⁵⁵³ Heusch: Urologie und Volksgesundheit. 1936, S. 829

⁵⁵⁴ ebenda

⁵⁵⁵ Heusch: Urologie und Volksgesundheit. 1936, S. 830

⁵⁵⁶ ebenda

⁵⁵⁷ Heusch: Urologie und Volksgesundheit. 1936, S. 832

diesem Zusammenhang für beinahe jeden Autor an letzter Stelle. Ganz im Gegenteil fungiert nicht die Unversehrtheit des „Kranken“ und damit verbundene Komplikationsvermeidung als Triebfeder für einen möglichst schonenden Eingriff, sondern eher Boeminghaus' und Oehlecker's Sorge um das positive Image des GzVeN und seine Auswüchse. Schenkt man den Originalartikeln Glauben, so trifft Boeminghaus den Nerv seiner ärztlichen Kollegen, wenn er behauptet, dass das GzVeN in Übereinstimmung mit der inneren Überzeugung der Ärztwelt stünde. Denn auch von Brandis empfunden die gesetzliche Unfruchtbarmachung als Segen, Schlegel sieht den Sterilisationsarzt dabei in der Rolle des Hüters über positive Erbmasse und Boeminghaus geht in seiner pervertierten Verklärung sogar so weit, die Maßnahmen der Vasektomie zum „Gesundheitsschutz für die Mitmenschen“ zu erheben. Allein Hilgenfeldts Artikel sind es die von der äußerst selten stattfindenden Selbstreflexion eines Arztes bezüglich hippokratischer Grundsätze und moralischer Verantwortung dem Einzelnen gegenüber zeugen. Wo beinahe alle Autoren nur den sozial- bzw. bevölkerungspolitischen Nutzen des GzVeN herausstellen, bezieht Hilgenfeldt Stellung für den Patienten und muss schließlich verbittert „weltanschauliche Gegensätze“ zwischen seinem Arzt-Patienten-Verhältnis und dem seiner Kollegen erkennen. Es bleibt gerade deshalb anzunehmen, dass sich wohl einige, durchaus kritische Mediziner im „Dritten Reich“ angesichts dieses Spannungsfelds zwischen Staatsinteresse auf der einen und Patientenwohl auf der anderen Seite eher dem öffentlichen Druck gebeugt haben dürften und ihr ärztliches Tun damit in den Dienst der Nationalsozialisten stellten. Beurteilt man anhand der hier analysierten Originalartikel die spezielle Beteiligung von Urologen an den Sterilisationen, so bleibt festzustellen, dass bis auf eine Ausnahme alle Autoren als Chirurgen betitelt werden. Dabei lässt sich die Vermutung bestätigen, dass ein Großteil der Unfruchtbarmachungen von Chirurgen, die über ein Mindestmaß an urologischen Kenntnissen besaßen, durchgeführt wurde und diese Operationen nicht als explizite Domäne der urologischen Zunft galten. Der anfängliche Verdacht, Urologen hätten sich im Zuge männlicher Unfruchtbarmachungen als besonders glühende Anhänger der NS-Gesundheitspolitik erwiesen und die reichsweite Durchführung eugenischer Maßnahmen durch ihren Beitrag erst möglich gemacht, lässt sich in keiner Weise erhärten. Das Aufbegehren der Urologie hingegen als eigenes Sonderfach während der dreißiger Jahre lässt sich an Heuschs Publikation „Urologie und Volksgesundheit“ deutlich ablesen. Der Berliner Urologe hebt die Bedeutung der Urologie für das deutsche Volk hervor, indem er eindrücklich beschreibt, wie die Urologie in Person des urologischen Facharztes von Wiege bis zur Bahre mit breiten Menschenmassen in Berührung kommt. Aufgrund des beträchtlichen Pensums urologischer Kenntnisse und Fertigkeiten mutet

Heuschs Abschlussplädoyer für klare Kompetenztrennung zwischen Chirurgie und Urologie auf der Basis kollegialer Fachbeziehungen durchaus zeitgemäß und sinnvoll an.

4. Diskussion

4.1 Fragestellung

Ziel dieser Arbeit war es über aktuelle Grundlagen hinaus neue Erkenntnisse über die Praxis der männlichen Sterilisation zur Zeit des Nationalsozialismus in Deutschland anhand systematischer Analyse zeitgenössischer medizinischer Fachzeitschriften von 1931 bis 1947 zu erlangen. Bisher in der medizinischen Geschichtswissenschaft weniger berücksichtigte Sachverhalte sollten einbezogen werden. Hauptgegenstand der Betrachtungen waren zuerst OP-Technik und direkt überschneidende Themen wie Komplikationen oder Nebenoperationen. Weiterhin sollte der Fokus auf die Rolle des Sterilisationspatienten mit Angaben zu Erkrankungen, der Bedeutung seiner Psyche und der menschliche Umgang mit diesem gelenkt werden. Zuletzt sollten die sterilisierenden Ärzte selbst in den Blick genommen werden. Das Selbstbild des Arztes innerhalb der Sterilisationspraxis sollte genauso erörtert werden wie die fachärztliche Profession. Soweit möglich war es Intention der Arbeit das Bild des sterilisierenden Arztes durch persönliche Angaben der Autoren bezüglich moralischer Grundwerte und ärztlichem Ethos zu vervollständigen.

4.2 Material und Methoden

Die genannten Fragestellungen sollten anhand der Durchsicht von medizinischen Fachzeitschriften der Jahre 1931 bis 1947 abgehandelt werden. Das Screening der einzelnen Zeitschriftenreihen auf relevante Artikel gestaltete sich relativ einfach, da passende Beiträge meist unter einschlägigen Titeln veröffentlicht wurden. Zu den beiden Themenblöcken der Arzt- und Patientenrolle konnten die Hauptaussagen der Artikel schnell zusammengefasst werden, da die Kerngedanken überschaubar waren und sich auf größtenteils gleiche Haltungen stützten. Dies verhält sich gegenteilig im Falle des Themenblocks OP-Technik. Eine Vielzahl an äußerst unterschiedlichen Subkategorien von der Wahl der Anästhesie über die direkte OP-Technik bis hin zur Sterilitätssichernden Nachbehandlung und histologischen Nachuntersuchung präsentierte sich und musste einer sinnverwandten Kategorisierung unterzogen werden. Innerhalb der Kategorien herrschten darüber hinaus divergierende Lehrmeinungen der Autoren, die sich mit den Jahren oftmals änderten bzw. angepasst wurden. Als im Zuge eines iterativen Prozesses die acht

Kernthemen als Leitfaden dieser Arbeit definiert waren, erwies sich zumeist die chronologische Analyse der zutreffenden Artikel als bewährteste Präsentationsform. So konnten Parallelentwicklungen zu realen historischen Ereignissen, wie dem Inkrafttreten des GzVeN⁵⁵⁸ oder dem Beginn des Zweiten Weltkriegs einfacher gezogen werden. Zugleich konnten sich verändernde Haltungen der Autoren über die Zeit besser dargestellt oder die relativ unübersichtliche Evolution der operativen Methoden nachvollzogen werden. Führt man sich die acht Kernfragen nochmals vor Augen, so gelang mithilfe des genannten chronisch angelegten Analyseprozesses jeweils betreffender Artikel eine gute und repräsentative Abbildung der Quintessenzen.

Wie zu Beginn des Kapitels 2 bereits angeklungen, wurde der Literaturanalysezeitraum auf die beiden Jahre vor und nach der nationalsozialistischen Herrschaft ausgedehnt um Kontinuitäten oder Brüche der Sterilisationspraxis besser herausarbeiten zu können. Diagramm 1 zeigt jedoch, dass weder von 1931-1932, noch von 1943-1947 Artikel zur Sterilisation des Mannes erschienen sind, und damit die Basis für verlässliche Schlüsse auf Unfruchtbarmachungen während der Weimarer Republik bzw. nach Kriegsende in den jeweiligen Besatzungszonen fehlt. In die Einleitung dieser Arbeit fand Astrid Leys Gradmesser-Theorie⁵⁵⁹ Eingang, welche besagte, dass die Anzeigetätigkeit der Ärzte in negativer Korrelation zur persönlichen Arzt-Patienten-Beziehung stünde. Dass genannte These innerhalb dieser Arbeit nicht überprüft werden konnte, wurde bereits früh im Analysevorgang klar. Denn erstens war ärztliche Anzeigetätigkeit in keinem der gesichteten Artikel thematisiert worden – sie war ja von der eigentlichen Sterilisations-OP abgekoppelt vorgeschaltet - und zweitens fehlte den operativ tätigen Chirurgen bzw. Urologen schlichtweg die Zeit während und nach der Operation ein Minimum an Beziehung zum Patienten aufzubauen. Da die zwei Grundparameter der Ley'schen Theorie a priori nicht präsent waren, muss die Bestätigung oder Widerlegung zukünftig anderen historischen Arbeiten zum Gegenstand werden.

4.3 Ergebnisse

Generell betrachtet weist ein Großteil der Artikel immer wiederkehrende Auffälligkeiten auf, die Erwähnung und Deutung notwendig machen. So sticht beispielsweise die relativ lange Latenz zwischen dem Zeitpunkt der Artikelfertigstellung durch den Autor und dem

⁵⁵⁸ Weingart, Kroll, Bayertz: Rasse, Blut und Gene. 2006, S. 465

⁵⁵⁹ Ley: Zwangssterilisation und Ärzteschaft. 2004, S. 131

endgültigen Abdruck in der Fachzeitschrift ins Auge. Beiträge die in Form von Streitschriften aufeinander folgen erscheinen oft erst im Intervall von einigen Monaten oder gar erst ein halbes Jahr später als der Bezugsartikel. Verständlicher macht dieses Phänomen ein Einblick in das übliche Prozedere einer Beitragsentstehung. Zwischen einem ersten Beitragsentwurf und dem Abdruck der Endfassung konnten mehrere Monate, wenn nicht ein Jahr vergehen. Diese Tatsache beruht vor allem auf relativ langen Zeitintervallen, die der postalische Schriftverkehr heute bedarf und noch viel mehr in den 30er Jahren in Anspruch nahm. Die Frage inwiefern Zensur oder die Verbreitung gewünschter Meinungen oder Ergebnisse die Publikation der hier untersuchten Beiträge beeinflusst haben könnten, konnte in dieser Arbeit nicht verfolgt werden.

Eine zweite Auffälligkeit, die einigen Artikeln gemein zu sein scheint, betrifft die Frage der Standards der Biomathematik und Statistik. Spaths Versuche zur Rückoperation nach Sterilisation finden gänzlich ohne Kontrollgruppen statt und eine große Fallzahl scheint zur Validierung der Versuchsergebnisse ebenfalls nicht nötig gewesen zu sein.⁵⁶⁰ Auch Boeminghaus verfügt beispielsweise zum Jahr 1937 seinen Angaben zufolge über keine eigene positive Beobachtung zur Rückoperation. Das hindert ihn jedoch nicht daran, der Operation beim Menschen, bar jeder Begründung, sehr hohe Chancen einzuräumen. Allein die vermutlich günstigeren anatomischen Verhältnisse im Vergleich zum Tier verleiten Hans Boeminghaus zu dieser Annahme.⁵⁶¹ Auch wenn die naturwissenschaftliche Arbeitsweise von Boeminghaus und Spath aus heutiger Sicht unprofessionell erscheinen mag: für Standards der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts scheint sie durchaus ausreichend gewesen zu sein. Denn keine Kritik ist von dem gesamten zeitgenössischen akademischen Kollegium am Versuchsaufbau oder den Fallzahlen zu vernehmen. Glaubt man vielmehr Stiasnys Angaben von 1935, so scheinen Anforderungen an Forschungsstandards zumindest im Bereich der Rückoperation weltweit eher auf niedrigem Niveau gewesen zu sein. Stiasny zitiert darin Beobachtungen der US-Eugeniker Popenoe und Gosney, welche Schwangerschaften der Frauen rückoperierter Männer allein als hinreichenden Beweis für das chirurgische Gelingen anpreisen.⁵⁶² Somit bedurfte es auch in nicht deutschsprachigen Forschungskreisen keiner präziseren Ejakulatuntersuchungen oder systematischer Auswertung größerer Fallzahlen, um zu verwertbaren Ergebnissen und letztlich „potenten“ OP-Methoden zu gelangen.

