

Aus dem Institut für Ethik und Geschichte der Medizin

**Die männliche Sterilisation in der Bundesrepublik.
Die Vasektomie als Indikator für
Verantwortungsübernahme in der Familienplanung
(1962 bis 2003)**

**Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin**

**der Medizinischen Fakultät
der Eberhard Karls Universität
zu Tübingen**

**vorgelegt von
Gebert, Jamila Coretta Amadea**

2021

Dekan: Professor Dr. B. Pichler
1. Berichterstatter: Privatdozent Dr. H. Tümmers
2. Berichterstatter: Professor Dr. S. Gais

Tag der Disputation: 13.10.2021

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	3
I. Einleitung	4
I.1 Einordnung in den Forschungsstand.....	12
I.2 Begriffsdefinitionen.....	17
II. Methoden und Material	21
II.1 Methoden	21
II.2 Material	23
III. Multifunktionalität der Vasektomie (1885 bis 1945).....	25
IV. Marginalisierung der Vasektomie (1945 bis 1962)	36
V. Die Vasektomie als Emanzipationsgeschichte.....	44
V.1 Etablierung der Vasektomie als Familienplanungsmethode (1962 bis 1981)	44
V.1.1 Das Aushebeln von Sittlichkeitsargumenten durch die Etablierung von Familienplanung (1962 bis 1969).....	44
IV.1.2 Prozess der ärztlichen Anerkennung der Vasektomie (1970 bis 1975)	57
IV.1.3 Beratung und Indikationswandel (1976 bis 1981)	67
V.2 Wirkung der Etablierung der Vasektomie (1981 bis 2003).....	87
VI. Schluss	110
VII. Zusammenfassung	117
VIII. Literaturverzeichnis	119
IX. Erklärung zum Eigenteil	130
X. Danksagung	131

Abkürzungsverzeichnis

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
BGH	Bundesgerichtshof
DDR	Deutsche Demokratische Republik
GzVeN	Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses
HIV	Humanes Immundefizienz Virus
NSDAP	Nationalsozialistische Deutsche Arbeiterpartei
OLG	Oberlandesgericht
StGB	Strafgesetzbuch
UN	United Nations
USA	United States of America
WHO	World Health Organization

I. Einleitung

„Männer sind überhaupt nicht geneigt, sich sterilisieren zu lassen“¹, schrieb der Jurist Werner Hardwig 1964 in seinem Aufsatz *Sterilisation und Sittlichkeit*.

Weiter führte er aus:

„Wollte ein Staat einer gefährlichen Seuche der Sterilisation entgegentreten, dann brauchte er nur die Sterilisation der Männer zuzulassen und die der Frauen verbieten. [...] Es ist doch bemerkenswert, daß offenbar [...] keine Frau vermocht hat, ihren Mann dazu zu bewegen, sich sterilisieren zu lassen, vielleicht nicht einmal daran gedacht hat, obwohl der Eingriff beim Mann viel harmloser ist als bei der Frau.“²

Einige Jahrzehnte später hatte sich die Situation geändert. Ende der 1990er Jahre erzählte ein Mann in einem Interview in einem Ratgeber zum Thema Vasektomie, wie er sich dazu entschied, sich anstelle seiner Partnerin sterilisieren zu lassen:

„[Mit dem Entschluss zur Sterilisation] war aber auch die Frage verbunden, wer von uns beiden sich operieren lassen sollte. Zuerst gab es darauf eine einfache medizinische Antwort. Denn wenn ich mir überlege, wo beim Mann die Samenleiter liegen und wo die Eileiter bei der Frau sind, ist ganz klar, daß der Eingriff bei mir einfacher ist. Aber darüber hinaus gibt es noch die viel kompliziertere Ebene der Verantwortung oder des Sich-verantwortlich-Fühlens für den anderen. [...] Für mich gehört das zu einer Beziehung dazu, daß ich an einem Punkt, wo ich mich für etwas Endgültiges entscheide, das auch mit einem gewissen Risiko verbunden ist, nicht sage: Mach du das für mich.“³

Die Sterilisation des Mannes durchlief in der Bundesrepublik Deutschland innerhalb von vier Dekaden eine nachhaltige Entwicklung: Obwohl 1962 der

¹ Hardwig (1964), S. 393.

² Ebenda.

³ Blume (1997), S. 182.

Prozess um den Chirurgen Axel Dohrn rechtlich die Möglichkeit eröffnete, dass sich Männer sterilisieren lassen konnten, wendeten Männer diese endgültige Form der Empfängnisverhütung anstelle ihrer Ehefrauen in den 1960er Jahren nur selten an. Daten aus den folgenden Jahren⁴ zeigen hingegen, dass zunehmend mehr Männer mit erfülltem Kinderwunsch die Vasektomie als dauerhafte Verhütungsmethode nutzten. 1995 markierte das Jahr, in dem sich erstmalig mehr Männer als Frauen in der Bundesrepublik sterilisieren ließen.⁵ Der Untersuchungszeitraum endet 2003, als die Vasektomie wieder privat liquidiert werden musste, da mit dieser Entwicklung neue Diskursthemen auftraten.

Die beiden einleitenden Beispiele verweisen auf die zentralen Untersuchungsgegenstände dieser Dissertation: Der Einfluss von sexuellen Sittlichkeitsvorstellungen auf die rechtliche Zulässigkeit der Vasektomie, sowie die *ärztliche* Akzeptanz von Familienplanung und *männliche* Zuständigkeitsgefühle für Verhütung in Partnerschaften. Aus diesen noch vagen Themen lassen sich nach einigen vorbereitenden Überlegungen die konkreten Leitfragen dieser Studie ableiten. Wenn Hardwig im ersten Beispiel von einer „gefährlichen Seuche der Sterilisation“ schrieb, sprach er von der Sterilisation als Methode zur *Familienplanung*, die Partner zur selbstbestimmten Lebensgestaltung nutzen können. Der Jurist beschrieb, wie manche Personen die Sterilisation aus Gründen der Familienplanung verurteilten. Was sie störte, war seiner Ansicht nach der dadurch entstehende Verfall von Sitte und Ordnung. Diese moralisch konnotierte Frage nach Sittlichkeit beschäftigte hingegen den Mann aus dem zweiten Beispiel kaum – Familienplanung war in seiner Lebenswelt so alltäglich wie der Geschlechtsverkehr selbst. Hardwig wunderte sich, warum Frauen ihre Männer nicht zur Vasektomie motivieren konnten, obwohl der Eingriff beim Mann viel „harmloser“ sei. Die Möglichkeit, ein Mann könne *selbst* für eine Vasektomie Initiative ergreifen, war für ihn ausgeschlossen. Für den Mann in den 1990er Jahren hatten *nicht* nur rationale Begründungen zu seinem Entschluss beigetragen:

⁴ Vgl. Heinrichs (1989a), S. 1; vgl. Noldus et al. (1992), S. 103; vgl. Liedtke (2009), S. 57.

⁵ Vgl. Berlin-Bubla (1999), S. 17.

Verhütungsverantwortung für sich selbst und für die Partnerschaft zu übernehmen, gehörte für ihn „zu einer Beziehung dazu“.

Diese kulturhistorische Studie untersucht qualitativ, aus welchen Gründen sich die soeben skizzierten Entwicklungen zwischen 1962 und 2003 zugetragen haben. Sie analysiert das Geschlechterverhältnis meist in *Partnerschaften*, da – wie die Ausführungen der Dissertation zeigen werden – die Vasektomie im betrachteten Zeitraum größtenteils Männer in festen Partnerschaften durchführen ließen⁶ und als Familienplanungsmethode bei erfüllttem Kinderwunsch Anwendung fand.

Eine allgemeine Problematik, die bereits in Publikationen aus den 1940er Jahren vorkommt und beim Sterilisationswunsch eines Paares besonders ab den 1960er Jahren von Bedeutung war, ist Folgende: Wenn ein Paar keine (weiteren) Kinder zeugen möchte und die endgültige Unfruchtbarmachung beschließt, wird sich der Mann oder die Frau der Operation unterziehen? Es war zu jeder Zeit hinreichend, wenn nur *einer* von beiden Partnern verhütet. Wer diese Aufgabe übernahm, musste in Partnerschaften ausgehandelt werden und war über den gesamten Untersuchungszeitraum auch von gesellschaftlichen Handlungsnormen und Deutungsmustern moduliert. Geschlechterverhältnis, gesellschaftliche und individuelle Rollen- und Männlichkeitsverständnisse, die einem historischen Wandel unterworfen sind, können diese Entscheidung zu jeder Zeit beeinflussen. Derjenige Partner, der sich zur Sterilisation entschließt, kann Verantwortung für sich selbst und/oder die Partnerschaft übernehmen. Ziel dieser Dissertation ist es demnach auch, zu untersuchen, unter welchen Umständen der Mann in einer Partnerschaft ein Zuständigkeitsgefühl für Verhütung mittels einer Vasektomie praktisch umsetzt.

Doch der Vasektomiewunsch eines Mannes beziehungsweise eines Paares kann damals wie heute immer nur dann Realität werden, wenn ein Arzt oder eine Ärztin die Operation durchführt. Die ärztliche Zustimmung zum Eingriff und die Indikationsstellung für die Operation ist ausschlaggebend für deren Ausführung. Die Vasektomie ist somit ärztlich kontrolliert und dokumentiert:

⁶ Vgl. Petersen (1979), S. 235.

Dies erlaubt neben der Untersuchung der historisch im Wandel befindlichen individuellen Motivationen der Männer eine Analyse der (Hierarchie-) Beziehung zwischen ärztlichem Fachpersonal und Patienten sowie „zeittypische[r] Denkhorizonte“⁷ der Ärzteschaft. Um die Vasektomie als Indikator für die Verantwortungsübernahme von Männern in der Familienplanung zu untersuchen und den Anstieg der Vasektomiezahlen im Untersuchungszeitraum zu erklären, ergeben sich demnach zwei Perspektiven: Erstens sollen ärztliche Deutungsmuster und Sinnbildungsleistungen identifiziert werden, die mitbegründeten, dass die Vasektomie populärer wurde. Dabei klärt sich die Frage, inwieweit eine ärztliche Einschränkung oder Erleichterung des Zugangs zur Sterilisation für Männer den Anstieg der Vasektomiezahlen beeinflusste. Zweitens richtet sich der Blick auf Voraussetzungen und förderliche Umstände, die die Entwicklung begünstigte, dass *Männer* in Partnerschaften mittels Vasektomie Verhütungsverantwortung übernahmen.

Vier Leitfragen führen durch den bearbeiteten Zeitraum von 1962 bis 2003. Erstens: Was war der jeweilige *Hauptgegenstand* des *medizinischen* Diskurses zur jeweiligen Zeit? Zweitens: Wie gestalteten sich die *rechtlichen* Rahmenbedingungen der Sterilisation? Drittens: Wie stellte sich die *Arzt-Patient-Beziehung* und *-Hierarchie* in Bezug auf die Vasektomie dar? Und schließlich viertens: Welche Implikationen hatte die Vasektomie für das *Geschlechterverhältnis* in der Übernahme von Verhütungsverantwortung in Partnerschaften? Diese vier Leitfragen beleuchten demnach sowohl die Perspektive der Ärzteschaft als auch die der vasktomierten Männer. Des Weiteren werden das Verhältnis zwischen medizinischem Fachpersonal und diesen Männern und schließlich das Verhältnis zwischen Mann und Frau in der Partnerschaft zum Thema Familienplanung untersucht. Die Frage nach der staatlichen Regulierung wird durch die Analyse des Einflusses von Bundesgesetzen, ärztlichen Berufsordnungen, Gesetzesvorschlägen und Rechtsprechungen bearbeitet.

⁷ Sabrow (2006), S. 104.

Die Untersuchung interpretiert hauptsächlich medizinische Fachpublikationen aus der Bundesrepublik Deutschland.⁸ Diese erlauben einen differenzierten Einblick in ärztliche Handlungsmuster und beleuchten teils wissenschaftlich-methodische Fragestellungen und Studien, teils Erfahrungsberichte über die Einstellungen und das Verhalten von Männern mit Vasektomiewunsch und/oder durchgeführter Sterilisation. Zudem werden Bewertungen der Vasektomie seitens der Massenmedien mittels Zeitungsartikeln und Ratgebern analysiert, damit ein umfassenderes Bild der Thematik erfasst werden kann.

Man kann sich der Vasektomie aus verschiedenen Perspektiven historisch nähern. Die vorliegende Arbeit will ein androzentrisches Bild der Geschichte der Vasektomie und ihrer Implikation auf die Verantwortungsübernahme von Männern für die Verhütung von Schwangerschaften innerhalb von Partnerschaften erfassen. Dies erfolgt mithilfe der qualitativen Analyse medizinischer Fachliteratur. Andere historische Fragestellungen an die Geschichte der Vasektomie, die nicht näher ausgeführt werden, wäre die Analyse des Randphänomens der kinderlosen, ledigen, teils jungen Männer, die sich in der Bundesrepublik aus verschiedenen Motivationen haben sterilisieren lassen. Um dieses Phänomen, das relativ zur Gesamtbevölkerung nur wenige Männer betraf, aufzudecken, wäre ein methodischer Ansatz wie Zeitzeugeninterviews ergiebiger, da diese Männer in dem hier bearbeiteten Quellenkorpus nur selten vorkommen. Auch ein Vergleich zum Umgang mit ledigen, kinderlosen Frauen wäre ertragreich, denn die begrenzte Quellenlage suggeriert, dass Ärzte und Ärztinnen es eher Männern als Frauen zugestanden, die eigene Fruchtbarkeit selbstbestimmt ohne bereits Kinder gezeugt oder geboren zu haben, aufzugeben. Insgesamt würden vergleichende Studien, die sowohl den Diskurs über die weibliche als auch die männliche Sterilisation gleichwertig bearbeiten, zu einem differenzierteren Ergebnis über die Unterschiede beitragen.

⁸ Eine Auswertung von Patientenakten im Zentralarchiv des Universitätsklinikums Tübingen brachte für die vorliegende Fragestellung leider keine nennenswerten Ergebnisse, weshalb diese in der Dissertationsschrift nicht ausgeführt werden. Das Aktenzeichen des zugehörigen Ethikvotums vom 03.07.2018 lautet 418/201BO1.

Um Verantwortungsübernahme in der Familienplanung zu untersuchen, können verschiedene Indikatoren wie beispielsweise andere Verhütungsmethoden oder indirekter die männliche Teilhabe an der Kindererziehung historisch analysiert werden. Allerdings eignet sich besonders die Vasektomie als Indikator aufgrund ihrer spezifischen Eigenschaften. Sie nimmt unter den im 20. Jahrhundert vorherrschenden Verhütungsmethoden in dreierlei Hinsicht eine Sonderstellung ein: *Erstens* ist sie eine der drei Verhütungsmethoden, die von Männern eingesetzt werden: Vasektomie, Kondom und Coitus interruptus. Von diesen war und ist sie mit Abstand die sicherste.⁹ *Zweitens* wurde die Sterilisation in der Bundesrepublik aufgrund ihrer Invasivität, so viel sei vorweggenommen, hauptsächlich von Personen ab 30 Jahren mit erfülltem Kinderwunsch verwendet. Deshalb war und ist die Anwenderzahl in Relation zu reversiblen Verhütungsmethoden gesehen recht gering: Von allen Menschen, die geschlechtsreif sind, ist nur ein Teil sexuell aktiv, von diesen verwendet nur ein Teil Kontrazeptiva, von diesen haben nur ein Teil eine „abgeschlossene Familienplanung“ und wünschen eine dauerhafte Verhütungsmethode und von diesen Menschen sind nur ein Teil Männer. *Drittens* – und dies ist der Grund, warum sich gerade die Betrachtung der Vasektomie im Vergleich zu anderen Verhütungsmethoden lohnt – hat die Sterilisation des Mannes eine Gemeinsamkeit mit der „Pille“ (hormonelle Kontrazeptiva) und der „Spirale“ (Intrauterinpessar), die nicht auf den ersten Blick erkennbar ist: Alle drei Methoden werden zeitlich und räumlich getrennt vom Geschlechtsverkehr angewandt und sind somit besonders anwenderfreundlich. Während der Frau reversible Kontrazeptiva zur Verfügung stehen, die den Koitus nicht unterbrechen, bleibt dem Mann nur die „endgültige“ Vasektomie.¹⁰ Ein weiterer Grund, warum sich gerade die Untersuchung der Vasektomie auszahlt, ist: Spätestens seit der Vermarktung der hormonellen Kontrazeptiva ab 1961 lag die Zuständigkeit für Verhütung größtenteils bei Frauen.¹¹ Dies kann als Ausdruck eines „male entitlement“, einer männlichen

⁹ Vgl. Gruber, Blanck (2014), S. 35.

¹⁰ In welchem Grad die Vasektomie Endgültigkeit besitzt, variiert im Untersuchungszeitraum. Zu allen Zeiten ist die Vasektomie jedoch schwerer reversibel zu machen als dies bei der Verwendung eines Kondoms oder des Coitus interruptus gegeben ist.

¹¹ Vgl. Fichtner (1999), S. 123; vgl. Clement (1986); vgl. Jütte (2003), S. 299f.

Anspruchshaltung, die gemäß des „traditionellen“¹² Geschlechterverständnisses davon ausgeht, dass Verhütung „Frauensache“ sei, interpretiert werden.

Studien über diesen sogenannten Gendergap in der Übernahme von Verhütungsverantwortung können mit dem Problem konfrontiert sein, anwenderfreundliche weibliche Verhütungsmethoden (Ovulationshemmer) mit anwenderunfreundlichen männlichen Verhütungsmethoden (Kondome) zu vergleichen, was ein „einseitiges Negativbild“¹³ von Männern und Gesundheit zeichnen kann. Die Analyse der männlichen im Vergleich zur weiblichen Sterilisation bietet hingegen eine tatsächliche Vergleichbarkeit – der Eingriff ist beim Mann sogar risikoärmer als bei der Frau, weshalb ein sogenannter männlicher „Defizitdiskurs“¹⁴ umgangen werden kann.

Die vorliegende Dissertation macht es sich zwar nicht zur Aufgabe einen Vergleich anzustreben, soll aber „statt auf »traditionelle Männlichkeit« zu rekurren [...], das Verhalten von Männern und Frauen aus konkreten Umständen [...] erklären“¹⁵, wie es der Historiker Martin Dinges vorschlägt. Hiermit zeigt sich bereits eine Eigenschaft der Vasektomie, die ihre Untersuchung als Indikator für Verantwortungsübernahme in der Familienplanung operationalisierbar macht: Die Sterilisation bei Mann und Frau ist *vergleichbar*, weshalb es sich lohnt, gerade die Sterilisation unter den Verhütungsmethoden unter einem Genderaspekt zu studieren. Letztlich beweist die Vasektomie *Spezifität*: Dieser Eingriff hat nur wenige andere nennenswerte Indikationen¹⁶ außer der endgültigen Unfruchtbarmachung, welche wiederum nicht in das untersuchte Hauptkollektiv der Männer fallen, die sich aus erfülltem Kinderwunsch sterilisieren lassen.

Die Vasektomie als Unterbindung der Fruchtbarkeit eines fortpflanzungsfähigen Menschen und ihre Geschichte in der Bundesrepublik

¹² „Traditionell“ meint ein Geschlechterverhältnis, in dem Männer vergüteter Arbeit nachgehen, während Frauen unbezahlte Sorgearbeit leisten. Dies geht häufig mit einem hegemonialen Männlichkeitsverständnis einher, also einer Überlegenheits- und Vormachtstellung des Mannes über die Frau.

¹³ Dinges (2007a), S. 6.

¹⁴ Ebenda.

¹⁵ Ebenda, S. 8.

¹⁶ Wie beispielsweise die präventive Vasektomie meist bei Männern über 60 Jahren, um eine Nebenhodenentzündung beim Tragen eines Dauerkatheters zu verhindern. Vgl. Thiemann (1974).

stellen intime und persönliche Fragen nach der Verantwortlichkeit über die eigene Reproduktionsfähigkeit und über die gemeinschaftliche Verantwortung beider Partner. Außerdem berührt sie Fragen der individuellen Freiheit und des sozialen Verfügungsrechts über den eigenen Körper. Weiter überzeugt die Vasektomie als Indikator für Verantwortungsübernahme in der Familienplanung und vermag aufgrund ihrer Vergleichbarkeit zur weiblichen Sterilisation Geschlechterverhältnisse und Rollenverständnisse, die einem historischen Wandel unterworfen sind, im Verhütungsverhalten befriedigend zu beleuchten.

Die Arbeit ist wie folgt gegliedert: Nach Kapitel II, das sich den Methoden und dem Material der Dissertation widmet, untersucht das Kapitel III die Anwendungen der Vasektomie in Deutschland und anderen westlichen Staaten im Zeitraum von 1885 bis 1945. Die Zeit zwischen 1945 und 1962, in der die Vasektomie als Familienplanungsmethode noch nicht etabliert war, analysiert das Kapitel IV. Der Hauptteil (V) dieser Studie untersucht die Vasektomie als Emanzipationsgeschichte, um verschiedene Ablösungsprozesse aus mehreren Abhängigkeitsverhältnissen erkennbar zu machen. Dieser ist zweiteilig, da zum einen ein schrittweiser Prozess einer verstärkten Akzeptanz und Etablierung der Vasektomie als zulässige Familienplanungsmethode zwischen 1962 und 1981 auszumachen war. Dieser Zeitraum beginnt mit dem Prozess um den Chirurgen Axel Dohrn 1962, der eine Lösung der Vasektomie aus einem rein medizinischen Kontext bewirkte. Außerdem wird die Reaktion der Ärzteschaft auf einen Wandel von Vorstellungen über sexuelle Sittlichkeit untersucht und die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der männlichen Sterilisation beleuchtet. Zum anderen können im Zeitraum zwischen 1981 und 2003 der medizinische und gesellschaftliche Umgang mit der Vasektomie untersucht werden, während die männliche Sterilisation vollständig akzeptiert war. Einerseits können die Auswirkungen von technischen Fortschritten analysiert werden. Andererseits werden sich gesellschaftlich wandelnde Rollen- und Männlichkeitsverständnisse und eine Verflachung in der Arzt-Patient-Hierarchie beleuchtet.

I.1 Einordnung in den Forschungsstand

Den Beginn der Anwendung der Sterilisation beim Mann ab 1885 in der westlichen Welt erörterten die internationalen Autoren Drake, Gugliotta, Hackett, Nanninga und Sheynkin. In deren Übersicht kann festgestellt werden, dass die Vasektomie mit der therapeutischen, der transformativen und eugenischen Indikation Multifunktionalität besaß, wobei die Sterilisation aus Familienplanungsgründen zu dieser Zeit nicht im Vordergrund stand.

Gründlich seit den 1980er Jahren sind Zwangssterilisationen von Männern und Frauen im nationalsozialistischen Regime untersucht: Abgesehen von Veröffentlichungen zu spezifischen Einzelthemen – wie beispielsweise Horst Biesolds Studie über die Sterilisation Gehörloser oder Detailuntersuchungen aus einzelnen Städten¹⁷ – leistete die Historikerin Gisela Bock in ihrer umfassenden Untersuchung *Zwangssterilisation im Nationalsozialismus* von 1986 detaillierte Aufklärung.

Darin diskutierte Bock die Sterilisationspolitik als Teil der Rassenpolitik, die durch die systematische Diskriminierung „Minderwertiger“ rassistische Züge auch in Bezug auf deutsche Bürger aufwies. Außerdem vertrat Bock die These, dass Sterilisationen ebenso Geburtenpolitik und damit Frauenpolitik waren, und sie deckte die Praxis der Zwangssterilisationen, die Akteure und administrativen Instanzen sowie das Ausmaß der Zwangssterilisationen im Nationalsozialismus auf. Ideengeschichtlich erforschte der Historiker Hans-Walter Schmuhl in seiner Dissertation „Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie“ von 1987 die Etablierung und Radikalisierung von sozialdarwinistisch-eugenischem Denken, das schon ab 1890 im Kaiserreich Zustimmung unter bestimmten Personengruppen wie Expertenkreisen und gesellschaftlichen Eliten fand,¹⁸ sowie dessen politische Implementierung unter Betrachtung sich wandelnder Herrschaftsformen. Die Medizinhistorikerin Astrid Ley untersuchte in ihrer Dissertation von 2003 die Motive von drei Ärztgruppen der individuellen Krankheitsversorgung, die ihre eigenen Patienten zwangssterilisieren ließen,

¹⁷ Thom (1989); Nowak (1989); Pfäfflin (1980); Daum, Deppe (1991); Bach (1990), Schmacke, Güse (1984); vgl. Hahn (2000), S. 24.

¹⁸ Vgl. Tümmers (2011), S. 22.

indem sie ihrer Anzeigepflicht von Menschen mit „erblichen“ Krankheiten nachkamen.¹⁹ Das Bild der Zwangssterilisationen im Nationalsozialismus erweiterten zahlreiche Regionalstudien wie beispielsweise die von Monika Daum, Hans-Ulrich Deppe, Uwe Kaminsky, Norbert Schmacke, Hans-Georg Güse und Johannes Vossen sowie Biographien über Hans Nachtsheim und Werner Villinger.²⁰ Zwangssterilisationen im Nationalsozialismus sind folglich aufgrund ihrer traumatisierenden Wirkung ein gründlich aufgeklärtes historisches Thema. Die Auswirkungen, die den nationalsozialistischen Umgang mit den Sterilisationen auf die Vasektomien in der Bundesrepublik hatte, werden auch in dieser Dissertation Beachtung finden.

Unter den geisteswissenschaftlichen Abhandlungen über Sterilisationen in Deutschland *nach* 1945 leistete Daphne Hahn mit ihrer Publikation *Modernisierung und Biopolitik* von 2000 einen großen Anteil. Darin analysierte die Soziologin und Geschlechterforscherin die Sterilisation der Frau als Indikator für Kontrolle weiblicher Fruchtbarkeit²¹ und Individualisierungsprozesse der Frau²² sowohl in der Bundesrepublik als auch in der DDR im Zeitraum von 1945 bis Mitte der 1970er Jahre. Hahn begann mit einer Beschreibung der Sterilisation der Frau als ein staatliches biopolitisches Regulationsinstrument mit dem Zweck die Gesellschaft zu stärken²³ und zeichnete daraufhin eine gewisse Erfolgsgeschichte der Liberalisierung nach, da sie eine Entwicklung der Sterilisation hin zur individuellen Familienplanungsmöglichkeit für Frauen entdeckte. Liberalisierung bedeutet die Entwicklung von einer repressiven staatlichen Regulierung von Individuen zum Nutzen der Gesellschaft hin zur gestärkten Autonomie, Individualisierung und Normierung der Gesellschaft durch Selbstdisziplinierung.²⁴ Außerdem beleuchtete Hahn Geschlechterungleichheit: Sie schilderte die Kontinuität des bürgerlich-kapitalistischen Familienmodells in der Bundesrepublik,²⁵ in dem die

¹⁹ Vgl. Ley (2003), S. 26.

²⁰ Vgl. Tümmers (2011), S. 16f.

²¹ Vgl. Hahn (2000), S. 32.

²² Vgl. ebenda, S. 31.

²³ Vgl. ebenda, S. 26.

²⁴ Vgl. Schubert, Klein (2006), S. 184; vgl. Brockhaus (2006), S. 714.

²⁵ Vgl. Hahn (2000), S. 128.

Frau nicht-entlohnte Arbeit mit der Versorgung der Kinder und des Haushalts verrichtet, während der Mann eine entlohnte Arbeitsstelle besetzt. Damit und mit der Pathologisierung der weiblichen Sexualität²⁶ sei der Frau die komplette Verantwortung über die Reproduktion und damit die Empfängnisverhütung zugewiesen worden. Hier knüpft diese Dissertation an, indem die Frage nach dem *männlichen* Umgang mit dieser Deutung untersucht werden soll. Es sollen die Umstände aufgeklärt werden, die dazu geführt haben, dass sich in den 1960er Jahren mehr Frauen als Männer haben sterilisieren lassen. Die männliche Sterilisation ordnete Hahn in den Zeitraum von 1964 und 1969 ein, wobei diese lediglich vikariierend, also stellvertretend, für die Frau durchgeführt worden sei.²⁷ Einige von Hahns Thesen zur männlichen Sterilisation sollen kritisch hinterfragt und bestätigt, erweitert oder widerlegt werden.

Hahns Publikation schnitt das Thema der langjährigen Missachtung von Wiedergutmachungsansprüchen von im Nationalsozialismus Zwangssterilisierten an. Eine ausführliche Aufarbeitung der „Anerkennungskämpfe“ in der Bundesrepublik lieferte Henning Tümmers in seiner 2011 erschienen, gleichnamigen Publikation. Dieser schilderte die Integration der Geschädigten als zähen Lernprozess, bis die politische Diskussion zwischen 1965 und 1980 schließlich die Zwangssterilisationen als nationalsozialistisches Unrecht anerkannten.²⁸ Die beschriebene Kontinuität von Denkmustern von „Paradigmen »volksgemeinschaftlicher« Nützlichkeit und sittlichen Wohlverhaltens“²⁹ sind auch für die Untersuchung der Vasektomie relevant.

Ein Schlaglicht auf juristische Diskurse und die Entwicklung der Legalisierung der Sterilisation in der Bundesrepublik warf beispielsweise Astrid Ley in ihrem zusammenfassenden Beitrag „Die Debatte um ein neues Sterilisationsgesetz in der Bundesrepublik“³⁰ von 2012. Nach einer Zusammenfassung des

²⁶ Vgl. Hahn (2000), S. 44f.

²⁷ Vgl. ebenda, S. 111f.

²⁸ Vgl. Tümmers (2011), S. 324.

²⁹ Ebenda, S. 319.