⁵⁶⁰ Spath: Zur Frage der Wiederherstellungsoperation (Rückoperation) nach Sterilisierung. 1934, S. 454

⁵⁶¹ Boeminghaus: Die Sterilisierung des Mannes. 1937, S. 89

⁵⁶² Stiasny: Beitrag zur Vasektomie. 1935, S. 1352

4.3.1 Quantitative Analyse

Die quantitative Entwicklung der Beiträge korreliert primär sowohl mit der Entstehung und Weiterentwicklung des GzVeN, orientiert sich aber auch auffällig an den real praktizierten Unfruchtbarmachungen im Reichsgebiet und der innen- bzw. außenpolitischen Situation Deutschlands. Das GzVeN, welches erst am 14. Juli 1933 in Kraft trat, markierte den juristisch definierten Startpunkt der Sterilisationen im „Deutschen Reich“. Ab diesem Datum konnte sowohl den Gesetzestext direkt als auch seine Durchführung betreffend diskutiert werden. Dies spiegelt sich in den drei Artikeln des Jahres 1933 wieder. Dass die große Masse der Beiträge erst 1934 erscheint ist dem oben genannten langwierigeren Publikationsprozess geschuldet und zeigt bei Berücksichtigung der resultierenden Verzögerung zugleich das schnell aufkommende Interesse der Fachgesellschaft an der Thematik. Denkbar wäre der Zusammenhang zwischen Artikelneuerscheinungen der Jahre 1934-1937 und den beiden reichsweit berühmt-berüchtigten Kommentaren zum „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ von Arthur Gütt, Ernst Rüdin und Falk Ruttke von 1934 bzw. 1936⁵⁶³. Dieser praxisorientiertere Kommentar, welcher die Synthese der medizinischen und rassenhygienischen Auslegung in Person von Medizinalreferent Gütt und Erbpsychiater Rüdin auf der einen mit der juristischen Darstellung durch Ruttke auf der anderen Seite mit Geltung für das Reichsgebiet darstellte, dürfte wohl Anlass für einige Rezensionen gewesen sein.⁵⁶⁴

Analysiert man reale Zahlen von staatlich angeordneten Unfruchtbarmachungen bei Männern, wie sie Weingart, Kroll und Bayertz in „Rasse, Blut und Gene“ angeben, so „durchlief die Sterilisationspraxis eine zeitliche Entwicklung: Beginnend in der Zweiten Hälfte 1934, erreichten die durchgeführten Sterilisationen wahrscheinlich schon 1935 einen Höhepunkt von ca. 73.000 und blieben bis Kriegsbeginn auf etwa 60.000. Für die Zeit von 1939-1945, in der kriegsbedingt die Sterilisationen nur noch auf Fälle „besonders großer Fortpflanzungsgefahr“ beschränkt wurden, werden noch einmal 60.000 durchgeführte Operationen angenommen“⁵⁶⁵. Die gleiche zeitliche Dynamik wird durch die in Diagramm 1 skizzierten Neuerscheinungen beschrieben. Ab 1934 steigt die Artikelanzahl rapide an und erreicht ihr Maximum analog zur Sterilisationspraxis ein Jahr

⁵⁶³ Krischel, Moll: Forschung zur und Praxis der Sterilisation und Kastration von Männern im Nationalsozialismus. In: Krischel, Moll, Bellmann, Scholz, Schultheiss (Hg.): Urologen im Nationalsozialismus. Zwischen Anpassung und Vertreibung. 2011, S. 206

⁵⁶⁴ Lexer: Die Eingriffe zur Unfruchtbarmachung des Mannes und zur Entmannung, aus dem Kommentar zum „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ von Rüdin, Gütt und Ruttke, jeweils aus der ersten und zweiten Auflage. In: Krischel, Moll, Bellmann, Scholz, Schultheiss: Urologen im Nationalsozialismus. Biographien und Materialien. 2011, S. 110

⁵⁶⁵ Weingart, Kroll, Bayertz: Rasse, Blut und Gene. 2006, S. 470

später. Auch Gisela Bock gibt in „Zwangssterilisation und Nationalsozialismus“ diese Klimax der Sterilisationen an, wobei eine erste folgende Abnahme ab 1936 dadurch erklärt wird, dass „in den ersten Jahren vor allem die Anstalten durchkämmt [wurden]; und dieses Reservoir war Ende 1935 teilweise erschöpft“⁵⁶⁶. Laut Bock gingen die Zahlen der Sterilisationsopfer „ab 1939 stärker zurück“⁵⁶⁷. Dieser zweite Rückgang fußte vor allem auf zwei politischen Tatsachen: in erster Linie mussten mehr Ärzte seit Kriegsbeginn an der Front dienen und standen somit dem Apparat nicht mehr zur Verfügung, mit der logischen Konsequenz, dass die Sterilisationspolitik mit all ihren Auswüchsen unweigerlich an Gewicht verlor und das fachliche und öffentliche Interesse daran zum Erliegen kam. Zusätzlich wuchs in Deutschland der Widerstand gegen die Sterilisationspolitik – wenn auch langsam – dennoch stetig nicht nur von Seiten der Betroffenen, was das Reichsinnenministerium zur Weisung an die Ärzteschaft veranlasste, sich nur noch auf Fälle „besonders großer Fortpflanzungsgefahr“⁵⁶⁸ zu konzentrieren und „eine gewisse Rücksicht auf die Stimmung unter den „Minderwertigen“ zu nehmen“.⁵⁶⁹ Genauso zeigt sich der Rückgang an Publikationen zur männlichen Sterilisation ab 1936 um über die Kriegsjahre in ein beinahe gänzlich abebben überzugehen und kann – gebunden an Bocks These – in groben Zügen als Indiz für die schwindende Bedeutung der Thematik in der Urologie und Chirurgie aber auch der reichsdeutschen Öffentlichkeit und politischen Landschaft dienen.

4.3.2 Inhaltliche Analyse

Im Zuge der inhaltlichen Analyse konnte für jeden der drei Themenblöcke – OP-Technik, Patientenrolle und Arztrolle – ein Abgleich zwischen den Ergebnissen dieser Arbeit und aktuellem, vorbestehendem Forschungsstand getätigt werden.

Neue Erkenntnisse liefert diese Arbeit vor allem im Bereich des operativen Vorgehens. Über die generellen OP-Umstände liefern die Originalartikel etliche Hinweise. Daraus wird ersichtlich, wie ab 1935 von der zweizeitigen stationären Operation zur komplikationsloseren, einzeitig ambulanten übergegangen wurde. Mit dem Maximum an Sterilisationen im Jahr 1935 fällt dieses Umdenken zeitlich exakt zusammen und sorgt für

⁵⁶⁶ Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus. 2010, S. 240

⁵⁶⁷ ebenda

⁵⁶⁸ Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus. 2010, S. 233

⁵⁶⁹ ebenda

Entlastung des operativen sowie pflegerischen Personals. Auch die Erkenntnis, dass Lokal- bzw. Leitungsanästhesie zur Durchführung der Vasektomie generell genüge, man jedoch bei psychisch Kranken gerne auf Vollnarkose zurückgreifen könne, ist neu in dieser Arbeit. Im Bereich der operativen Schnittführung ergibt sich aus den Ergebnissen folgendes Bild: Uneinigkeit bei bis zu maximal sechs verschiedenen Schnittführungen im Jahr 1937, die sich alle mehr oder weniger bis zum Kriegsende halten können. Die einzige generell angedeutete Tendenz geht weg vom Inguinalschnitt hin zum skrotalen Zugangsweg. Im Bezug auf die direkte Sterilisationsmethode erwähnen Moll und Krischel die Vasektomie als Methode der Wahl, ohne jedoch den Prozess der Technikentwicklung und operative Details zu skizzieren.⁵⁷⁰ In dieser Arbeit hingegen lässt sich die Abkehr von der einfachen Durchschneidung der Samenleiter hin zur Vasoresektion mit dem Jahr 1935 ablesen. Nicht nur die simple Weiterentwicklung der Technik steht als neue Erkenntnis, sondern vielmehr die Beweggründe: war 1933 noch Angst vor psychischen oder physischen Komplikationen die Triebfeder für eine möglichst korrekte Operation, so stand ab 1935 die Garantie der Sterilität und nicht mehr das Wohl des Patienten im Vordergrund. Erstmals betrachtet diese Arbeit auch die Resekatlänge bei Vasoresektion, welche sich durchschnittlich auf 3-5 cm belief. Darüber hinaus beschreibt diese Arbeit die Methoden zur Verhinderung der Stumpfvereinigung, von denen sich die Stumpfligatur ab 1935 durchsetzte. Ob jedoch das testikuläre, abtestikuläre, oder beide Stümpfe unterbunden wurden, scheint mangels einheitlicher Regelung dem jeweiligen Gutdünken des Operateurs unterlegen zu sein. Bei Zusammenfassung des gesamten operativen Vorgehens, zeigt sich, wie uneinheitlich Resekatlänge, Schnittführung und Verhinderung der Stumpfwiedervereinigung auf Reichsebene praktiziert wurden. Ein differenzierteres Bild der operativen Sterilisationspraxis generieren diese Erkenntnisse allemal und führen vor Augen, dass größere fachliche Uneinigkeit bezüglich der Operation im „Dritten Reich“ bestanden haben dürfte als bisher angenommen.

Weitestgehend unbeachtet ist in der medizin- historischen Forschung die Thematisierung von Rückoperationsversuchen geblieben. Diese Arbeit widmet sich den damit verbundenen Versuchen an Tieren und Menschen erstmalig und fokussiert dabei die nach heutigen Standards in keiner Weise aussagekräftigen bzw. validen Ergebnisse. Versuchsaufbau oder die fehlenden Fehleranalysen im operativen Prozedere entsprachen jedoch in den 1930er

⁵⁷⁰ Lexer: Die Eingriffe zur Unfruchtbarmachung des Mannes und zur Entmannung, aus dem Kommentar zum „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ von Rüdin, Gutt und Ruttko, jeweils aus der ersten und zweiten Auflage. In: Krischel, Moll, Bellmann, Scholz, Schultheiss: Urologen im Nationalsozialismus. Biographien und Materialien. 2011, S. 110

Jahren nachweislich durchaus internationalem Niveau. Neben dem Beweis, dass Rückoperation nach Sterilisation ein Thema der fachwissenschaftlichen Kreise dieser Zeit war, wird aus dieser Arbeit in Ansätzen der Beweggrund für Versuche auf diesem Feld ersichtlich. Die theoretische Möglichkeit, jene Männer, welche aufgrund einer durchlittenen Geschlechtskrankheit unfruchtbar sind mithilfe einer Rückoperation zu therapieren, spielt demnach eine nicht unerhebliche Rolle als Triebfeder für Versuche an Mensch und Tier.

Weitere wichtige Erkenntnisse dieser Arbeit betreffen die Gedanken der Fachautoren zur Sicherheit der Operation. Aus den meisten Originalartikeln geht hervor, dass eine Vielzahl der Operateure darum bemüht war, die Sterilisation möglichst genau und mit Erfolgsgarantie durchzuführen. Als probatestes Mittel scheint die Durchspülung der Samenleiterstümpfe mit spermizidem Rivanol entsprechend der Empfehlung von Hans Boeminghaus gewesen zu sein, da diese Methode die einzige ab 1936 erwähnte bleibt und in vielen Artikeln rezitiert wird. Der objektivierbare Nachweis einer korrekten OP-Durchführung wurde mindestens genauso eingehend in Fachzeitschriften diskutiert. Innerhalb dieser Fragestellung stellt sich die histologische Nachuntersuchung der Resektatstücke als der Königsweg heraus. Darüber, ob die mikroskopische Betrachtung der Präparate durch den Pathologen bei jedem Patienten sofort zu erfolgen hätte oder nur in Zweifelsfällen zu veranlassen sei, lässt sich keine eindeutige Gesamtaussage aus den Quellen herausarbeiten.

Die Konzentration auf Komplikationen nach der Sterilisierungsoperation des Mannes nimmt in dieser Arbeit einen erheblichen Teil ein. Auffälligkeiten finden sich dabei bereits im Umgang der Autoren mit Komplikationen im Allgemeinen. Denn beinahe gleich viele Beiträge berichten mitunter eindrücklich von belastenden Nachwirkungen des Eingriffs für den Patienten, wie leugnende und bagatellisierende Artikel vorhanden sind. Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang die das objektive Bild bewusst verzerrende Haltung des Sterilisationspioniers Boeminghaus, der davor warnt, das GzVeN durch Erwähnung von Komplikationen überhaupt erst ins Gespräch und damit in Misskredit innerhalb der Bevölkerung zu bringen. Dieser Aufruf zur Unterlassung lässt den Schluss zu, dass jenen Artikeln, welche zum Teil detailliert von negativen Nachwirkungen berichten mehr Glaubwürdigkeit anhaften dürfte. Gerade in diesen Originalartikeln wird von der vollen Bandbreite der Komplikationen – psychischer, sowie physischer – berichtet. Dort werden sogar zwei Todesfälle erwähnt, die jedoch nur Folge suizidaler Handlungen von Patienten

sind. Die von Krischel und Moll beschriebene perioperative Mortalitätsrate von 0,25 %⁵⁷¹ kann hier nicht überprüft werden, da Todesfälle kaum offen erwähnt werden oder nicht in Relation zur Gesamtpatientenzahl gesetzt werden. Ein Novum dieser Arbeit stellt die Analyse der Diskussion psychischer Sterilisationsfolgen für Männer dar. Hatte Stefanie Westermann in „Verschwiegenes Leid“ bereits eindrücklich psychische Berichte⁵⁷² von Sterilisationspatientinnen aufgeführt, fehlte der Einblick in die Gefühlswelt des unfruchtbar gemachten Mannes noch gänzlich. Darüber hinaus steht die These von Gisela Bock im Raum, dass „Männer und Knaben [...] die Sachlage im allgemeinen als unabwendbar“⁵⁷³ hingenommen hätten. Bocks Behauptung kann aufgrund der Komplikationsanalyse in dieser Arbeit teilweise widersprochen werden. Da erwähnen Hilgenfeldt und Haberland unerträgliche Libidosteigerung, schwerste Psychosen und zunehmende Depressionen nach der Operation. Von Brandis Angabe der zwei postoperativen Suizide untermauert abschließend die mentale Belastung erstens der Operation und zweitens des Bewusstseins um die eigene Unfruchtbarkeit.