³⁰ Annähernd alle Autoren beschreiben auch juristische Diskurse und die rechtliche Situation in Deutschland in Bezug auf Sterilisation. Dass Ley und nicht andere Autoren zitiert werden, liegt an dem zusammenfassenden Charakter ihres Beitrags.

historischen Kontextes mit Bezug auf das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ von 1933, ging die Autorin auf das Scheitern verschiedener Interessensgemeinschaften der deutschen Ärzteschaft nach einer gesetzlichen Regelung der „freiwilligen Sterilisation“ ein. Der Einfluss rechtlicher Rahmenbedingungen speziell auf die Sterilisation des Mannes werden ebenfalls einen wichtigen Teil der vorliegenden Untersuchung darstellen.

Leys Aufsatz schritt mit ihrer Untersuchung bis in die 1990er Jahre vor, da die Reform des Betreuungsgesetzes die Sterilisationsbedingungen von nichteinwilligungsfähigen Patientinnen und Patienten beeinflusste. Beispielsweise untersuchte die Historikerin Britta-Marie Schenk die gängige Empfehlung von Ärzten und Ärztinnen, geistig behinderte minderjährige Mädchen und Frauen sterilisieren zu lassen. In ihrer Publikation „Behinderung verhindern“ von 2016 erforschte sie unter anderem die Kontinuität eugenischen Gedankenguts und die zwangsweise Sterilisation zum vermeintlichen Wohle der Gesellschaft in der Bundesrepublik bis in die 1990er Jahre hinein. Schenk erklärte, dass die Sterilisationen teils ohne Wissen der Patientinnen und ohne explizite Zustimmung der Mädchen und Frauen durchgeführt worden seien.³¹ Die Ergebnisse dieser Publikation zeigen, dass die vermeintliche Erfolgsgeschichte der Liberalisierung in Deutschland nicht für alle Personengruppen galt und gerade schutzbedürftige Randgruppen nicht an der Individualisierung teilhatten.

In den 1990er Jahren kam das medizinische und soziologische Forschungsfeld der Männergesundheit auf, worauf ab den 2000er Jahren der Medizinhistoriker Martin Dinges maßgeblich an der Entstehung des Forschungsfeldes der Männergesundheits*geschichte* beteiligt war.³² Er veröffentlichte zahlreiche Arbeiten zur Männergesundheit von 1800 bis 2000. Das Thema Verhütung ist in den bisherigen Forschungen jedoch wenig beachtet.³³ Auf dessen zeitgeschichtliche Arbeiten besonders zur „geschlechtsspezifischen Inanspruchnahme des medizinischen Angebots“³⁴

³¹ Vgl. Schenk (2013), S. 440.

³² Vgl. Dinges (2015), S. 1-41.

³³ Vgl. ebenda.

³⁴ Dinges (2007b).

wird ebenfalls eingegangen. Der Medizinhistoriker Robert Jütte veröffentlichte 2003 seine „Geschichte der Empfängnisverhütung“, die sowohl offenbarte, dass Verhütung „keine Erfindung der Neuzeit“³⁵ sei als auch eben nicht traditionell Aufgabe der Frau. Tatsächlich sei durch Coitus interruptus und Kondom die Hauptlast der Verhütung bis ins anfängliche 20. Jahrhundert hinein den Männern überlassen gewesen.³⁶ Spätestens mit der Vermarktung von hormoneller Kontrazeption sei die Verantwortung hauptsächlich bei Frauen gelegen.³⁷ Jütte streifte die Geschichte der Vasektomie aufgrund der relativ geringen Anwenderzahlen lediglich, wobei diese Dissertation Aufklärungsarbeit leisten kann, indem sie die männliche Sterilisation in den Fokus der Analyse stellt.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die deutsche Forschung zur Sterilisation das Spannungsfeld der Unfruchtbarmachung zum „Nutzen“ der Gesellschaft unter Zwang gründlich bearbeitet hat. Dies geschah mit zahlreichen Arbeiten zu Zwangssterilisationen im Nationalsozialismus und der Erforschung von Kontinuitäten eugenischen Gedankenguts in der Bundesrepublik und des Bestrebens die Sterilisation als biopolitisches Regulativ zu implementieren.

Ausführliche Untersuchungen zur Sterilisation in der Bundesrepublik untersuchten Liberalisierungsprozesse beschränkten sich aber größtenteils auf die Analyse der weiblichen Unfruchtbarmachung und der rechtlichen Rahmenbedingungen. Die Zeit ab den 1970er Jahren ist mit Ausnahme von Schenks Analyse der Randgruppe von nichteinwilligungsfähigen Mädchen und Frauen wenig beschrieben.

³⁵ Jütte (2003), S. 2.

³⁶ Vgl. ebenda, S. 324.

³⁷ Vgl. Vasterling (1968), S. 105.

I.2 Begriffsdefinitionen

Die *Vasektomie* beziehungsweise die Sterilisation des Mannes³⁸ ist wie die Sterilisation der Frau eine dauerhafte, weitgehend irreversible und invasive Methode der Empfängnisverhütung, die eine ärztlich kontrollierte Unterbindung der Fruchtbarkeit eines fortpflanzungsfähigen Menschen bedeutet. Außerdem ist sie schon in den 1960er Jahren ein etablierter, einfacher operativer Eingriff ohne wesentliche Nebenwirkungen oder Komplikationen. Bei der Sterilisation des Mannes legt der Chirurg oder die Chirurgin mittels eines Hautschnitts in beiden Leisten die Samenleiter frei, schneidet ein kurzes Stück heraus und vernäht beide Enden, was zur Unfruchtbarkeit führt, da die Spermien nicht ejakuliert werden können und im Nebenhoden absterben. Der Eingriff beeinflusst die Produktion der Geschlechtshormone nicht. Bei der Sterilisation der Frau wird in den meisten Fällen die sterile Bauchhöhle eröffnet, um die Eileiter zu verschließen, was ein deutlich höheres Operationsrisiko bedeutet.

Familienplanung bezeichnet eine „nach freiem Ermessen der Paare getroffene Entscheidung über die Anzahl der gewünschten Kinder und den zeitlichen Abstand zwischen den Geburten“³⁹. Diese Dissertation verwendet diesen Begriff anstelle semantisch ähnlicher Begriffe wie „Empfängnisregelung“ oder „Geburtenkontrolle“, da mit „Familienplanung“ die Entscheidung des Paares in den Fokus gerückt wird und sowohl die gesundheitspolitische und bevölkerungspolitische Ausrichtung stärker als bei anderen Begriffen besteht. Als die UN-Menschenrechtskonvention 1968 Familienplanung als Menschenrecht deklarierte, betonte die Formulierung „Fruchtbarkeit ist eine gemeinschaftliche Sache der Paarbeziehung, die Verfügbarkeit ist ihnen gemeinsam in die Hände gelegt“⁴⁰ die Verantwortlichkeit beider Partner sowohl für die Fruchtbarkeit als auch deren freiwillige Entsagung.

³⁸ Synonyme für die Sterilisation des Mannes sind Vasektomie, Vasoresektion, männliche oder urologische Sterilisation und operative oder dauerhafte Kontrazeption des Mannes. Der Begriff „Vasoresektion“ ist medizinisch am präzisesten, dennoch verwendet diese Dissertation den Begriff „Vasektomie“, da dieser am geläufigsten in den Publikationen ist. Wenn der Begriff „Sterilisation“ ohne nähere Beschreibung genannt ist, gilt er sowohl für die männliche als auch für die weibliche Sterilisation allgemein.

³⁹ Schmid et al. (2018).

⁴⁰ Petersen (1981b), S. 32.

Laut der Philosophin Janina Sombetzki besitzt *Verantwortung* „keine einheitliche Definition“⁴¹, weshalb es notwendig sei, „dass im jeweiligen Kontext präzise benannt wird, wer wofür und warum gegenüber wem verantwortlich ist“⁴², folgert der Philosoph und Pfarrer Günter Banzhaf. Im 20. Jahrhundert sei Verantwortung allgemein definiert als „das Entstehen eines Akteurs für die Folgen seiner Handlungen in Relation zu einer geltenden Norm.“⁴³ Darunter ist mehr gemeint als das bloße Rede-und-Antwort-Stehen für eine zu erfüllende Pflicht. Unter Verantwortung fallen zusätzlich „unbestimmte moralische Pflichten der Verdienstlichkeit [...], die aus Gründen der Großzügigkeit und Benevolenz übernommen werden“⁴⁴. Aus der Fülle an verschiedenen Dimensionen von Verantwortung ist für diese Studie die „Zuständigkeitsverantwortung“⁴⁵ die passendste. Zuständigkeit definiert der Philosoph Ludger Heidbrink als „Erfüllung unbestimmter Erwartungswünsche“⁴⁶. Damit ist gemeint, dass sie „auf die besondere und freiwillige Initiative von Akteuren zurück[geht]“⁴⁷, „erwartbares, aber nicht einforderbares Verhalten in der Zukunft übernehmen“⁴⁸. Somit ist Zuständigkeitsverantwortung wirksam, „wo keine präzisen Regeln und externen Vorgaben existieren, sondern die situative Umsetzung von Verhaltenserwartungen“⁴⁹ wie beispielsweise bei der Frage, welcher der beiden Partner für die Verhütung zuständig ist. Dies erklärt, warum im Titel der Studie der Zusatz (Verantwortungs-) *Übernahme* gewählt wurde. Verantwortung kann grundsätzlich wie eine Pflicht zugeteilt oder übertragen werden, zusätzlich aber ebenfalls selbstständig und freiwillig übernommen werden.⁵⁰ Wird einer Zuständigkeitsverantwortung nicht nachgegangen, sind gefürchtete Reaktionen eher „Enttäuschung über mangelnde Unterstützung und Fürsorge“⁵¹ als Entrüstung.⁵² Die Ethikerin Carol Gillian betont die Bedeutung

⁴¹ Sombetzki (2014), S. 197.

⁴² Banzhaf (2017), S. 163.

⁴³ Heidbrink (2017), S. 5.

⁴⁴ Ebenda, S. 5.

⁴⁵ Ebenda, S. 12.

⁴⁶ Ebenda, S. 11.

⁴⁷ Ebenda.

⁴⁸ Ebenda.

⁴⁹ Ebenda.

⁵⁰ Vgl. Baier (1991), S. 209.

⁵¹ Heidbrink (2017), S. 12.

⁵² Vgl. ebenda.

von Rücksichtnahme, Empathie und Sorge als Dimension der Verantwortung.⁵³ Voraussetzung für ein Zuständigkeitsgefühl kann die „Bereitschaft zur gemeinsamen Praxis“⁵⁴, sowie „der kommunikativen Klärung des gemeinsamen Guten“⁵⁵ gesehen werden. Grundlegend hierfür sei „die Anerkennung des Gegenübers als eine[n] gleichberechtigten Dialogpartne[r]“⁵⁶. Hier wird die Nähe zu einem verwandten Begriff der Zuständigkeitsverantwortung deutlich: Care oder deutsch (Für-) Sorge. Dieser Begriff ist ebenfalls als offen zu begreifen und wird in der Dissertation insbesondere mit dem Konzept der „caring masculinities“ (sorgender Männlichkeit), einem Begriff aus den Gender Studies, verwendet. Damit ist eine Facette von Männlichkeit und Männlichkeitsverständnissen gemeint, die in Abgrenzung von traditioneller oder hegemonialer Männlichkeit auf Fürsorge, Kooperation und Selbstsorge Wert legt.

Eine *Indikation* ist eine ärztlich gestellte Heilanzeige, die eine Behandlungsmaßnahme nach aktuellem medizinischen Wissenstand rechtfertigt.⁵⁷ In den meisten Fällen konstituiert ein Krankheitszustand die Indikation für eine therapeutische Maßnahme, doch bei manchen Eingriffen wie bei ästhetischen Operationen oder der Sterilisation ist dies nicht immer gegeben. Der Medizinethiker Urban Wiesing erklärt dies wie folgt:

„Damit ist die medizinische Indikation nicht zwingend an einen Heilauftrag geknüpft. In den Bereichen jenseits von Krankheit herrscht dadurch keine reine Marktbeziehung zwischen Arzt und Patient, die ausschließlich auf Wunsch und Zahlungsfähigkeit des Patienten geregelt würde. Hier gelten normative Einschränkungen für die ärztliche Tätigkeit, die aus der Indikationsstellung resultieren. So ist eine Schadensminimierung bei der Ziel- und Interventionsauswahl durch die Indikationsstellung verpflichtend.“⁵⁸

⁵³ Vgl. Banzhaf (2017), S. 154.

⁵⁴ Nida-Rümelin (2011), S. 179.

⁵⁵ Ebenda.

⁵⁶ Werner (2011), S. 547.

⁵⁷ Vgl. Wiesing (2017), S. 12.

⁵⁸ Ebenda, S. 144.

Gültige Deutungsmuster und Normen modulieren demnach die Indikationen für die Sterilisation. Die Gesundheitsethikerin Andrea Dörries erläutert weiter, dass gültige Indikationen durch neue medizinische Erkenntnisse wandelbar sein können.⁵⁹

Diese Dissertation verwendet weder ein rein biologistisches noch ein rein konstruktivistisches Verständnis von *Geschlecht*. Die geläufige Trennung zwischen biologischem Geschlecht (englisch sex) und dem Geschlecht als Folge der Sozialisation (englisch gender), das in die individuelle Identität integriert wird, wird angewandt, da beides für die Fragestellung relevant ist: Einerseits ist die Frage nach Rollen- und Männlichkeitsverständnisse zu stellen, andererseits ist die spezifische männliche Anatomie und Fruchtbarkeit Bedingung für die Durchführung einer Vasektomie. Daraus ergibt sich eine engere biologische Definition von „Mann“. Der Habitus, das individuelle Männlichkeitsverständnis und die sexuelle Orientierung werden nicht als heteronormativ vorausgesetzt.

⁵⁹ Vgl. Dörries (2015), S. 13.

II. Methoden und Material

II.1 Methoden

Diese Dissertation arbeitet methodisch mit Werkzeugen und Theorien der Kulturgeschichte. Während sowohl der Begriff „Kultur“ als auch „Kulturgeschichte“ diverse Definitionen aufweist,¹ orientiert sich diese Studie an Martin Sabrows Auffassung:

„Kulturgeschichte beschreibt die Welt nicht als gegeben, sondern als sozial konstruiert, und sie definiert Kultur mit Clifford Geertz als ein Geflecht von Bedeutungen, in denen Menschen ihre Erfahrungen interpretieren und nach denen sie ihr Handeln ausrichten. Kulturgeschichtliche Fragestellungen sensibilisieren den Blick auf die immateriellen Bedingungen der geschichtlichen Entwicklung, die den Handelnden in der Regel verborgen bleiben. Sie machen uns auf die zeittypische Denkhorizonte und kollektive Ordnungsmuster aufmerksam, die geschichtliches Handeln und Denken leiten. Dabei konzentrieren diskursgeschichtliche Interpretationsrichtungen sich auf die Produktion von kulturellen Denkgewohnheiten und Aussagesystemen [...]. Kulturelle Orientierungsmuster und ihre sprachlichen Träger bestimmen die Welt der Menschen in ihrer Zeit; über soziale Praktiken verfestigt sich ihre Aneignung zu Handlungsrouninen, die sich zu handlungsleitenden Bezugssystemen ausbilden. Normen und Praktiken bilden zusammen die unsichtbare Macht, die das Handeln der Akteure hinter deren Rücken lenkt.“²

Anstatt eine „kontextfreie Medizin“³ zu beschreiben, die mit naturwissenschaftlichen Methoden objektiv die Natur abbildet⁴ und aus der sich rein rationale Handlungsanweisungen für Ärzte und Ärztinnen ergeben, fragt eine kulturgeschichtlich betriebene Medizingeschichte nach den zur jeweiligen Zeit wirkmächtigen Deutungsangeboten, Werten und Symbolen, die das

¹ Vgl. Hofer, Sauerteig (2007), S. 109; vgl. Hall (1997), S. 2; vgl. Hockerts (2006), S. 95.

² Sabrow (2006), S. 104f.

³ Hofer, Sauerteig (2007), S. 114.

⁴ Vgl. ebenda.

Denken und Handeln der Mediziner und Medizinerinnen geleitet hat.⁵ Mittels der Einbindung der Medizin in ihren kulturellen Kontext sollen neben „Kontaktzonen und Übergangsbereich[en] zwischen Medizin und Gesellschaft“⁶ auch ihre spezifische „Sinnbildungsleistung“⁷ erfasst werden.

Dies soll mittels einer poststrukturalistischen Diskursanalyse in der Tradition des Philosophen Michel Foucault erfolgen. Der Historiker Philipp Sarasin operationalisiert Foucault, indem die kulturhistorische Diskursanalyse beschreiben soll, wie ein thematischer Diskurs „über diskursspezifische Regeln der Sagbarkeit und der Wahrheit Sinn produziert und verteilt“⁸. Demnach ist der Untersuchungsgegenstand dieser Dissertation der medizinische Diskurs über die Sterilisation des Mannes. Die beiden methodischen Objekte der Diskursanalyse sind – angelehnt an Sarasin – erstens der „gemeinsam[e], historisch, sozial und kulturell bestimmt[e] Ausgangspunkt, [...] den ein Subjekt einnehmen muß, wenn er als Autor [...] im Rahmen eines Diskurses [...] als wahr gelten soll“⁹ und zweitens die ständige Wiederholung *der* Aussagen, die durch ihre „Einschreibung“¹⁰ diskursive Regeln generieren.¹¹ Zusammen konstruieren sie ein Archiv der „Aussagemöglichkeiten, welche eine bestimmte aktuelle (Wieder-) Aussageweise legitimieren“¹² und Sinn bilden.

Da in dieser Dissertation Genderaspekte bedeutsam sind und die Unterschiede zwischen der männlichen und weiblichen Sterilisation präzise dargestellt und Mehrdeutigkeiten vermieden werden sollen, wird auf „geschlechtergerechte Sprache“¹³ Wert gelegt und auf das generische Maskulinum verzichtet.¹⁴

⁵ Vgl. Hofer, Sauerteig (2007), S. 109.

⁶ Ebenda, S. 116.

⁷ Ebenda, S. 111.

⁸ Sarasin (1996), S. 142.

⁹ Ebenda, S. 143.

¹⁰ Ebenda, S. 144.

¹¹ Vgl. ebenda.

¹² Ebenda.

¹³ Diewald, Steinhauer (2017), S. 5.

¹⁴ Eine Ausnahme bildet der Begriff „Arzt-Patient-Beziehung“ und „Ärztenschaft“, wobei sowohl Männer als auch Frauen angesprochen sind. Das Kapitel III.1 verwendet bewusst das Maskulinum, da weder Autorinnen, Ärztinnen oder Wissenschaftlerinnen in den Quellen vorhanden waren.

II.2 Material

Um ärztliche Denk- und Handlungshorizonte zu untersuchen, besteht der Großteil des untersuchten Quellenkorpus‘ aus medizinischer Fachliteratur. Dass aus diesen Publikationen nicht nur die ärztliche Perspektive ableitbar ist, zeigte sich bereits in der initialen Recherche. Aus dieser Literatur kann ebenfalls auf ein differenziertes Bild von den Einstellungen und Verhaltensweisen von Männern geschlossen werden. Dies geschieht sowohl auf der Basis von Erfahrungsberichten von Autoren und Autorinnen, die zahlreiche Vasektomie-interessierte Männer betreuten und sich dadurch ein nuancierter Eindruck von den verschiedenen Persönlichkeiten und Motivationen und deren Gemeinsamkeiten und Unterschieden machen konnten, als auch auf der Basis von wissenschaftlich-methodischen Untersuchungen. Dadurch werden nicht nur persönliche Biografie-spezifische Aspekte, sondern eine übersichtshafte Perspektive gewählt, die besser ein Gesamtbild ableiten lässt. Gepaart mit ausgewählten Zeitzeugenberichten aus anderen Publikationen ermöglichte dies die Entscheidung, auf die Erhebung von eigenen Zeitzeugeninterviews zu verzichten.

Für die Analyse der ärztlichen Perspektive werden Artikel aus Fachzeitschriften, sowie andere wissenschaftliche Publikationen wie medizinische Dissertationen, Sammelbände und Lehrliteratur in den Quellenkorpus aufgenommen. Unter den Fachzeitschriften nimmt *Der Urologe* als das offizielle Organ der Deutschen Gesellschaft für Urologie¹⁵ eine besondere Stellung ein, da anhand dieser Artikel untersucht werden kann, welche Informationen die Ärztegruppe erreichte, die hauptverantwortlich für die Durchführung von Vasektomien sind. Ähnliches gilt für das Fachjournal *Sexualmedizin*, das sich spezifisch an Fachpersonal richtet, die mit sexuellen Aspekten der Medizin konfrontiert sind. Das *Deutsche Ärzteblatt* als das offizielle Organ der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist relevant, da es über eine besonders hohe Reichweite an Ärzte und Ärztinnen aller Fachgebiete verfügt und somit ein breites Spektrum der Ärzteschaft und deren Deutungen der

¹⁵ Vgl. Redaktion *Der Urologe* (1980), Editorial.

Vasektomie repräsentiert.¹⁶ Aus diesem Grund sind auch die Fachjournale *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, die *Münchener Medizinische Wochenschrift* und *Medizinische Klinik* ausgewählt. Des Weiteren werden Publikationen aus Massenmedien herangezogen, um den Diskurs der nicht-medizinischen Bevölkerung auszuwerten. Ein besonders ertragreiches Periodikum ist das *pro familia magazin*, das sich auf Fragen der Verhütung und der Sexualforschung spezialisiert hat. Es werden lediglich schriftliche Quellen ausgewertet und aus Eingrenzungsgründen keine Film- und Tonaufnahmen verwendet. Auch bildliche Quellen oder Gegenstände werden nicht systematisch gesucht oder bearbeitet. Um diese qualitative Analyse der diskursmächtigen Aussagen zu erhalten, interessieren die Veröffentlichungen, auf die sich verschiedene Autoren und Autorinnen beziehen, weshalb nicht sichtbar diskursmächtige Publikationen aus dem Quellenkorpus ausgeschlossen werden. Die Auswahl der bearbeiteten Quellen hat keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

¹⁶ Vgl. Redaktion Deutsches Ärzteblatt (2019).

III. Multifunktionalität der Vasektomie (1885 bis 1945)

Als der Gefängnisarzt Harry C. Sharp am 11. Oktober 1899 seine erste Vasektomie an einem Gefangenen durchführte,¹ tat er dies nicht aus eugenischen Beweggründen. Das Ziel des US-Amerikaners war es, seinen 19-jährigen Patienten und Insassen im Indiana State Reformatory in Jeffersonville von dessen Masturbationsdrang und dessen „tumben“ Art zu heilen.² Das Therapeutikum der Wahl war für Sharp, der 1892 begonnen hatte, mit Vasektomien an Nutztieren zu experimentieren,³ nicht etwa die vom Patienten selbst gewünschte Kastration, sondern die Sterilisation.⁴ Diese gehörte zu dieser Zeit noch nicht zu den üblichen Eingriffen. Nur zwei Jahre zuvor hatten die Berichte des Chicagoer Arztes Albert J. Ochsner über die erste Vasektomie in den USA zur Therapie von Prostataerkrankungen Aufsehen erregt.⁵

Die wichtigste Überlegenheit der Vasektomie im Vergleich zur Kastration sah Sharp im Erhalt des „Brown-Séquard Elixir of Life“, einer nicht näher definierten Flüssigkeit, die der Hoden sezerniert, und der verjüngende und kräftigende Effekte nachgesagt wurde. Dies hatten Experimente des Physiologen Charles E. Brown-Séquard gezeigt, der die „Hodenflüssigkeit“ unter die Haut oder in den Blutkreislauf gespritzt hatte und eine physische und psychische stärkende Wirkung beobachtete.⁶ Zufrieden diagnostizierte Sharp bei seinem ersten Patienten ein Jahr nach der Operation, dass dessen „will power“⁷ durch die Vasektomie gesteigert worden war. Der junge Mann sei zwar nicht von seinem Masturbationsdrang geheilt worden, besäße nun aber die Fähigkeit, dem Verlangen zu widerstehen.⁸ Die Vasektomie bestätigte sich für Sharp als „transformative agent“⁹, um aus dem disziplinlosen Delinquenten einen anständigen Bürger zu formen. Dieser Erfolg offenbarte Sharp eine weitere Dimension des neuartigen Eingriffs: „It was then that it occurred to me that this

¹ Vgl. Gugliotta (1998), S. 380.

² Vgl. Sharp (1907), S. 177f; vgl. Gugliotta (1998), S. 380; vgl. Drake et al. (1999), S. 480.

³ Vgl. Sharp (1909), S. 1900.

⁴ Vgl. ebenda, S. 1899.

⁵ Vgl. Gugliotta (1998), S. 378.

⁶ Vgl. Sharp (1909), S. 1899.

⁷ Ebenda, S. 1900.

⁸ Vgl. ebenda.

⁹ Gugliotta (1998), S. 382.

would be a good method of preventing procreation in the defective and physically unfit.”¹⁰

Das Verständnis, dass unerwünschtes und schadhaftes Verhalten Ausdruck des „verdorbenen“ und „minderwertigen“ Erbguts sei, rechtfertigte die Überlegung, auffällig gewordene Männer und „confirmed criminals“¹¹ von der Fortpflanzung auszuschließen – ein Prinzip der Eugenik, die Sharp demnach anwendete. Eugenik bezeichnet die Lehre, nach der die Erbeigenschaften einer Population (Genpool) durch gezielte Förderung vermeintlich positiver Eigenschaften und teils brutaler Ausrottung als negativ bewerteter Eigenschaften optimiert werden soll. Das Gefängnis konnte somit als ausführendes Organ wirken, um zum einen Kriminelle symptomatisch zu heilen und zum anderen die Gesellschaft vor deren schädlichen Nachkommen zu schützen.¹² Obwohl Sharp innerhalb von zehn Jahren fast 500 Vasektomien an „Freiwilligen“ durchführte,¹³ erwies er sich mit seinem „Indiana Plan“ als energischster Advokat für die legislative Implementierung von eugenischen Zwangssterilisationen. Das erste Gesetz in den USA zu erzwungenen Sterilisationen trat 1907 in Indiana in Kraft.¹⁴ Der Fall Sharp vereint alle Dimensionen der Vasektomie, die ebenfalls Teil des Diskurses in Deutschland vor 1945 waren.¹⁵

Die Entwicklung des Verfahrens der Vasektomie erfolgte nicht vorrangig am Menschen. Erste Erwähnungen einer Vasektomie finden sich bei dem niederländischen Anatomen Regnier de Graaf. 1668 veröffentlichte er die Ergebnisse über seine anatomischen Forschungen am Samenleiter (Vas deferens) an von ihm vasektomierten Hunden.¹⁶ Der britische Chirurg Sir Astley

¹⁰ Sharp (1907), S. 178.

¹¹ Ebenda, Titel.

¹² Vgl. Sharp (1909), S. 1900.

¹³ Vgl. ebenda; vgl. Gugliotta (1998), S. 379.

¹⁴ Vgl. Gugliotta (1998), S. 372; S. 387.

¹⁵ Die ersten akademischen Auseinandersetzungen mit der männlichen Sterilisation fanden in der angelsächsischen wissenschaftlichen Sphäre statt. Dies rechtfertigt es, den Fall Sharp als paradigmatisches einleitendes Beispiel zu präsentieren, obgleich sich diese Ereignisse auf einem anderen Kontinent, in einem anderen Rechtssystem und in dem speziellen Milieu einer Strafvollzugsanstalt zutragen. Dieses Kapitel möchte Schlaglichter und relevante Entwicklungen zusammenfassend darstellen und hat keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

¹⁶ Vgl. Sheynkin (2009), S. 285.

Cooper, der daran forschte, welche Auswirkungen das Abklemmen von Blutgefäßen zeigen, stellte fest, dass die Hoden nekrotisch werden, wenn man die zu- und abführenden Gefäße des Samenstrangs, in dem neben Arterie und Vene und Nerven ebenfalls der Samenleiter zum Hoden zieht, abklemmt.¹⁷ Er entdeckte, dass das alleinige Abklemmen des Samenleiters die Hoden nicht verkümmern ließ, sondern sie durch die Stauung der Spermien (Spermatostase) eher anschwellen ließ.¹⁸ Trotz gewisser Kontroversen bewies er neben zahlreichen anderen Autoren, dass noch Jahre nach der Operation intakte Spermien im Hoden gebildet werden und die Funktion des Hodens demnach nicht beeinträchtigt wird.¹⁹ Dies stellt eine obligate Voraussetzung für eine potenzielle Refertilisierungsoperation dar.

Eine der ersten Anwendungen war die therapeutische Indikation als Eingriff ins männliche Genital: Als die Vasektomie aus dem experimentellen Stadium heraustrat und erstmals klinische Nutzung fand, hofften die Wissenschaftler und Ärzte, sie als Heilmittel für Blasenentleerungsstörungen entdeckt zu haben. Ein häufiges und lästiges Leiden bei Männern fortgeschrittenen Alters ist die meist gutartige Vergrößerung der Prostata (benigne Prostat hypertrophie), die zu Problemen beim Wasserlassen führen kann. Der in der Blase verbleibende Restharn kann in schweren Fällen nur durch einen Blasen katheter abgelassen werden, was gerade bei Männern, die dauerhaft katheterisiert werden müssen, ein Infektionsrisiko bedeutet. Auf der Suche nach einem weniger invasiven Heilungseingriff als die operative Entfernung der Prostata (Prostatektomie), erkannten Wissenschaftler, dass die Resektion der Hoden (Kastration) zum Schrumpfen der Prostata führte.²⁰ Nachdem der Arzt Louis August Mercier 1857 eine der ersten Kastrationen zu diesem Zwecke durchgeführt haben soll,²¹ führten Chirurgen in den 1880er Jahren Kastrationen häufig als Behandlung der Prostat hypertrophie durch.²² Da lag die Überlegung nicht fern, dass auch die

¹⁷ Vgl. Cooper (1845), S. 51.

¹⁸ Vgl. ebenda, S. 51f.

¹⁹ Vgl. ebenda, S. 51; vgl. Hackett, Waterhouse (1973), S. 440; vgl. Sheynkin (2009), S. 286.

²⁰ Vgl. Drake et al. (1999), S. 478.

²¹ Vgl. Sheynkin (2009), S. 286.

²² Vgl. Drake et al. (1999), S. 478.

Vasektomie denselben Effekt auf die Prostata haben könnte. Der französische Chirurg Felix Guyon schlug 1885 erstmals die Vasektomie als Alternative zur Kastration vor,²³ musste jedoch zehn Jahre später nach vier fehlgeschlagenen Versuchen die Prostata substanziell zu verkleinern, seinen Misserfolg eingestehen.²⁴ Dies hielt andere Wissenschaftler²⁵ nicht zurück, die Effekte der Vasektomie auf die Prostata zu untersuchen; darunter der Tübinger Chirurg Paul von Bruns, der 1896 148 Fälle zusammentrug und analysierte.²⁶

Da wiederholt die Wirksamkeit gegen die Prostatahypertrophie angezweifelt wurde, suchten die Urologen nach einer neuen Indikation, die sich im Direktzusammenhang ergab. Eine gefürchtete Komplikation des Katheterisierens wie auch der Prostatektomie selbst war die Nebenhodenentzündung (Epididymitis), die für gebrechliche Männer tödlich enden kann. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts bestätigten mehrere Ärzte in verschiedenen westlichen Ländern,²⁷ dass eine Vasektomie vor oder gleichzeitig zur Prostatektomie das Risiko einer Nebenhodenentzündung senken würde. Der Arzt Samuel Danzig schrieb 1937 über die Vasektomie:

„Als selbstständige Operation hat man sie heute im allgemeinen abgelehnt und sie wird jetzt nur als prophylaktische Massnahme zur Verhütung einer Epididymitis bei der Behandlung der Prostatahyper[trophie] ausgeführt. Die Vasektomie der Epididymitis ist seit 1926 eine weitverbreitete Operation und wird heutzutage von fast allen Urologen ausgeübt.“²⁸

Die zahlreichen Publikationen mit hohen Fallzahlen beschreiben die Vasektomie als „gefahrlose[n] Eingriff“²⁹, der keine „körperliche[n] oder psychische[n] Störungen“³⁰ auslöse.

Zusammenfassend diente die Vasektomie zu Beginn der klinischen Anwendung der Vasektomie als weniger invasive Alternative zur Kastration als

²³ Vgl. Sheynkin (2009), S. 287; vgl. Drake et al. (1999), S. 478.

²⁴ Vgl. Sheynkin (2009), S. 287.

²⁵ Vgl. ebenda.

²⁶ Vgl. Wood (1900), S. 310f.

²⁷ Vgl. Sheynkin (2009), S. 287f.

²⁸ Danzig (1937), S. 32f.

²⁹ Birkelbach (1930), S. 3.

³⁰ Ebenda.

Heilung oder Prävention von Krankheiten der Geschlechtsorgane. Dabei war die methodische Erfassung der Einflüsse der verschiedenen Genitalorgane aufeinander Untersuchungsgegenstand.

Neben der weiter angewendeten therapeutischen Indikation entwickelte sich im 20. Jahrhundert die transformative Indikation als Eingriff in den männlichen Organismus als Anwendungsmodus der Vasektomie. So wie Harry C. Sharp seine jungen Insassen durch genitale Chirurgie Ende des 19. Jahrhunderts zu besseren Männern formen wollte, forschte der Wiener Physiologe Eugen Steinach an der Vasektomie als eine den gesamten Organismus transformierende Behandlung: Steinach hypothesierte, dass lebensfördernde Kräfte von den Genitalien ausgingen, da diese zur Zeugung neuen Lebens fähig seien.³¹ Deshalb sollten seine Experimente an Ratten, die Vasektomie als „Verjüngungsverfahren“³² etablieren. Seine Ergebnisse wurden der Öffentlichkeit „allgemeinverständlich dargestellt“³³ 1920 präsentiert: „Alte, müde, magere Tiere wurden voll und rund und lebhaft, ihr Fell dicht und glänzend, ihr Lebensgefühl erhöht.“³⁴ Bei den Ratten und auch später im Menschenversuch habe sich eine Straffung der Haut, das Sinken des Blutdrucks, eine Steigerung der Potenz und eine Besserung des Seh- und Hörvermögens ergeben.³⁵ Ebenso seien die psychischen Kräfte wie Initiative, Arbeitslust und Lebensfreude gestärkt.³⁶

Steinachs „bahnbrechende“ Ergebnisse entwickelten Schlagkraft bis in die USA, wo die New York Times im April 1923 über den „exodus to Vienna“ berichtete,³⁷ wohin zahlreiche Ärzte strömten, um von dem visionär erscheinenden Professor zu lernen. Während er Befürworter anzog, gab es reichlich Kritik an den für viele Ärzte³⁸ unwissenschaftlichen Methoden des

³¹ Vgl. Ekhardt (1920), S.12.

³² Ebenda, Titel.

³³ Ebenda.

³⁴ Ekhardt (1920), S.12.

³⁵ Vgl. Danzig (1937), S. 29.

³⁶ Vgl. ebenda.

³⁷ Vgl. Sheynkin (2009), S. 288.

³⁸ Vgl. ebenda.

Wieners, dessen Ergebnisse nicht auf den Menschen übertragbar seien.³⁹ Seine Gegner stimmten Steinach allerdings in einem Punkt implizit zu: Die Vasektomie war für sie eine Operation, die sich auf den gesamten männlichen Organismus auswirkte. Während viele Autoren den Einfluss des Eingriffs auf das Nervensystem beschrieben,⁴⁰ untersuchte C. Rossi 1926 den Einfluss der Vasektomie auf mehrere Drüsen im Körper, um zum gegensätzlichen Ergebnis zu kommen, dass die Vasektomie anders als bislang angenommen keinen Einfluss auf „den Gesamtzustand noch de[n] Geschlechtscharakter [...]“ habe.⁴¹

Zusammenfassend sahen einige Ärzte die Vasektomie als therapeutisch-transformativen Eingriff, der zum einen auf die allgemeine Gesundheit des Mannes wirkte und zum anderen wünschenswerte Verhaltensweisen stärken sollte. Der „Hodenflüssigkeit“ wurden virilisierende Eigenschaften hauptsächlich aufgrund philosophischer Kontemplation attribuiert, der Wirkmechanismus aber nicht untersucht. Bezeichnend ist, dass gegensätzliche Effekte gleichermaßen auf die Vasektomie zurückgeführt wurden: Während Steinach vorwiegend ältere Männer vasektomierte, um die Libido zu stärken, führte Sharp die Vasektomie als disziplinierende Maßnahme durch, um den Sexualtrieb zu mindern. Steinachs Vision von der Verjüngung durch Sterilisation findet seit den 1940er Jahren keine klinische Anwendung mehr.⁴²

Die therapeutische und transformative Indikation der Vasektomie verfolgte nicht mit oberster Priorität die künstliche Unfruchtbarmachung. Diesen Zweck erfüllte erst die eugenische Sterilisation, die sich nicht das Wohl des Individuums zum Ziel setzte, sondern der „Aufwertung“ des Kollektivs diene. Bevor auch nur eine Vasektomie in der medizinischen Praxis angewandt wurde, legte die Etablierung und Radikalisierung von sozialdarwinistisch-eugenischem Denken Grundsteine für die spätere Anwendung von Zwangssterilisationen im Nationalsozialismus.⁴³

³⁹ Vgl. Danzig (1937), S. 31.

⁴⁰ Vgl. ebenda, S. 31f.

⁴¹ Vgl. ebenda.

⁴² Vgl. Sheynkin (2009), S. 288.

⁴³ Der folgende Abschnitt enthält eine Zusammenfassung vom intellektuellen Gut anderer Autoren wie Schmuhl, Bock und Ley und keine eigenen Ergebnisse.

Frühe Ursprünge der rassenhygienischen Bewegung sehen die in der Einleitung erwähnten Autoren in der Rezeption von Charles Darwins 1859 veröffentlichtem Werk *On the Origin of Species*.⁴⁴ Darin erklärte der britische Zoologe seine Evolutionstheorie, also die Entstehung neuer Arten aus bereits bestehenden, indem sich Populationen an ihren Lebensraum anpassen. Als wichtigsten Schlüssel für das Überleben einer Art identifizierte Darwin die Vielfalt in den Eigenschaften der Individuen einer Population und „natürliche Selektion“, bei der nur die Individuen überleben, die am besten an ihr Biotop angepasst sind. Von Genen und den genauen Mechanismen der Vererbung wusste Darwin nichts.

Sechs Jahre später zeigte der Augustinerpriester Georg Mendel mit seinen Experimenten an Erbsenblüten, dass Regelmäßigkeiten in Vererbungsgängen bestehen und die erforschten Erbwege gezielt mittels Züchtung durch Menschenhand beeinflussbar waren. Durch diese Manipulationsmöglichkeit erschienen die Erkenntnisse Darwins, die die Entwicklungsprozesse der Arten in der Vergangenheit darlegten, auf die Gegenwart anwendbar zu sein, um die Zukunft beeinflussen zu können. Der „Garten der Zukunft“ konnte im Geiste der Moderne zweckgerichtet bestellt werden.⁴⁵

Diese wissenschaftlichen Erkenntnisse lösten unter Intellektuellen eine Welle an Kritik, Begeisterung und Inspiration aus und entwickelten sich zum sogenannten Sozialdarwinismus. Noch im selben Jahr des ersten Vortrags Mendels veröffentlichte der britische Wissenschaftler Francis Galton 1865 einen Aufsatz, der Darwins und Mendels Erkenntnisse auf die menschliche Gesellschaft anwandten.⁴⁶ Galton und später andere deutsche Eugeniker wie die Mediziner Ernst Haeckel und Alfred Ploetz begriffen Talent und Intelligenz aber auch körperliche und geistige Schwäche als vererbare Eigenschaften. Dies wurde deshalb als Problem wahrgenommen, da die Überzeugung eines biologischen Determinismus bestand: „Schlechte Erbanlagen“ würden sich bedingungslos an die Nachkommen vererben und „die

⁴⁴ Vgl. Schmuhl (1987), S. 29; vgl. Bock (1986), S. 28ff.

⁴⁵ Vgl. Baumann (1992), S. 45.

⁴⁶ Vgl. Galton (1865), S. 157.

Gesellschaftsentwicklung [war] naturgesetzlich vorgezeichnet“.⁴⁷ Gerade demographische Entwicklungen, dass die Geburtenzahl in „minderwertigen“ Familien höher sei als in Familien von „wertigerer Abstammung“, befeuerte die Furcht der Rassenhygieniker⁴⁸ vor einer Ausbreitung des „verderblichen Erbguts“ in der Gesellschaft, sollte sich dieser Trend fortsetzen.⁴⁹ Kulturell-zivilisatorische Eingriffe des Menschen wie medizinische Fortschritte hätten die natürliche Selektion ausgehebelt, weshalb die „nordische Rasse“ zugrunde gehen würde (Degenerations- oder Schwächungstheorie). „Krankheit“ und „Schwäche“ wurden gleichgesetzt und in der Leistungsgesellschaft als untragbar bewertet, da die „Schwachen“ volkswirtschaftliche „Nutznießer“ der unter den meisten Rassenhygienikern verpönten Sozialversicherungsgesetzgebung seien.⁵⁰ Insbesondere während der Weltwirtschaftskrise waren fiskalische Argumentationen bei der Legitimation der rassenhygienischen Theorien relevant: Bedürftige und in Heilanstalten untergebrachten Menschen seien eine inakzeptable finanzielle Belastung für die „Volksgemeinschaft“. In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts habe sich ein deutlicher Antiindividualismus ausgeprägt, in dem der zugeschriebene Wert eines Individuums der „Volksgemeinschaft“ untergeordnet wurde.⁵¹ Nicht der Körper des Patienten sondern der „Volkkörper“ stellte den eigentlichen Behandlungsgestand für die zunehmend präventiv ausgerichtete Medizin dar.⁵²

Laut der Rassenhygieniker war die Lösung für die drohende „Degeneration“ der deutschen menschlichen Population „Zuchtwahl“ und „Auslese“ im Sinne einer künstlichen Selektion. Dadurch sei es möglich, Menschen mit „hochwertigen Erbanlagen“ zu stärken, indem deren Geburten gefördert werden sollten (Pronatalismus), während die Fortpflanzung „minderwertiger“ Menschen verhindert werden sollte (Antinatalismus). Nicht nur die Degeneration des Kollektivs sei durch künstliche Selektion aufhaltbar, sondern im Gegenzug sei

⁴⁷ Schmuhl (1987), S. 357.

⁴⁸ Der Begriff ‚Rassehygiene‘ wurde 1895 vom deutschen Arzt Alfred Ploetz geprägt, der zusammen mit dem Mediziner Wilhelm Schallmayer Anfang der 1890er Jahre die Begründer der deutschen eugenischen Bewegung waren. Vgl. Tümmers (2011), S. 22.

⁴⁹ Vgl. Ley, (2003), S. 13.

⁵⁰ Vgl. Schmuhl (1987), S. 358f.

⁵¹ Vgl. ebenda, S. 357, 359.

⁵² Vgl. ebenda.

die Züchtung eines Übermenschen möglich. Daraus ergaben sich „dynamisierende Impulse“⁵³ für die rassenhygienische Bewegung. Auch die zur gleichen Zeit stattfindenden Vasektomien zum Zwecke der Verjüngung älterer Männer kann unter dem Aspekt dieser Optimierungsidee verstanden werden.

Es blieb nicht bei der Theorie. In der Weimarer Republik gewann eine pronatalistische Bevölkerungspolitik durch die Gründung zahlreicher bevölkerungspolitischer Gesellschaften vermehrt an Zuspruch.⁵⁴ Die Etablierung der Gebärpflicht und Erziehung in gesundheitsförderndem Verhalten⁵⁵ waren Maßnahmen zur Geburtenförderung. Im Nationalsozialismus führte die Implementierung eines Sterilisationsverbots für „Erbgesunde“, das diese Form der Empfängnisverhütung zu Familienplanungszwecken untersagte, die positive Eugenik fort.⁵⁶ Bemühungen, Sterilisation unter Zwang zu legalisieren, fanden in der Demokratie der Weimarer Republik noch keine Mehrheit.⁵⁷ Praktische Ansätze zur negativen Eugenik waren neben Sterilisierung auch Euthanasie, die in den 1890er Jahren verstärkt in den öffentlichen Diskurs eingebunden wurde. „Das Konzept der Sterilisierung, das nach dem Ersten Weltkrieg in den Mittelpunkt der negativen Eugenik rückte“,⁵⁸ war als genauso zuverlässig und überdies wirtschaftlicher als Krankenmord oder Kindstötung eingestuft worden.⁵⁹ Schmuhl vertritt die These, dass „dem rassenhygienischen Paradigma [...] eine Radikalisierungstendenz immanent“⁶⁰ war, da der Optimierungsutopie keine Grenzen gesetzt war. Eine Radikalisierung deutete sich im eugenischen Diskurs bereits während des Ersten Weltkriegs an und wurde im nationalsozialistischen Regime politisch umgesetzt. Im Jahre 1932 veröffentlichte der Ausschuss für Bevölkerungswesen einen Entwurf zu einem Sterilisationsgesetz, der als Vorlage für das am 14. Juli 1933 verabschiedete *Gesetz zur Verhütung*

⁵³ Schmuhl (1987), S. 357.

⁵⁴ Vgl. Osborne (1994), S. 38.

⁵⁵ Vgl. Hahn (2000), S. 16.

⁵⁶ Vgl. ebenda, S. 18.

⁵⁷ Vgl. ebenda.

⁵⁸ Schmuhl (1987), S. 355.

⁵⁹ Vgl. ebenda.

⁶⁰ Ebenda, S. 357.

erbkranken Nachwuchses (GzVeN) diene.⁶¹ Wer von einem sogenannten Erbgesundheitsgericht verurteilt wurde, konnte mit Polizeigewalt zur Operation gezwungen werden.⁶² Sterilisiert werden sollten Menschen, die an bestimmten körperlichen und psychiatrischen Erkrankungen und Fehlbildungen litten.⁶³

Die Technik der Vasektomie war bereits etabliert. Der deutsche Arzt Theodor Holbeck und überzeugter Unterstützer des GzVeN⁶⁴ beschrieb in seiner Dissertation von 1937 die verschiedenen Verfahren und deren Bezeichnungen, die zwischen 1893 und 1930 in den internationalen Studien benutzt wurden.⁶⁵ Bei den von Holbeck angewandten Zwangssterilisationen schien das Verfahren bereits dem heutigen Standard zu entsprechen: Die Resektion eines Teilstückes des Samenleiters, das Vernähen beider Enden und die histologische Untersuchung des Abschnitts, um zu prüfen, ob das entnommene Gewebe der Samenleiter ist.

Zwischen 1934 und 1945 wurden 300.000 bis 400.000 Menschen zwangssterilisiert, wovon annähernd gleich viele Männer und Frauen betroffen waren. Etwa 5.000 bis 6.000 Frauen und 600 Männer kamen zu Tode.⁶⁶

Zusammenfassend diene die Vasektomie als Lösung verschiedener vermeintlicher Problematiken. Sie besaß Multifunktionalität. Erstens diene die urologische Indikation als therapeutischer und präventiver Eingriff ins männliche Genital der Behandlung von Krankheiten. Zweitens sollte die transformative Indikation in der sexuellen Chirurgie als stärkender Eingriff in den männlichen Organismus wirken. Drittens instrumentalisierten Rassenhygieniker die Vasektomie mittels der eugenischen Indikation als zukunftsorientierte „Aufwertung“ des Kollektivs. Trotz der graduellen Entwicklung im Sinne einer Erweiterung von der Anwendung der Vasektomie zuerst am Tier, dann am Menschen, daraufhin zur Heilung von Erkrankungen der Genitalien, dann zur

⁶¹ Vgl. Schmuhl (1987), S. 359.

⁶² Vgl. Tümmers (2011), S. 31.

⁶³ Darunter Epilepsie, Blind- oder Taubheit, „erblicher Veitstanz“, „angeborenem Schwachsinn“, Schizophrenie, „manisch-depressives Irresein“ und Alkoholabhängigkeit. Vgl. Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933.

⁶⁴ Vgl. Holbeck (1937), S. 7.

⁶⁵ Vgl. ebenda, S. 12f.

⁶⁶ Vgl. Schmuhl (1987), S. 362.

Stärkung des gesamten Mannes und schließlich zur „Reinigung des Volkskörpers“ waren alle Indikationen eng miteinander verwoben und wurden gleichzeitig angewandt. Erst im nationalsozialistischen Regime besaß die operative Herstellung von Sterilität oberste Priorität. Als 1945 die Alliierten den totalitären Staat zur Kapitulation zwangen, wurden die Institutionen, die eugenisch-rassenhygienische Zwangssterilisationen durchführten, geschlossen.

IV. Marginalisierung der Vasektomie (1945 bis 1962)

In der Nachkriegszeit gab es keine Publikationen zur Sterilisation des Mannes in der Bundesrepublik,¹ was darauf schließen lässt, dass sie kaum Teil des medizinischen Diskurses war. Des Weiteren hinkten die Zahlen der bundesdeutschen Sterilisationen für diese Zeit im internationalen Vergleich zur Schweiz, zu Großbritannien und den Vereinigten Staaten weit hinterher.² Es sollen zwei Begebenheiten erklärt werden: erstens warum *insgesamt* in der Bundesrepublik weniger als in anderen Ländern sterilisiert wurde und zweitens, warum ein solches Ungleichgewicht im Geschlechterverhältnis der Sterilisation bestand.

„Unseren Ehepaaren ist meist nicht bekannt, daß eine Unfruchtbarmachung auf freiwilliger Basis den Arzt wegen schwerer Körperverletzung ins Gefängnis bringen kann“³, schrieb der Gynäkologe Heinrich Gesenius 1959.

Der Umgang mit dem Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (GzVeN) in der jungen Bundesrepublik erklärt diesen Umstand: Wie bereits erwähnt, enthielt das Gesetz eine Liste mit den („Erb-“) Krankheiten, die als Indikation für eine Sterilisation galten. Eine Sterilisation aus anderen Gründen war verboten. Nach Kriegsende setzten die Alliierten das GzVeN jedoch nicht außer Kraft. Sie sahen die eugenische Indikation als rechtsstaatlich an,⁴ da unter anderem in Großbritannien und den Vereinigten Staaten ebenfalls Sterilisationsgesetze galten, die eugenische Sterilisationen erlaubten. Das GzVeN bestand weiter. Da die Alliierten die Erbgesundheitsgerichte jedoch abschafften, fand das Gesetz in der Bundesrepublik keine praktische Anwendung mehr, allerdings wurde es durch kein neues Sterilisationsgesetz ersetzt. In jedem Bundesland galten unterschiedliche Richtlinien, die zwei Gemeinsamkeiten aufwiesen: Erstens durfte die Sterilisation nur mit der

¹ In der Datenbank der Nationalbibliothek sind im Zeitraum von 1945 bis 1950 keine Publikationen zur Sterilisation des Mannes bis auf eine Publikation aus Zürich aufgeführt. Vgl. Katalog der Deutschen Nationalbibliothek (2020).

² Vgl. Klosterhalfen, Wagenknecht (1977), S. 1531; vgl. Goebel, Ortmann (1987), S. 142.

³ Gesenius (1959), S. 50.

⁴ Vgl. Hahn (2000), S. 53.

Einwilligung der Patienten und Patientinnen angewandt werden und zweitens musste der Eingriff der „Sitte und Ordnung“ entsprechen.⁵

Der Strafrechtswissenschaftler Albin Eser fasst die Rechtslage der Sterilisation für Männer wie Frauen in der jungen Bundesrepublik wie folgt zusammen: Die Sterilisation sei nach §§ 224, 225 StGB eine schwere Körperverletzung, da die Integrität des Körpers – die Fruchtbarkeit – als primäres Ziel verletzt und beendet wird.⁶ Die Ärzteschaft deutete die Sterilisation als „verstümmelnde[n] Eingriff“⁷. Um straflos zu bleiben, müsse ein Arzt oder eine Ärztin einen „besonderen Rechtfertigungsgrund“⁸ vorweisen können, der bezeuge, dass der Eingriff gewollt sei: die Einwilligung des Patienten oder der Patientin.⁹

Selbst mit einer nach vorheriger Aufklärung und Beratung unterschriebenen Einverständniserklärung war die Strafbarkeit dennoch nicht ausgeschlossen: Die Einwilligung war nur dann rechtsgültig, wenn der oder die Einwilligende ein *Verfügungsrecht* über das Rechtsgut – die Fruchtbarkeit – hatte, welches ihm oder ihr lediglich bei therapeutischen Heileingriffen zugesprochen war.¹⁰ Zu beachten gilt, dass eine ungewollte Zeugungsunfähigkeit (Sterilität) als Krankheitszustand definiert war und ist.¹¹ Dass ärztliches Fachpersonal einem Patienten oder einer Patientin einen als Krankheit bewerteten Zustand zufügte, musste im neuen Rechtsstaat gerechtfertigt werden.

Dieses Dilemma wurde aufgelöst, indem eine Sterilisation ausschließlich aufgrund eines „übergesetzlichen Notstand[s]“¹² sicher straffrei durchzuführen war: Würde eine (weitere) Schwangerschaft die Gesundheit der Frau gefährden und müsse deshalb die Zeugung eines Kindes dauerhaft verhindert werden, war die Sterilisation rechtmäßig. Diese Heilanzeige zur Sterilisation wurde als „medizinische Indikation“ bezeichnet. Die Gesundheitsgefährdung durch eine

⁵ Der vorangegangene Abschnitt enthält Informationen u.a. aus Bock (1986); Hahn (2000); Tümmers (2011).

⁶ Vgl. Eser (1980), S. 55.

⁷ Hauser (1955), S. 2.

⁸ Eser (1980), S. 56.

⁹ Vgl. Eser (1980), S. 56.

¹⁰ Vgl. ebenda; Müller-Mattheis et al. (1988), S. 325.

¹¹ Vgl. Stauber, Weyerstahl (2001), S. 423ff.

¹² Eser (1980), S. 56.

Schwangerschaft, eine Geburt oder die Versorgung eines Kindes musste somit bedrohlicher als der Verlust der Zeugungsfähigkeit sein.

Bei allen anderen Indikationen bestand Rechtsunsicherheit, ob selbst bei erfolgter Einwilligung eine Sterilisation rechtswidrig sei, da die Frage des Verfügungsrechts ungeklärt war. Dies galt insbesondere für die sogenannte „soziale Indikation“, wenn in kinderreichen Ehen, in denen die Mutter durch eine erneute Schwangerschaft und das Erziehen eines weiteren Kindes in solchem Maße belastet würde, dass sich dies gesundheitsschädlich für die Frau und für deren Kinder durch mangelnde Fürsorge auswirken würde.¹³ Noch umstrittener war es, wenn die Sterilisation erfolgte, da weitere Kinder aufgrund einer *finanziellen* Notlage nicht mehr ernährt werden konnten. Die medizinische sowie die soziale und wirtschaftliche Indikation richtete sich demnach an die Frau. Als dritte Möglichkeit neben der medizinischen und sozialen Indikation bedeutete die „eugenische Indikation“, dass freiwillig auf leibliche Kinder verzichtet wurde, sofern die Wahrscheinlichkeit, ein schwer erkranktes Kind mit einer vererblichen Krankheit zu zeugen, hoch war.¹⁴ Diese Nomenklatur der verschiedenen Indikationen setzte sich durch und blieb bestehen.¹⁵

Neben der Einwilligung der Patienten und dem Vorhandensein des Verfügungsrechts über die Fruchtbarkeit, musste die Sterilisation der „Sitte und Ordnung“ entsprechen, um rechtsgültig zu sein. Sittenwidrigkeit definierte ein Urteil des BGH als „Verstoß gegen das Anstandsgefühl aller billig und gerecht Denkenden“¹⁶. Die durch die Kirchen geprägte vorherrschende Sexualmoral verurteilte Empfängnisverhütung: 1930 veröffentlichte der Vatikan die „Casti Connubii“, die lediglich Zeitmethoden als Empfängnisverhütungsmaßnahme gestattete, wobei man Enthaltensamkeit an wahrscheinlich fruchtbaren Tagen praktizierte.¹⁷ Die evangelische Kirche war liberaler eingestellt, da in deren Augen die Erfüllung in der Ehe durch ein glückliches Sexualleben Ausdruck des Willen Gottes sei, was die Verwendung selbst nicht „natürlicher“ *reversibler*

¹³ Vgl. Wrage (1965), S. 45; vgl. Heering (1980), S. 27.

¹⁴ Vgl. Wrage (1965), S. 46.

¹⁵ Vgl. Hofstetter (1981), S. 726.

¹⁶ BGH (1967), III ZR 1/67.

¹⁷ Vgl. Papst Pius XI. (1966), S. 26f.

Verhütungsmethoden rechtfertige.¹⁸ Die Sterilisation gehörte demnach nicht zu den gestatteten Verhütungsmethoden, was folgendes Zitat von dem Arzt Ernst Hauser von 1955 verdeutlicht:

„Es konnte dabei mit Recht geltend gemacht werden, dass es gegen allgemein gültige ärztliche Anschauung verstosse, einen derartigen, schwer verstümmelnden Eingriff bei einem gesunden und sozial tüchtigen Manne vorzunehmen.“¹⁹

Zu beachten ist, dass die einflussreichen Ärzte und Ärztinnen in der Bundesrepublik größtenteils der Generation angehörten, die frühestens zwischen den 1920er Jahren und den 1940er Jahren studierten.²⁰ Diese Altersgruppe hatte Familienplanung nicht als ärztliche Aufgabe aufgenommen: Bemühungen Familienplanungseinrichtungen in der Weimarer Republik zu organisieren, stießen bei dem Großteil der Ärzteschaft auf Widerstand und Missachtung, was dazu führte dass die Distribution von Kontrazeptiva in den Händen von Laienorganisationen lag.²¹ Während des nationalsozialistischen Regimes waren die Herstellung, der Verkauf und die Verbreitung von Verhütungsmittel verboten.²² Nach der bedingungslosen Kapitulation regelte eine Gesundheitsbehörde die Genehmigung von Verhütungsmitteln.²³ Die Verbote auf „Herstellung, Einführung, Ankündigung und des Verkaufs“ von Verhütungsmethoden blieben allerdings auch in einem neuen Gesetz von 1952 bestehen.²⁴ Das Aufheben dieses Verbots erklärte die im gleichen Jahr gegründete Pro Familia Deutsche Gesellschaft für Ehe und Familie e.V. zu ihren Aufgaben.²⁵ Erst 1961 wurden sowohl diese Banne offiziell aufgehoben, als auch hormonelle Ovulationshemmer in Deutschland zugelassen.

¹⁸ Vgl. Wrage (1965), S. 47ff.

¹⁹ Hauser (1955), S. 2.

²⁰ Man nehme an, dass man ab 45 Jahren Chefarzt oder Chefärztin sein könnte und mit 20 Jahren anfang zu studieren. Berechnet für den Zeitraum 1945 bis 1962.

²¹ Vgl. Klever (1968), S. 11.

²² Vgl. ebenda.

²³ Vgl. ebenda, S. 11f.

²⁴ Vgl. ebenda, S. 12.

²⁵ Vgl. ebenda, S. 13.