Die bisher noch weitestgehend unbeachtete Fachdiskussion um Nebenoperationen im Zuge der Unfruchtbarmachung findet ebenso Eingang in diese Arbeit, wie der Diskurs über das operative Vorgehen bei schwierigen OP-Verhältnissen und anatomischen Anomalien. Als Ergebnis darf festgehalten werden, dass unter den Operateuren keine Einigkeit darüber bestand, ob Nebenoperationen generell gleichzeitig mit der eigentlichen Sterilisations-OP ausgeführt werden dürfen. Bei anatomischen Anomalien, welche ca. 1 % der Patienten aufweist, sei – wie alle Autoren unisono verlauten lassen – sicherheitshalber gleich der Nebenhoden zu resezieren.

Bei Analyse der Patientenrolle ließ sich aus einem Großteil der Originalartikel die Sterilisationsindikation, welche für die Autoren das Grundleiden des Patienten verkörperte, herauslesen. Im Ergebnis wurde über die Hälfte der operierten Männer unter der Diagnose „Schwachsinn“ geführt, was präzise den Angaben von Weingart, Kroll und Bayertz in „Rasse, Blut und Gene“ entspricht.⁵⁷⁴ Die andere Hälfte des Patientenpools leidet dieser Arbeit zufolge an Schizophrenie, Alkoholismus, Chorea und Epilepsie. Hervorzuheben ist an dieser Stelle der vergleichsweise minimale Anteil körperlich Missgebildeter von ca. 0,5

⁵⁷¹ Krischel, Moll: Forschung zur und Praxis der Sterilisation und Kastration von Männern im Nationalsozialismus. In: Krischel, Moll, Bellmann, Scholz, Schultheiss (Hg.): Urologen im Nationalsozialismus. Zwischen Anpassung und Vertreibung. 2011, S. 205

⁵⁷² Westermann: Verschwiegenes Leid. 2010, Kapitel: Kontinuitäten und Brüche – „Erbgesundheitslogik“ im Nationalsozialismus und nach 1945

⁵⁷³ Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus. 2010, S. 428

⁵⁷⁴ Weingart, Kroll, Bayertz: Rasse, Blut und Gene. 2006, S. 469

%, der der Sterilisation unterzogen wurde und bisher in der Forschungsarbeit kaum Beachtung fand.

Mit den statistischen Angaben zu durchschnittlichen Sterilisationsalter und Profession lässt sich folgendes Standardpatientenbild skizzieren: Rumpf gibt etwa an, dass der operierte Mann zur Zeit des Eingriffs in über 75 % der Fälle zwischen 20 und 40 Jahre alt ist und zu 80 % dem primären Sektor entstammt. Weiterhin gingen Rumpf zufolge die meisten Selbstanzeigen zur Sterilisation von Angehörigen der gehobenen Mittel- und Oberschicht ein. Zuletzt wurden die Wertschätzung des Patienten und seine Rolle innerhalb des Sterilisationsbetriebes thematisiert, so wie sie in den angeführten Artikeln dargestellt wird. Bereits in ihrer Form und Wortwahl zeigen die Schriftwechsel zwischen Hilgenfeldt, Haberland und Boeminghaus, wie hitzig die Debatten um den Wert des einzelnen Menschen in Fachkreisen geführt und zur ideellen Streitfrage erhoben wurden. Dabei festzustellen bleibt, wie mit Ausnahme von Hilgenfeldt ein jeder Autor über sozialen Ballast und die notwendige Unterordnung des Einzelnen zugunsten des Volkskörpers referiert. Allein Hilgenfeldt artikuliert in seinem Beitrag, dass er im Patienten ein Individuum sieht, das mit der folgenden Unfruchtbarkeit sein Opfer zugunsten der Allgemeinheit bringt. In dessen Augen dürfe man diesen Männern nicht mit Schmähungen oder weiteren Forderungen begegnen, sondern müsse diesen ganz im Gegenteil mit Dankbarkeit und menschlichem Umgang gegenübertreten. Fakt ist in jedem Fall, dass bezüglich der Rolle des Sterilisierten in chirurgischen und urologischen Fachzeitschriften mehr und vor allem schärfere Diskussionen geführt wurden als bisher angenommen. Genauso sicher kann aus den Ergebnissen dieser Arbeit die These verifiziert werden, nach der für einen Großteil der chirurgischen, sowie urologischen Operateure das Patientengut als minderwertig, weitestgehend rechtlos und für das Gemeinwohl belastend eingestuft wird.

Die tragende Rolle, die der Ärzteschaft Gisela Bock zufolge im gesamten NS-System zukommt, lässt sich nach Analyse der Fachartikel konsequent auf die Rolle innerhalb der Sterilisationstätigkeit übertragen. Dies hängt logischerweise mit der Auswahl der aufgeführten Quellen zusammen. Es wurden ausschließlich medizinische Beiträge in die Analyse einbezogen. Beinahe alle zitierten Chirurgen sind von der Richtigkeit der negativen Eugenik überzeugt und führen die Sterilisation nach bestem Wissen und Gewissen aus. Präzision und medizinische Technik stehen dabei im Vordergrund und verdrängen – wie in der Programmatik der Rassenhygiene vorgesehen – das Wohl des Patienten gänzlich. So kann diese Arbeit den Schwenk weg von der unantastbaren Maxime

des Patientenwohls zu primärer Regimeergebenheit skizzieren.⁵⁷⁵ Ob absichtlich oder ohne Intention: der publizierende Chirurg vereinigt oft zwei staatsdienliche Aufgaben gleichzeitig auf sich; nämlich zum einen die des ausführenden Armes des GzVeN wie auch andererseits die des linientreuen Propagandisten, der gemäß Boeminghaus für das positive Image des Gesetztes innerhalb der Bevölkerung Sorge trägt.

Offene Kritik an diesem skrupellosen Vorgehen des Kollegiums mit dem Patientengut kommt nur von einem Arzt. Hilgenfeldt bleibt mit seinem Aufruf zu menschlichem Umgang mit den psychisch Kranken allein. Immerhin kann sein Artikel „Menschliche und technische Fragen zu gesetzlichen Sterilisierung“ als offenes Aufbegehren und publiquen Widerstand einer ärztlichen Minderheit gegen die NS-Medizin gewertet werden.

Doch wäre es falsch an dieser Stelle generell von einem Schwarz-Weiß-Denken der Ärzte zu jener Zeit zu sprechen. So dürfte sich ein nicht zu geringer Anteil des ärztlichen Kollegiums innerlich im Spannungsfeld zwischen Regimetreue und eigener hippokratischer Verantwortung befunden haben. Ein Originalzitat von von Brandis im „Archiv für klinische Chirurgie“ zeugt wie kein anderes direkt davon: „In der Regel trat bei unseren Patienten die geistige Minderwertigkeit so ausgesprochen zutage, dass man als Arzt und Mensch den Segen des Gesetzes nicht stark genug empfinden konnte. Dass diese Tatsache den Chirurgen niemals von der Beachtung selbstverständlicher ärztlicher und ethischer Grundregeln entbindet, sollte eigentlich besonderer Hinweise in unserer Fachpresse nicht bedürfen.“⁵⁷⁶ Logischerweise ließ sich jedoch Einhaltung des ärztlichen Grundethos im Sinne der Unversehrtheit des Patienten mit der Ausführung von Sterilisationen nicht vereinbaren und dürfte – soweit nötig – auf staatlichem oder kollegialem Nachdruck zeitnah aufgegeben worden sein.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Mehrheit der sterilisierenden Urologen bzw. Chirurgen in der Fachpresse die korrekte OP-Ausführung in den Vordergrund rückte. Es gibt Indizien dafür, dass Einige der zitierten Ärzte zumindest zu Beginn der Sterilisationspraxis innerliche Spannungen auszuhalten hatten und bezüglich der Richtigkeit ihrer chirurgischen bzw. urologischen Tätigkeit im Dienste der NS-Eugenik selbstreflexiv wurden.

Molls und Krischels These, der zufolge viele der sterilisierenden Urologen der Ausbildung nach chirurgische Fachärzte waren, konnte bestätigt werden. So titulierte sich nur ein Autor bewusst als Urologe, während die übrigen Artikel von Chirurgen verfasst wurden bzw. chirurgischen Abteilungen entstammen. Zum einen war es, wie Krischel und Moll

⁵⁷⁵ Fangerau, Noack: Zur Geschichte des Verhältnisses von Arzt und Patient in Deutschland. In: Schulz, Steigleder, Fangerau, Paul: Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. 2006. S. 88

⁵⁷⁶ Bericht der 59. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. 1935, S. 34

richtigerweise schlussfolgern, keineswegs „Zweck oder Folge des Gesetzes [GzVeN] ..., Urologen von der Sterilisationspraxis auszuschließen“⁵⁷⁷. Im Umkehrschluss lässt sich - für die kritische Vergangenheitsbewältigung der deutschen Urologie noch viel wichtiger - der nahe liegende Generalverdacht, Urologen hätten sich als glühende Akteure der männlichen Sterilisation hervorgetan und damit die Urologie ergebenst in den Dienst der NS-Eugenik gestellt, keinesfalls erhärten. Der Artikel „Urologie und Volksgesundheit“ von Heusch offenbart darüber hinaus unerwartet wichtige Zusatzinformationen über den Status des Fachs zu Zeiten des „Dritten Reichs“. Dessen Analyse illustriert, wie sich ab Mitte der 1930er Jahre eine langsame Etablierung der Urologie als selbständiges akademisches Fach vollzieht, deren Unabhängigkeit von der „großen Schwester“ Chirurgie sowohl an Universitäten als auch an Kliniken allmählich manifest und immer nachdrücklicher gefordert wird. Diese Quintessenz von Heuschs Publikation, welche in der chirurgisch-urologischen Fachpresse als Grundstein für klare Kompetenztrennung bei kollegialer Beziehung zwischen Urologie und Chirurgie gelten kann, leistete einen Beitrag zum historischen Selbstverständnis der deutschen Urologie in Verbindung mit differenzierter NS-Vergangenheitsbewältigung.

⁵⁷⁷ Krischel, Moll: Forschung zur und Praxis der Sterilisation und Kastration von Männern im Nationalsozialismus. In: Krischel, Moll, Bellmann, Scholz, Schultheiss (Hg.): Urologen im Nationalsozialismus. Zwischen Anpassung und Vertreibung. 2011, S. 207

5. Zusammenfassung

Im Zuge dieser Arbeit wurde die eugenisch motivierte Sterilisation des Mannes im Deutschland der Jahre 1931 bis 1947 thematisiert. Als Quellengrundlage dienten dabei Originalartikel aus zeitgenössischen chirurgischen und urologischen Fachzeitschriften wie z.B. dem „Zentralblatt für Chirurgie“ oder der „Zeitschrift für Urologie“.

Die systematische Artikelanalyse ergab, dass in den Jahren 1933 bis 1942 170 Artikel – davon 51 Originalartikel – veröffentlicht wurden, wobei 1935 die meisten Publikationen abgedruckt waren und die Erscheinungshäufigkeit von da an kontinuierlich abnahm. Diese Spitze fällt genau mit dem Maximum von Zwangssterilisationen – 73.000 an der Zahl – im Jahr 1935 zusammen und unterstreicht damit den Stellenwert der Thematik innerhalb der medizinischen Fachpresse. Die Autoren Boeminghaus, Haberland und Bauer veröffentlichten im betrachteten Zeitraum die meisten Artikel, woraus deren Bedeutung für den wissenschaftlichen Diskurs bezüglich korrekter OP-Technik etc. erwächst.

Die Zusammenschau der Originalartikel zeigt eine konstante Weiterentwicklung des operativen Sterilisationseingriffes beim Mann, wobei die wichtigsten Fortschritte 1935 erreicht wurden, indem der deutsche Operateur von der zweizeitigen stationären Operation zur komplikationsloseren, einzeitig ambulanten überging. Lokalanästhesie erhielt von da an den Vorzug gegenüber der Vollnarkose, ebenso wie die Vasoresektion von 3-5 cm des Samenleiters über den skrotalen Zugangsweg den inguinalen Schnitt und simple Vasotomie ablöste. Dass 100- prozentiger Garantie von Sterilität seit 1935 der wichtigste Stellenwert bei Fachdiskussionen zugemessen wurde, zeigen die vielen Beschreibungen von Unterbindungsversuchen an Samenleitern, Spermizidspülungen nach Boeminghaus oder die Forderung nach pflichtmäßiger histologischer Nachuntersuchung der Resektate. Gleichzeitig zeugen einige Originalartikel von Rückoperationsversuchen an Samenleiterstümpfen, die zumeist auf dem Boden naturwissenschaftlich-medizinischen Forschungsinteresses generiert werden und insgesamt wenig erfolgreich verlaufen.

Abhandlungen zu OP-Komplikationen, schwierigen OP-Bedingungen und anatomischen Anomalien finden sich im Großteil der Artikel wieder. Allerdings divergieren beispielsweise die Angaben zu negativen Operationsfolgen von keinen Nebenwirkungen bis hin zu Todesfällen nach Vasoresektion und lassen damit keine eindeutige Aussage zu. Interessanterweise richtet sich der Fokus der Originalartikel auch auf psychische Folgen für den Patienten, wobei die Palette von schwersten Psychosen über anhaltende Depressionen bis hin zum postoperativen Suizid reicht.

Die zweite Kernthematik der Fachzeitschriften im Bezug auf die Sterilisation des Mannes

stellt die Rolle und das Bild des Patienten innerhalb des Sterilisationsprozesses dar. Während über die Hälfte der Männer aufgrund der Diagnose „Schwachsinn“ sterilisiert wurde, diente - wie beispielsweise von Brandis behauptet - nur bei ca. 0,5 % eine körperliche Missbildung als OP- Indikation. 75 % der Männer war laut cand. med. Rumpf zum OP- Zeitpunkt zwischen 20 und 40 Jahre alt und gehörte mit ähnlich hoher Wahrscheinlichkeit dem primären Sektor an. Im Bezug auf die Wertschätzung des Patienten betrachtet der größte Teil der Autorenschaft den Sterilisationskandidaten als minderwertig, belastend und rechtlos, wobei ärztliche Anerkennung von Opferbereitschaft des Patienten die seltene Ausnahme darstellte und vom restlichen Kollegium umso härter angegangen wurde.

Die Artikelanalyse dieser Arbeit schließt mit der Betrachtung des ärztlichen Selbstbildes innerhalb der eugenisch motivierten Sterilisation des Mannes. Der operierende Chirurg bzw. Urologe fungierte von 1933-1945 beinahe ausnahmslos als präzise arbeitender Diener des Staates, der in erster Linie die Sterilität des Operierten zu garantieren hatte, das Wohl dessen hinten stellen musste und im besten Falle positive Propaganda bezüglich des GzVeN und all seinen Auswüchsen betrieb. Auch wenn einige wenige Autoren das innerliche Spannungsfeld zwischen ärztlichem Grundethos des „primum nil nocere“ und der NS-Ideologie mitklingen lassen, hat doch leider öffentliches, ärztliches Aufbegehren gegen jenes aufoktroyierte Rollenverständnis Seltenheitscharakter.

Die spezielle Rolle der deutschen Urologen geht aus diesem Analyseprozess ebenso hervor: weder sind diese Fachärzte besonders linientreue NS-Anhänger, noch werden sie vom Sterilisationsprozess ausgeschlossen oder gezielt vom Chirurgen aus dem Zuständigkeitsbereich gedrängt. Vielmehr skizzieren die Originalartikel das Bild eines sich in den 1930er Jahren allmählich etablierenden, eigenständigen medizinischen Faches, das die Demarkation zur Chirurgie auf akademischen Felde ebenso wie im Dienst am Patienten vollzieht und auf klare Kompetenztrennung bei gleichzeitiger Kollegialität mit den Chirurgen setzt.

6. Quellenverzeichnis und Literaturangaben

Originalartikel

1. Bauer, Karl Heinrich: Erwiderung auf die Arbeit von H. Knaus: "Zur Dauer der Zeugungsfähigkeit nach der Vasektomie" (Zbl. Chir. 1937, Nr 26, 1506). Zentralblatt für Chirurgie, Johann Ambrosius Barth Verlag, Leipzig, Band 3/1937
2. Bauer, Karl Heinrich: Technik und Methodik der Sterilisation beim Manne. Archiv für klinische Chirurgie, Julius Springer Verlag, Berlin, Band 183/1935
3. Bauer, Karl Heinrich: Über Technik und Methodik der Sterilisation beim Mann. Archiv für klinische Chirurgie, Julius Springer Verlag, Berlin, Band 183/1935
4. Boeminghaus, Hans: Die Sterilisierung des Mannes. Zeitschrift für Urologie, Thieme Verlag, Leipzig, Band 1937
5. Boeminghaus, Hans: Nochmals zur Sterilisation des Mannes. Zentralblatt für Chirurgie, Johann Ambrosius Barth Verlag, Leipzig, Band 1/1934
6. Boeminghaus, Hans: Zu den Ausführungen von Herrn Prof. Dr. H. Knaus: "Dauer der Zeugungsfähigkeit nach der Vasektomie" (Zbl. Chir. 1937, Nr. 26). Zentralblatt für Chirurgie, Johann Ambrosius Barth Verlag, Leipzig, Band 3/1937
7. Boeminghaus, Hans: Zur chirurgischen Behandlung mechanisch bedingter Unfruchtbarkeit des Mannes (Azoospermie). Zeitschrift für Urologie, Thieme Verlag, Leipzig, Band 1939
8. Boeminghaus, Hans: Zur Durchspülung des Samenleiters bei der Sterilisierungsoperation. Zentralblatt für Chirurgie, Johann Ambrosius Barth Verlag, Leipzig, Band 1/1935
9. Boeminghaus, Hans: Zur Physiologie der Samenblasen und der Spermien. Zeitschrift für Urologie, Thieme Verlag, Leipzig, Band 1934
10. Boeminghaus, Hans: Zur Sterilisierung. Zentralblatt für Chirurgie, Johann Ambrosius Barth Verlag, Leipzig, Band 1/1935
11. Boeminghaus, Hans: Zur Sterilisierungsoperation. Zentralblatt für Chirurgie, Johann Ambrosius Barth Verlag, Leipzig, Band 1/1935
12. Büttner, Adalbert: Verfahren und Nachbehandlung bei der Unfruchtbarmachung des Mannes unter besonderer Berücksichtigung der Doppelbildungen der Samenleiter. Bruns' Beiträge für klinische Chirurgie, Schwarzenberg und Urban Verlag, Berlin- Wien, Band 164/1936
13. Dege, Hans Albert: Zur Frage der Nachbehandlung Sterilisierter. Zentralblatt für Chirurgie, Johann Ambrosius Barth Verlag, Leipzig, Band 1/1935
14. Denecke, Kurt: Spontane Wiederherstellung des Samenleiterkanals nach Resektion. Archiv für klinische Chirurgie, Julius Springer Verlag, Berlin, Band 193/1938
15. Droschl, Hans: Zur Technik der Sterilisation beim Mann. Zeitschrift für Urologie, Thieme Verlag, Leipzig, Band 1942
16. Franke, Carl: Was ich bei 200 Sterilisierungen sah. Zentralblatt für Chirurgie, Johann Ambrosius Barth Verlag, Leipzig, Band 1/1935
17. Gohrbandt, Erwin: Erwiderung auf die Arbeit von H. Knaus: "Zur Dauer der Zeugungsfähigkeit nach der Vasektomie" (Zbl. Chir. 1937, Nr 26). Zentralblatt für Chirurgie, Johann Ambrosius Barth Verlag, Leipzig, Band 3/1937

18. Graumann, Gerhardt: Über die Notwendigkeit sofortiger Untersuchung der Samenleiterstücke nach der Sterilisation. Zentralblatt für Chirurgie, Johann Ambrosius Barth Verlag, Leipzig, Band 1/1936
19. Haberland, Hermann Franz Oskar: Die Folgen der Sterilisation. Archiv für klinische Chirurgie, Julius Springer Verlag, Berlin, Band 184/1935
20. Haberland, Hermann Franz Oskar: Die Folgen der Sterilisation vor der Pubertät. Zeitschrift für die gesamte experimentelle Medizin, Julius Springer Verlag, Berlin, Band 99/1936
21. Haberland, Hermann Franz Oskar: Die Resektion des Ductus deferens. Zentralblatt für Chirurgie, Johann Ambrosius Barth Verlag, Leipzig, Band 1/1934
22. Hendriock, Alfred: Ist nach Sterilisation erbkranker Männer eine Quarantänezeit notwendig? Zeitschrift für Urologie, Thieme Verlag, Leipzig, Band 1935
23. Heusch, Karl: Urologie und Volksgesundheit. Zeitschrift für Urologie, Thieme Verlag, Leipzig, Band 1936
24. Hilgenfeldt, Otto: Menschliche und technische Fragen zur gesetzlichen Sterilisierung. Zentralblatt für Chirurgie, Johann Ambrosius Barth Verlag, Leipzig, Band 1/1935
25. Hilgenfeldt, Otto: Nochmals zur Sterilisierung von Männer. Zentralblatt für Chirurgie, Johann Ambrosius Barth Verlag, Leipzig, Band 2/1935
Hofmann, Artur: Zur Technik der Sterilisation beim Mann. Zentralblatt für Chirurgie, Johann Ambrosius Barth Verlag, Leipzig, Band 1/1937
26. Junghanns, Herbert: "Nebenoperationen" bei gesetzlich angeordneter Unfruchtbarmachung des Mannes. Archiv für klinische Chirurgie, Julius Springer Verlag, Berlin, Band 189/1937
27. Junghanns, Herbert: Vorschlag zur pflichtmäßigen histologischen Untersuchung des Samenleiters bei gesetzlich angeordneter Unfruchtbarmachung des Mannes. Zentralblatt für Chirurgie, Johann Ambrosius Barth Verlag, Leipzig, Band 3/1934
28. Knaus, Hermann: Zur Dauer der Zeugungsfähigkeit nach der Vasektomie. Zentralblatt für Chirurgie, Johann Ambrosius Barth Verlag, Leipzig, Band 2/1937
29. Knaus, Hermann: Zur Dauer der Zeugungsfähigkeit nach der Vasektomie - Schlußwort zu den Erwidern von Boeminghaus, Bauer und Gohrbandt. Zentralblatt für Chirurgie, Johann Ambrosius Barth Verlag, Leipzig, Band 1/1938
30. Krauss, Fritz: Zur Technik der Sterilisierungsoperation beim Manne. Zentralblatt für Chirurgie, Johann Ambrosius Barth Verlag, Leipzig, Band 2/1935
31. Melchior, Eduard: Zur Technik der Sterilisationsoperation beim Manne- Bemerkungen zu der gleichbenannten Mitteilung von Oberarzt Dr. Fritz Krauss in Nr 30 dieses Zbl. Zentralblatt für Chirurgie, Johann Ambrosius Barth Verlag, Leipzig, Band 3/1935
32. Mennenga, Menno: Über technische Schwierigkeiten bei der Sterilisierung des Mannes. Bruns' Beiträge für klinische Chirurgie, Schwarzenberg und Urban Verlag, Berlin- Wien, Band 166/1937
33. Moysich, Paul: Die Sterilisierungsoperation beim Manne. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, F. C. W. Vogel Verlag, Berlin, Band 248/1937
34. Nießen, Hubert: Körperliche Mißbildungen und Sterilisation. Archiv für klinische Chirurgie, Julius Springer Verlag, Berlin, Band 186/1936
35. Oehlecker, Franz: Zur Unfruchtbarmachung des Mannes. Zentralblatt für Chirurgie, Johann Ambrosius Barth Verlag, Leipzig, Band 3/1934
36. Orth, Oscar: Zu der Arbeit Hilgenfeldt: "Menschliche und technische Fragen zur gesetzlichen Sterilisierung" in diesem Zbl. 1935, Nr 10. Zentralblatt für Chirurgie, Johann Ambrosius Barth Verlag, Leipzig, Band 1/1935