Bei Sterilisationen zur *Familienplanung* existierte also ein ärztlicher Konsens, dass dies *nicht* anstandsgemäß sei. Sterilisationen aus einer familienplanerischen Motivation tadelten Ärzteschaft und Rechtsgelehrte als „Gefälligkeitssterilisation“²⁶, da die Angst vor einer „ungehemmte[n] Genusssucht“²⁷ herrschte. Die Soziologin Hahn beschreibt, dass diese sittliche Beschränkung lediglich auf die Frau gerichtet war,²⁸ doch Ärzteschaft und Rechtsgelehrte warfen auch Männern verwerfliche Absichten bei einer Sterilisation, die nicht medizinisch notwendig war, vor: Der Arzt Horst Wrage beispielsweise erzählte aus seiner Erfahrung, dass Männer in vielen Fällen ihre Ehefrauen zur Sterilisation drängen würden, um „auf [ihr] vermeintliche[s] Recht nach unbeschränkter geschlechtlicher Betätigung“²⁹ zu bestehen.³⁰ Konsequenterweise verwehrt die Ärzteschaft nicht verheirateten oder ledigen Männern Sterilisationen. Auch kinderlose Männer, die keine „Erbkrankheit“ hatten, wurden nicht berücksichtigt. Als abschreckendes Beispiel galt der Fall zweier verurteilter, österreichischer Medizinstudenten von 1935, die in ihrer Wohnung mehr als 200 junge ledige Männer gegen Bezahlung vasktomierten, was als schwerer Verstoß gegen die Standesehre gewertet wurde, da die Motivationen der Männer die ungehinderte sexuelle Betätigung gewesen sein sollte.³¹ Die Sittenwidrigkeit bei der sozialen und der eugenischen Indikation war umstritten.

Zusammenfassend können als Gründe für die niedrigen Sterilisationszahlen in der Bundesrepublik zwischen 1945 und 1962 sowohl die Rechtsunsicherheit genannt werden, aufgrund derer lediglich die medizinische Indikation sicher straffrei für medizinisches Fachpersonal war, als auch die ablehnende Haltung des Großteils der Ärzteschaft ärztlich kontrollierter Verhütungsmethoden gegenüber.

²⁶ Schwalm (1963), S. 1977.

²⁷ Vgl. OLG Celle (1962), 3 Ws 280/62

²⁸ Vgl. Hahn (2000), S. 97.

²⁹ Wrage (1965), S. 43.

³⁰ Vgl. ebenda.

³¹ Vgl. Gesenius (1959), S. 52f; vgl. Beer (1966), S. 152.

Die herrschende Rechtsunsicherheit wirkte sich obendrein auf das bestehende Geschlechterverhältnis in der Sterilisation aus: Es wurden weitaus mehr Frauen als Männer sterilisiert.³² Die medizinische Indikation war auf die kranke oder vermeintlich überforderte Frau ausgerichtet, nicht auf den Mann. Hahn schreibt über die Deutung, dass nur dann eine Frau sterilisiert werden konnte, wenn dies einen Krankheitszustand abwendete: „Diese Definition wiederum reproduzierte und zementierte die Zuweisung des Weiblichen als das Kranke sowie des Männlichen als das Gesunde“³³. Der ärztlich-ethische Konsens lautete, man dürfe nur einen kranken Menschen operieren. Deshalb müsse zur Rechtfertigung ein Krankheitszustand konstruiert werden und die soziale Indikation wurde in manchen Fällen zur medizinischen oder eugenischen Indikation umdefiniert.³⁴ Das heißt, eine psychische Belastung aufgrund zahlreicher Kinder musste als Gesundheitsgefährdung der Frau und Kinder definiert werden, um die Sterilisation als rechtsgültig gelten zu können. Dieses Umdefinieren sei auf die Frau gerichtet, da sie im bürgerlich-kapitalistischen Familienmodell die Verantwortliche beziehungsweise Zuständige für die Versorgung der Kinder war – wenn die Frau überfordert ist, leiden die Kinder, so der Grundsatz. Diese Argumentation habe für den Mann als „Brotverdiener“ – nicht als Sorgearbeitstragender – weniger Gewicht.³⁵

Diese Sichtweise mit Schwerpunkt auf einer Gender-Perspektive soll hier durch eine eigene Hypothese erweitert werden: Die Frau konnte, wenn ein erfüllter Kinderwunsch bestand, eine medizinische Heilanzeigen als Grund für eine freiwillige Sterilisation vorschieben.³⁶ Das Vorhandensein von beispielsweise Krampfadern oder eines erhöhten Blutdruckes stellt nicht in allen Fällen eine Kontraindikation für eine Schwangerschaft dar – bei einem Kinderwunsch könnte eine Schwangerschaft durchaus von ärztlicher Seite möglich sein. Lag aber eine Überforderung oder ein erfüllter Kinderwunsch vor, hätte die Angabe solcher Diagnosen als Rechtfertigung für eine Sterilisation selbst in der bestehenden Rechtsunsicherheit bestanden. Eine medizinische

³² Vgl. Bornikoel, Hubmann (1972), S. 89; vgl. Meyer et al (1988), S. 129.

³³ Hahn (2000), S. 112.

³⁴ Vgl. Bornikoel, Hubmann (1972), S. 87.

³⁵ Vgl. Hahn (2000), S. 112.

³⁶ Vgl. Petersen (1979), S. 240.

Indikation vorzuschieben – entweder vom medizinischen Fachpersonal oder von der Patientin selbst – war und ist beim Mann unmöglich. Die medizinische Indikation gilt ausschließlich für die Frau, da kein lebensbedrohlicher Gesundheitszustand beim Mann vorliegen kann, der zu einer Vasektomie zwingen würde. Die gesundheitliche Verfassung des Mannes hat ebenfalls keine unmittelbare Auswirkung auf den Körper des gemeinsam gezeugten Fötus oder der schwangeren Frau: Ob der Erzeuger gesund, krank oder sogar tot ist, ist für die Gesundheit der Frau und des ungeborenen Kindes *unmittelbar* irrelevant.

Diese Hypothese erlaubt die Vermutung, dass die Vormachtstellung der medizinischen Indikation folglich als logische Konsequenz dazu führte, dass der Mann von der Ärzteschaft von der Sterilisation größtenteils ausgeschlossen war. Dies ist dadurch begründet, dass sich die Rechtsunsicherheit in stärkerem Maße auf die Vasektomie als auf die Sterilisation der Frau auswirkte. Diese These hat enge Verwandtschaft mit Hahns Ausführungen, doch die Kausalitäten unterscheiden sich: Hahn sieht den Mangel einer geschlechtlichen Gleichberechtigung in den traditionellen Rollenzuweisungen als Ursache dafür, dass sich die medizinische Indikation als essenziell etablierte.³⁷ Dies geschehe mit der *Intention* die weibliche vor der männlichen Sterilisation zu favorisieren.³⁸ Allerdings führte die Tatsache, dass lediglich die medizinische Indikation aufgrund des hippokratischen Nicht-Schaden-Prinzips³⁹ den Vorrang gegeben wurde, deshalb zu mehr gynäkologischen Sterilisationen, da bei Männern keine medizinische Indikation möglich ist. Die Rechtsunsicherheit hatte demnach ein Ungleichgewicht im Geschlechterverhältnis der Sterilisation mittels der Marginalisierung der Vasektomie zur *Folge*.

Da beim Mann kein Krankheitszustand vorliegen konnte, der zu einer Vasektomie zwingen würde, konnte er nur stellvertretend (vikariierend) für seine Ehefrau sterilisiert werden. Diese „vikariierende“ Sterilisation konnte angewandt

³⁷ Vgl. Hahn (2000), S. 112, 137.

³⁸ Vgl. ebenda.

³⁹ „Primum non nocere“.

werden, wenn eine medizinische Heilanzeige für die Frau besteht, aber die Sterilisation bei ihr kontraindiziert war.⁴⁰

Zudem standen nur wenige Wissenstransferinstitutionen zur Verfügung: Die Bekanntheit der Vasektomie als Verhütungsmethode unter Männern war gering und Verwechslungen mit der Kastration häufig.⁴¹ Dies bedeutete, dass sofern behandelnde Ärztinnen oder Ärzte Ehepaare auf die Möglichkeit der männlichen Sterilisation nicht hinwiesen, die Wahrscheinlichkeit bestand, dass die Partner durch Unwissen keine Vasektomie einfordern konnten. Außerdem waren Empfängnisverhütungsmethoden noch kein Unterrichtsgegenstand im Medizinstudium.⁴² Vermutlich trugen auch diese Umstände dazu bei, dass in der Zeit zwischen 1945 und 1962 weitaus mehr Frauen als Männer sterilisiert wurden.⁴³

Zusammenfassend war die Zeit zwischen 1945 und 1962 in der Bundesrepublik von einer ausgeprägten Rechtsunsicherheit gegenüber der Sterilisation geprägt. Diese trieb Ärzte und Ärztinnen dazu, eine Gefängnisstrafe wegen schwerer Körperverletzung zu befürchten, wenn sie aus einem anderen Grund als der medizinischen Indikation sterilisierten. Dies schloss den Mann von der Operation weitgehend aus, da bei ihm kein Krankheitszustand vorliegen konnte, der eine Sterilisation zweifelsohne aufgrund eines „übergesetzlichen Notstandes“ notwendig machte. Die Sterilisation erfolgte am Körper der Frau – die Vasektomie war nur eine kaum beachtete Alternative. Folglich wirkte sich die Rechtsunsicherheit stärker auf die männliche als auf die weibliche Sterilisation aus. Eine gemeinsame einvernehmliche Entscheidung beider Partner, keine weiteren Kinder zeugen zu *wollen*, stellte für die Ärzteschaft aufgrund der christlichen Sexualethik einen unsittlichen Grund dar, eine Sterilisation durchzuführen. Nicht das Paar, sondern der Arzt oder die Ärztin fungierte somit als Initiator und Entscheidungsgewalt, ob eine Sterilisation der Frau medizinisch angezeigt war.

⁴⁰ Vgl. Hauser (1955), S. 2.

⁴¹ Vgl. Wyrsh (1977), S. 1; vgl. Müller-Schmid et al. (1960), S. 353; vgl. Reimann-Hunziker, Reimann-Hunziker (1962), S. 543.

⁴² Vgl. Kepp, Koester (1966), Vorwort.

⁴³ Vgl. Bornikoel, Hubmann (1972), S. 89; vgl. Meyer et al (1988), S. 129.

V. Die Vasektomie als Emanzipationsgeschichte

V.1 Etablierung der Vasektomie als Familienplanungsmethode (1962 bis 1981)

V.1.1 Das Aushebeln von Sittlichkeitsargumenten durch die Etablierung von Familienplanung (1962 bis 1969)

Der BGH stellte 1954 fest, dass es Teil der „sittlichen Ordnung“¹ sei, dass „Sinn und Folge des Verkehrs das Kind“² sei. Diese Auffassung verbot die selbst gewählte Unfruchtbarmachung auf sittlicher Grundlage. 1964 beschrieb der Jurist Werner Hardwig hierzu:

„Die freiwillige Sterilisation wird als ein besonders unsittliches Mittel dargestellt, der geschlechtlichen Genußsucht frönen zu können. Man befürchtet, mit der Zulassung der Sterilisation das sittliche Verderbnis, von deren Umsichgreifen man überzeugt ist, noch weiter zu steigern. Man sieht den Verfall aller Ordnung greifbar vor Augen.“³

Von 1945 bis circa 1962 führte dies zur Dominanz der medizinischen Indikation, was die Marginalisierung der Vasektomie zur Folge hatte. Ab 1962 erwies sich ein Prozess um den Chirurgen Axel Dohrn, der zwischen 1948 und 1958 mehr als 1000 Frauen sterilisiert hatte,⁴ als Katalysator in der Debatte um die Sittenwidrigkeit der Sterilisation. Der Gynäkologe hatte in 60 Prozent der Fälle *nicht* aus einer medizinischen Indikation sterilisiert.⁵ Deshalb verurteilte ihn das Landgericht Hannover wegen 149 weiblicher Sterilisationen, die er meist aus sozialen Gründen durchgeführt hatte, zu einer sechsmonatigen Freiheitsstrafe.⁶ Die Begründung hierfür löste unter Juristen und Juristinnen eine heftige Auseinandersetzung aus, da das Urteil aufgrund der Rechtsunsicherheit

¹ BGHSt 6, 46 (1954), 13.

² Ebenda.

³ Hardwig (1964), S. 392.

⁴ Vgl. Hahn (2000), S. 96.

⁵ Vgl. OLG Celle (1963), S. 407.

⁶ Vgl. Müller-Mattheis et al. (1988), S. 326.

umstritten war. Die Ursache der Verunsicherung war die ersatzlose Streichung des §226b StGB. Dieser Paragraph hatte bis 1946 alle Unfruchtbarmachungen außerhalb der Regelungen des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (GzVeN) unmissverständlich unter Strafe gestellt. Da durch die Streichung keine eindeutigen Vorgaben für die Sterilisation existierten, stand hauptsächlich §226a StGB für die rechtliche Regelung der Sterilisation zur Verfügung,⁷ welcher von 1933 bis 1975 wie folgt lautete:

„Wer eine Körperverletzung mit Einwilligung des Verletzten vornimmt, handelt nur dann rechtswidrig, wenn die Tat trotz der Einwilligung gegen die guten Sitten verstößt.“⁸

Neben §226a StGB beeinflusste §216 StGB das Urteil, der unter mildernden Umständen eine Freiheitsstrafe von mindestens sechs Monaten bei Tötung auf Verlangen vorschrieb. Das Landesgericht verurteilte den Arzt, weil die 149 nicht medizinisch notwendigen Sterilisationen sittenwidrig und damit rechtswidrig seien.⁹ Besonders die gynäkologischen Sterilisationen, die „nur der persönlichen Unbeschwertheit in der geschlechtlichen Betätigung“¹⁰ dienten, galten als verwerflich. Das Gerichtsverfahren gegen Dohrn offenbarte, dass die rechtlichen Rahmenbedingungen der Sterilisation durch den §226a einen direkten Bezug zum geltenden *Sittenverständnis* hatten. Damit stimulierte der Prozess eine rege Diskussion über die Sittenwidrigkeit der *weiblichen* Sterilisation und verstärkte die Marginalisierung der Vasektomie.¹¹

Ob die Sterilisation als Familienplanungsmethode 1963 allerdings tatsächlich gegen das „Anstandsgefühl aller billig und gerecht Denkenden“¹² verstieße, war unter Rechtsgelehrten umstritten, wie der Jurist Adolf Arndt 1963 bestätigte:

⁷ Vgl. Müller-Mattheis et al. (1988), S. 326.

⁸ §226a StGB (gültig vom 1. Juni 1933 bis 1. Januar 1975).

⁹ Vgl. Müller-Mattheis et al. (1988), S. 326.

¹⁰ Schwalm (1963), S. 1977.

¹¹ Vgl. Hahn (2000), S. 97.

¹² BGH (1967), III ZR 1/67.

„Keineswegs ist es eine einhellige Überzeugung in unserem Volke, dass das eheliche Ein-Fleisch-Sein nur der Fortpflanzung diene oder allein durch sie gerechtfertigt werde.“¹³

Die gesellschaftliche Akzeptanz von Empfängnisverhütung hatte sich in den vergangenen Jahren drastisch gewandelt: Als das erste Präparat einer hormonellen Kontrazeption für Frauen 1961 in der Bundesrepublik auf dem Markt erschienen war, revolutionierte dies das Verhütungsverhalten nachhaltig.¹⁴ Trotz der weiterhin konservativen Grundeinstellung in der Gesellschaft übertrafen die Verkaufszahlen der Ovulationshemmer alle Erwartungen der Investoren.¹⁵ Diese Fehleinschätzung offenbarte eine Ahnungslosigkeit, wie weit Familienplanung im Privaten bereits etabliert war.¹⁶

Konnte also eine Praktik wie Empfängnisverhütung, die in derartiger Weise verbreitet war, als sittenwidrig gelten? Insbesondere die Vermarktung von Ovulationshemmern ab 1961 führte zu einem Deutungswandel über die Zulässigkeit von Empfängnisverhütung und der Bedeutung des ehelichen Geschlechtsverkehrs. Dohrn sprach sich für eine Stärkung der weiblichen Selbstbestimmung über die Fruchtbarkeit durch eine Sterilisation aus,¹⁷ die durch andere Verhütungsmethoden und neuerdings orale Kontrazeptiva bereits akzeptiert war. Der Jurist Hardwig schrieb dazu:

„Wenn der sittlichen Entscheidung des Einzelnen anheimgestellt wird, ob er eine Ehe eingehen, ob er Kinder erzeugen will oder nicht, dann ist nicht einzusehen, weshalb er sich nicht zum Zwecke der absoluten Verhinderung der Erzeugung von Kindern sterilisieren lassen darf.“¹⁸

Ob Patienten und Patientinnen ein Verfügungsrecht über ihre eigene Fruchtbarkeit zustand, war in der Auseinandersetzung mit dem Dohrn-Prozess weiter umstritten, doch der gesellschaftliche Wandel hatte die Stimmen der

¹³ Arndt (1963), S. 849.

¹⁴ Vgl. Jütte (2003), S. 299.

¹⁵ Vgl. Asbell (1998), S. 210.

¹⁶ Vgl. Ebenda, S. 204.

¹⁷ Vgl. Hahn (2000), S. 101.

¹⁸ Hardwig (1964), S. 391.

Befürworter der Sterilisation gestärkt. Hahn vertritt die These, dass die Kontroverse „das Ende einer Ära ein[läutete], in der eine freiwillige Sterilisation allein auf der Grundlage ihrer »Sittenwidrigkeit« für unzulässig erklärt worden war.“¹⁹

Auch strafrechtlich brachte der Prozess Bewegung in die Debatte. Das Verfahren gegen Dohrn ging in Revision und am 27. Oktober 1964 fällte der Bundesgerichtshof das aufsehenerregende strafrechtliche Urteil:

„Es gibt keine deutsche Vorschrift mehr, die freiwillige Sterilisationen mit Strafe bedroht. Diese Gesetzeslücke kann nur durch den Gesetzgeber geschlossen werden.“²⁰

Die Rechtsunsicherheit aufzulösen vermochte das Dohrn-Urteil jedoch nicht, obwohl es klarstellte, dass die Sterilisation strafrechtlich nicht rechtswidrig war, weil die gesetzliche Grundlage dazu fehlte. Das Urteil war ein Appell, ein neues Sterilisationsgesetz zu verfassen, das den gestrichenen §226b StGB und das GzVeN ersetzen sollte.²¹ Manche Juristen vertraten die Meinung, das Verdikt stärke das Verfügungsrecht der Bürger über ihre eigene Fruchtbarkeit und mache die freiwillige Sterilisation nicht mehr zum Tatbestand, der einer besonderen Rechtfertigung bedürfe.²² In der Praxis bedeute diese Rechtsprechung, dass bei rechtswirksamer Einwilligung, gültiger Indikation und der Durchführung des Eingriffs *lege artis* ab 1962 weder eine Sittlichkeitsprüfung, noch eine Unterschrift des Ehepartners notwendig sei, damit die der Arzt oder die Ärztin und das Assistenzpersonal die Sterilisation straffrei durchführen konnten.²³ Im Gegensatz hierzu gab es Autoren und Autorinnen, die verfochten, dass der Dohrn-Prozess eine Rechtsunsicherheit verstärkt oder sogar herbeigeführt habe, da eine „trügerische Sicherheit für Ärzte“²⁴ entstanden sei, die eine medizinische Indikation nicht länger vonnöten

¹⁹ Hahn (2000), S. 96.

²⁰ BGHSt 20, 31 (1964).

²¹ Vgl. Hahn (2000), S. 100.

²² Vgl. Eser (1980), S. 57.

²³ Vgl. ebenda.

²⁴ Klever (1968), S. 16.

hielten.²⁵ Man könne sich nicht sicher sein, dass jedes Gericht dieses Urteil anerkenne.²⁶ Es blieb ebenfalls nach dem Dohrn-Urteil 1964 ärztlicher Konsens, dass eine Sterilisation sowohl *gewollt* als auch *notwendig* sein müsse. Der Prozess führte jedoch zu einem Deutungswandel im Sinne einer Erweiterung, *welche* Indikationen als rechtsgültige Rechtfertigung galten. Laut Hahn stieg die „Akzeptanz der Sterilisation als frei gewählte Methode der Empfängnisverhütung“²⁷.

Die Debatte über die Sittlichkeit der Sterilisation, die durch den Dohrn-Prozess angestoßen wurde, beschränkte sich weitgehend auf die weibliche Sterilisation. Die neuen rechtlichen Rahmenbedingungen galten allerdings für die chirurgische Unfruchtbarmachung im Allgemeinen und somit auch für die Vasektomie.²⁸ Es lässt sich feststellen, dass sich in den kommenden Jahren dynamisierende Impulse für die ärztliche Anerkennung der Vasektomie durch die *Gynäkologie* ergaben. Gynäkologische Fachärzte und -ärztinnen erwiesen sich in den 1960er Jahre als Schrittmacher im Diskurs über die Sterilisation und waren Wegbereiter für die bis dato nicht existente Akzeptanz der Vasektomie. Familienplanung war in den 1960er Jahren ein ärztlich rege debattiertes Thema: Trotz des Festhaltens von Teilen der Ärzteschaft an der christlichen Sexualmoral, beispielsweise durch die im Deutsche Ärzteblatt 1965 veröffentlichte Ulmer Denkschrift „gegen die derzeitige öffentliche Propaganda für Geburtenbeschränkung und die wachsende Sexualisierung unseres öffentlichen Lebens“²⁹, entwickelten sich dynamisierende Strömungen in der Ärzteschaft, die sich der Familienplanung öffneten: In Gießen fand erstmalig in den Jahren 1966, 1967 und 1968 jeweils ein „ärztlicher Fortbildungskurs [...] über Fragen der Kontrazeption“ unter der Leitung von Richard Kepp statt.³⁰

²⁵ Vgl. Klever (1968), S. 16.

²⁶ Vgl. Knipper et al. (1973), S. 148.

²⁷ Hahn (2000), S. 109.

²⁸ Vgl. Finger (1986), S. 332.

²⁹ Ernst (1965), S. 2138. Darin beklagten sie, dass aus dem „Diener des Lebens [...] der Bedienstete des Sich-Aus-Lebens“²⁹ geworden sei, weshalb auch die Sterilisation abgelehnt wurde.²⁹ 140 Ärzte und Ärztinnen hatten die Ulmer Denkschrift unterzeichnet.²⁹

³⁰ Vgl. Kepp, Koester (1966), Titel; vgl. Kepp, Koester (1968), Titel; vgl. Schneider (1972), S. 18.

Kepp war Arzt für Gynäkologie und Geburtshilfe und von 1967 bis 1973 Präsident der Pro Familia.³¹ Die Fortbildungskurse waren an Ärzte und Ärztinnen gerichtet, die neuerdings in den Sprechstunden häufiger um Rat gesucht wurden, da die „Scheu, freimütig über die offensichtlich bereits seit langem in dieser oder jener Form praktizierte Empfängnisregelung zu sprechen“³², gesunken sei. Da Kontrazeption oftmals noch kein Unterrichtsthema in der Ausbildung von Medizinern und Medizinerinnen dargestellt hatte, sollte nun diese Lücke für bereits ausgebildeten Ärzte und Ärztinnen geschlossen werden.³³ Die Ärzteschaft konnte sich dem gesellschaftlichen Wandel nicht entziehen, weshalb ein Umdenken und die Aufnahme der Empfängnisverhütung als ärztliche Aufgabe beschrieben werden kann. Relevant ist, dass diese Übernahme größtenteils durch die *Gynäkologie* erfolgte.³⁴ Auch speziell zur Sterilisation berichten Autoren, dass die Empfehlung zur männlichen Sterilisation meistens beim Frauenarztbesuch stattfand.³⁵ Manche Urologen zeichneten in den kommenden Jahren das Bild einer guten Kooperation zwischen den beiden Fachgebieten beim Thema der Sterilisation.³⁶ Seitens der Urologie ist jedoch wenig über eine medizinisch-wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Familienplanung, Empfängnisverhütung und speziell der Vasektomie zu finden, was zwei retrospektive Studien aus den 1990er Jahren belegen konnten.³⁷

Dass die Gynäkologie die Empfängnisverhütung durch den Mann gänzlich ignorierte, kann allerdings *nicht* festgestellt werden. Meist wurde explizit die Sterilisation des Mannes im Zusammenhang mit der Sterilisation allgemein erwähnt.³⁸ Im zweiten durch einen Gynäkologen geleiteten Fortbildungskurs in Gießen gab es beispielsweise einen Beitrag mit dem Titel „Kontrazeption durch den Mann“³⁹. Dieser thematisierte, dass der Mann „seine Vorrangstellung“⁴⁰ bei

³¹ Vgl. Dietel, Heinrich (2004), S. 64.

³² Kepp, Koester (1966), Vorwort.

³³ Vgl. ebenda.

³⁴ Vgl. Hahn (2000), S. 130.

³⁵ Vgl. Wurbs (1981), S. 9.

³⁶ Vgl. Knipper et al. (1973), S. 147.

³⁷ Vgl. Bohne (1997), S. 61, S. 48ff; vgl. Fichtner (1999).

³⁸ Bspw. vgl. Brandt (1968), S. 39.

³⁹ Vasterling (1968), S. 105-113.

⁴⁰ Ebenda S. 105.

der Kontrazeptionsverantwortung verloren habe und nun meist nur noch Verhütungsverantwortung übernehmen müsse, wenn „die Frau den gewünschten Schutz nicht übernehmen kann oder nicht übernehmen will“.⁴¹

An dieser Stelle lohnt es sich, der Verteilung von Verhütungsverantwortung im Allgemeinen zu dieser Zeit Aufmerksamkeit zu schenken. Die Etablierung von hormonellen Kontrazeptiva für Frauen führte zu einem längerfristigen Rückgang der männlichen Verhütungsverantwortung: Retrospektive Studien über die Einstellung von Männern zur Verhütungsverantwortung zeigen, dass in den 1950er Jahren noch der männlich kontrollierte Coitus interruptus und das Kondom die am häufigsten angewandten Verhütungsmethoden waren.⁴² Während in den 1960er Jahren 78 Prozent der befragten männlichen Studenten die Verhütungsverantwortung beim Mann sahen,⁴³ waren es Mitte der 1970er 56 Prozent⁴⁴ und Anfang der 1980er nur noch 36 Prozent.⁴⁵ Die Ablehnung der eigenen Verhütungsverantwortung begründeten Männer hauptsächlich dadurch, dass mit den Ovulationshemmern bessere Verhütungsmöglichkeiten für die Frau zur Verfügung stünden als für den Mann, weil die traditionell männlichen Verhütungsmethoden als unangenehm und störend empfunden wurden.⁴⁶ Die Frauenbewegung war gespalten in ihrer Bewertung von Ovulationshemmern. Anstelle von sexueller Befreiung sahen einige Feministinnen die hormonelle Kontrazeption als Inbegriff der Fremdbestimmung und der Erhöhung der Verfügbarkeit der Frau für den Mann.⁴⁷ Die Naturwissenschaftler hätten den Frauenkörper zum Objekt der Medikalisierung reduziert und obendrein die Frau der alleinigen Verhütungsverantwortung ausgeliefert.⁴⁸

Allerdings war der Rückgang der Übernahme von Verhütungsverantwortung von Männern kein schlicht akzeptiertes Phänomen. Auch Ärzte und Ärztinnen – hier der Androloge Carl Schirren – sprachen sich für die Förderung der männlichen Kontrazeption aus:

⁴¹ Vasterling (1968), S. 105.

⁴² Vgl. Fichtner (1999), S. 123.

⁴³ Vgl. ebenda; Vgl. Clement (1986).

⁴⁴ Vgl. Fichtner (1999), S. 123.

⁴⁵ Vgl. ebenda; Vgl. Clement (1986).

⁴⁶ Vgl. Fichtner (1999), S. 123; vgl. Barth, Strauß (1986).

⁴⁷ Vgl. Schwarzer (1975), S.179; vgl. Jütte (2003), S. 317.

⁴⁸ Vgl. Jütte (2003), S. 317.

„In einer Zeit zunehmender Gleichberechtigung der Frau in allen Bereichen des Lebens wird in steigendem Umfange auch von einem Beitrag des Mannes zu den Problemen der Empfängnisregelung gesprochen. Eine derartige Forderung ist aus denselben Gründen berechtigt, mit denen die Gleichberechtigung der Frau motiviert wird. Partnerschaft bedeutet auch in diesem Zusammenhang eine Übernahme von Verantwortung durch beide Eheleute.“⁴⁹

Die Etablierung der Ovulationshemmer in der Gynäkologie wirkte sich auch auf die Vasektomie aus: So erscheinen Mitte der 1960er Jahre in den Berichten der Männer mit Vasektomiewunsch – hier informell als „Schnitt im Schritt“ benannt – erstmalig Motivationen wie diese: „Meine Frau, welche mit meinem Schnitt vollkommen einverstanden ist, nimmt zurzeit Anti-Baby-Pillen, welche ihr aber keineswegs bekommen.“⁵⁰ Auch die Weigerung eines Arztes, Ovulationshemmer zu verschreiben, wurde von einem anderen Patienten als Grund für eine Vasektomie genannt.⁵¹ Die Unverträglichkeit von Ovulationshemmern würde sich in den nächsten Jahren als häufige Indikation für eine Sterilisation erweisen,⁵² was eine direkte Beteiligung der Gynäkologie bedeutete: Wenn ein erfüllter Kinderwunsch bestand und die orale Kontrazeption durch eine Unverträglichkeit nicht infrage kam, empfahlen Gynäkologen und Gynäkologinnen in seltenen Fällen auch die Vasektomie. Die männliche Sterilisation wurde von gynäkologischen Rednern wie dem Frauenarzt H. W. Vasterling befürwortet:

„Die derzeitige Rechtsunsicherheit sollte uns nicht veranlassen, die Sterilisierung des Mannes als kontrazeptive Maßnahme aus unseren Überlegungen auszuschließen [...] zumal wenn wir bedenken, wie gering bisher unser Angebot für den Mann auf diesem Gebiet der Kontrazeption ist.“⁵³

⁴⁹ Schirren (1969), S. 97.

⁵⁰ Wrage (1966), S. 157.

⁵¹ Vgl. ebenda, S. 159.

⁵² Vgl. Schirren (1969), S. 101.