37. Rettig, Werner: Vorschläge zur Vasektomie als Sterilisationsverfahren beim Manne. Zentralblatt für Chirurgie, Johann Ambrosius Barth Verlag, Leipzig, Band 3/1933
38. Roesner, Arthur: Durchspülung der Samenleiter zwecks momentaner Sterilisierung des Mannes. Zentralblatt für Chirurgie, Johann Ambrosius Barth Verlag, Leipzig, Band 1/1935
39. Roulet, Frederic: Befunde an Hoden und Samenleitern nach Vasektomie. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, F. C. W. Vogel Verlag, Berlin., Band 254/1941
40. Rumpf, Otto Albert: Die eugenischen Vasoresektionen in Danzig von 1934 bis August 1938 - Ihr Verlauf und ihre Komplikationen. Bruns' Beiträge für klinische Chirurgie, Schwarzenberg und Urban Verlag, Berlin-Wien, Band 170/1939
41. Schlegel, August: Die Chirurgie im deutschen Strafrecht und in der Rassepolitik. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, F. C. W. Vogel Verlag, Berlin, Band 244/1935
42. Schörcher, Fritz: Sterilisation und Befunde am Samenstrang. Zentralblatt für Chirurgie, Johann Ambrosius Barth Verlag, Leipzig, Band 3/1935
43. Schüller, Josef: Zur Frage der Sterilisierungsoperation beim Manne. Zentralblatt für Chirurgie, Johann Ambrosius Barth Verlag, Leipzig, Band 3/1934
44. Spath, Franz: Über Samenleitersperroperationen. Archiv für klinische Chirurgie, Julius Springer Verlag, Berlin, Band 178/1934
45. Spath, Franz: Zur Frage der Wiederherstellungsoperation (Rückoperation) nach Sterilisierung. Zentralblatt für Chirurgie, Johann Ambrosius Barth Verlag, Leipzig, Band 1/1934
46. Stiasny, Hans: Katheter zur Gewinnung von Spermien aus den Samenblasen und unteren Samenwegen. Zentralblatt für Chirurgie, Johann Ambrosius Barth Verlag, Leipzig, Band 2/1936
47. Stiasny, Hans: Beitrag zur Vasektomie. Zentralblatt für Chirurgie, Johann Ambrosius Barth Verlag, Leipzig, Band 2/1935
48. Vogeler, Karl: Die Sterilisierung der Samenblasen. Archiv für klinische Chirurgie, Julius Springer Verlag, Berlin, Band 183/1935
49. Von Brandis, Hans Joachim: Die Freiburger chirurgische Klinik im Dienst des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. Archiv für klinische Chirurgie, Julius Springer Verlag, Berlin, Band 183/1935
50. Bericht der 59. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Archiv für klinische Chirurgie, Julius Springer Verlag, Berlin, Band 183/1935
(mit Originalansprachen von Bauer, von Miculicz, Oehlecker, Boeminghaus, Vogeler, von Brandis, Haberland, Stabel, Franke und Orth)

Sekundärliteratur

1. Baader, G.: Eugenische Programme in der sozialistischen Parteienlandschaft in Deutschland und Österreich im Vergleich. In: Baader, G., Hofer, V., Mayer, T. (Hg.) : Eugenik in Österreich – Biopolitische Strukturen von 1900 – 1945. Czernin Verlag, Wien, 2007
2. Bashford, A.: The Oxford handbook of the history of eugenics. Oxford Univ. Press, Oxford, 2010
3. Bock, G.: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus. MV Wissenschaft, Münster, 2010
4. Boeminghaus, H.: Die operativen Eingriffe zur Kastration und Sterilisation des Mannes, Vorwort und Artikel aus „Die Technik der Sterilisation und Kastration“ von Naujoks und Boeminghaus. In: Krischel, M., Moll, F., Bellmann, J., Scholz, A., Schultheiss, D. (Hg.) :Urologen im Nationalsozialismus. Biographien und Materialien. Hentrich und Hentrich Verlag, Berlin, 2011
5. Eckart, W. U., Gradmann, C.: Ärzte Lexikon – Von der Antike bis zur Gegenwart. Springer Verlag, Berlin, Hamburg, 2006
6. Evans, R. J.: Zwangssterilisierung, Krankenmord und Judenvernichtung im Nationalsozialismus: Ein Überblick. In: Henke, K.-D. (Hg.): Tödliche Medizin im Nationalsozialismus. Von der Rassenhygiene zum Massenmord. Böhlau Verlag, Köln, Weimar, Wien, 2008
7. Fangerau, H., Noack, T.: Zur Geschichte des Verhältnisses von Arzt und Patient in Deutschland. In: Schulz, S., Steigleder, K., Fangerau, H., Paul, N. W.: Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Suhrkamp Verlag, Berlin, 2006
8. Fischer, I.: Biographisches Lexikon der hervorragenden Ärzte der letzten fünfzig Jahre. Urban und Schwarzenberg Verlag, München, Berlin, 1962
9. Fischer, I.: Biographisches Lexikon der hervorragenden Ärzte der letzten fünfzig Jahre. Georg Olms Verlag, Hildesheim, Zürich, New York, 2002
10. Jäckle, R.: „Pflicht zur Gesundheit“ und „Ausmerze“ – Medizin im Dienst des Regimes. In: Benz ,W., Distel, B. (Hg.): Dachauer Hefte – Studien zur Geschichte der nationalsozialistischen Konzentrationslager. Verlag Dachauer Hefte, Dachau, 1988
11. Kater, M. H.: Ärzte als Hitlers Helfer. Europa Verlag, Hamburg, Wien, 2000
12. Krischel, M., Moll, F.: Forschung zur und Praxis der Sterilisation und Kastration von Männern im Nationalsozialismus. In: Krischel, M., Moll, F., Bellmann, J., Scholz, A., Schultheiss, D. (Hg.) :Urologen im Nationalsozialismus. Zwischen Anpassung und Vertreibung. Hentrich und Hentrich Verlag, Berlin, 2011
13. Krischel, M.: Karrieren führender Urologen im Nationalsozialismus. In: Krischel, M., Moll, F., Bellmann, J., Scholz, A., Schultheiss, D. (Hg.) :Urologen im Nationalsozialismus. Zwischen Anpassung und Vertreibung. Hentrich und Hentrich Verlag, Berlin, 2011
14. Kudlien, F.: Ärzte im Nationalsozialismus. Kiepenheuer und Witsch, Köln, 1985
15. Ley, A.: Zwangssterilisation und Ärzteschaft. Campus Verlag, Frankfurt, New York, 2004
16. Lexer, E.: Die Eingriffe zur Unfruchtbarmachung des Mannes und zur Entmannung, aus dem Kommentar zum „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ von Rüdin, Gütt und Ruttke, jeweils aus der ersten und zweiten Auflage. In: Krischel, M., Moll, F., Bellmann, J., Scholz, A., Schultheiss, D. (Hg.) :Urologen im Nationalsozialismus. Biographien und Materialien. Hentrich und Hentrich Verlag, Berlin, 2011
17. Lifton, R. J.: Ärzte im Dritten Reich. Klett-Cotta Verlag, Stuttgart, 1988
18. Richarz, B.: Heilen, Pflegen, Töten: Zur Alltagsgeschichte einer Heil- und Pflegeanstalt bis zum Ende des Nationalsozialismus. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen, 1987
19. Schmuhl, H.-W.: Zwangssterilisationen. In: Jütte, R. (Hg.), Eckart, W. U., Schmuhl, H.-W., Süß, W.:

Medizin und Nationalsozialismus – Bilanz und Perspektiven der Forschung. Wallstein Verlag, Göttingen, 2011

20. Schulz, S., Steigleder, K., Fangerau, H., Paul, N. W.: Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Suhrkamp Verlag, Berlin, 2006

21. Thom, A.: Die Rassenhygienischen Leitideen der faschistischen Gesundheitspolitik – die Zwangssterilisierungen als Beginn ihrer antihumanen Verwirklichung. In: Caregorodcev, G. I., Thom, A. (Hg.): Medizin unterm Hakenkreuz. VEB Verlag Volk und Gesundheit, Berlin, 1989

22. Weingart, W., Kroll, J., Bayertz, K.: Rasse, Blut und Gene. Geschichte der Eugenik und Rassenhygiene in Deutschland. Suhrkamp Verlag, Frankfurt, 2006

23. Westermann, S.: Verschwiegenes Leid. Der Umgang mit den NS- Zwangssterilisationen in der Bundesrepublik Deutschland. Böhlau Verlag, Wien, Köln, Weimar, 2010

24. Wuttke-Groneberg, W.: Medizin im Nationalsozialismus. Schwäbische Verlagsgesellschaft, Tübingen, 1980

7. Anhang

7.1 Tabelle aller Originalartikel und Rezensionen

| Nachname, Vorname | Titel | Zeitschrift | Jahrgang | Band/ Seite | Artikeltyp |
|----------------------|--|--|----------|--------------|--------------------|
| Middeldorpf | Literaturrezension: "Gesetzliche Unfruchtbarmachung" von Kopp, W | Deutsche Zeitschrift für Chirurgie | 1934 | 243 | Literaturrezension |
| Zukschwerdt | Literaturrezension: "Die Praxis der Sterilisierungsoperationen" von Bauer, K. H. und Mikulicz- Radecki, F.v. | Deutsche Zeitschrift für Chirurgie | 1936 | 246 | Literaturrezension |
| Moysich, Paul | Die Sterilisierungsoperation beim Manne | Deutsche Zeitschrift für Chirurgie | 1937 | 248/ 24-31 | Originalartikel |
| Roulet, F. | Befunde an Hoden und Samenleitern nach Vasektomie | Deutsche Zeitschrift für Chirurgie | 1941 | 254/ 620-627 | Originalartikel |
| Andina, F. | Befunde an Hoden und Samenleitern nach Vasektomie | Deutsche Zeitschrift für Chirurgie | 1941 | 254/ 620-627 | Originalartikel |
| Orth (Homburg- Saar) | Rezension von "Zur Funktion des Hodens nach der Vasektomie" von Knaus, Hermann | Zeitschrift für urologische Chirurgie | 1937 | 43(2)/297 | Literaturrezension |
| Schlegel, August | Die Chirurgie im deutschen Strafrecht und in der Rassepolitik | Deutsche Zeitschrift für Chirurgie | 1935 | 244 | Originalartikel |
| Mennenga, Menno | Über technische Schwierigkeiten bei der Sterilisierung des Mannes | Bruns´ Beiträge zur klinischen Chirurgie | 1937 | 166/360 | Originalartikel |

| | | | | | |
|----------------------------|---|--|------|---------|--------------------|
| Rumpf, Otto Albert | Die eugenischen Vasoresektionen in Danzig von 1934 bis August 1938 - Ihr Verlauf und ihre Komplikationen | Bruns' Beiträge für klinische Chirurgie | 1939 | 170/191 | Originalartikel |
| Stich (Göttingen) | Rezension von "Chirurgisch orthopädische Erbkrankheiten im Gesetz zur Verhütung erbranken Nachwuchses" von Dr. Fred Nöller | Bruns' Beiträge für klinische Chirurgie | 1942 | 174/335 | Literaturrezension |
| Plenz (Berlin- Zehlendorf) | Rezension von "Zur Technik der Sterilisation beim Mann" von Boeminghaus, H. | Zentralorgan für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete | 1933 | 65/52 | Literaturrezension |
| Plenz (Berlin- Zehlendorf) | Rezension von "Vorschläge zur Vasektomie als Sterilisationsverfahren beim Manne" von Rettig, Werner | Zentralorgan für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete | 1933 | 65/758 | Literaturrezension |
| Birkenfeld (Berlin) | Rezension von "Gesetzliche Unfruchtbarmachung. Die Sterilisationsgesetzgebung in den skandinavischen Ländern und der Schweiz und ihre praktischen Ergebnisse unter besonderer Berücksichtigung des deutschen Gesetzes vom 14. Juli 1933" von Kopp, Walter | Zentralorgan für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete | 1934 | 66/185 | Literaturrezension |
| Budde, Max (Gelsenkirchen) | Rezension von "Zur Frage der Wiederherstellungsoperation (Rückoperation) nach Sterilisierung" von Spath, Franz | Zentralorgan für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete | 1934 | 66/706 | Literaturrezension |
| Lichtenstern (Wien) | Rezension von "Über die Vasektomie als Methode zur Sterilisation des Mannes und die Folgen des Eingriffes" von Wehner, E. | Zentralorgan für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete | 1934 | 67/750 | Literaturrezension |
| Schenk (Charlottenburg) | Rezension von "Die Technik der Sterilisierung und Kastration" von Naujoks, H. und Boeminghaus, H. | Zentralorgan für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete | 1934 | 68/68 | Literaturrezension |