⁵³ Vasterling (1968), S. 110

Allerdings waren die (Ehe-) Männer nicht die Patienten der Gynäkologen und Gynäkologinnen und das Empfehlen der männlichen statt der weiblichen Sterilisation hatte keine (finanziellen) Anreize für die Gynäkologie. Im Zusammenspiel mit der geringen wissenschaftlichen Beachtung der Vasektomie durch die Urologie könnte auch dies zur Situation in den 1960er Jahren beigetragen haben: In diesem Jahrzehnt entstanden nur wenige bundesdeutschen Studien zur Vasektomie und deren Anwendung war weiterhin eine Rarität. Zwischen 1951 und 1969 sei der Androloge Carl Schirren lediglich neunmal mit dem Wunsch nach einer Vasektomie aufgesucht worden.⁵⁴

Neben ärztlichen Autoren und Autorinnen behandelten Sprecher und Sprecherinnen unterschiedlicher Professionen die Vasektomie in Eheratgebern. Diese Orientierungshilfen für ethisch vertretbares Handeln bei der Empfängnisverhütung bedeuteten in den Jahren zwischen 1962 und 1966 einen Wissenstransfer an Ehepaare. Die Ratgeber informierten sachkundig über den damaligen Stand der Empfängnisverhütungsmethoden und vor allem säkulare, ärztliche oder protestantische Autoren und Autorinnen tolerierten die Anwendung von Familienplanung unter bestimmten Bedingungen.⁵⁵ Jedoch lehnten sie die Sterilisation unter den Verhütungsmethoden mehrheitlich ab. Ein Beispiel dafür ist ein Buch über die „Verantwortung in der Ehe“⁵⁶ von 1965, das vom evangelischen Arzt und Psychoanalytiker Karl Horst Wrage geschrieben wurde. Wrage war Experte im Umgang mit der protestantischen Sexualethik, beaufsichtigte eine Ehe- und Sexualberatungsstelle der Landeskirche und belegte sechs Jahre lang den Vorsitz in der Kommission für Fragen der Sexualethik der evangelischen Kirche.⁵⁷ In seinem Buch befürwortet er Familienplanung im Allgemeinen, da ein Ehepaar zuerst in ihrer Partnerschaft „Erfüllung“⁵⁸ finden solle, bevor ein Kind geboren werden solle. Obwohl Wrage Familienplanung befürwortete, lehnte er die Sterilisation ebenso wie die

⁵⁴ Vgl. Schirren (1969), S. 100.

⁵⁵ Vgl. Bovet (1956); vgl. Gesenius (1959); vgl. Bovet (1962); vgl. Wrage (1965); vgl. Beer (1966).

⁵⁶ Aus dem Titel.

⁵⁷ Vgl. Evangelisch-Lutherische Landeskirche Hannovers (2005).

⁵⁸ Wrage (1965), S. 48.

Abtreibung aus „ethischen und ärztlichen Gründen“⁵⁹ ab. Dies begründete er damit, dass niemand das Recht habe über „die Zukunft unwiderruflich vorzuentcheiden“⁶⁰, da die „Möglichkeit einer zukünftigen Elternchaft“⁶¹ verneint werde. Die Ursache für die Ablehnung der Sterilisation war ihr Alleinstellungsmerkmal: ihre *Irreversibilität*.⁶² Obwohl Wrage die Sterilisation insgesamt ablehnte, äußerte er sich speziell zur Vasektomie: Der Mann sei schlicht nicht zu dem Eingriff bereit.⁶³ Subtil gegen die männliche Sterilisation ist auch eine Argumentation Wrages zu lesen:

„[...] da beim Mann jedoch die Menge der Samenflüssigkeit durch das Fehlen der Samenzellsubstanz vermindert wird, kann es zu Erlebnisstörungen kommen. Bei der Frau bleibt die Menstruation erhalten.“⁶⁴

Damit wird gegen die Sterilisation des Mannes argumentiert, weil sie einen negativen Effekt auf die psychosexuelle Reaktion beim Geschlechtsverkehr habe. Die Aussage, dass die Menstruation erhalten bleibe, steht mit der sexuellen Empfindung in keinem Zusammenhang. Doch die Gegenüberstellung eines negativen Effekts bei der männlichen Sterilisation und einem neutralen bis positiven Effekt bei der gynäkologischen Sterilisation kann als Ablehnung der Vasektomie gedeutet werden.

In der Mitte des turbulenten Jahrzehnts ergab sich jedoch auch ein Wandel, der sich meist auf evangelische Autoren beschränkte. Denn in der Rezeption von Wrages Buch mischten sich auch ablehnende Stimmen, beispielsweise vom Psychologen Ulrich Beer 1966:

„Auch die Endgültigkeit des Eingriffs, die immer wieder, zuletzt besonders eindringlich von Wrage, als Argument gegen die Sterilisation gebraucht wird, ist zumindest kein ethischer Einwand. Es gehört zur Würde des

⁵⁹ Wrage (1965), S. 45.

⁶⁰ Ebenda, S. 42.

⁶¹ Ebenda.

⁶² Vgl. Brandt (1968), S. 39.

⁶³ Vgl. Wrage (1965), S. 43.

⁶⁴ Ebenda, S. 41.

Menschen, auch endgültige Entscheidungen treffen zu können, und im Grunde hat jede Entscheidung etwas Endgültiges, weil sie nicht mehr zurückzunehmen ist. Das gilt ganz besonders auf diesem Gebiet. Oder sind etwa unerwünschte Kinder rückgängig zu machen?“⁶⁵

Diese Stellungnahme stammt aus Beers Eheratgeber „Fruchtbarkeitsregelung als Konsequenz verantwortlicher Elternschaft. Argumente und Dokumente zur Sterilisation des Mannes“ von 1966. Darin befürwortet er explizit die Vasektomie gegenüber der Sterilisation der Frau: Er stellte die These auf, dass Familienplanung zu billigen sei und „sicher“⁶⁶, „unschädlich und gut verträglich“, „ehedienlich“ und „möglichst wenig störend“ sein sollten. „Diese Bedingungen erfülle die Sterilisation, insbesondere die Vasektomie ideal.“⁶⁷ Besonders für die soziale Indikation spricht sich Beer für die Zulässigkeit der Sterilisation aus und vertritt, dass die Ärzteschaft, Eheberater und -beraterinnen und in Erweiterung auch der Staat eine Verantwortung den überforderten Ehepaaren gegenüber hätten, ihnen eine realisierbare Lösung ihrer Notlage zu ermöglichen.⁶⁸ Die Zuständigkeit von Empfängnisverhütung sieht der Psychologe beim *Paar* und da der Eingriff beim Mann risikoärmer sei, besonders bei ihm. Der deutsche Beer bezog sich hierfür auf schweizerische Studien.⁶⁹ Das noch vereinzelte Beispiel von Beers Eheratgeber lässt erahnen, dass die durch den sexuellen Wertewandel hervorgerufene Deutung, dass ein erfüllter Kinderwunsch als Indikation für die Sterilisation gelten könne, die Anwendung der Vasektomie begünstigte.

Die Etablierung der Familienplanung setzte sich rasant in der westlichen Welt und der bundesdeutschen Gesellschaft fort: 1968 erklärten die Vereinten Nationen „nach heftigen Kämpfen“⁷⁰ in der Weltmensenrechtskonferenz in Teheran Familienplanung als Menschenrecht.⁷¹ Auch in der Bundesrepublik

⁶⁵ Beer (1966), S. 151.

⁶⁶ Beer (1966), S. 162. Gilt für die folgenden drei Zitate.

⁶⁷ Ebenda.

⁶⁸ Vgl. ebenda, S. 160.

⁶⁹ Vgl. ebenda, S. 46.

⁷⁰ Petersen (1981b), S. 32.

⁷¹ Vgl. ebenda.

reagierte die Politik auf die gesellschaftlichen Veränderungen. „Leute nehmen es einfach nicht mehr hin, sich von ihren Regierungen die Familiengröße bestimmen zu lassen“⁷², heißt es in einem Beitrag zum ärztlichen Fortbildungskurs in Gießen 1966. 1969 verkündete der Bundesgesundheitsrat schließlich, Familienplanung sei zu bejahen und zudem Aufgabe der Ärzteschaft, deren Priorität die Beratung und Aufklärung ihrer Patienten und Patientinnen sein solle.⁷³ Dabei konstituierte die Regierung unter Kiesinger eine fundamentale Verschiebung in der politischen Instrumentalisierung von Familienplanung, wie der Mediziner Robert Schneider zusammenfasste:

„Es gibt in der Bundesrepublik Deutschland keine Bevölkerungspolitik, die auf eine Senkung der Geburtenziffern hinzielt. Familienplanung wird von der Bundesregierung unter dem Aspekt der Gesundheitspolitik gesehen.“⁷⁴

Das Ziel des Staates sei demnach nicht wie bisher die Kontrolle über die Geburtenzahlen, sondern es sollten nun im heutigen Sprachgebrauch „Public Health Probleme“ wie die Senkung der Müttersterblichkeit durch die Verhinderung (krimineller) Aborte und schneller Geburtenfolge bewältigt werden.⁷⁵ Zu den Förderungsmaßnahmen der Bundesrepublik gehörten neben der Herausgabe eines Sexualeatlas, der Produktion des Sexualerziehungsfilms „Helga“ 1967 die finanzielle Unterstützung der Pro-Familia-Beratungsstellen.⁷⁶ In einigen Bundesländern gaben Gesundheitsämter oder Beratungsstellen orale Kontrazeptiva an Obdachlose kostenlos ab.⁷⁷ Mit dieser Etablierung und Institutionalisierung von Familienplanung verloren Argumentationen der Sittenwidrigkeit beständig an Wirkmächtigkeit. Auch die 1968 erschienene Enzyklika *Humanae vitae* des Papstes Paul VI., die Katholiken erneut die Anwendung von Verhütungsmethoden verbot,⁷⁸ konnte die Verbreitung der Praktik nicht mehr aufhalten. Dabei zeigte sich die

⁷² Rettie (1966), S. 5.

⁷³ Vgl. Schneider (1972), S. 22.

⁷⁴ Ebenda.

⁷⁵ Vgl. ebenda.

⁷⁶ Vgl. Durand-Wever (1958), S. 14.

⁷⁷ Vgl. Schneider (1972), S. 25.

⁷⁸ Vgl. Papst Paul VI. (1969).

„normative Kraft faktisch gelebter Überzeugungen“⁷⁹. In den Publikationen Ende der 1960er Jahren aktivieren Autoren wie Schirren solche Argumente überhaupt nicht mehr. Diese Entwicklung begann bereits am Anfang des Jahrzehnts innerhalb der Debatte über den Dohn-Prozess.

⁷⁹ Böckle (1968).

IV.1.2 Prozess der ärztlichen Anerkennung der Vasektomie (1970 bis 1975)

„Die Vasektomie erlangt in neuerer Zeit auch in der Bundesrepublik eine immer größere Bedeutung,“¹ schrieben die Ärzte D. Konietzko und F. Reinecke aus der Abteilung für Andrologie der Universitätshautklinik Hamburg in einem der ersten wissenschaftlichen Artikel über die männliche Sterilisation 1973. Die Zeit zwischen 1970 und 1975 markierte eine Übergangsphase zwischen dem Sittlichkeitsdiskurs vor 1970 und den lebhaften Auseinandersetzungen mit den akademischen Studien zur Vasektomie ab 1976. In dieser Phase konnte kein dominierender Diskursgegenstand identifiziert werden. Die vielfältigen Themen zeigen einhellig, dass sowohl die Anzahl als auch die Anerkennung der Vasektomie rapide anstiegen. Denn Anfang der 1970er Jahre entstand eine Dynamik in der bisher wenig angewandten Vasektomie: 1973 erzählte der Urologe W. Knipper, dass in seiner Ambulanz „etwa 8-10 Anträge pro Woche“² von Männern mit Vasektomiewunsch erfolgten. Dass bei nur einem Arzt so viele Vasektomiewünsche angebracht wurden, kann auch daran gelegen haben, dass lediglich wenige Ärzte und Ärztinnen bereit waren, Vasektomien durchzuführen: Einem Bericht zufolge habe es zwischen 1973 und 1975 Schwierigkeiten gemacht, in Berlin und im Bundesgebiet eine Operateurin oder einen Operateur zu finden, die die Indikation zur Vasektomie stellen würden, weshalb viele Männer in die Schweiz gefahren seien.³ In einer Beratungsstelle der Pro Familia ergab sich zwischen 1973 und 1974 jedoch ein Anstieg von Sterilisationsberatungen von 300 Prozent,⁴ wobei sich circa doppelt so viele Männer als Frauen hatten beraten lassen.⁵

1970 verabschiedete der Deutsche Ärztetag eine neue Berufsordnung, die die Sterilisation mittels des Paragraphen sechs standesrechtlich regelte.⁶ Laut der

¹ Konietzko, Reinecke (1973), S. 1221.

² Knipper et al. (1973), S. 148.

³ Vgl. Wurbs (1981), S. 41, 44.

⁴ Vgl. Petersen (1976), S. 918.

⁵ Vgl. Petersen (1978), S. 696.

⁶ Vgl. Knipper, Brühl (1975), S. 9.

Berufsordnung müsse die Unfruchtbarmachung aus medizinischen, genetischen oder schwerwiegend sozialen Gründen indiziert sein.⁷ Eine reine Familienplanungsmotivation war nicht als Indikation vorgesehen.⁸ Die Motivationen der Patientinnen und Patienten blieben ebenfalls irrelevant und die Berufsordnung unterschied nicht zwischen weiblicher und männlicher Sterilisation. Laut Hahn bedeutete diese Entwicklung eine Anerkennung der Sterilisation, womit der „Legitimations- und Umdeutungsprozess“⁹ der Sterilisation unter der Ärzteschaft abgeschlossen sei.¹⁰ Folglich zeigte der Wortlaut der Berufsordnung jedoch auch, dass unter der Ärzteschaft weiter die Deutung Bestand hatte, dass die Indikation über die Rechtswidrigkeit des Eingriffs bestimme. Es galt offiziell weiterhin das Prinzip, eine Sterilisation müsse aufgrund ihrer Endgültigkeit gewollt und *notwendig* sein.¹¹

Obwohl ein erfüllter Kinderwunsch als Indikation nicht vollständig anerkannt war, hatte diese Indikation in der ärztlichen Praxis stärkere Akzeptanz gefunden.¹² Dies zeigt beispielsweise eine Liste an zulässigen Indikationen zur Vasektomie in der Fachzeitschrift *Der Urologe* von 1972: „1. Unverträglichkeit des Kondoms 2. Unverträglichkeit der Ovulationshemmer 3. Psychische Hemmungen“.¹³ Der Motivation für die Anwendung von Kondomen oder Ovulationshemmern wurde hier nicht näher benannt, weshalb auch Familienplanungsmotivationen gültig waren. Die „psychischen Hemmungen“ beziehen sich auf die Ehepartnerin, wenn bei ihr eine Indikation vorlag, sie den Eingriff aber nicht bei sich selbst durchführen lassen wollte. Demnach finden erstmalig Familienplanungsmotivationen Einklang in Indikationskataloge.¹⁴ Demnach erweiterte sich folglich das Indikationsspektrum für die Vasektomie, obwohl die Berufsordnung dies nicht vorsah.

⁷ Vgl. Siegmund-Schulze (1978), S.157.

⁸ Vgl. Bornikoel, Hubmann (1972), S. 90.

⁹ Hahn (2000), S. 139. Die „Umdeutung“ bezieht sich auf den Wandel der Bewertung als eugenisches Instrumentarium im nationalsozialistischen Regime zur Bewertung als Familienplanungsmethode.

¹⁰ Vgl. ebenda.

¹¹ Vgl. Bornikoel, Hubmann (1972), S. 90.

¹² Vgl. Staemmler et al. (1974), S. 1153, 1159.

¹³ Bornikoel, Hubmann (1972), S. 88.

¹⁴ Vgl. Schirren (1975b), S. 12; vgl. Pabst (1977), S. 583.

Der Anfang der 1970er Jahre markiert den Beginn der deutschen wissenschaftlichen Bearbeitung der Vasektomie. Damals erschienen erstmalig mehrere Artikel in urologischen Fachzeitschriften zur Vasektomie in der Bundesrepublik. Beispielsweise war die Sterilisation Gegenstand einer Tagung von Fachärzten verschiedener Disziplinen:¹⁵ Es hatte sich eine Gruppe von Medizinerinnen gebildet, die aus Urologen, Humangenetikern, Gynäkologen und Juristen bestand, und Anfang der 1970er Jahre mehrere Publikationen zur Vasektomie veröffentlichten. Ihre Themen knüpften sowohl in den Beiträgen als auch in den Diskussionsrunden an Diskurse der letzten Jahrzehnte an. Sowohl eugenische Denkweisen als auch das Umdefinieren von der eugenischen hin zur genetischen Indikation nahmen großen Raum ein.¹⁶ Statt Menschen mit Erbkrankheiten von der Fortpflanzung auszuschließen, um die Anzahl von Erbkrankheiten in der Gesamtbevölkerung über Generationen hinweg zu senken, sollten nun diesen Menschen zur Sterilisation geraten werden, um in ihrer Familie kein Kind mit einer Erbkrankheit zu zeugen. Dass dennoch eugenisches Gedankengut das Verhalten der Mediziner und Medizinerinnen beeinflusste, veranschaulicht die Aussage des Humangenetikers K.-H. Degenhardt von 1973: „Es ist der Sinn der Sterilisation zu verhindern, daß pathologische Erbanlagen auf die nächste Generation übertragen werden.“¹⁷ Allerdings beschäftigten sich die Redner erstmals auch mit der Vasektomie, die aus Familienplanungsgründen gewünscht wurde: Dabei traten selbst in dieser Tagung, bei der die Mehrheit der anwesenden Ärzte eher konservative Einstellungen vertraten, Argumentationen für die Zuständigkeit des Mannes in der Familienplanung auf. Der Androloge Carl Schirren meinte:

„Nehme man es mit der Gleichberechtigung ernst, dann solle sich der Mann nicht auf ein höheres Podest stellen und die Verantwortung der Familienplanung der Frau allein auflasten. Immer sei eine partnerschaftliche einvernehmliche Regelung notwendig.“¹⁸

¹⁵ Vgl. Bornikoel, Hubmann (1972), S. 87.

¹⁶ Vgl. ebenda, S. 87f.

¹⁷ Knipper et al. (1973), S. 146.

¹⁸ Bornikoel, Hubmann (1972), S. 88.

Dies und ähnliche Aussagen bedeuteten eine Anerkennung und Förderung der Vasektomie.¹⁹ Eine solche Einstellung zur Familienplanung war in den 1950er und 1960er Jahren kaum vertreten worden, besonders weil damals Empfängnisverhütung von ärztlichen Kreisen mehrheitlich abgelehnt worden war. Die gesellschaftliche und politische Etablierung von Familienplanung war demnach die Voraussetzung zur ernsthaften Auseinandersetzung mit der Vasektomie und schließlich deren Befürwortung.

Schirren war ein besonders vehementer Vertreter der gemeinschaftlichen Entscheidung beider Eheleute zur Sterilisation.²⁰ Doch auch das Verhältnis zwischen den Ehepartnern und dem ärztlichen Personal war Gegenstand des Diskurses: Besonders die Bedeutung von ärztlicher Information und Beratung betonten mehrere Autoren.²¹ Ärzte und Ärztinnen sollten nicht als „Handlanger des Patienten“²² degradiert werden,²³ sondern in der Entscheidungsfindung maßgeblich mitwirken und letztlich die Entscheidungsmacht besitzen, ob eine Sterilisation erfolgen solle oder nicht: „[...] der Arzt entscheidet und entschließt sich zum Eingriff einer Sterilisation, gleichgültig ob Gynäkologe oder Urologe.“²⁴ Dieses Zitat streift außerdem die Kooperationsbereitschaft zwischen den beiden Fachgebieten. So könne aufgrund der bereits suffizienten Koordination zwischen Gynäkologie und Urologie im Einzelfall entschieden werden, bei welchem Ehepartner der Eingriff erfolgen solle und gegebenenfalls zum Kollegen oder zur Kollegin der anderen Disziplin überwiesen werden.²⁵ Schließlich schnitten die Aussagen über die Paarentscheidung und den Stellenwert der Beratung und Entscheidungsgewalt des Arztes oder der Ärztin bereits Themen an, die in den kommenden Jahren an immenser Bedeutung gewinnen würden.

¹⁹ Vgl. Knipper, Brühl (1975), S. 9.

²⁰ Vgl. Schirren (1975a), S. 3539.

²¹ Vgl. Bornikoel, Hubmann (1972), S. 89.

²² Ebenda.

²³ Vgl. Schirren (1975b), S. 13.

²⁴ Knipper et al. (1973), S. 149.

²⁵ Vgl. ebenda, S. 147.

Anfang der 1970er Jahre finden sich erste mediale Erwähnungen der Vasektomie. Erstmals erschienen allgemeine Publikationen über die Vasektomie – beispielsweise in *Der Spiegel* 1972. Dabei stellte die Redaktion wissenschaftliche Errungenschaften aus den USA dar, die zu einer reversiblen Sterilisation führen sollten:²⁶ Dies sollte mittels des Einbauens eines Ventils in den Samenleiter, das verschlossen, bei erneutem Kinderwunsch jedoch wieder geöffnet werden konnte, erfolgen.²⁷ Auch deutsche Andrologen beschäftigten sich mit Möglichkeiten, die Sterilisation weniger endgültig zu machen: Der Androloge Rudolf Kaden erforschte beispielsweise 1973 die Funktionsfähigkeit von Spermadepotanlagen, bei denen Sperma vor der Vasektomie eingefroren wurde, um es bei erneutem Kinderwunsch zu Zeugung einer Schwangerschaft zu verwenden.²⁸ Die Vasektomie selbst wurde in *Der Spiegel* wie folgt charakterisiert:

„Ziemlich einfach und gefahrlos ist die Operation schon jetzt. Sie dauert knapp 20 Minuten, der Patient kann gleich wieder nach Hause und am nächsten Tag wieder zur Arbeit gehen.“²⁹

Im drastischen Unterschied zur Problematisierung der Sterilisation als sittenwidrigen Eingriff seitens der medizinischen und juristischen Fachwelt, hatte der Eingriff unter der Normalbevölkerung den Ruf einer unkomplizierten und harmlosen Angelegenheit. Doch auch unter der Ärzteschaft fand sich neuerdings Unterstützung für eine neutralere Einstellung zur Vasektomie:

„Darüber hinaus muss man sich klar sein, daß wir nicht den moralisierenden Zeigefinger zu erheben haben, sondern Helfer des ratsuchenden Ehepaares sind.“³⁰

Parallel zu den gerade beschriebenen, vielseitigen und teilweise unzusammenhängenden Themen, tat sich in den anfänglichen 1970er Jahren

²⁶ Vgl. Redaktion *Der Spiegel* (1972), S. 192f.

²⁷ Ebenda.

²⁸ Vgl. Kaden (1973), S. 8.

²⁹ Redaktion *Der Spiegel* (1972), S. 192.

³⁰ Schirren (1975b), S. 13.

ein Problemfeld auf, das einer Lösung bedurfte: Wie konnten die negativen gesundheitlichen Auswirkungen einer Vasektomie eruiert und quantifiziert werden? Das Verfahren um den Gynäkologen Axel Dohrn hatte gezeigt, dass sterilisierendes ärztliches Fachpersonal rechtlich nicht unantastbar war und die Durchführung einer Sterilisation mit einem gewissen Risiko für Chirurgen und Chirurginnen verbunden war. Daran hatte weder das umstrittene Dohrn-Urteil noch die standesrechtliche Anerkennung beim Ärztetag durch die Aufnahme der Sterilisation in die Berufsordnung etwas ändern können. Schließlich galt die chirurgische Unfruchtbarmachung immer noch als endgültiger in die Körperintegrität eingreifender und demnach sittlich umstrittener Eingriff. Die Angst vor Klagen aufgrund der *irreversiblen* Sterilisation war auch in den beginnenden 1970er Jahren weiterhin präsent.³¹ Der durch die Sterilisation zugefügte mögliche *Schaden* und die Risiken rückten stärker in den Fokus der Betrachtung.³² Dies geschah, da die rechtliche Entwicklung *erstens* mehr Interpretationsspielraum bei der Indikationsstellung für die Ärzteschaft als auch *zweitens* zu einer steigenden Anwendung geführt hatte und *drittens* die Möglichkeit weiterer Klagen wie ein Damoklesschwert über den Ärzten und Ärztinnen hing. Eine invasive medizinische Maßnahme darf nach ärztlich-ethischem Kodex dem Patienten oder der Patientin nur so viel Schaden zufügen, dass der Nutzen das Risiko übertrifft.³³ Nun da in den beginnenden 1970er Jahren keine medizinische Indikation mehr vorliegen *musste*, mussten die körperlichen und psychischen Risiken der Sterilisation demnach relativ zur medizinischen Indikation geringer sein.

Das Problem, das die Lösung dieses Dilemmas erschwerte, war, dass bisher nur wenige empirische Studien in der Bundesrepublik erhoben wurden, die die Risiken, körperliche und psychische Auswirkungen und die Häufigkeit von Komplikationen ermittelt hatten.³⁴ In den Artikeln der 1970er Jahre stellten die Autoren und Autorinnen immer wieder einen Bezug zur Sterilisationssituation in

³¹ Vgl. Bornikoel, Hubmann (1972); vgl. Knipper et al. (1973), S. 148; vgl. Mende (1976), S. 909; vgl. Hofstetter (1981), S. 726.

³² Vgl. Schirren (1975a), S. 3539; vgl. Knipper, Brühl (1975), S. 10; vgl. Kaden (1973), S. 7.

³³ Hippokratisches Prinzip „primum non nocere“.

³⁴ Vgl. Berlin-Bubla (1999), S. 10. Zur Forderung nach mehr Studien: Vgl. Mende (1976), S. 911.

den Vereinigten Staaten her:³⁵ Dort war die Sterilisation eine übliche Verhütungsmethode für Paare mit abgeschlossenem Kinderwunsch.³⁶ 1970 waren in zehn Prozent der Ehen einer der Partner sterilisiert³⁷ und 1975 seien es bereits 31 Prozent gewesen.³⁸ Auch das US-amerikanische Geschlechterverhältnis der Sterilisation versetzte bundesdeutsche Ärzte und Ärztinnen in Erstaunen: Während 1960 75 Prozent der Sterilisationen an Frauen durchgeführt wurden, waren 1971 75 Prozent der Sterilisationen Vasektomien.³⁹ Innerhalb von nur 15 Jahren hatte sich das Verhältnis umgekehrt und 1973 markierte das Jahr in den USA, in dem erstmalig eine Million Männer innerhalb eines Jahres sterilisiert wurden.⁴⁰ Die Vasektomie wurde in den Vereinigten Staaten sogar als „the nicest thing a man can do for a woman“ bezeichnet.⁴¹ Auch in anderen Ländern wie der Schweiz, Großbritannien oder in skandinavischen Ländern war die wissenschaftliche Bearbeitung und die Anwendung weiter als in der Bundesrepublik, weshalb erste bundesdeutsche Übersichtsarbeiten über die Vasektomie die englischsprachigen Studien zusammenfassten.⁴² Diese internationalen Arbeiten beantworteten fast alle Fragen zu Nebenwirkungen und körperlichen Reaktionen auf die Vasektomie.⁴³ In der Bundesrepublik waren so wenige *eigene* Untersuchungen erfolgt, dass erst Anfang der 1970er Jahre Studien über den Nachweis von Spermien nach Vasektomie veröffentlicht wurde.⁴⁴ Außerdem erschien eine Studie zur prophylaktischen Vasektomie, die zeigte, dass der Eingriff das Risiko einer Nebenhodenentzündung nach einer Operation im Genitalbereich senke.⁴⁵ Dafür, dass dieser wissenschaftliche Mangel als zu schließende Forschungslücke und Defizit im internationalen

³⁵ Vgl. Kaden (1973), S. 7; vgl. Pabst (1977), S. 583.

³⁶ Vgl. Musselmann (1984), S. 7; vgl. Alken (1980), S. 40.

³⁷ Vgl. Petersen (1976), S. 918.

³⁸ Vgl. Redaktion Der Spiegel (1977), S. 268

³⁹ Vgl. Petersen (1976), S. 918.

⁴⁰ Vgl. ebenda.

⁴¹ Vgl. Berlin-Bubla (1999), S. 16.

⁴² Vgl. Pabst (1977), S. 583-591.

⁴³ Vgl. ebenda, S. 589.

⁴⁴ Vgl. Konietzko, Reinecke (1973), S. 1221; vgl. Hild (1978), S. 149.

⁴⁵ Vgl. Thiemann (1974), S. 37.

wissenschaftlichen Wettlauf interpretiert wurde, können keine Hinweise in den Studien der folgenden Jahre gefunden werden.

Die Ursachen für die Studien waren folglich die Indikationsausweitung im vergangenen Jahrzehnt, der Wunsch nach juristischer Absicherung durch die Identifizierung der Risiken und Nebenwirkungen der Vasektomie und das ständige wissenschaftliche Bestreben, Wissen zu erweitern. Die „Versachlichung der Debatte“⁴⁶ identifizierte die Soziologin Daphne Hahn auch beim Diskurs über die Sterilisation der Frau. Sie sieht den Grund für die psychologischen Studien nicht in der Indikationsausweitung, sondern als Reaktion der Ärzteschaft aus „Furcht vor Massenausbreitung“⁴⁷ und als Mittel, um die Kontrolle zu behalten.⁴⁸ Allerdings lag das Zügel noch so fest in ärztlicher Hand und die Notwendigkeit der Sterilisation wurde auch durch das Dohrn-Urteil wenig hinterfragt, dass eine solche Schlussfolgerung für die Vasektomie nur bedingt Sinn ergibt.