| | | | | | |
|---------------------------------|--|--|------|--------|--------------------|
| Rubritius (Wien) | Rezension von "Über Samenleitersper- roperationen. Ein Beitrag zur Kenntnis der Sterilisierungsoperationen und zur Frage der Rückoperation" von Spath, Franz | Zentralorgan für die gesam- te Chirurgie und ihre Grenzgebiete | 1934 | 68/206 | Literaturrezension |
| v. Tappeiner (Rheydt) | Rezension von "Über Sterilisierungsfra- gen" von Reuter | Zentralorgan für die gesam- te Chirurgie und ihre Grenzgebiete | 1934 | 68/598 | Literaturrezension |
| Colmers (München) | Rezension von "Zur Physiologie der Sa- menblasen und der Spermien" von Bo- eminghaus, H. und Bladus, U. | Zentralorgan für die gesam- te Chirurgie und ihre Grenzgebiete | 1934 | 69/57 | Literaturrezension |
| Colmers (München) | Rezension von "Nochmals zur Sterilisation des Mannes" von Boeminghaus, H. | Zentralorgan für die gesam- te Chirurgie und ihre Grenzgebiete | 1934 | 504 | Literaturrezension |
| Plenz (Berlin- Zehlen- dorf) | Rezension von "Zur Frage der Sterilisie- rungsoperation beim Manne" von Schül- ler, Josef | Zentralorgan für die gesam- te Chirurgie und ihre Grenzgebiete | 1934 | 70/309 | Literaturrezension |
| Kolb (Schwenningen a. N.) | Rezension von "Vorschlag zur pflichtmä- ßigen histologischen Untersuchung des Samenleiters bei gesetzlich angeordneter Unfruchtbarmachung des Mannes" von Junghanns, Herbert | Zentralorgan für die gesam- te Chirurgie und ihre Grenz- gebiete | 1934 | 70/381 | Literaturrezension |
| König, E. (Hildesheim) | Rezension von "Zur Schnittführung bei der Sterilisation des Mannes" von Härtel | Zentralorgan für die gesam- te Chirurgie und ihre Grenzgebiete | 1934 | 70/382 | Literaturrezension |
| König, E. (Hildesheim) | Rezension von "Sterilisierung von Kastrat- ion" von Fromme | Zentralorgan für die gesam- te Chirurgie und ihre Grenzgebiete | 1934 | 71/223 | Literaturrezension |
| Koch (Buer i. W.) | Rezension von "Zur Sterilisierungsopera- tion. Begründung der spermientötenden Instillation in den Samenleiter" von Bo- eminghaus, H. | Zentralorgan für die gesam- te Chirurgie und ihre Grenzgebiete | 1934 | 71/385 | Literaturrezension |

| | | | | | |
|----------------------------|---|--|------|--------|--------------------|
| Büttner (Danzig) | Rezension von "Zur Technik der Unfruchtbarmachung beim Manne" von Schmidt, Wilhelm | Zentralorgan für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete | 1934 | 71/386 | Literaturrezension |
| Plenz (Berlin- Zehlendorf) | Rezension von "Zur Unfruchtbarmachung des Mannes" von Oehlecker, F. | Zentralorgan für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete | 1934 | 71/609 | Literaturrezension |
| Duschl, L. | Rezension von "Was ich bei 200 Sterilisationen sah" von Franke, Carl | Zentralorgan für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete | 1934 | 71/681 | Literaturrezension |
| Heinemann-Grüder (Potsdam) | Rezension von "Die Auswirkungen von Sterilisierungs- Operationen im Tierexperiment und beim Manne" von Spath, Franz | Zentralorgan für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete | 1934 | 71/681 | Literaturrezension |
| Birkenfeld (Berlin) | Rezension von "Die Sterilisation des Mannes" von Gohrbandt, Erwin | Zentralorgan für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete | 1935 | 72/386 | Literaturrezension |
| Hook (Erfurt) | Rezension von "Menschliche und technische Fragen zur gesetzlichen Sterilisation" von Hilgenfeldt, O. | Zentralorgan für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete | 1935 | 72/624 | Literaturrezension |
| Bauer, Karl Heinrich | Rezension von "Über Technik und Methodik der Sterilisation beim Mann" von Bauer, Karl Heinrich | Zentralorgan für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete | 1935 | 73/149 | Literaturrezension |
| Zwerg (Königsberg i. Pr.) | Rezension von "Zur Technik der Sterilisation (Vasoresektion) und der Entmannung (Kastration) von Usadel, W. | Zentralorgan für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete | 1935 | 73/304 | Literaturrezension |
| Abel, R. | Rezension von "Erfahrungen bei Sterilisationsoperationen" von Krabbel, Max | Zentralorgan für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete | 1935 | 73/304 | Literaturrezension |
| Drügg (Kerpen- Köln) | Rezension von "Zur Sterilisation" von Boeminghaus, H. | Zentralorgan für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete | 1935 | 73/305 | Literaturrezension |

| | | | | | |
|----------------------------|---|--|------|--------|--------------------|
| Braun | Rezension von "Die Unfruchtbarmachung des Mannes" von Gohrbandt, E. | Zentralorgan für die gesamte Chiurgie und ihre Grenzgebiete | 1935 | 73/305 | Literaturrezension |
| Plenz (Berlin- Zehlendorf) | Rezension von "Zur Frage der Nachbehandlung Sterilisierter" von Dege, H. A. Rezension von "Zur Arbeit Hilgenfeldt: "Menschliche und technische Fragen zur gesetzlichen Sterilisierung" von Orth, | Zentralorgan für die gesamte Chiurgie und ihre Grenzgebiete | 1935 | 73/305 | Literaturrezension |
| Hook (Erfurt) | Oscar Rezension von "Ist nach der Sterilisation erbkranker Männer eine Quarantänezeit notwendig?" von Hendriock, A. | Zentralorgan für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete | 1935 | 73/465 | Literaturrezension |
| Colmers (München) | | Zentralorgan für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete | 1935 | 73/625 | Literaturrezension |
| Hueber (München) | Rezension von "Beitrag zur Vasektomie" von Stiasny, H. | Zentralorgan für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete | 1935 | 73/626 | Literaturrezension |
| Schüssler (Bremen) | Rezension von "Durchspülung der Samenleiter zwecks momentaner Sterilisierung des Mannes" von Roesner, Arthur | Zentralorgan für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete | 1935 | 73/626 | Literaturrezension |
| Seifert (Würzburg) | Rezension von "Zur Technik der Sterilisationsoperation beim Manne" von Krauss, Fritz | Zentralorgan für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete | 1935 | 74/114 | Literaturrezension |
| Drügg (Kerpen- Köln) | Rezension von "Nochmals zur Sterilisation von Männern. Erwiderung auf die Mitteilung von Boeminghaus" von Hilgenfeldt, O. | Zentralorgan für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete | 1935 | 74/305 | Literaturrezension |
| Rubritius (Wien) | Rezension von "Zur Durchspülung des Samenleiters bei der Sterilisierungsoperation" von Boeminghaus, H. | Zentralorgan für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete | 1935 | 74/581 | Literaturrezension |
| Lehrnbecher (Bruchsal) | Rezension von "Unsere Erfahrungen mit der Sterilisationsoperation bei Männern" von Schoening | Zentralorgan für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete | 1935 | 74/738 | Literaturrezension |

| | | | | | |
|--------------------------------|--|--|------|--------|--------------------|
| Eggert (Gollnow) | Rezension von "Beitrag zur Frage der Sterilisierungsoperation beim Manne" von Röper, Wilhelm | Zentralorgan für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete | 1935 | 75/45 | Literaturrezension |
| Block, Werner (Berlin) | Rezension von "Die Sterilisation erbkranker Männer" von Brandis, Hans Joachim von | Zentralorgan für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete | 1935 | 75/450 | Literaturrezension |
| Block, Werner (Berlin) | Rezension von "Zur Technik der Sterilisationsoperation beim Manne. Bemerkungen zu der gleichbenannten Mitteilung von Operarzt Dr. Fritz Krauss in Nr. 30 dieses Zbl." von Melchior, Eduard | Zentralorgan für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete | 1935 | 75/597 | Literaturrezension |
| Hook (Erfurt) | Rezension von "Sterilisation und Befunde am Samenstrang" von Schörcher, Fritz | Zentralorgan für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete | 1935 | 76/129 | Literaturrezension |
| v. Hasselbach | Rezension von "Ein Jahr Sterilisation" von Metge, Ernst | Zentralorgan für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete | 1935 | 76/129 | Literaturrezension |
| Bergemann (Grünberg/Schlesien) | Rezension von "Die Folgen der Sterilisation" von Haberland, H. F. O. | Zentralorgan für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete | 1935 | 76/284 | Literaturrezension |
| Haberland, H. F. O. (Köln) | Rezension von "Frühsterilisation" von Haberland, H. F. O. | Zentralorgan für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete | 1936 | 77/395 | Literaturrezension |
| Eggert (Gollnow) | Rezension von "Zeugungsfähigkeit nach Sterilisation" von Panning, Gerhart | Zentralorgan für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete | 1936 | 77/628 | Literaturrezension |
| Wortmann (Zwenkau) | Rezension von "Über die Notwendigkeit sofortiger Untersuchung der Samenleiterstücke nach der Sterilisation" von Graumann, G. | Zentralorgan für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete | 1936 | 78/220 | Literaturrezension |

| | | | | | |
|------------------------------------|--|--|------|--------|--------------------|
| Rieß (Hagen i. W.) | Rezension von "Percutane Einwirkung des Vas deferens zur Vasoresektion von einem scrotalen Kleinschnitt aus" von Buchheim, Walther | Zentralorgan für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete | 1936 | 78/463 | Literaturrezension |
| Nießen, Hubert (Frankfurt am Main) | Rezension von "Körperliche Missbildungen und Sterilisation" von Nießen, Hubert | Zentralorgan für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete | 1936 | 79/67 | Literaturrezension |
| Schröder, C. H. | Rezension von "Ärztliche Forderungen zum Sterilisationsgesetz" von Engel, Richard | Zentralorgan für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete | 1936 | 79/304 | Literaturrezension |
| Kempf (Braunschweig) | Rezension von "Verfahren und Nachbehandlung bei der Unfruchtbarmachung des Mannes unter besonderer Berücksichtigung der Doppelbildungen der Samenleiter" von Büttner, L. | Zentralorgan für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete | 1936 | 81/552 | Literaturrezension |
| Junghanns, Herbert | Rezension von "Gesetzlich angeordnete Unfruchtbarmachung bei Fehlen eines Hodens und bei Verlagerung der Samenwege" von Junghanns, Herbert | Zentralorgan für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete | 1936 | 81/553 | Literaturrezension |
| Budde, Max (Gelsenkirchen) | Rezension von "Die Sterilisierungsoperation beim Manne" von Moysich, Paul | Zentralorgan für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete | 1936 | 82/226 | Literaturrezension |
| Hempel, Erich (Annaberg) | Rezension von "Zur Technik der Sterilisation beim Mann" von Hofmann, Artur | Zentralorgan für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete | 1936 | 83/663 | Literaturrezension |
| Heckenbach (Berlin) | Rezension von "Die Sterilisierung des Mannes" von Boeminghaus | Zentralorgan für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete | 1937 | 84/722 | Literaturrezension |
| Orth (Homburg-Saar) | Rezension von "Zur Funktion des Hodens nach der Vasektomie" von Knaus, Hermann | Zentralorgan für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete | 1937 | 85/185 | Literaturrezension |

| | | | | | |
|------------------------|---|--|------|--------|--------------------|
| Scherwitz (Mannheim) | Rezension von "Zur Dauer der Zeugungsfähigkeit nach der Vasektomie" von Knaus, Hermann | Zentralorgan für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete | 1937 | 86/134 | Literaturrezension |
| Bode, Friedrich (Köln) | Rezension von "Zu den Ausführungen von Herrn Prof. Dr. H. Knaus: "Dauer der Zeugungsfähigkeit nach der Vasektomie"" von Boeminghaus, H. | Zentralorgan für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete | 1937 | 86/338 | Literaturrezension |
| Bode, Friedrich (Köln) | Rezension von "Erwiderung auf die Arbeit von H. Knaus: "Zur Dauer der Zeugungsfähigkeit nach der Vasektomie" von Gohrbandt, E. | Zentralorgan für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete | 1937 | 86/339 | Literaturrezension |
| Bode, Friedrich (Köln) | Rezension von "Erwiderung auf die Arbeit von H. Knaus: "Zur Dauer der Zeugungsfähigkeit nach der Vasektomie" " von Bauer, K. H. | Zentralorgan für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete | 1937 | 86/338 | Literaturrezension |
| Welcker (Greifswald) | Rezension von "Über technische Schwierigkeiten bei der Sterilisierung des Mannes" von Mennenga | Zentralorgan für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete | 1937 | 86/495 | Literaturrezension |
| Glass, E. (Hamburg) | Rezension von "Zur Frage der Sterilisation bei Kryptorchismus" von Malmus | Zentralorgan für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete | 1937 | 87/70 | Literaturrezension |
| Kresiment (Berlin) | Rezension von "Über technische Schwierigkeiten bei der Sterilisierung des Mannes" von Mennenga, Menno | Zentralorgan für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete | 1937 | 87/542 | Literaturrezension |
| Roedelius (Hamburg) | Rezension von "Zur Dauer der Zeugungsfähigkeit nach der Vasektomie. Schlußwort zu den Erwiderungen von Boeminghaus, Bauer und Gohrbandt" von Knaus, Hermann | Zentralorgan für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete | 1938 | 88/500 | Literaturrezension |
| Kresiment (Berlin) | Rezension von "Über die Sterilisation des Mannes" von Gutter | Zentralorgan für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete | 1938 | 89/390 | Literaturrezension |