1975 markierte ein weiteres Jahr der staatlichen Legitimation der männlichen und weiblichen Sterilisation: Damals trat das Fünfte Gesetz zur Reform des Strafrechts vom 18. Juni 1974 in Kraft.⁴⁹ Artikel acht des Gesetzes beeinflusste die „nicht-rechtswidrige“⁵⁰ Sterilisation juristisch, weshalb verschiedene Gesetzesentwürfe im Vorfeld eingebracht worden waren: 1972 lag ein Alternativentwurf des ersatzlos gestrichenen §226b vor, der im nationalsozialistischen Regime alle Sterilisationen, die nicht im GzVeN geregelt waren, unter Strafe gestellt hatte.⁵¹ Dieser Alternativentwurf stellte die Sterilisation des Mannes ab dem 25. Lebensjahr auf Wunsch frei und erlaubte den Eingriff vor diesem Zeitpunkt unter bestimmten Bedingungen wie der medizinischen und eugenischen Indikation und dem Vorhandensein von vier Kindern.⁵² Dies bedeutete, dass eine freiwillige Sterilisation aus

⁴⁶ Hahn (2000), S. 139.

⁴⁷ Ebenda, S. 150.

⁴⁸ Vgl. ebenda.

⁴⁹ Vgl. Siegmund-Schultze (1978), S. 157.

⁵⁰ Bspw. ebenda, S. 156.

⁵¹ Vgl. § 226b StGB (gültig vom 30. März 1943 bis 4. Februar 1946).

⁵² Vgl. Bornikoel, Hubmann (1972), S. 89; vgl. Hahn (2000), S. 144; vgl. Schlund (1978), S. 153f.

Familienplanungsgründen vor dem 26. Lebensjahr nicht möglich wäre. Auch die „bedingungslose Freigabe der Sterilisation nach dem 25. Lebensjahr“⁵³ wurde von vielen Ärzten kritisch gesehen und abgelehnt.⁵⁴ Auch andere Vorschläge forderten ähnliche Regelungen.⁵⁵ Ebenfalls sollte die vikariierende Sterilisation explizit erlaubt werden.⁵⁶ Es sei außerdem Konsens in der juristischen Literatur, dass eine Regelung der weiblichen Sterilisation sich ebenfalls auf die Sterilisation des Mannes beziehen würde.⁵⁷ Die Bestrebungen, Kriterien wie das Alter und die Kinderzahl rechtlich festzulegen, kann auf den Wunsch zurückgeführt werden, objektivierbare Fakten zu nutzen, die leicht vor Gericht bestehen konnten. Die Strafrechtsreform von 1974 nahm diese Entwürfe allerdings *nicht* auf und es wurden keine neuen Regelungen zur Sterilisation verfasst.⁵⁸ Es entstand auch kein neues Sterilisationsgesetz, das von vielen Ärzten und Ärztinnen gewünscht wurde.⁵⁹ Lediglich der §14 Abs.1 des GzVeNs, das freiwillige Unfruchtbarmachungen für „Nicht-Erbkranke“ verboten und unter Strafe gestellt hatte, aber im bundesdeutschen Rechtsstaat keine Anwendung mehr fand, wurde aufgehoben.⁶⁰ Eine Altersgrenze setzte sich deshalb nicht durch, da dies eine „Teilunmündigkeit Volljähriger“⁶¹ bedeuten würde, die „sich nicht ohne inneren Widerspruch in ein Rechtssystem integrieren ließe“,⁶² in dem volljährige Menschen über alle anderen Entscheidungen ihres Lebens selbst verfügen dürfen. Schließlich wurde das Einrichten von Gutachterstellen diskutiert, aber nie durchgesetzt.⁶³ „Die Eigenverantwortung im Gespräch“⁶⁴ zwischen ärztlichem Personal und Behandelten sei vorzuziehen.⁶⁵

Wie genau dies vonstattengehen solle, erläuterte das sogenannte „Hamburger Modell“ vom Andrologen Carl Schirren von 1972: Danach sollten

⁵³ Degenhardt (1973), S. 145.

⁵⁴ Vgl. ebenda.

⁵⁵ Vgl. Bornikoel, Hubmann (1972), S. 88; vgl. Knipper (1973), S. 20.

⁵⁶ Vgl. Bornikoel, Hubmann (1972), S. 88.

⁵⁷ Vgl. Schlund (1978), S. 153.

⁵⁸ Vgl. Siegmund-Schultze (1978), S. 157.

⁵⁹ Vgl. Eser (1980), S. 62f.

⁶⁰ Vgl. Siegmund-Schultze (1978), S. 157.

⁶¹ Lenckner (1980), S. 188.

⁶² Ebenda.

⁶³ Vgl. Bornikoel, Hubmann (1972), S. 88; vgl. Schirren (1976), S. 902.

⁶⁴ Bornikoel, Hubmann (1972), S. 89.

⁶⁵ Vgl. ebenda.

zwei Ärzte mit beiden Ehepartnern ein beratendes Gespräch führen, wobei die „gründlich[e] Untersuchung des Mannes“⁶⁶ explizit vorgeschrieben wurde.⁶⁷ Der Arzt oder die Ärztin sollten erfragen, warum eine endgültige Kontrazeption benötigt würde und auf Nebenwirkungen, Komplikationen und die Endgültigkeit des Eingriffes hinweisen.⁶⁸ Darüber, inwieweit dieses Modell praktische Anwendung in urologischen Praxen fand, finden sich im vorliegenden Quellenkorpus keine Untersuchungen.

Obwohl die Vorsätze, objektivierbare Kriterien einzuführen, scheiterten, führte der Beschluss über „Sonstige Hilfen“ des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen 1975 und 1976 zu einer fundamentalen Änderung: Die Sterilisation war ab August 1976 eine Kassenleistung der Gesetzlichen Krankenversicherung.⁶⁹ Dies bedeutete, dass die „ärztliche Untersuchung und Begutachtung zur Feststellung der Voraussetzungen einer nicht rechtswidrigen Sterilisation“⁷⁰ sowie der Behandlung, Pflege und Versorgung mit Arznei- und Heilmitteln ab 1976 nicht mehr privat von den Chirurgen und Chirurginnen liquidiert werden musste.⁷¹ Auch die Arbeitsunfähigkeit war gesetzlich festgelegt und konnte bescheinigt werden.⁷² Die Abrechnungsfähigkeit bestand ebenfalls für Sterilisationen, die „nicht mehr ausschließlich auf dem Vorliegen einer medizinischen Indikation“⁷³ beruhten. Ein weiterer Schritt Richtung Legitimation der Sterilisation als Familienplanungsmethode war damit gegangen worden. Auch den Verlust der Wirkmächtigkeit von Sittlichkeitsargumenten belegt die Reform: Anstelle des Verwerflichkeitsprinzips solle nun das Prinzip des Selbstschutzes wirken. Der Staat wolle den Bürger vor selbst zugefügtem Schaden durch eine ungehindert zugängliche Gefälligkeitssterilisation bewahren, der durch die Endgültigkeit der Unfruchtbarkeit verursacht werde.⁷⁴

⁶⁶ Schirren (1975b), S. 13.

⁶⁷ Vgl. ebenda.

⁶⁸ Vgl. ebenda.

⁶⁹ Vgl. Rausch (1977), S. 2183; vgl. Wurbs (1981), S. 12; vgl. Heinrichs et al. (1989), S. 8.

⁷⁰ Matzke, Schirmer (1976), S. 2324.

⁷¹ Vgl. ebenda; Vgl. Winz (1978), S. 254.

⁷² Vgl. Rausch (1977), S. 2183.

⁷³ Fiedler (1977), S. 2183.

⁷⁴ Vgl. Hahn (2000), S. 143.

IV.1.3 Beratung und Indikationswandel (1976 bis 1981)

„Dass [Sterilisationen] an Zahl zunehmen, und daß sie u.a. auch aus anderen Gründen als den genannten, insbesondere bei erfülltem Kinderwunsch vorgenommen und ihre Ergebnisse diskutiert werden, nimmt die Öffentlichkeit zur Kenntnis, ohne daran Anstoß zu nehmen.“¹

Diese Aussage stammt aus einem maßgeblichen Urteil von 1976, das in der Praxis jeden Zweifel beendete, dass eine Sterilisation aus Familienplanungsmotivation strafbar sein könnte; auch wenn Autoren und Autorinnen die Auffassung, dass eine rechtliche Verunsicherung herrsche, bis in die 1990er Jahre hinein reproduzierten.² Der schicksalshafte Prozess von 1976 war denkbar skurril: Eine Mutter dreier Kinder verklagte einen Gynäkologen auf Schmerzensgeld, weil er sie nach Absprache und Einwilligung sterilisiert hatte.³ Der Bundesgerichtshof wies die Klage ab.⁴ Der Prozess war deshalb so bedeutsam, da die Frau ursprünglich die Sterilisation verlangt hatte, da sie keine weiteren Kinder *wünschte*.⁵ Demnach war die Indikation der Sterilisation eine Familienplanungsmotivation und die Begründung des BGHs, warum solch eine Sterilisation rechtmäßig und nicht sittenwidrig sei, stand im Einklang mit bisherigen Entwicklungen:

„Nach den herrschenden Moralvorstellungen ist weder Empfängnisverhütung als solche noch ärztliche Mithilfe dazu verwerflich.“⁶

Die Etablierung von Familienplanung stand in der Bundesrepublik in einem größeren Gefüge gesellschaftlich-ideologischer Entwicklungen wie der Pluralisierung und Liberalisierung, bei denen Individualisierungstendenzen an Macht gewannen und staatliche Regulierungen zunehmend abgelehnt wurden. Deshalb entzog sich dem Staat in der bundesdeutschen Gesellschaft die

¹ BGH VI ZR 69/75 (1976), S. 1790.

² Vgl. Schlund (1978), S. 152; vgl. Müller-Mattheis et al. (1988), S. 325; vgl. Nieschlag (1987), S. 1107; Vgl. Thon et al. (1992), S. 55.

³ Vgl. Müller-Mattheis et al. (1988), S. 327.

⁴ Vgl. Siegmund-Schultze (1978), S. 157.

⁵ Vgl. BGH VI ZR 68/75 (1976).

⁶ Ebenda.

Verurteilungsmacht der sogenannten „Gefälligkeitssterilisationen“ als sittenwidrig. Die allgemeine Rechtsprechung und Rechtspraxis hatte in der Bundesrepublik eine Transformation durchlaufen, die auch die Sterilisation betraf: Weniger sollten wie noch früher, Gebote und Ideale verwirklicht werden und somit den Sollzustand einer idealen Gesellschaft darstellen, sondern die Rechtsprechung sollte sich an empirischen Fakten orientieren und somit den Istzustand der Bevölkerung abbilden.⁷ Dies wurde unterstrichen durch folgende Aussage über Empfängnisverhütung, die in den 1950er Jahren noch undenkbar gewesen wäre:

„Das entspricht der Werteordnung unserer Verfassung, die der Einzelpersonlichkeit für diesen innersten Bereich der Lebensverwirklichung einen Freiraum gewährt, zu dem die Gemeinschaft keinen Zugang hat, sei es auch nur in der Form von moralischer Kritik.“⁸

Dieser fundamentale Wandel schloss den langen Prozess der Etablierung der Familienplanung als Indikation auch für die irreversible Sterilisation ab. Folglich war spätestens ab 1976 jede Sterilisation, dazuhin die aus rein familienplanerischen Gründen, in der Bundesrepublik straffrei.⁹ So schrieb der Strafrechtswissenschaftler Theodor Lenckner 1980:

„Für das geltende Recht [...] wird es deshalb [...] so bleiben müssen, daß Volljährige, soweit sie nicht geisteskrank oder sonst psychisch gestört sind, ohne Rücksicht auf das Vorliegen einer besonderen Indikation in jede Sterilisation wirksam einwilligen können.“¹⁰

Die ärztliche Pflicht, eine Sterilisation durchzuführen, bestand laut Lenckner jedoch nicht.¹¹ Anders bewertete dies der Rechtsanwalt G. Siegmund-Schultze: Seitdem die Sterilisation eine Kassenleistung geworden war, dürfe eine Person die Operation beanspruchen und ein „Verweigerungsrecht des Arztes aus

⁷ Vgl. Petersen (1981b), S. 33.

⁸ BGH VI ZR 69/75 (1976).

⁹ Vgl. Eser (1980), S. 57.

¹⁰ Lenckner (1980), S. 188.

¹¹ Vgl. ebenda.

Gewissensgründen“¹² wie beim Schwangerschaftsabbruch sei nicht vorgesehen.¹³

Im Angesicht der Tatsache, dass jede Sterilisation rechtsgültig und eine Kassenleistung geworden war,¹⁴ ist es umso erstaunlicher, dass im selben Jahr die Indikationen für die Sterilisation in der ärztlichen Berufsordnung unverändert blieben.¹⁵ Auch die neue Berufsordnung, die auf dem Deutschen Ärztetag 1976 beschlossen wurde, legte die Sittenhaftigkeit der Sterilisation lediglich bei einer medizinischen, genetischen und schwerwiegend sozialen Indikation sicher fest.¹⁶ Die Familienplanungsmotivation war erneut ausgelassen worden und nicht offiziell vorgesehen.¹⁷ Über die Gründe lässt sich nur spekulieren: Eine mögliche Erklärung ist, dass eine offizielle Stellungnahme zu dem trotz allem relativ kontroversen Thema schlicht nicht notwendig war – Sterilisationen aus erfülltem Kinderwunsch wurden ohne rechtliche Konsequenzen durchgeführt. Position für Familienplanung zu beziehen, hätte vermutlich mehr Gegenstimmen aus konservativen Strömungen mobilisiert, als dass es urologische und gynäkologische Fachärzte und -ärztinnen unterstützt hätte. Der Jurist Peter Finger folgert zwar, dass nicht das Strafgesetzbuch, sondern die Berufsordnung die operierenden Ärzte und Ärztinnen aufgrund der „Indikationslösung“¹⁸ in der Ausübung der Sterilisation einschränkten,¹⁹ jedoch kann in der Praxis kaum von Restriktionen gesprochen werden. Öffentliche Forderungen nach einer Implementierung der Familienplanungsmethode in der Berufsordnung von ärztlicher Seite waren jedenfalls nicht zu finden. Der Rechtsanwalt G. Siegmund-Schultze bezog zur neuen Berufsordnung mit Verweis auf das Urteil von 1976, das die Sterilisation aus Familienplanungsgründen als nicht-rechtswidrig erachtete, allerdings deutlich Stellung:

¹² Siegmund-Schultze (1978), S. 158.

¹³ Vgl. ebenda.

¹⁴ Vgl. Redaktion Deutsches Ärzteblatt (1977a), S. 2183.

¹⁵ Vgl. Siegmund-Schultze (1978), S. 157.

¹⁶ Vgl. Matzke, Schirmer (1976), S. 2325.

¹⁷ Vgl. Pabst (1977), S. 583.

¹⁸ Finger (1986), S. 332.

¹⁹ Vgl. ebenda.

„Nach dieser Entscheidung des Bundesgerichtshofs, die der zunehmenden Liberalisierung im Bereich der Empfängnisverhütung Rechnung trägt, müssen die Entschließungen der Deutschen Ärztetage als überholt angesehen werden. Es ist daher davon auszugehen, daß auch bei einer „Gefälligkeitssterilisation“, wenn keine besonderen Umstände entgegenstehen, kein Verstoß gegen die guten Sitten und somit eine nicht rechtswidrige Sterilisation vorliegt.“

Dass solch eine Unterstützung nicht von Nöten war, zeigen die vorliegenden Zahlen zur Vasektomie: 1977 ließen sich 30.000 bis 40.000 Frauen und etwa 7.000 Männer sterilisieren²⁰ – so viele wie nie zuvor. Eine andere Quelle nennt 20.000 bis 30.000 Sterilisationen pro Jahr, wobei zehn Prozent Männer gewesen seien.²¹ Dafür führten 80 Prozent aller niedergelassenen Urologen und Urologinnen, die an einer repräsentativen Umfrage teilnahmen, Vasektomien als operative Eingriffe in ihren Praxen durch.²² Dass die absoluten Zahlen auch weiterhin niedrig waren, verdeutlicht die Meldung, dass sich 1974 in der Münchner Universitätsurologie von 8000 Patienten nur 40 hatten stationär vasktomieren lassen.²³ Statistisches Datenmaterial zu finden, gestaltete sich in den 1970er Jahren schwierig, da die „Dunkelziffer“²⁴ durch die hohe Rate an *ambulant* Eingriffen eine repräsentative Statistik erschwerte.²⁵ Abgesehen von der steigenden Anwendung der Vasektomie, wuchs auch ihre Bekanntheit: Eine Befragung zeigte, dass allen Probanden die Vasektomie als Verhütungsmethode bekannt war,²⁶ allerdings sei der Wunsch nach besserer Information „keineswegs befriedigt“²⁷. Die Vasektomie war außerdem Gegenstand in Magazinen wie *Der Spiegel*, der in einem Artikel die Situation der Sterilisation in den Vereinigten Staaten darstellte.²⁸ Außerdem explodierte

²⁰ Vgl. Musselmann (1984), S. 8.

²¹ Vgl. Redaktion *Der Spiegel* (1979), S. 137.

²² Vgl. Frick-Bruder (1980), S. 53.

²³ Vgl. Redaktion *Deutsches Ärzteblatt* (1977b), S. 94.

²⁴ Knipper (1978), S. 142.

²⁵ Vgl. ebenda.

²⁶ Vgl. Wyrsh (1977), S. 7.

²⁷ Ebenda, S. 13.

²⁸ Vgl. Redaktion *Der Spiegel* (1978), S. 152.

die Anzahl der zur Vasektomie veröffentlichten Fachartikel, die meist die Indikation eines erfüllten Kinderwunsches wertfrei verwendeten.²⁹

Nun, da die Nachfrage deutlich gestiegen war und die Sterilisation auch beim Mann explizit erlaubt war, gewann die wissenschaftliche Bearbeitung der Vasektomie an Bedeutung. Es stellte sich die Frage nach den psychosexuellen Reaktionen auf die Vasektomie und den Langzeitfolgen. Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen verschiedener Fachrichtungen wie der Andrologie, urologischen Chirurgie und Psychologie erhoben ihre Daten meist mittels Fragebögen. Vasektomierte Männer wurden nach unterschiedlich langen Zeiträumen zu ihrer Sterilisation befragt, um sowohl unmittelbare als auch Langzeitwirkungen determinieren zu können. Die Soziologin Daphne Hahn untersuchte bereits die Studien zur Sterilisation der Frau und diese Arbeit kann nun das Bild vervollständigen, indem sie die Studien zur Vasektomie analysiert. Die Identifikation von prognostischen Kriterien war ein gemeinsames Ziel der verschiedenen Untersuchungen. Retrospektiv sollte empirisch festgestellt werden, welche Voraussetzungen sich auf den körperlichen Heilungsprozess und wichtiger auf die *seelische* Verarbeitung der Vasektomie negativ auswirkten. Im Kern ging es darum, voraussagen zu können, unter welchen Umständen ein Mann ein hohes Risiko hatte, den Eingriff zu bereuen.³⁰ Verarbeiteten Väter dreier Kinder den (freiwilligen) Verlust der Fruchtbarkeit besser als Männer mit nur zwei Kindern? Waren Akademiker anfälliger als Arbeiter? Sollte man Partnern, die einen Schwangerschaftsabbruch hatten durchführen lassen, wegen des Traumas gänzlich von der Sterilisation abraten? Da die Sterilisation ein weitgehend irreversibler Eingriff war, sollte unter allen Umständen vermieden werden, dass Patienten ihren Entschluss später bereuen würden.³¹ Zum einen fürchteten Chirurgen und Chirurginnen von unzufriedenen Patienten eher Klagen.³² Zum anderen durchliefen alte Argumente der Unsittlichkeit einen Umdeutungsprozess: In den 1960er Jahren interpretierten

²⁹ Vgl. Pabst (1977), S. 583.

³⁰ Vgl. Goebel et al. (1989), S. 5.

³¹ Vgl. Mende (1976), S. 909.

³² Vgl. Redaktion Deutsches Ärzteblatt (1976), S. 1976; vgl. Thon et al. (1992), S. 55.

ärztliche und kirchliche Autoren und Autorinnen die Endgültigkeit als Grund, die Sterilisation unter den Verhütungsmethoden als unsittlich zu bewerten, da es unmoralisch sei, die (göttliche) Gabe der Fruchtbarkeit unwiderruflich abzulehnen und dem Geschlechtsverkehr ohne das Potenzial, Kinder zu zeugen, zu frönen. Ab Mitte der 1970 Jahre wurden diese Argumente versachlicht: Es sei nur in diesem Fall gegen die ärztliche Ethik einem Patienten die Fruchtbarkeit dauerhaft zu nehmen, wenn er dies aller Wahrscheinlichkeit nach später bedauern würde. Würde der Mann eine überlegte Entscheidung treffen, die vom behandelnden Fachpersonal akzeptiert wurde, stand der Vasektomie nichts im Wege.³³

Trotz der Vielzahl an Untersuchungen, die Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen aus unterschiedlichen Fachdisziplinen erhoben, zogen die Analysen erstaunlich konsensuelle Schlüsse: Zu den günstigen Voraussetzungen zählten eine

„eindeutige Motivation; bewußte, freie Entscheidung; Übereinstimmung mit Partnerin; harmonische, gleichgewichtige Partnerschaft; ausgeglichene, stabile Partnerschaft; sachgerechte eingehende individ[uelle] Beratung“.³⁴

Diese Prognosefaktoren bezogen sich demzufolge auf die Entscheidungsfindung, die Partnerschaft und die Arzt-Patient-Beziehung. Die negativen prognostische Kriterien beinhalten die gegensätzliche Entsprechung zu den förderlichen Prognosefaktoren: Eine schlechte Verarbeitung sei bei eingeschränkter Freiwilligkeit, Disharmonie in der Ehe und dem Vorhandensein einer psychisch labilen und neurotischen Persönlichkeit zu erwarten.³⁵ Gerade Ängste, nach der Sterilisation „kein vollwertiger Mann zu sein“³⁶, stellten für die befragten Männer Hemmnisse für die Durchführung der Vasektomie dar.³⁷ Deshalb befürworteten viele Studienteilnehmer einer Befragung die Vasektomie zwar für die Allgemeinheit, würden sie aber selbst nicht anwenden.³⁸ Als

³³ Vgl. Petersen (1976), S. 917.

³⁴ Petersen (1979), S. 238.

³⁵ Vgl. ebenda.

³⁶ Wyrsh (1977), S. 15.

³⁷ Vgl. ebenda, S. 14.

³⁸ Vgl. ebenda, S. 15.

Prognosekriterien für die Verarbeitung der Vasektomie irrelevant seien „Alter, Kinderzahl, Religion, Bildung, Beruf“.³⁹ Diese objektivierbaren Kriterien wie Alter und Kinderzahl, die nur wenige Jahre zuvor in den Entwürfen zur Fünften Strafrechtsreform zur rechtlichen Regelung der Sterilisation gefordert worden waren, warfen die einflussreichen Autoren Carl Schirren aus der Andrologie und Peter Petersen aus der Psychologie kurzerhand für die Entscheidungsfindung über Bord.

Zur „eindeutigen Motivation“⁴⁰ zählten die Beweggründe des Mannes und der Grad der Freiwilligkeit des Entschlusses. Dabei sollten Ärzte und Ärztinnen gegenüber unausgereiften Entscheidungen, die beispielsweise überstürzt direkt nach der Geburt eines nicht gewünschten Kindes gefällt wurden, wachsam sein.⁴¹ Jede Form von Druck oder Zwang könnten sich negativ auf die Verarbeitung auswirken.⁴² Solch eine Reaktion wollte man auch deswegen vermeiden, da der Verlust der Fortpflanzungsfähigkeit „in irgendeiner Weise zweifellos ein psychisches Trauma, dessen Bewältigung nicht unbedingt jedem Manne möglich“⁴³ sei, darstelle. Um dies zu umgehen solle der Entschluss möglichst „selbstverantwortlich“⁴⁴ gefasst werden.⁴⁵ Die Studien belegten nämlich, dass die Zufriedenheit mit der Sterilisation als frei gewählte Familienplanungsmethode besser sei als mit der Sterilisation aus medizinischer Indikation, bei der der Eingriff erfolgen *musste*.⁴⁶ Dies förderte die Indikation des erfüllten Kinderwunsches weiter.

Die „bewußte, freie Entscheidung“ wiederum umfasste drei Aspekte: Erstens betonte dies den Unterschied zwischen der nicht-rechtswidrigen Sterilisation und Zwangssterilisation. Zum Zweiten beinhaltete die Beschreibung „bewußt“ die Problematik der Einwilligungsfähigkeit. Auf die komplexe Thematik der Sterilisation von geistig eingeschränkten Menschen jedoch wurde in den untersuchten Artikel selten oder marginal aufmerksam gemacht. Und drittens

³⁹ Petersen (1979), S. 238.

⁴⁰ Ebenda.

⁴¹ Vgl. Redaktion Deutsches Ärzteblatt (1976), S. 1976.

⁴² Vgl. Redaktion Sexualmedizin (1979), S. 185.

⁴³ Knipper (1978), S. 144.

⁴⁴ Petersen (1978), S. 698.

⁴⁵ Vgl. Petersen (1978), S. 698.

⁴⁶ Vgl. ebenda.

kann eine bewusste Entscheidung nur durch eine regelrechte Aufklärung erfolgen.⁴⁷ Zur informierten Einwilligung (informed consent) gehörten die Beratung und die Übermittlung von Informationen. Obwohl kein Beratungszwang wie beim Schwangerschaftsabbruch gesetzlich für die Sterilisation festgelegt war, galt eine „vertraglich geschuldete Beratungspflicht“⁴⁸ des Arztes oder der Ärztin. Diese beinhaltete eine über die allgemeine ärztliche Aufklärungspflicht hinausgehende Darlegung der Erfolgssicherheit der Operation und der Misserfolgsquote.⁴⁹ Den nicht sachkundigen Patientinnen und Patienten müssen diese Informationen bewusst sein und sie sollten zu einer informierten Entscheidung kommen können.⁵⁰ Zusammenfassend hatte ein Paar besonders in *dem* Fall eine gute Chance, einen Arzt oder eine Ärztin zu finden, der eine Vasektomie durchführen würde, wenn der Entschluss ohne Zwang und ohne innere Ambivalenz getroffen wurde. Zu den meisten Aufklärungen, die häufig in den Studien veröffentlicht wurden, zählten folgende Inhalte: Verfahren und Zweck der Operation, Dauerhaftigkeit der Unfruchtbarkeit, Folgen, Risiken und Nebenwirkung der Operation, Versicherung der Freiwilligkeit der Einwilligung, Misserfolgsrisiko und Dauerhaftigkeit des Entschlusses.⁵¹

Als zweiten Aspekt der günstigen Prognosekriterien neben der Motivation für den Eingriff nannten die Autoren und Autorinnen drei Gesichtspunkte bezüglich der Partnerschaft: Erstens solle die Entscheidung gemeinschaftlich getroffen werden, zweitens solle Gleichberechtigung in der Beziehung herrschen und drittens solle die Beziehung harmonisch und stabil sein.⁵² Die Sterilisation sei ein Eingriff am Paar,⁵³ weshalb die Ehefrau bei der Beratung dabei sein und mit der Sterilisation des Mannes einverstanden sein solle. Auch deren Unterschrift war bei der Einverständniserklärung gewünscht.⁵⁴ Bei der Sterilisation der Frau forderten Ärzte und Ärztinnen häufig entsprechend eine Signatur des

⁴⁷ Vgl. Petersen (1976), S. 917.

⁴⁸ Caemmerer (1991), S. 132.

⁴⁹ Vgl. Ebenda

⁵⁰ Vgl. Ebenda

⁵¹ Vgl. Heering (1980), S. 24f.

⁵² Vgl. Petersen (1979), S. 238.

⁵³ Vgl. ebenda, S. 235.

⁵⁴ Vgl. Heering (1980), S. 21; vgl. Schirren (1980), S. 554; vgl. Goebel et al. (1989), S. 6.

Ehegatten.⁵⁵ Dies hatte allerdings keine rechtliche Konsequenz, da „jeder kraft eigener Selbstbestimmung für sich entscheiden kann.“⁵⁶

In den 1970er Jahren war die Grundlage für die Indikation des endgültigen Eingriffs die jetzige, nicht sicher dauerhafte Beziehung und der erfüllte Kinderwunsch beider Partner. Nur da sich das Paar *gemeinsam* dazu entschlossen hatte, keine weiteren Kinder zu zeugen, durfte eine Sterilisation erfolgen. Würden sich die Eheleute trennen und der Mann eine Partnerschaft mit einer neuen Frau mit Kinderwunsch eingehen, könnte die Indikation nichtig werden. Die einzige Möglichkeit, dieses Dilemma zu umgehen, sahen die Autoren und Autorinnen darin, Männer nur dann zu sterilisieren, wenn der Arzt oder die Ärztin die Beziehung als stabil einschätze.⁵⁷ Um zu verhindern, dass der vasktomierte Mann nach einer Trennung den irreversiblen Eingriff bereuen könnte, war die Einschätzung der Partnerschaft durch den Arzt oder die Ärztin von solcher Bedeutung. Sie diente als ethischer Rechtfertigungsgrund für die Durchführung der Operation und als eines der wichtigsten Prognosekriterien:

„Die gemeinsame, einverständliche und übereinstimmende Entscheidung beider Ehe- oder Lebenspartner ist eine wesentliche Voraussetzung für den günstigen Verlauf.“⁵⁸

Ein weiterer Prognosefaktor stellte die „sachgerechte, eingehende individ[uelle] Beratung“⁵⁹ dar. Wie bereits erwähnt, unterlag der Chirurg oder die Chirurkin einer rechtlichen Beratungspflicht. Für den Psychiater Peter Petersen ging die Beratung jedoch über das Aufklären von Misserfolgsquoten hinaus:

Die Beratung diente einerseits als Prognosekriterium, da die seelische Bewältigung des Fruchtbarkeitsverlusts ohne vorherige Beratung empirisch schlechter verlaufe.⁶⁰ Dies hing damit zusammen, dass die Beratung den Informationstransfer förderte und eine ausgereifte Entscheidung begünstigte. Andererseits fungierte sie als Screening-Test, um vulnerable Personen

⁵⁵ Vgl. Lenhard (1977), S. 4.