| | | | | | |
|----------------------------------|--|--|------|--------|--------------------|
| König, E. (Hildesheim) | Rezension von "Hodenbefunde bei Verschuß der Samenwege und ihre Bedeutung für die Behandlung der Unfruchtbarkeit" von Büttner, A. | Zentralorgan für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete | 1938 | 89/724 | Literaturrezension |
| v. Scanzoni | Rezension von "Zur Indikation und Technik der Sterilisation beim Manne" von Holbeck, Theodor | Zentralorgan für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete | 1938 | 94/724 | Literaturrezension |
| Weiss (Düsseldorf) | Rezension von "Zur Pathophysiologie von Hoden, Nebenhoden und Vas deferens nach Samenwegsunterbrechung und ihrer Bedeutung für die operative Behebung der Unfruchtbarkeit des Mannes" von Welcker, Ernst Rulo | Zentralorgan für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete | 1938 | 94/382 | Literaturrezension |
| Brackertz (Herford) | Rezension von "Die gesetzliche und rechtliche Stellung des Chirurgen im Unfruchtbarmachungsverfahren. Die Praxis der Sterilisationsoperation beim Manne an der chirurgischen Universitätsklinik Frankfurt/Main" von Schalk, Siegmund | Zentralorgan für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete | 1938 | 94/609 | Literaturrezension |
| Neupert (Berlin- Charlottenburg) | Rezension von "Zur Pathophysiologie von Hoden, Nebenhoden und Vas deferens nach Samenwegsunterbrechung" von Welcker | Zentralorgan für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete | 1938 | 94/731 | Literaturrezension |
| Sonntag (Leipzig) | Rezension von "Die eugenischen Vasoresektionen in Danzig von 1934 bis August 1938. Ihr Verlauf und ihre Komplikationen" von Rumpf, Otto Albert | Zentralorgan für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete | 1939 | 96/186 | Literaturrezension |
| Blos, Dietrich (Berlin) | Rezension von "Sterilisierung und Rückoperation" von Spath, Franz | Zentralorgan für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete | 1940 | 99/685 | Literaturrezension |

| | | | | | |
|------------------------------------|---|--|------|---------|--------------------|
| Roedelius (Hamburg) | Rezension von "Befund an Hoden und Samenleitern nach Vasektomie" von Roulet, F und Andina, F | Zentralorgan für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete | 1941 | 104/103 | Literaturrezension |
| Janssen (Düsseldorf) | Rezension von "Zur Technik der Sterilisation beim Mann" von Droschl, Hans | Zentralorgan für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete | 1942 | 106/435 | Literaturrezension |
| Haberland, H. F. O. (Köln) | Tierexperimentelle Untersuchungen zur Frage der Folgen der Sterilisation vor der Pubertät bei Knaben | Zeitschrift für die gesamte experimentelle Medizin | 1936 | 99/277 | Originalartikel |
| Spath, Franz | Über Samenleitersperroperationen Vortrag von Bauer auf der 59. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie mit der Thematik "Technik und Methodik der Sterilisation beim Manne" mit anschließender Aussprache | Archiv für Klinische Chirurgie | 1934 | 178/737 | Originalartikel |
| Bauer, Karl Heinrich | Vortrag von Vogeler (Stettin) auf der 59. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie mit dem Titel "Die Sterilisierung der Samenblasen" und anschließender Aussprache | Archiv für Klinische Chirurgie | 1935 | 183/29 | Originalartikel |
| Vogeler (Stettin) | Vortrag von von Brandis (Freiburg i.Br.) auf der 59. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie mit dem Titel "Die Freiburger chirurgische Klinik im Dienst des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses" mit anschließender Aussprache | Archiv für Klinische Chirurgie | 1935 | 183/33 | Originalartikel |
| von Brandis (Freiburg im Breisgau) | Vortrag von H.F.O. Haberland (Köln) auf der 59. tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie mit dem Titel "Die | Archiv für Klinische Chirurgie | 1935 | 183/34 | Originalartikel |
| Haberland, H. F. O. (Köln) | | Archiv für Klinische Chirurgie | 1935 | 183/35 | Originalartikel |

Folgen der Sterilisation" und anschließender Aussprache

| | | | | | |
|----------------------------|---|--------------------------------|------|--------------|--------------------|
| Bauer, Karl Heinrich | Über Technik und Methodik der Sterilisation beim Mann | Archiv für Klinische Chirurgie | 1935 | 183/611 | Originalartikel |
| Haberland, H. F. O. (Köln) | Die Folgen der Sterilisation "Nebenoperationen" bei gesetzlich angeordneter Unfruchtbarmachung des Mannes | Archiv für Klinische Chirurgie | 1935 | 184/115 | Originalartikel |
| Junghanns, Herbert | | Archiv für Klinische Chirurgie | 1937 | 189/654 | Originalartikel |
| Denecke, Kurt | Spontane Wiederherstellung des Samenleiterkanals nach Resektion | Archiv für klinische Chirurgie | 1938 | 193/709 | Originalartikel |
| Rettig, Werner | Vorschläge zur Vasektomie als Sterilisationsverfahren beim Manne | Zentralblatt für Chirurgie | 1933 | 1933(3)/2886 | Originalartikel |
| Kingreen (Greifswald) | Rezension von "Die Sterilisation beim Mann" von Haberland | Zentralblatt für Chirurgie | 1934 | 1934(1)/277 | Literaturrezension |
| Spath, Franz | Zur Frage der Wiederherstellungsoperation (Rückoperation) nach Sterilisierung | Zentralblatt für Chirurgie | 1934 | 1934(1)/454 | Originalartikel |
| Haberland, H. F. O. (Köln) | Die Resektion des Ductus deferens | Zentralblatt für Chirurgie | 1934 | 1934(1)/616 | Originalartikel |
| Boeminghaus, H. | Nochmals zur Sterilisation des Mannes | Zentralblatt für Chirurgie | 1934 | 1934(1)/996 | Originalartikel |

| | | | | | |
|-----------------------|--|----------------------------|------|--------------|--------------------|
| Welcker (Greifswald) | Vortrag von Welcker (Greifswald) auf der XLVII. Tagung der Vereinigung nordwestdeutscher Chirurgen mit dem Titel "Experimentelle Untersuchungen über den Einfluß der Samenwegsunterbrechung auf die Struktur des Hodens" | Zentralblatt für Chirurgie | 1934 | 1934(2)/1133 | Literaturrezension |
| Bauer, Karl Heinrich | Vortrag von Bauer (Breslau) auf der 58. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie mit dem Titel "Das Gesetz zur Verhütung erbkranknen Nachwuchses in seiner Bedeutung für die Chirurgie" | Zentralblatt für Chirurgie | 1934 | 1934(2)/1372 | Literaturrezension |
| Kingreen (Greifswald) | Rezension von "Zur Technik der Sterilisation beim Mann" von Boeminghaus | Zentralblatt für Chirurgie | 1934 | 1934(2)/1959 | Literaturrezension |
| Schüller, Josef | Zur Frage der Sterilisierungsoperation beim Manne Referat über Sexualoperationen mit anschließender Aussprache auf der XXIV. Tagung der Vereinigung mitteldeutscher Chirurgen | Zentralblatt für Chirurgie | 1934 | 1934(3)/2360 | Originalartikel |
| Fromme | Vorschlag zur pflichtmäßigen histologischen Untersuchung des Samenleiters bei gesetzlich angeordneter Unfruchtbarmachung des Mannes | Zentralblatt für Chirurgie | 1934 | 1934(3)/2519 | Literaturrezension |
| Junghanns, Herbert | Vortrag auf der Sitzung der Berliner Gesellschaft für Chirurgie vom 11. Juni 1934 mit der Thematik "Zur Schnittführung bei der Sterilisation des Mannes (beidseitige Vasoresektion)" | Zentralblatt für Chirurgie | 1934 | 1934(3)/2677 | Originalartikel |
| Härtel, F. | | Zentralblatt für Chirurgie | 1934 | 1934(3)/2784 | Literaturrezension |

| | | | | | |
|----------------------|--|----------------------------|------|--------------|--------------------|
| Oehlecker, F. | Zur Unfruchtbarmachung des Mannes Rezension von "Über Samenleitersper- operationen. Ein Beitrag zur Kenntnis der Sterilisationsoperationen und zur Frage der Rückoperation" | Zentralblatt für Chirurgie | 1934 | 1934(3)/2882 | Originalartikel |
| Fritsch, Karl | | Zentralblatt für Chirurgie | 1934 | 1934(3)/2941 | Literaturrezension |
| Boeminghaus, H. | Zur Sterilisierungsoperation | Zentralblatt für Chirurgie | 1935 | 1935(1)/9 | Originalartikel |
| Roesner, Arthur | Durchspülung der Samenleiter zwecks momentaner Sterilisierung des Mannes | Zentralblatt für Chirurgie | 1935 | 1935(1)/215 | Originalartikel |
| Franke, Carl | Was ich bei 200 Sterilisierungen sah | Zentralblatt für Chirurgie | 1935 | 1935(1)/385 | Originalartikel |
| Hilgenfeldt, O. | Menschliche und technische Fragen zur gesetzlichen Sterilisierung Rezension von Vortrages von Erwin Gohr- bandt vor der Berliner Gesellschaft für Chirurgie mit der Thematik: "Die Sterilisa- tion des Mannes" mit anschließender Aussprache | Zentralblatt für Chirurgie | 1935 | 1935(1)/559 | Originalartikel |
| Gohrbandt, Erwin | | Zentralblatt für Chirurgie | 1935 | 1935(1)/586 | Literaturrezension |
| Boeminghaus, H. | Zur Durchspülung des Samenleiters bei der Sterilisierungsoperation Zu der Arbeit Hilgenfeldt: "Menschliche und technische Fragen zur gesetzlichen Sterilisierung" in diesem Zbl. 1935, Nr 10 | Zentralblatt für Chirurgie | 1935 | 1935(1)/690 | Originalartikel |
| Orth (Homburg- Saar) | | Zentralblatt für Chirurgie | 1935 | 1935(1)/938 | Originalartikel |

| | | | | | |
|------------------------|---|----------------------------|------|--------------|--------------------|
| Dege, H. A. | Zur Frage der Nachbehandlung Sterilisierter | Zentralblatt für Chirurgie | 1935 | 1935(1)/1006 | Originalartikel |
| Boeminghaus, H. | Zur Sterilisierung | Zentralblatt für Chirurgie | 1935 | 1935(1)/1015 | Originalartikel |
| Stiasny, H. | Beitrag zur Vasektomie Rezension vom Vortrag Bauers auf der 59. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie mit der Thematik "Technik und Methodik der Sterilisation beim Manne" | Zentralblatt für Chirurgie | 1935 | 1935(2)/1351 | Originalartikel |
| Bauer, Karl Heinrich | mit anschließender Aussprache | Zentralblatt für Chirurgie | 1935 | 1935(2)/1491 | Literaturrezension |
| Hilgenfeldt, O. | Nochmals zur Sterilisation von Männern Rezension von "Zur Physiologie der Samenblasen und der Spermien" von H. | Zentralblatt für Chirurgie | 1935 | 1935(2)/1700 | Originalartikel |
| Bock (Köln) | Boeminghaus und U. Baldus Rezension von "Lebensfähigkeit der Spermatozoen nach Vasektomie" von A. | Zentralblatt für Chirurgie | 1935 | 1935(2)/1743 | Literaturrezension |
| Fritsch, Karl | E. Belt (Los Angeles) | Zentralblatt für Chirurgie | 1935 | 1935(2)/1744 | Literaturrezension |
| Krauss, Fritz | Zur Technik der Sterilisierungsoperation beim Manne Rezension von "Zur Technik der Unfruchtbarmachung beim Manne" von W. | Zentralblatt für Chirurgie | 1935 | 1935(2)/1775 | Originalartikel |
| Stahnke (Ludwigshafen) | Schmidt Über die Notwendigkeit sofortiger Untersuchung der Samenleiterstücke nach der | Zentralblatt für Chirurgie | 1936 | 1936(1)/474 | Literaturrezension |
| Graumann, G. | Sterilisation | Zentralblatt für Chirurgie | 1936 | 1936(1)/615 | Originalartikel |

| | | | | | |
|------------------------|---|----------------------------|------|--------------|--------------------|
| Bock (Köln) | Rezension von "Ist nach Sterilisation erbkranker Männer eine Quarantänezeit erforderlich?" von A. Hendriock | Zentralblatt für Chirurgie | 1936 | 1936(1)/828 | Literaturrezension |
| Stiasny, H. | Katheter zur Gewinnung von Spermien aus den Samenblasen und unteren Samenwegen | Zentralblatt für Chirurgie | 1936 | 1936(2)/1750 | Originalartikel |
| Kingreen (Greifswald) | Rezension von "Die Unfruchtbarmachung des Mannes" von Gohrbrandt | Zentralblatt für Chirurgie | 1936 | 1936(2)/1844 | Literaturrezension |
| Seifert (Würzburg) | Rezension von "Die Praxis der Steilisationsoperationen" von K. H. Bauer (Breslau) und F. v. Mikulicz-Radecki (Königsberg i. Pr.) | Zentralblatt für Chirurgie | 1936 | 1936(3)/2874 | Literaturrezension |
| Fritsch, Karl | Rezension von "Perkutane Fixierung des Vas deferens zur Vasoresektion von einem skrotalen Kleinschnitt aus" von W. Buchheim (Leipzig) | Zentralblatt für Chirurgie | 1936 | 1937(1)/240 | Literaturrezension |
| Hofmann, Artur | Zur Technik der Sterilisation beim Mann | Zentralblatt für Chirurgie | 1937 | 1937(1)/742 | Originalartikel |
| Knaus, Hermann | Zur Dauer der Zeugungsfähigkeit nach der Vasektomie | Zentralblatt für Chirurgie | 1937 | 1937(2)/1506 | Originalartikel |
| Stahnke (Ludwigshafen) | Rezension von "Durchspritzung der Samenwege nach Vasektomie und einige grundsätzliche Bemerkungen über die Spermiogenese" von C. Franke | Zentralblatt für Chirurgie | 1937 | 1837(3)/2218 | Literaturrezension |
| Boeminghaus, H. | Zu den Ausführungen von Herrn Prof. Dr. H. Knaus: "Dauer der Zeugungsfähigkeit nach der Vasektomie" (Zbl. Chir. 1937, Nr. 26) | Zentralblatt für Chirurgie | 1937 | 1937(3)/2457 | Originalartikel |

| | | | | | |
|------------------------|--|----------------------------|------|--------------|--------------------|
| Bauer, Karl Heinrich | Erwiderung auf die Arbeit von H. Knaus: "Zur Dauer der Zeugungsfähigkeit nach der Vasektomie" (Zbl. Chir. 1937, Nr 26, 1506) | Zentralblatt für Chirurgie | 1937 | 1937(3)/2459 | Originalartikel |
| Gohrbandt, Erwin | Erwiderung auf die Arbeit von H. Knaus: "Zur Dauer der Zeugungsfähigkeit nach der Vasektomie" (Zbl. Chir. 1937, Nr 26) Rezension vom Vortrag von Mennenga auf der XIII. Tagung der Vereinigung Nordostdeutscher Chirurgen mit dem Titel "Über Technische Schwierigkeiten bei der Sterilisierung des Mannes" mit anschließender Aussprache | Zentralblatt für Chirurgie | 1937 | 1937(3)/2461 | Originalartikel |
| Mennenga, Menno | Rezension vom Vortrag von Malmus (Rostock) auf der LIV. Tagung der Vereinigung Nordwestdeutscher Chirurgen mit dem Titel "Zur Frage der Sterilisation bei Kryptorchismus" | Zentralblatt für Chirurgie | 1937 | 1937(3)/2701 | Literaturrezension |
| Malmus (Rostock) | Zur Dauer der Zeugungsfähigkeit nach der Vasektomie - Schlußwort zu den Erwidern von Boeminghaus, Bauer und Gohrbandt | Zentralblatt für Chirurgie | 1937 | 1937(3)/2759 | Literaturrezension |
| Knaus, Hermann | Rezension von "Die Sterilisierungsoperation beim Manne" von P. Moysich (Berlin-Lichtenberg) | Zentralblatt für Chirurgie | 1938 | 1938(1)/423 | Originalartikel |
| Volkman, K. (Eisleben) | Rezension von "Die Beurteilung der männlichen Zeugungsfähigkeit" von Günther K. F. Schultze (Berlin) | Zentralblatt für Chirurgie | 1938 | 1938(2)/1737 | Literaturrezension |
| Bock, H. (Rüdersdorf) | Rezension von "Gesetzlich angeordnete Unfruchtbarmachung bei Fehlen eines Hodens und bei Verlagerung der Samenwege" von H. Junghanns | Zentralblatt für Chirurgie | 1938 | 1938(3)/2462 | Literaturrezension |
| Stahnke (Ludwigshafen) | | Zentralblatt für Chirurgie | 1938 | 1938(3)/2463 | Literaturrezension |

| | | | | | |
|------------------------|---|----------------------------|------|--------------|--------------------|
| Boeminghaus, H. | Rezension vom Vortrag von Boeminghaus auf der Mittelrheinischen Chirurgetagung mit dem Titel "Eingriffe zur Wiederherstellung der Zeugungsfähigkeit bei mechanischer Azoospermie" mit anschließender Aussprache | Zentralblatt für Chirurgie | 1939 | 1939(1)/813 | Literaturrezension |
| Welcker (Greifswald) | Rezension vom Vortrag von Welcker auf der LVII. Tagung der Verinigung Nordwestdeutscher Chirurgen mit dem Titel "Zur Pathophysiologie von Hoden, Nebenhoden und Vas deferens nach Samenwegsunterbrechung" | Zentralblatt für Chirurgie | 1939 | 1939(2)/1206 | Literaturrezension |
| Seifert (Würzburg) | Rezension von "Ergebnisse einer Nachuntersuchung über das Schicksal einer Reihe auf Grund des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses unfruchtbar gemachter Männer" von H. Greggersen (Rendsburg) | Zentralblatt für Chirurgie | 1940 | 1940(1)/750 | Literaturrezension |
| Fritsch, Karl | Rezension von "Unfruchtbarmachung und Kriminalität" von A. Hoffmann | Zentralblatt für Chirurgie | 1940 | 1940(3)/1894 | Literaturrezension |
| Volkman, K. (Eisleben) | Rezension von "Befund an Hoden und Samenleitern nach Vasektomie" von F. Roulet und F. Andina (Basel) | Zentralblatt für Chirurgie | 1942 | 1942(2)/812 | Literaturrezension |
| Harff (Berlin) | Rezension von "Untersuchungsmethode und Therapie der Sterilität beim Manne" von H. Stiasny | Zentralblatt für Chirurgie | 1942 | 1942(2)/814 | Literaturrezension |
| Boeminghaus, H. | Zur Physiologie der Samenblasen und der Spermien | Zeitschrift für Urologie | 1934 | 1934/433 | Originalartikel |

| | | | | | |
|--------------------------------|--|---------------------------------------|------|----------|--------------------|
| Baldus, U. | Zur Physiologie der Samenblasen und der Spermien | Zeitschrift für Urologie | 1934 | 1934/433 | Originalartikel |
| Hendriock, A. | Ist nach Sterilisation erbkranker Männer eine Quarantänezeit notwendig? | Zeitschrift für Urologie | 1935 | 1935/145 | Originalartikel |
| Heusch, Karl | Urologie und Volksgesundheit | Zeitschrift für Urologie | 1936 | 1936/823 | Originalartikel |
| Schultze, Günter K. F.(Berlin) | Die Beurteilung der männlichen Zeugungsfähigkeit | Zeitschrift für Urologie | 1937 | 1937/6 | Originalartikel |
| Boeminghaus, H. | Die Sterilisierung des Mannes | Zeitschrift für Urologie | 1937 | 1937/84 | Originalartikel |
| Boeminghaus, H. | Zur chirurgischen Behandlung mechanisch bedingter Unfruchtbarkeit des Mannes (Azoospermie) | Zeitschrift für Urologie | 1939 | 1939/193 | Originalartikel |
| Droschl, Hans | Zur Technik der Sterilisation beim Mann | Zeitschrift für Urologie | 1942 | 1942/64 | Originalartikel |
| Schenk (Charlottenburg) | Rezension von "Was blieb von der Steinchschen Operation übrig? Kritische Sichtung der Ergebnisse der Vasoligatur bzw. Vasektomie" von Damm, E. | Zeitschrift für urologische Chirurgie | 1935 | 40/365 | Literaturrezension |
| Volkman, Joh. (Halle a. d. S.) | Rezension von "Zur Physiologie der Samenblasen und der Spermien" von Boeminghaus, H. und Baldus, U. | Zeitschrift für urologische Chirurgie | 1935 | 40/367 | Literaturrezension |
| Meggendorfer (Erlangen) | Rezension von "Die Folgen der Sterilisation un der Kastration bei Mann und Frau" von Clauberg, C. und Schultze, K. W. | Zeitschrift für urologische Chirurgie | 1935 | 40/429 | Literaturrezension |

| | | | | | |
|--|--|---------------------------------------|------|--------|--------------------|
| Plenz (Berlin- Zehendorf) | Rezension von "Zur Frage der Sterilisierungsoperation beim Manne" von Schüller, Josef | Zeitschrift für urologische Chirurgie | 1936 | 41/77 | Literaturrezension |
| Heinemann-Grüder (Potsdam) | Rezension von "Die Auswirkungen von Sterilisierungs- Operationen im Tierexperiment und beim Manne" von Spath, Franz | Zeitschrift für urologische Chirurgie | 1936 | 41/269 | Literaturrezension |
| Thums, K. (München) | Rezension von "Psychische Folgen der Sterilisation und Kastration beim Manne" von Schultz, I. H. | Zeitschrift für urologische Chirurgie | 1936 | 41/414 | Literaturrezension |
| Colmers (München) | Rezension von "Ist nach Sterilisation erbkranker Männer eine Quarantänezeit notwendig?" von Hendriock, A. | Zeitschrift für urologische Chirurgie | 1936 | 41/272 | Literaturrezension |
| Mandel, W. (Alt-schalkowitz, Kr. Oepeln) | Rezension von "Zur Physiologie der männlichen Genitalorgane" von Boeminghaus, H. | Zeitschrift für urologische Chirurgie | 1936 | 41/592 | Literaturrezension |
| Colmers (München) | Rezension von "Was leistet die Vasoresektion als prophylaktische Maßnahme gegen das Auftreten einer Epididymitis?" von Hoffheinz mit anschließender Aussprache | Zeitschrift für urologische Chirurgie | 1936 | 42/118 | Literaturrezension |
| Gruber (Göttingen) | Rezension von "Durchspritzung der Samenwege nach Vasektomie und einige grundsätzliche Bemerkungen über die Spermiogenese" von Franke, C. | Zeitschrift für urologische Chirurgie | 1936 | 42/377 | Literaturrezension |
| König, E. (Hildesheim) | Rezension von "Über die Notwendigkeit sofortiger Untersuchung der Samenleiterstücke nach der Sterilisation" von Graumann, G. | Zeitschrift für urologische Chirurgie | 1936 | 42/377 | Literaturrezension |
| Scherwitz (Mannheim) | Rezension von "Zur Dauer der Zeugungsfähigkeit nach der Vasektomie" von knaus, Hermann | Zeitschrift für urologische Chirurgie | 1937 | 43/380 | Literaturrezension |

| | | | | | |
|------------------------------------|---|--|------|--------------|--------------------|
| Flörcken, H. (Frankfurt a. M.) | Rezension von "Hodenbefunde bei Verschuß der Samenwege und ihre Bedeutung für die Behandlung der Unfruchtbarkeit" von Büttner, A. | Zeitschrift für urologische Chirurgie | 1939 | 44/250 | Literaturrezension |
| Kresiment (Berlin) | Rezension von "Zur Pathophysiologie von Hoden, Nebenhoden und Vas deferens nach Samenwegsunterbrechung und ihrer Bedeutung für die operative Behebung der Unfruchtbarkeit des Mannes" von Welcker, Ernst Rulo | Zeitschrift für urologische Chirurgie | 1940 | 45/220 | Literaturrezension |
| Nießén, Hubert (Frankfurt am Main) | Körperliche Mißbildungen und Sterilisation | Archiv für klinische Chirurgie | 1936 | 186/107 | Originalartikel |
| Haberland, H. F. O. (Köln) | Frühsterilisation Verfahren und Nachbehandlung bei der Unfruchtbarmachung des Mannes unter besonderer Berücksichtigung der Doppelbildungen der Samenleiter | Archiv für klinische Chirurgie | 1936 | 186/117 | Originalartikel |
| Büttner, A. (Göttingen) | Zur Technik der Sterilisationsoperation beim Manne- Bemerkungen zu der gleichbenannten Mitteilung von Oberarzt Dr. Fritz Krauss in Nr 30 dieses Zbl. | Bruns Beiträge für klinische Chirurgie | 1936 | 164/49 | Originalartikel |
| Melchior, Eduard | | Zentralblatt für Chirurgie | 1935 | 1935(3)/2715 | Originalartikel |
| Schörcher, Fritz | Sterilisation und Befunde am Samenstrang | Zentralblatt für Chirurgie | 1935 | 1935(3)/2946 | Originalartikel |

7.2 Danksagung

Mein Dank gebührt an erster Stelle meinem Doktorvater Prof. Dr. Heiner Fangerau, der mir jederzeit mit Rat und Tat bei Erstellung dieser Arbeit zur Seite stand und stets geduldig auf all meine Fragen und Anregungen einging.

Stephanie Schütz, die mir vor allem bei Recherche- bzw. Literaturarbeiten in der Bibliothek sowie online half, spreche ich ebenso meinen Dank aus.

Weiterhin danke ich Dr. Dr. Wilhelm Röll, der sich sowohl auf dem langen Weg zur Promotion als auch im gesamten studentischen Werdegang als treuer Freund und Ratgeber in sämtlichen Belangen erwies.

- Lebenslauf aus Gründen des Datenschutzes entfernt -