⁵⁶ Siegmund-Schultze (1978), S. 157.

⁵⁷ Vgl. Heering (1980), S. 23, 57.

⁵⁸ Petersen (1979), S. 240.

⁵⁹ Ebenda, S. 238.

⁶⁰ Vgl. Goebel et al. (1989), S. 5.

identifizieren zu können, denen das ärztliche Fachpersonal die Vasektomie besser verweigern solle.⁶¹ Während der Beratung könne der Arzt oder die Ärztin die Eindeutigkeit der Motivation des Mannes prüfen:⁶² Welchen Stellenwert hatte beispielsweise die eigene Zeugungsfähigkeit für die sexuelle Erfüllung des Klienten? Petersen erklärte:

„Sind beide Bedürfnisse [Fortpflanzung und sexuelle Kommunikation] verworren ineinander verschränkt – wie es häufig bei seelisch gestörten und nicht selten in konflikträchtigen Partnerschaften der Fall ist –, so ist keine echte Verzichtleistung auf die Fruchtbarkeit möglich. Es läßt sich vermuten, daß solche Männer den Eingriff bereuen oder Beschwerden entwickeln.“

Die Ärztin Sabine Recksiek bezeichnete dieses Vorgehen als notwendige „Auslese der Klienten“⁶³ durch den Arzt oder die Ärztin, selbst wenn der Patient noch immer den Wunsch nach einer Vasektomie verspüre.⁶⁴ Die Beratung diene jedoch nicht nur dem „Schutz“ der Patienten, sondern auch der Absicherung des ärztlichen Personals vor Klagen. Indem die Motivation des Ratsuchenden im Gespräch ermittelt werden sollte, sollten zudem *sittlich* strittige Beweggründe erfasst werden.⁶⁵ So dürfe die Vasektomie nicht „als Droge gegen sexuelle Schwierigkeiten oder als Allheilmittel gegen evtl. finanzielle Probleme“⁶⁶ missbraucht werden. Dennoch warnte Recksiek vor einer moralischen Verurteilung und betonte, dass der Berater oder die Beraterin „Objektivität“⁶⁷ und Empathie mit dem ratsuchenden Paar anstreben solle.⁶⁸ Wie schwierig die Einschätzung der teils komplexen Motivationen sein konnte, veranschaulichte Recksiek anhand einiger Beispiele aus ihrer Beratungserfahrung:

⁶¹ Vgl. Petersen (1979), S. 239; vgl. Petersen (1980), S. 557.

⁶² Vgl. Petersen (1979), S. 239.

⁶³ Recksiek (1981), S. 108.

⁶⁴ Vgl. ebenda.

⁶⁵ Vgl. Knipper (1978), S. 142.

⁶⁶ Ebenda.

⁶⁷ Recksiek (1981), S. 111.

⁶⁸ Vgl. ebenda.

„- Ein junges Paar will keine Kinder, um unabhängig zu sein. Medizinische, genetische und finanzielle Gründe, die gegen ein Kind sprechen liegen nicht vor.

- Ein alleinstehender junger Mann wünscht die Vasektomie, um seinen Sexualtrieb ungehindert ausleben zu können.

- Ein katholisches Ehepaar mit 4 Kindern lehnt die gängigen Kontrazeptionsmethoden aus religiösen Gründen ab. Die einmalige Sünde der Sterilisation schätzt es geringer ein.

- Ein Mann, der mit seiner Ehe unzufrieden ist, sich aber aus wichtigen Gründen nicht scheiden lassen will, möchte ohne Wissen seiner Frau vasektomiert werden, um außerehelichen sexuellen Beziehungen ungehinderter nachgehen zu können.

- Eine Frau drängt ihren Mann zur Vasektomie, da sie eine weitere Schwangerschaft nicht mehr und auch keine Tubenligatur verkraften kann. Der Mann hätte aber gern noch ein Kind.

- Eine Frau verweigert aus Mißtrauen gegenüber ihrem Mann ihre Einwilligung zur Vasektomie. Dieser gib hin und wieder zum Mißtrauen Anlaß; er wünscht jetzt aus finanziellen Gründen vasektomiert werden.

- Eine junge Frau, deren Partner keine Kinder will und selbst aber viele Befürchtungen gegenüber der Vasektomie hat, entscheidet sich nach einigen Jahren der Unsicherheit (ob sie selbst Kinder haben möchte) für die Kinderlosigkeit und eine Tubenligatur.“⁶⁹

Doch die Autoren beschrieben nicht nur negative Beispiele, sondern gaben in einigen Punkten Entwarnung: Der Psychiater Petersen wehrte sich beispielsweise ausdrücklich gegen die verbreitete Behauptung, Männer würden mit der Vasektomie einen „Schlag gegen die Männlichkeit“ erleiden:

„In der Bundesrepublik Deutschland spielen sich auf diesem Feld gegenwärtig Rückzugsgefechte ab: Die Verfechter der alten feudalaristokratischen Orientierung, die dem Mann ewige Fortpflanzungsfähigkeit und potentiell unbegrenzte Kinderzahl glauben

⁶⁹ Recksiek (1981), S. 112.

sichern zu müssen, warnen mit Unkenrufen vor dem Verlust des Männlichkeitsempfinden und Selbstwertgefühls, das beim (deutschen) Mann in puncto Zeugungsmöglichkeit viel sensibler sei als bei der Frau.“⁷⁰

Im Gegenteil betonte er zusammen mit mehreren Autoren über den gesamten Untersuchungszeitraum die befreiende Wirkung des Wegfalls der Anwendung anderer Verhütungsmethoden und der „Schwängerungsangst“ sowohl auf den vasktomierten Mann als auch die Partnerschaft.⁷¹ Da Petersen sowohl die psychosexuelle Reaktion von Männern als auch Frauen auf die Sterilisation untersuchte, kann festgestellt werden, dass er sich für die gleichen Prognosekriterien bei beiden Geschlechtern aussprach.⁷² Außerdem begrüßte er die Entwicklung, dass in einer Zeit des männlichen Rückzugs aus der Verhütungsverantwortung aufgrund der breiten Verwendung von Ovulationshemmern sich mehr Männer für die Vasektomie entschieden:

„Die Emanzipation des Mannes in Sachen Familienplanung findet tatsächlich statt; er übernimmt eigene Verantwortung durch Verzicht auf seine Fruchtbarkeit.“⁷³

Sowohl die Fragestellungen als auch die Ergebnisse der Studien unterschieden sich je nachdem aus welcher Fachrichtung – der Andrologie, der Urologie oder der Psychiatrie – die Untersuchungen stammten. Der besonders fleißige Publizist und Androloge Carl Schirren zeichnete sich durch eine große Offenheit für die Vasektomie im Gegensatz zur weiblichen Sterilisation aus. Die Andrologie als „Männerheilkunde“ hatte sich selbstverständlich auf den Mann ausgerichtet und trug deshalb maßgeblich an der Erforschung der Vasektomie bei. Er betonte die Beratung und die Wichtigkeit der Motivation, im Gegensatz zur Indikation.⁷⁴ Chirurgisch tätige Urologen wie W. Knipper, Lothar

⁷⁰ Recksiek (1981), S. 235.

⁷¹ Vgl. Hauser (1955), S. 5; vgl. Heering (1980); vgl. Wurbs (1981), S. 35; vgl. Kreß (1989), S. 3; vgl. Blume (1997), S. 172; vgl. Berlin-Bubla (1999), S. 27.

⁷² Vgl. Petersen (1979), S. 239.

⁷³ Ebenda, S. 235.

⁷⁴ Vgl. Schirren (1980), S. 554.

Wagenknecht und Rudolf Schmid forderten häufiger eine strikte Indikationslösung für die Vasektomie, da die Entscheidung, ob eine Sterilisation indiziert sei oder nicht, in jedem Fall beim Operateur oder bei der Operateurin lag.⁷⁵ Dabei war letztendlich irrelevant, wie viel Beratung der vasktomierte Mann im Vorfeld erlebt hatte. Klage der Mann, lief der Prozess gegen den Chirurgen oder die Chirurgin. Es entwickelten sich in verschiedenen Kliniken unterschiedliche interne Regelungen, unter welchen Umständen sterilisiert wurde.⁷⁶ Sei es eine Altersgrenze von 25 Jahren oder eine Kinderanzahl von drei bis vier Kindern.⁷⁷ Diesen Wandel „vom Gesetz zur Norm“⁷⁸ beschrieb bereits Hahn für die Sterilisation der Frau.⁷⁹ Gleiches lässt sich auch für die Vasektomie feststellen. Ein Chirurg lehnte die Anwendung der Vasektomie allgemein bei Männern unter 30 Jahren ab,⁸⁰ gleich welche Beweggründe denjenigen zur Nachfrage gebracht hatten. Artikel und Beiträge von chirurgischen Autoren und Autorinnen erläuterten überproportional häufig deren Forschung zu Spermatozoennachweisen und Rekanalisationswahrscheinlichkeiten.⁸¹ So sollte die Wahrscheinlichkeit der Zeugung eines Kindes nach missglückter Vasektomie verringert werden, um Schadensersatzklagen zu vermeiden. Außerdem zeichnen sich diese Publikationen dadurch aus, dass der Fokus weniger auf der seelischen Verarbeitung und deren Prognosekriterien, sondern auf dem technischen Verfahren, den Nebenwirkungen, Nachsorgeuntersuchungen und möglichen Komplikationen lag⁸² – kurzum auf den rein medizinisch-chirurgischen Aspekten der Vasektomie.

Für den Psychiater Peter Petersen wiederum, der die seelischen Auswirkungen der Sterilisation auf Mann und Frau als sein Forschungsgebiet gewählt hatte, bedeutete die Vasektomie einen Eingriff, der „tiefe seelische,

⁷⁵ Vgl. Redaktion Deutsches Ärzteblatt (1976), S. 1976.

⁷⁶ Vgl. Knipper (1978), S. 142; vgl. Schmid (1979), S. 27; vgl. Petersen (1978), S. 701.

⁷⁷ Vgl. Knipper (1978), S. 142.

⁷⁸ Hahn (2000), S. 142.

⁷⁹ Vgl. ebenda, S. 142f.

⁸⁰ Vgl. Schmid (1979), S. 27.

⁸¹ Vgl. ebenda, S. 28; Vgl. Hild (1978), S. 149-151.

⁸² Vgl. Wagenknecht (1978), S. 145-147.

körperliche und mitmenschliche Schichten erreicht“⁸³. Er betonte wie die meisten Andrologen und Androloginnen in besonderem Maße die Wichtigkeit der Beratung, um eine möglichst positive Verarbeitung zu erlangen, da Psychiater und Psychiaterinnen nicht selbst operieren würden und deshalb keine Klagen zu fürchten hatten. Manche Autoren vertraten die Meinung, dass die Vasektomie zu einer „psychischen Labilisierung des Ehesystems“⁸⁴ führen könne. Petersen jedoch hatte eine besonders positive Einstellung zur Sterilisation und insbesondere zur Vasektomie, sofern die Männer und Paare dazu geeignet seien. Trotz der Unterschiede brachten die Studien einen wissenschaftlichen Konsens hervor, der Prognosekriterien hervorgebracht hatte, die die seelische Verarbeitung der Vasektomie voraussagbar machte: Eine eindeutige Motivation zur Vasektomie, eine freie und bewusst getroffene Entscheidung und eine stabile Partnerschaft. Die ausführliche Beratung des Paares fungierte meist als Stellschraube zur Ermittlung der oben genannten Kriterien und war Voraussetzung für die Durchführung des Eingriffs. Die durchschnittliche Unzufriedenheit bei Männern lag laut der Studien bei nur 1,3 Prozent.⁸⁵

In der Arzt-Patient-Hierarchie lassen sich einige Entwicklungen bezüglich des Macht- und Autonomieverhältnisses feststellen: Da diese subjektiven Prognosekriterien nur aufgrund einer ausführlichen Anamnese, der ärztlichen Erfahrung und des medizinischen Fachwissens identifiziert werden konnten, lässt sich die These aufstellen, dass sich die Ärzte und Ärztinnen *selbst* als wichtigsten Schlüssel zu einer guten seelischen Bewältigung der Vasektomie sahen. Da objektivierbare Kriterien wie Alter und Anzahl der Kinder als nicht ausschlaggebend für die Verarbeitung identifiziert wurden, oblag es der ärztlichen Definitionsmacht, inwiefern ein Patient für eine Vasektomie geeignet war oder nicht. Dieses notwendige Expertenwissen bedeutete einen Machterhalt für die Ärzteschaft.⁸⁶ Kontinuierlich warnten Autoren und

⁸³ Petersen (1979), S. 236.

⁸⁴ Ebenda, S. 238

⁸⁵ Vgl. Frick-Bruder (1980), S. 53.

⁸⁶ Vgl. Hahn (2000), S. 173.

Autorinnen davor, zum Handlanger der Patientinnen und Patienten degradiert zu werden.⁸⁷ Die Hierarchie in der Arzt-Patientenbeziehung war folglich klargestellt: Das Paar kam mit dem Wunsch einer Vasektomie zur beratenden Fachkraft und diese müsse die Eignung des Mannes bewerten. Der Androloge Carl Schirren bezieht klar Stellung:

„Der Arzt ist kein Erfüllungsgehilfe derjenigen, die eine Vasektomie wünschen, mag auch das Gesetz die Möglichkeit der Vasektomie vor dem 25. Lebensjahre eröffnen. Die Entscheidung für oder wider muß der Arzt alleine treffen.“⁸⁸

Der Arzt oder die Ärztin hatte somit meist oberste Entscheidungsgewalt, darüber ob eine Vasektomie indiziert sei. In einem anderen Artikel hieß es „Information und Beratung machen erst die persönliche Entscheidung des Urologen möglich.“⁸⁹ Diese Dynamik war aus früheren Zeiten bekannt mit dem Unterschied, dass die *Initiative* häufiger als bisher vom Paar ausging. Die Bedeutung der Beratung stärkte überdies das Vertrauensverhältnis in der Arzt-Patient-Beziehung: Der Wunsch nach Vasektomie anstelle einer Sterilisation der Ehefrau wurde ernst genommen und das Paar sollte sachgerecht und empathisch beraten und aufgeklärt werden. Dies entsprach dem starken Verantwortungsbewusstsein der Ärzte und Ärztinnen ihren Patienten gegenüber:⁹⁰ Der Chirurg Rudolf Schmid schrieb: „[...] durch die Gespräche vor und während des Eingriffs [konnte] ein gutes Vertrauensverhältnis hergestellt werden und [...] blieb erhalten.“⁹¹

Was die akademischen Studien und die Etablierung der Beratung als ärztliche Norm schließlich bewirkten, war ein Wandel in der Indikationsdebatte: Es erfolgte eine Verschiebung weg *von der Indikation hin zur Motivation* des Patienten.⁹² Das bedeutete, dass nicht länger im Vordergrund stand, welche Notwendigkeit die Sterilisation für die Gesundheit des Patienten oder der

⁸⁷ Vgl. Schirren (1976), S. 900.

⁸⁸ Schirren (1975b), S. 13.

⁸⁹ Knipper, Brühl (1975), S. 10.

⁹⁰ Vgl. Schmid (1979), S. 28.

⁹¹ Ebenda.

⁹² Vgl. Petersen (1979), S. 240.

Partnerschaft habe, sondern welche Beweggründe den Mann zu einer Vasektomie bewogen und ob diese ein Risiko für seine Gesundheit in späteren Lebensjahren darstellen könnten. Der Psychiater Petersen drückt diese Einstellung wie folgt aus:

„Die Entscheidung über die Vasektomie ist nicht abhängig von Indikationen, die allein der Arzt stellt, sondern von der gemeinschaftlich zwischen dem Arzt und dem Klienten erarbeiteten Klärung, die auch eine gemeinsame Verantwortung bedeutet [...].“⁹³

Schließlich sollen einige Schlüsse, die die Soziologin Daphne Hahn aus der Analyse der wissenschaftlichen Bearbeitung der weiblichen Sterilisation zog, hinterfragt werden und mithilfe der Aufklärung über die Studien zur Vasektomie erweitert werden: „Die Sorge negativer psychischer Folgen richtete sich ausschließlich auf Frauen“⁹⁴, hypothetisierte Hahn in ihrer Dissertation. Sie interpretierte die Studien also als Anknüpfung an geschlechtsspezifische Zuweisungen.⁹⁵ Die Ärzteschaft habe eine schlechte seelische Verarbeitung der Sterilisation dem Geschlecht attribuiert. Die Verbindung von psychisch labilen Persönlichkeiten und Nebenwirkungen führte laut Hahn zu einer „Individualisierung von Nebenwirkungen“, die die Verantwortung den Frauen zuwies.⁹⁶

Diese These kann nun durch die Untersuchung der Vasektomie in Zweifel gezogen werden: Auch bei Männern wurde akribisch die psychische Verarbeitung mit der Vorüberlegung untersucht, dass der Verlust der Fortpflanzungsfähigkeit ein traumatisierendes Erlebnis für den Mann sei. Hahn interpretierte die Studien zur weiblichen Sterilisation als Reduktion von Frauen auf ihre Fruchtbarkeit. Doch auch bei Männern taucht dieses Narrativ wiederkehrend auf: Die Vasektomie sei ein „Schlag gegen die Männlichkeit“⁹⁷, es bestünde die Gefahr, dass sich die Patienten in ihrer körperlichen Integrität

⁹³ Petersen (1979), S. 240.

⁹⁴ Hahn (2000), S. 148.

⁹⁵ Vgl. ebenda, S. 149.

⁹⁶ Vgl. ebenda.

⁹⁷ Petersen (1979), S. 238.

verletzt fühlten. Die Verarbeitung wurde bei Männern von manchen Autoren und Autorinnen sogar als schlechter angesehen als bei Frauen,⁹⁸ da die Zeugungsfähigkeit bei Männern ein noch integralerer Bestandteil der männlichen Identität bedeuten würde.⁹⁹ Diese Gleichsetzung der Frauen und Männer mit ihrer Fruchtbarkeit ist in diesem Zusammenhang logisch zu erklären: Die Fruchtbarkeit ist essenzieller Bestandteil des Geschlechts, der Grund für das Bestehen zweier Geschlechter. Es zeugt weniger von einer reduktiven Denkweise, Männlichkeit und Weiblichkeit mit Fruchtbarkeit gleichzusetzen als von einer definierenden Denkweise. Laut Hahn definierte die Ärzteschaft Fruchtbarkeit als eine integrale Komponente der weiblichen Identität.¹⁰⁰ Eine Formulierung, die weniger auf einen Geschlechterkonflikt hinausläuft, wäre: Die Fruchtbarkeit ist integraler Bestandteil des Geschlechts und der Geschlechtsidentität. Die Ärzteschaft bewertete den willentlichen Verlust der Fruchtbarkeit demnach nicht als Schlag gegen die weibliche Identität, sondern geschlechtsneutral als Schlag gegen die Geschlechtsidentität.

Hahn vertritt außerdem die These, die ärztlich beschriebenen Nebenwirkungen der weiblichen Sterilisation seien aufgrund der geschlechtsspezifischen Attribution an die „typisch labilen“ Frauen adressiert gewesen. Dem widerspricht, dass auch Männer, denen labile oder neurotische Persönlichkeiten diagnostiziert wurden, eine schlechtere Verarbeitung prognostiziert wurde:¹⁰¹ „Bei [diesen] Männern wird über eine kurzdauernde, leicht depressive Verstimmung im unmittelbaren Anschluß an die Operation berichtet.“¹⁰² Demnach war nicht das Geschlecht die ausschlaggebende Variable für eine negative Prognose, sondern das Vorhandensein einer (diagnostizierten) psychischen Instabilität. Ob diese Stigmatisierung introvertierter, unsicher auftretenden Menschen wiederum diskriminierenden Charakter aufwies, kann hinterfragt werden. Es ist jedoch Konsens in der Psychiatrie, dass neurotisch veranlagte Menschen – gleich ob Frau oder Mann

⁹⁸ Vgl. Schmid (1979), S. 27.

⁹⁹ Vgl. Petersen (1979), S. 235.

¹⁰⁰ Vgl. Hahn (2000), S. 173.

¹⁰¹ Vgl. Petersen (1979), S. 238; vgl. Petersen (1978), S. 697; vgl. Wurbs (1981), S. 8.

¹⁰² Petersen (1978), S. 697.

– stärkere Schwierigkeiten haben, ein einschneidendes negatives Erlebnis in ihre Biografie zu integrieren.

Allerdings kann diese Dissertation bestätigen, dass bei Frauen häufig der sogenannte „Muttertrieb“ als ausschlaggebend für eine schlechte Verarbeitung durch die Einbuße der Fruchtbarkeit gedeutet wurde. Bei Männern wurde die Frage nach dem Kinderwunsch in Bezug auf den Verlust der Fruchtbarkeit als traumatisches Erlebnis selten in den Fachpublikationen erwähnt. Im Gegensatz zur Diskussion der Sterilisation der Frau lag das Augenmerk weniger auf Kinderwunsch als auf die Fähigkeit zur Zeugung.¹⁰³ Es wird eher von einem Schlag gegen die männliche Potenz gesprochen,¹⁰⁴ als dass die Perspektive nicht (mehr) Vater werden zu können, angeschnitten wurde. Als mögliche Erklärung kann darauf verwiesen werden, dass sowohl zu dieser Zeit als auch heute unter Psychologen und Psychologinnen debattiert wird, ob es ein Äquivalent zum konstruierten „Muttertrieb“ gibt.¹⁰⁵ Da der „Vatertrieb“ weder in Fachkreisen noch in der Gesellschaft eine anerkannte Kategorie war, wurde er vermutlich nicht in den Publikationen erwähnt.

Dass im Zuge der geschlechtsspezifischen Zuweisung von psychischen Nebenwirkungen an die Frau, wie Hahn es darstellt, auch eine Individualisierung der Nebenwirkungen stattfand, ist nachzuvollziehen. Ob eine schlechte Verarbeitung auftrat, wurde nicht der Sterilisation selbst zugeschrieben, sondern der (männlichen) Person, an der der Eingriff durchgeführt wurde. Des Weiteren sah Hahn die „Konstruktion eines neuen Risikos in Form von psychischen und physischen Nebenwirkungen“¹⁰⁶ als Gegenbewegung zu einer Furcht vor „Ausuferung“ und sollte eine mögliche Emanzipation und reproduktive Selbstständigkeit von Frauen behindern.¹⁰⁷ Auch die Untersuchungen zur psychischen Verarbeitung von Vasektomien bei Männern hatten eher einschränkende Folgen: Die wissenschaftlichen Ergebnisse der Studien wiesen die Ärzteschaft an, Männern, die eine

¹⁰³ Vgl. Hinderer (1947), S. 3; vgl. Mende (1976), S. 911; vgl. Goebel et al. (1989), S. 7.

¹⁰⁴ Vgl. Heinrichs et al. (1989), S. 11.

¹⁰⁵ Vgl. Berlin-Bubla (1999), S. 34; vgl. Fichtner (1999), S. 128f.

¹⁰⁶ Hahn (2000), S. 172f.

¹⁰⁷ Vgl. ebenda.

prognostisch schlechte Ausgangssituation hatten, eine Vasektomie zu verweigern.

1980 und 1981 erschienen Übersichtsarbeiten und Sammelbände, die als Leitfäden für die medizinische Praxis konzipiert waren und die zahlreichen Studien zu einem wissenschaftlichen Regel- und Standardwerk mit Praxisempfehlungen für beratendes und operierendes Fachpersonal zusammenfassten.¹⁰⁸ Dies bedeutete eine Zäsur, da der ärztlich-wissenschaftliche Prozess der Aufarbeitung des potenziellen Schadens einer Vasektomie damit abgeschlossen war. Die akademische Bearbeitung der männlichen Sterilisation war nie von hitzigen Kontroversen bestimmt, weshalb die Sammelbände einen erarbeiteten ärztlichen Konsens abbildeten, der eine weitere Bearbeitung redundant und nichtig machte.

Folglich bedeutete die Zeit zwischen 1962 und 1981 eine Zeit der Etablierung der Vasektomie als Familienplanungsmethode. Bis 1981 war ihr rechtlicher Legitimations- und Anerkennungsprozess unter der Ärzteschaft abgeschlossen: 1980 sei der erfüllte Kinderwunsch und Familienplanung die am häufigsten gestellte Indikation und übersteige die medizinische und eugenische bei Weitem.¹⁰⁹ Im Vergleich zu der Zeit *vor* der Etablierung als Familienplanungsmethode von 1945 bis 1962 ist ein essenzieller Unterschied festzustellen: Während vor dem Dohrn-Prozess 1962 die Initiative zu einer Sterilisation eines Paares in annähernd allen Fällen der Arzt oder die Ärztin stellte, konnten sich Männer ab 1962 zu einer Vasektomie beraten lassen, auch wenn bei deren Ehefrauen keine medizinische Indikation vorlag. Dies war durch die Indikationserweiterung und der Norm zur stärkeren Beachtung der Motivationen der Männer ermöglicht worden.

Der Begriff „Emanzipation“ kann als „Befreiung aus Abhängigkeit und Unmündigkeit“¹¹⁰ verstanden werden und bedeutet einen Prozess des Autonomiegewinns. Die rechtliche und standesethische Anerkennung der Vasektomie als Familienplanungsmethode förderte die Emanzipation des

¹⁰⁸ Vgl. Eser, Hirsch (1980); vgl. Petersen (1981a).

¹⁰⁹ Vgl. Petersen (1980), S. 557.

¹¹⁰ Schubert, Klein (2006), S. 86.

Paares und speziell die des Mannes aus einem Abhängigkeitsverhältnis in der Arzt-Patient-Beziehung. Nicht nur die ärztliche Diagnose einer Krankheit, die eine Schwangerschaft oder Geburt verbot, sondern auch der individuelle *Wunsch* eines Mannes nach Vasektomie galten als valider Grund für deren Durchführung. Dieser Autonomiegewinn begünstigte die Übernahme von Verhütungsverantwortung von Männern in Partnerschaften durch eine Sterilisation. Was weiterhin als unumstößliches Dogma für die Zulässigkeit einer Vasektomie unter der Ärzteschaft galt, war die gemeinschaftliche Paarentscheidung und das Vorhandensein einer harmonischen und stabilen Partnerschaft.¹¹¹

¹¹¹ Vgl. Schirren, Scholz-Jordan (1976), S. 899.

V.2 Wirkung der Etablierung der Vasektomie (1981 bis 2003)

„Dafür, dass die Vasektomie in der Bundesrepublik populärer werden könnte, spricht einiges. Ein sich veränderndes Beziehungsverhalten – Männer übernehmen zunehmend Mitverantwortung in Bereichen, die bisher eher den Frauen vorbehalten waren (z.B. Kindererziehung, Haushaltstätigkeiten), während Frauen zunehmend männliches Terrain erobern (z.B. Berufstätigkeit) – bereitet auch den Boden für die Antikonzeptionsmitverantwortung durch Männer.“¹

So beschreibt der Psychoanalytiker Peter Goebel seine Einschätzung der gesellschaftlichen Veränderung der Genderrollen und deren Auswirkungen auf die Verteilung von Verhütungsverantwortung. In den 1980er Jahren gewann das Verhütungsverhalten von Männern immer stärkeres wissenschaftliches Interesse: Die groß angelegte Brigitte-Studie „Der Mann“ von 1986 verglich die männliche Einstellung zu Verhütung mit einer ähnlichen Studie aus den 1970er Jahren.² Das Ergebnis zeigte, dass Männer eine gemeinschaftliche Kontrazeption befürworteten: „Rund 80% der Männer sind der Meinung, Empfängnisverhütung sei Aufgabe beider Partner, nur 14% schreiben die Verantwortung dafür allein der Frau zu.“³ Allerdings zeigte die Studie im Gegensatz dazu, dass in sieben von acht Fällen in Partnerschaften die Frau verhüte.⁴ Die Einstellungen der Männer und deren praktische Umsetzung gingen demnach in drastischer Weise auseinander, was Gegenstand weiterer Untersuchungen war: Zwei Studien von 1984 und 1988⁵ analysierten die Motivationen der Übernahme von Verhütungsverantwortung bei Frauen und Männern. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass sich Frauen meist an ihre eigenen moralischen Werte hielten, während sich Männer und Jungen in Bezug auf ihr Verhütungsverhalten „stark außengesteuert“⁶ erlebten. Als Jungen seien sie durch „soziale Muster

¹ Goebel et al. (1989), S. 5.

² Vgl. Metz-Göckel, Müller (1986), S. 7.

³ Ebenda, S. 32.

⁴ Vgl. ebenda, S. 33.

⁵ Vgl. Fichtner (1999), S. 124; vgl. Spencer (1984); vgl. Wittmann und Barth (1999).

⁶ Fichtner (1999), S. 124.

beeinflusst, die meist keine Verhütungsmoral beinhalten“⁷, während sie sich im Erwachsenenalter in Verhütungsangelegenheiten der Partnerin unterordnen, sofern diese klare Anforderungen stelle.⁸ Demnach stand die Frau in den meisten untersuchten Fällen nicht nur hauptsächlich in der Verantwortung, sich um Verhütung zu kümmern, sondern sie hatte gleichzeitig aufgrund dieser Verantwortungsübernahme die Kontrolle über die angewandte Form der Verhütung. Bei der Frage, wie Paare die Übernahme von Verhütungsverantwortung untereinander aushandelten, sind demnach nicht nur männliche Rollenverständnisse bedeutsam, sondern auch die spezifischen Forderungen der Frauen.

Im Laufe der vergangenen Jahrzehnte hatte sich eine größere Akzeptanz von geschlechtlicher Gleichberechtigung entwickelt. So erlangten „caring masculinities“ anstelle traditionell-hegemonialer Männlichkeit zunehmend positive Aufmerksamkeit:⁹ Pro Familia veröffentlichte eine Untersuchung über die Verteilung von Hausarbeit bei berufstätigen Männern und bei sogenannten „Hausmännern“.¹⁰ Gerade der erfreuliche Einfluss auf die Vater-Kind-Beziehung bei Männern, die sich in der Kindererziehung verstärkt engagierten, wurde betont.¹¹ „Durchweg positiv“ sei außerdem ein Buch über die Gefühle von Männern (ungewollten) Schwangerschaften, Aborten und dem Vaterwerden gegenüber von Medien 1985 rezensiert worden.¹² Die Entwicklung, dass männliche Sorgearbeit verstärkt wahrgenommen und anerkannt wurde, stärkte auch praktisch die Förderung von männlicher Verhütung: in einer Studie von 1984 und 1985 gaben fast zwei Drittel der befragten Männer an, sie wären bereit, eine „Pille für den Mann“ aus Gründen der Gleichberechtigung einzunehmen.¹³ Ein derartiges Präparat war jedoch aus verschiedenen Umständen nie zugelassen worden, obwohl die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bereits 1969 bestätigte, dass ein potenzieller Wirkstoff, der zur

⁷ Fichtner (1999), S. 124.

⁸ Vgl. ebenda.

⁹ Vgl. Fichtner (1999), S. 142.

¹⁰ Vgl. Hoff, Schulz (1986), S. 7.

¹¹ Vgl. ebenda.

¹² Vgl. ebenda, S. 6.

¹³ Vgl. Bohne (1997), S. 32; vgl. Fichtner (1999), S. 121.

temporären Sterilität des Mannes führe, praktische Anwendung finden könnte.¹⁴ Deshalb hatte die WHO 1972 eine „Task Force on Methods for the Regulations of Male Fertility“ gegründet.¹⁵ Viele weitere Bemühungen, männliche Verhütungsverantwortung zu fördern, wurden angestellt: Das internationale Symposium über Zukunftsaspekte der Kontrazeption in Heidelberg von 1985 behandelte die Kontrazeptionsmethoden des Mannes als erstes Thema. Dabei ging es vorrangig um die Möglichkeit einer medikamentösen, reversiblen Unfruchtbarmachung.¹⁶ Im *pro familia magazin* von 1985 erschienen Artikel über eine Männerkampagne in Großbritannien, die es sich zur Aufgabe gemacht hatte, Männer zu erreichen und über Beratungsmöglichkeiten zu Fragen der Sexualität und Familienplanung aufzuklären.¹⁷ Darin heißt es jedoch, dass es keine vergleichbare nationale Kampagne in der Bundesrepublik gebe, die sich an Männer wendet.¹⁸ Was Pro Familia allerdings an Aufklärungsarbeit leistete, war beispielsweise ein Informationsstand in Freiburg mit dem Motto „Verhütung ist auch Männersache“, bei dem Broschüren ausgegeben wurden und auf eine Männersprechstunde der Pro Familia aufmerksam gemacht wurde.¹⁹ In beiden Fällen wurde Überraschung ausgedrückt, dass negative Reaktionen ausblieben.²⁰

Neben der aktiven Förderung von männlicher Kontrazeption, hatte der Ausbruch der AIDS-Epidemie, ausgelöst durch Infektionen mit dem HI-Virus, Anfang der 1980er Jahre eine Wirkung auf das männliche Verhütungsverhalten: In der Zeit zwischen 1984 und 1992 waren die Verkaufszahlen von Kondomen in der Bundesrepublik rapide angestiegen,²¹ wobei ein kausaler Zusammenhang hergestellt wurde.²² Bereits Ende der 1980er Jahre wurde von einer „Renaissance des Kondoms“ gesprochen.²³ Der Begriff „Renaissance“ ist passend, da die ursprüngliche Anwendung des Kondoms nicht nur die

¹⁴ Vgl. Bohne (1997), S. 32.

¹⁵ Vgl. ebenda.

¹⁶ Vgl. Walter (1985), S. 23.

¹⁷ Vgl. Heinrichs (1985), S. 14f.

¹⁸ Vgl. ebenda, S. 14.

¹⁹ Vgl. Friederich (1985b), S. 29.

²⁰ Vgl. Heinrichs (1985), S. 15; vgl. Friederich (1985b), S. 29.

²¹ Vgl. Fichtner (1999), S. 116.

²² Vgl. Nieschlag (1987), S. 1107.

²³ Fichtner (1999), S. 107.

Empfängnisverhütung sondern die Vorbeugung von Syphilis darstellte.²⁴ Da Syphilis und andere Geschlechtskrankheiten durch verfügbare Antibiotika nicht länger lebensgefährlich waren, hatte diese Funktion des Kondoms im 20. Jahrhundert weniger große Dringlichkeit bedeutet – bis die Gefahr der Ansteckung mit dem damals tödlichen HI-Virus ab den 1980er Jahren eine erneute Hochkonjunktur des Kondoms auslöste. Abgesehen von der neuen Bedeutsamkeit des Kondoms als Präventionsmittel, stieg die Anwenderfreundlichkeit.²⁵ Im Zusammenhang mit HIV fand eine Enttabuisierung des Kondoms statt, was dazu führte, dass mehr und mehr Männer das Präservativ akzeptierten:²⁶ Während in Deutschland 1986 96 Millionen Kondome gekauft worden waren, waren es 1993 173 Millionen Exemplare.²⁷ Ende der 1990er Jahre hatte sich das Kondom zum Einsteigerverhütungsmittel Nummer eins unter Jugendlichen etabliert.²⁸ Die gestiegene männliche Übernahme von Verhütungsverantwortung löste voreilig enthusiastische Aussagen wie diese der Journalistin Heide Soltau von 1987 aus:

„Mit „Safer-Sex“ dreht sich der Spieß um. Nicht nur Frauen tragen mehr die Verantwortung für die Folgen der Sexualität, sondern in erster Linie die Männer.“²⁹

Dies konnte sich nicht bestätigen, denn Anfang des neuen Millenniums machte die Anwendung von Ovulationshemmern circa 62 Prozent aus, während Kondome an zweiter Stelle mit circa 39 Prozent standen.³⁰ Die Hauptlast der Verhütungsverantwortung trugen weiterhin Frauen. Gleichzeitig lag auch die Haupt*kontrolle* bei weiblichen Partnern: Eine Studie zur Kondombenutzung zeigte, dass sich Männer durchschnittlich am liebsten an den Wünschen der Frau orientieren und sich nach ihrer Situationseinschätzung richten, wann ein

²⁴ Vgl. Jütte (2003), S. 149.

²⁵ Beispielsweise Nonoxynol-9.

²⁶ Vgl. Berlin-Bubla (1999), S. 15.

²⁷ Jütte (2003), S. 304.

²⁸ Vgl. Fichtner (1999), S. 110.

²⁹ Soltau (1987), S. 14.

³⁰ Vgl. Jütte (2003), S. 300.

Kondom gebraucht werden soll.³¹ 1976 markierte das Jahr des historischen Maximums der Anwendung von Ovulationshemmern mit vier Millionen Frauen in der Bundesrepublik.³² Danach trat eine gewisse „Pillenmüdigkeit“ ein,³³ da ein stärkeres Augenmerk auf negative Langzeitfolgen und Nebenwirkungen gerichtet wurde.³⁴ Dies förderte das wachsende normative Bewusstsein sowohl von Seiten der Frauen als auch seitens der Männer, dass die Verhütungsverantwortung gemeinschaftlich getragen werden sollte:

„Die Frage der Empfängnisverhütung erweist sich somit als ein Maßstab für Egalität; sie ist gut geeignet, das Verhältnis von Ideal und Wirklichkeit der Partnerschaftlichkeit darzustellen.“³⁵

Die allgemein verstärkte Übernahme von Verhütungsverantwortung von Männern hatte ab den 1980er Jahren Auswirkungen auf die Anwendung der Vasektomie: Laut einer Quelle machten Männer Anfang der 1980er Jahre bereits zehn Prozent aller Sterilisationen aus.³⁶ Eine Studie von 1986 zeigte allerdings, dass die Sterilisation in der männlichen Allgemeinbevölkerung unter den verschiedenen Verhütungsmethoden insgesamt abgelehnt wurde,³⁷ wobei als Hauptgrund in 47 Prozent der Fälle die *Endgültigkeit* des Eingriffs genannt worden war.³⁸ Solche Prozentzahlen sind jedoch wenig aussagekräftig, wenn repräsentativ Männer aus *allen* Altersgruppen befragt wurden, da unter jungen Männern häufig noch Kinderwunsch besteht. Eine andere Untersuchung konstatierte, die Vasektomie würde immer mehr Bedeutung besonders unter Männern „im Alter von 30 – 50 Jahren bei den höheren sozialen Schichten mit abgeschlossenem Kinderwunsch“³⁹ gewinnen.

³¹ Vgl. Fichtner (1999), S. 116; vgl. Christiansen, Töppich (1994).

³² Vgl. Fichtner (1999), S. 108.

³³ Vgl. ebenda, S. 110.

³⁴ Vgl. Asbell (1989), S. 351f.

³⁵ Metz-Göckel, Müller (1986), S. 134.

³⁶ Vgl. König (1980), S. 5.

³⁷ Vgl. Metz-Göckel, Müller (1986), S. 135.

³⁸ Vgl. ebenda.

³⁹ Musselmann (1984), S. 101.

Das Thema der Endgültigkeit war der Hauptdiskursgegenstand in den 1980er Jahren. Neu war, dass sich der Diskurs eingehend mit *Refertilisierungsoperationen* beschäftigte. Mit den steigenden Operationszahlen der Vasektomie stiegen parallel dazu die absoluten Zahlen der Refertilisierungsoperationen in der Bundesrepublik. Der Mediziner Longin Zachej erforschte diesen Zusammenhang: „Jedem Vasektomie-OP-Gipfel folgt um einige Jahre verzögert ein kleineres, aber analoges Refertilisierungs-OP-Maximum.“⁴⁰ Dies wurde teils als selbstverständliche Korrelation angesehen, teils gab es Autoren und Autorinnen, die dies als Anlass verstanden, Aufklärung unter Kollegen zu betreiben, was die Vor- und Nachteile der Vasektomie waren.⁴¹ Deshalb kann die Betonung der Bedeutung der Beratung als Kontinuität festgehalten werden.⁴² So hieß es noch in einem Artikel über die psychologischen Aspekte der Entscheidungsfindung zur Vasektomie von 1989:

„Das Ziel von Beratungen vor Vasektomie muß sein, zur Ausgewogenheit der Entscheidung beizutragen, um die Zahl der später mit der Vasektomie unzufriedenen Männer zu verringern.“

Als Ursache für das Entstehen dieses Diskurses kann die Etablierung der Mikrochirurgie identifiziert werden. Refertilisierungsoperationen waren über lange Zeit ein wenig Erfolg versprechender Eingriff. Wie bereits erwähnt, lagen die Chancen auf Erfolg anfangs der 1960er Jahre gerade einmal bei 20 Prozent.⁴³ Ursachen der Schwierigkeiten bei Refertilisierungsoperationen bestanden in den schwierig zu identifizierenden und feinen Strukturen im Operationsfeld und die durch die Vasektomie entstandene Verkümmern der durchtrennten Samenleiter.⁴⁴ Maßgeblich für den Erfolg einer Refertilisierung war ebenfalls die Länge des resezierten Samenleiterstücks; das heißt, welche Technik der Chirurg oder die Chirurgin bei der Vasektomie angewandt hatte.⁴⁵ Die Mikrochirurgie begann sich bereits Mitte der 1970er Jahre in der Urologie –

⁴⁰ Zachej (1982), S. 60.

⁴¹ Vgl. Schirren (1980), S. 553.

⁴² Vgl. Heering (1980), S. 61; vgl. Goebel et al. (1989), S. 5.

⁴³ Vgl. Reimann-Hunziker, Reimann-Hunziker (1962), S. 542.

⁴⁴ Vgl. Wagenknecht (1980), S. 549

⁴⁵ Vgl. Bohne (1997), S. 47.

mit einer gewissen Verzögerung zu anderen Fachgebieten wie der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde – zu etablieren,⁴⁶ allerdings fand diese Entwicklung erst Anfang der 1980er Jahre Aufmerksamkeit in den Publikationen. Die Mikrochirurgie fußte auf „der Erkenntnis, daß die Fähigkeiten des Operateurs eher durch die Leistungsfähigkeit seiner Augen begrenzt sind als durch die Beweglichkeit seiner Hände“⁴⁷. Während im Refertilisierungszentrum in Hamburg zwischen 1964 und 1977 lediglich Lupenbrillen mit einer zwei- bis vierfachen Vergrößerung verwendet wurden, seien ab 1977 leistungsstarke Operationsmikroskope eingeführt worden.⁴⁸ 1980 schreibt der Chirurg Lothar Wagenknecht über das Refertilisierungszentrum, dass „in den letzten Jahren über 1000 Männer mit Kinderwunsch, davon ca. 500 mit Verschuß der ableitenden Samenwege, operiert“⁴⁹ worden waren. Die Hamburger Klinik schritt als Pionier voran und erreichte bis 1980 eine Samenleiterdurchgängigkeit in bis zu 90 Prozent der Fälle und nachfolgende Schwangerschaften in 30 Prozent.⁵⁰ Die Einführung der Mikrochirurgie lief in verschiedenen Kliniken der Bundesrepublik nicht zeitgleich ab.⁵¹ Die Erfolgchancen waren von der angewandten Technik, der anatomischen Ausgangssituation und dem Zeitraum, dem die Vasektomie zurücklag, abhängig.⁵² Nur drei Jahre später berichtete eine andere Publikation davon, dass etwa die Hälfte der refertilisierten Männer, die eine Durchgängigkeit der Samenleiter erreicht hatten, eine Schwangerschaft zeugen würden.⁵³ Anfang der 1990er Jahre hatten sich mikroskopische Verfahren bei Refertilisierungsoperationen so weit durchgesetzt, dass diese den größten Anteil aller mikrochirurgischen Operationen in der Urologie ausmachten.⁵⁴

Selbst wenn keine Refertilisierungsoperation möglich war oder zum Erfolg führte, standen ab den 1980er Jahren Möglichkeiten zur Verfügung, trotz

⁴⁶ Vgl. Schwarzer (1992), S. 2948.

⁴⁷ Wagenknecht (1989), S. 17.

⁴⁸ Vgl. ebenda, S. 549.

⁴⁹ Ebenda.

⁵⁰ Vgl. Wagenknecht (1980), S. 549, 314; vgl. Noldus et al. (1992), S. 105.

⁵¹ Vgl. Wagenknecht (1980), S. 549.

⁵² Vgl. ebenda.

⁵³ Vgl. Klosterhalfen et al. (1983), S. 28.

⁵⁴ Vgl. Schwarzer (1992), S. 2952.

vorangegangener Vasektomie Kinder zu zeugen: Ein weiterer Schritt zur Förderung der Reversibilität der Vasektomie war die Forschung an alloplastischen Spermatozelen, bei denen ein Spermatozoen-Reservoir künstlich im Hoden hergestellt wird, das punktiert und zur Insemination der Partnerin gebraucht werden kann. Die Technik wurde bereits 1968 international untersucht, wobei damals ein Venentransplantat erfolgte, das häufig zu Verschlüssen neigte.⁵⁵ Das Hamburger Refertilisierungszentrum übertrug 1978 ihre im Tierexperiment erforschte Technik mit einer Silikonperlotte in die klinische Anwendung – bis 1980 kam allerdings keine Schwangerschaft zustande.⁵⁶ Was zunehmend häufiges Interesse fand, war die Möglichkeit, Sperma vor der Vasektomie einfrieren zu lassen.⁵⁷ Diese Entwicklungen – wie die Etablierung der Mikrochirurgie und anderer Verfahren wie alloplastische Spermatozelen und das Aufbewahren von Kryosperma – führten folglich zunehmend dazu, dass die Vasektomie besser reversibel war als nur wenige Jahre zuvor.

Das bisherige Dogma der Endgültigkeit der Vasektomie verschwand. Dies führte bei *einer* Strömung der Ärzteschaft, die an Deutungsmustern aus den 1970er Jahren festhielt, zu einer Gegenbewegung: Der Androloge Carl Schirren äußerte sich 1980 folgendermaßen zum Thema Samendepot als Rückversicherungsmaßnahme:

„Das widerspricht aber dem Anspruch, der an die Vasektomie gestellt wurde, wonach es sich um eine Kontrazeptionsmethode mit Endgültigkeitscharakter handeln muß.“⁵⁸

Schirren vertrat besonders deutlich die Meinung, ärztliches Fachpersonal solle den Patienten keine „Hoffnungen auf eine spätere Refertilisierung“⁵⁹ machen, da „diese Verfahren keine absolute Garantie bieten“⁶⁰ würden. Der Wunsch

⁵⁵ Vgl. Wagenknecht (1980), S. 551.

⁵⁶ Vgl. ebenda, S. 552.

⁵⁷ Vgl. Friederich (1985a), S. 23; vgl. Berlin-Bubla (1999), S. 67.

⁵⁸ Schirren (1980), S. 556.

⁵⁹ Schirren (1983), S. 34.

⁶⁰ Ebenda, S.29.

nach Refertilisierung oder nach Sameneinfrierung zeichnete sich für ihn und andere Berater und Beraterinnen als Zeichen für eine unausgereifte Entscheidung aus. Ohne ausreichend Beratung und Zeit zur Entscheidungsfindung sei die Vasektomie jedoch eine „gefährliche Angelegenheit“⁶¹. Deshalb solle laut Schirren weder zur Anlage eines „Hintertürchen“⁶² in Form eines Samendepots geraten werden, noch solle der Arzt oder die Ärztin den Patienten gegenüber überhaupt von der Option und den Erfolgchancen einer späteren Refertilisierung, die 1983 bei bis zu 88 Prozent lagen,⁶³ aufklären. Besondere Empörung löste das Angebot einer Firma in Straßburg aus, die Samen umsonst einfrore, sofern sie die Hälfte zur heterogenen Insemination benutzen dürfte.⁶⁴ Als Ablehnungsgrund dieser neuen Methoden führte ein Berater der Pro Familia an, dass sich aus seiner Beratungserfahrung Männer nur widerwillig mit dem „emotionalen Anteil ihres Kinderwunsches“⁶⁵ beschäftigten und dies lieber der Frau überlassen würden.⁶⁶ Durch die Samenkonservierung würden die Ratsuchenden „dieser emotionalen Auseinandersetzung um ihren Kinderwunsch weiter ausweichen und das Problem rein technisch sehen.“⁶⁷ Dies könne laut des Beratungsarztes der Pro Familia Wolfgang Friederich die „Emanzipation [...] von Männern; das Aufweichen und Überwinden von tradierten männlichen Rollenmustern“⁶⁸ behindern. Diese beiden Beispiele verdeutlichen, dass eine Ablehnung der neuen Techniken unter machen Autoren und Autorinnen herrschte.

Wie bereits in den 1970er Jahren war es das selbst ernannte Ziel der Beratung, die „Zahl der später mit der Vasektomie unzufriedenen Männer zu verringern“⁶⁹, also einer möglichen Refertilisierung entgegenzuwirken. In den 1980er Jahren jedoch begann sich die Zuständigkeit der Beratung zu verändern: Zunehmend mehr Fachleute aus der Psychologie und Sozialen

⁶¹ Schirren (1983), S. 29.

⁶² Friederich (1985a), S. 23.

⁶³ Vgl. Klosterhalfen et al. (1983), S. 28.

⁶⁴ Vgl. Friederich (1985a), S. 23.

⁶⁵ Ebenda.

⁶⁶ Vgl. ebenda.

⁶⁷ Ebenda.

⁶⁸ Ebenda.

⁶⁹ Goebel et al. (1989), S. 5.

Arbeit beschäftigten sich mit der Vasektomie.⁷⁰ Ärztliches Fachpersonal bearbeitete in den Publikationen der 1980er Jahre eher technische Aspekte der Vasektomie wie die Protokolle und Techniken der Refertilisierungsoperationen⁷¹ oder das Auftreten von Immunkomplexen nach Vasektomie⁷² und deren Effekte auf den Gesamtorganismus.⁷³ Auffällig ist, dass in den urologischen Übersichtsarbeiten über Langzeitstudien, die an urologische Fachärzte und -ärztinnen gerichtet waren, psychosexuelle Auswirkungen nur in sehr kurzer Form angeschnitten wurden, wobei der Fokus auf den sexuellen Folgen lag wie die sexuelle Aktivität, Libido und Ejakulationsmenge nach der Operation.⁷⁴ Nachdem 1981 Sammelbände den ärztlichen Konsens über Prognosefaktoren zusammengefasst hatten, war der wissenschaftliche Bedarf unter der Ärzteschaft nach einer psychologischen Auseinandersetzung mit der Vasektomie weitgehend gesättigt – im Gegensatz zu Autoren und Autorinnen anderer Fachrichtungen: Diese veröffentlichten zahlreiche Publikationen über potenziell gefährliche Motivationen zur Vasektomie, bei denen Männer den Eingriff eher bereuen würden. Als Ursache für dieses neue Interesse ist die Institutionalisierung der nicht ärztlichen Beratung und das Desinteresse von der ärztlichen Seite aus zu vermuten: „Beratung und chirurgische Behandlung sind fast immer organisatorisch und institutionell voneinander getrennt,“⁷⁵ berichtete der Pro-Familia-Berater Jürgen Heinrichs. Obwohl es wissenschaftlicher und ärztlicher Konsens geworden war, dass die Beratung von vasktomiewilligen Männern von höchster Bedeutung sei, liest man 1989 in einem Beitrag des *pro familia magazins*, dass sich die ärztliche Beratungssituation eher desolat darstelle. „Denn wegen der teilweise recht verborgenen Praxis der Sterilisation haben zu viele keine Chance rechtzeitig kompetente Beratung zu erfahren.“⁷⁶ 1986 seien etwa 100.000 Sterilisationen in der Bundesrepublik durchgeführt worden, wobei Pro Familia Beratungsstellen im selben Jahr etwa 6100

⁷⁰ Bspw. Vgl. Machenbach (1992); vgl. Herrath (1987); vgl. Goebel et al. (1989).

⁷¹ Vgl. Wagenknecht (1990), S. 376.

⁷² Vgl. Zachej (1982), S. 4; vgl. Redaktion Sexualmedizin (1990), S. 343.

⁷³ Vgl. Faschingbauer (1982), S. 58; vgl. Weidner; Weißbach (1992), S. 329f.

⁷⁴ Vgl. Weidner; Weißbach (1992), S. 330f.

⁷⁵ Heinrichs (1989a), S. 2.

⁷⁶ Ebenda.

Sterilisationsberatungen von Männern und Frauen erledigt hatten.⁷⁷ Obwohl Pro Familia eine vollständige Versorgung von Sterilisationswilligen forderte, lehnten sie gleichzeitig eine Beratung durch den Operateur oder die Operateurin wegen möglichen Interessenskonflikten ab.⁷⁸ Der Vorteil der Beratung durch Pro Familia sei die individuellere und ganzheitlichere Herangehensweise, die die Aufklärung durch niedergelassene Ärzte und Ärztinnen, die wie am „Fließband“⁷⁹ arbeiten würden, nicht leisten könne.⁸⁰ Die Artikel richteten sich gegen die neuen Techniken und hielten an alten Überzeugungen fest wie beispielsweise, dass der Arzt oder die Ärztin die Entscheidungsgewalt über den Patienten behalten solle.⁸¹ „Trotzdem müssen wir vom Arzt im Interesse der von ihm betreuten Patienten die notwendige Verantwortung verlangen, die auch einmal ein *Nein* zur Vasektomie bedeuten kann.“⁸²

Die Perspektive der nicht ärztlichen Fachleute in der damaligen Diskussion über zulässige Motivationen für die Vasektomie war neu: Die Vasektomie solle nicht als „Konfliktlösungsversuch eingesetzt werden“⁸³, was besonders in der Diskussion über die Sterilisation von ledigen und *kinderlosen* Männern angesprochen wurde. Durch die Etablierung und dem Bedeutungswandel von der Indikation hin zur Motivation zur Sterilisation war die Möglichkeit der Vasektomie von kinderlosen Männern in den Fokus gerückt, was häufig kritisch bewertet wurde: Bei diesen Männern werde der Familienstammbaum „gefällt“⁸⁴. Dies wurde häufig auf ein unterbewusstes aggressives Verhalten gegen die eigene Familie beziehungsweise den Vater zurückgeführt.⁸⁵

„[Die Vasektomie] kann auch die Weigerung, einen Enkel zu zeugen, eine gezielte Verletzung und Kränkung für den Nicht-Großvater sein. Vor seinen Augen wird die Kette der Familiengeneration zerrissen, ihm wird

⁷⁷ Vgl. Goebel et al. (1989), S. 7.

⁷⁸ Vgl. Heinrichs (1989a), S. 2.

⁷⁹ Hoffmann-Volz (1985), S. 8.

⁸⁰ Vgl. ebenda.

⁸¹ Vgl. Goebel et al. (1990), S. 74, 76.

⁸² Schirren (1983), S. 33.

⁸³ Goebel et al. (1989), S. 6.

⁸⁴ Ebenda.

⁸⁵ Vgl. Goebel et al. (1989), S. 7.

symbolisiert, daß nichts von ihm übrig bleiben wird, weil nichts von ihm sich lohnt, zu tradieren.“⁸⁶

Als Prävention die Vasektomie als Konfliktlösungsversuch zu missbrauchen und die Oberhand in einer gestörten Vater-Sohn-Beziehung zu erlangen, riet der Psychoanalytiker Peter Goebel, dem vasektomiewilligen Mann vorzuschlagen, den Eltern seinen Entschluss mitzuteilen, um sich dem Konflikt zu stellen.⁸⁷ Die Motive der Männer ohne Kinderwunsch seien häufig bezogen auf ihre Biografie: Besonders Männer, die unter „Disharmonie oder [der] Abwesenheit des Vaters“⁸⁸ litten, begründeten ihren fehlenden Kinderwunsch damit. Gemeinsamkeiten von kinderwunschlosen Männern seien „allgemeiner Zukunftspessimismus; negative, trostlose Kindheitserinnerungen; konfliktreiche Mutter-Sohn-Beziehung; Abwesenheit des Vaters; Probleme mit Partner/in; Scheu vor fester Bindung“.⁸⁹ Solche Themen wurde beispielsweise in einer Männergruppe in Berlin besprochen, in denen auch Ärzte Mitglied waren⁹⁰ und die kollektiv die Vasektomie befürworteten und überwiegend kinderlos und unverheiratet waren. Ein Mann, Jahrgang 1943, erzählte in einem Interview, dass in der Gruppe die Vasektomie „gewissermaßen propagiert“⁹¹ worden war. Die ansteckende Begeisterung habe zur Auseinandersetzung mit dem Thema angeregt, da Informationen ausgetauscht wurden.⁹² Der Mann resümiert über seinen Entschluss zur Vasektomie: „Ein Stück weit war es eine Gruppenentscheidung.“⁹³

Tiefenpsychologische und biografische Ursachen der Motivation zur Vasektomie bewerteten die neue Autoren- und Autorinnengeneration in den 1980er Jahren als bedeutsam,⁹⁴ wobei nicht nur negative Aspekte beleuchtet wurden: Sterilisierte Männer hätten ein ausgeprägteres Bewusstsein für ihre

⁸⁶ Kreß (1989), S. 4.

⁸⁷ Vgl. Goebel et al. (1989), S. 7.

⁸⁸ Münkler (1982), S. 159.

⁸⁹ Ebenda, S. 160.

⁹⁰ Vgl. ebenda, S. 108.

⁹¹ Ebenda.

⁹² Vgl. ebenda.

⁹³ Ebenda.

⁹⁴ Vgl. Kreß (1989), S. 4.

(nicht mehr vorhandene) Fruchtbarkeit als nicht vasektomierte Männer.⁹⁵ Männern sei ihre eigene Fruchtbarkeit allgemein wenig bewusst, da lediglich „schmerzhaft und unangenehme Lebenserfahrungen“⁹⁶ sie zur Auseinandersetzung ihrer Zeugungsfähigkeit zwingen würden, da sie nicht wie Frauen monatlich daran erinnert würden.⁹⁷

„Für die meisten nämlich war ihre Vasektomie ein Schritt der Befreiung gewesen. Befreiung zunächst von der »Schwängerungsangst«, dem Druck der Verantwortung und der Möglichkeit, durch ein (weiteres) Kind »sein Leben zu ruinieren«, sich von anderen Lebenschancen abzuschneiden.“⁹⁸

Doch nicht nur individualistische Beweggründe,⁹⁹ die hauptsächlich der Selbstverwirklichung dienen und in den 1980er Jahren zunehmend an Bedeutung gewannen, wurden von Vasektomierten genannt: „Ich will (wir wollen) in diese schreckliche Welt keine Kinder setzen.“¹⁰⁰ Ein immer wiederkehrendes Motiv, als Grund für die Absicht überhaupt keine Kinder zu zeugen, ist die Furcht vor der Zukunft: „Auch wurden oft andere Gründe; Naturzerstörung, atomare Bedrohung und Überbevölkerung bemüht, wenn der Vasektomie eine übergeordnete, politisch-rationale Erklärung gegeben werden sollte,“¹⁰¹ resümierte die Soziologin und Sozialpädagogin Brigitta Kreß. Laut einer Metastudie von dem Bevölkerungswissenschaftler Josef Schmid 1988 sei die Angst vor der Zukunft weniger bedeutsam für den Geburtenrückgang als die „persönlich[e] Gewinn- und Verlustrechnung“.¹⁰² Kindheitserfahrungen und biografische Aspekte seien weitaus bedeutsamer,¹⁰³ obwohl gerade aus der „Friedens- und Ökoszene“¹⁰⁴ einige Männer von der Sterilisation aus diesen Gründen Gebrauch gemacht würde. Auch die Überlegung Kinder lieber zu adoptieren als zu zeugen, findet Erwähnung. Als

⁹⁵ Vgl. ebenda, S. 3.

⁹⁶ Kreß (1989), S. 3.

⁹⁷ Vgl. ebenda.

⁹⁸ Ebenda.

⁹⁹ Vgl. Münkel (1982), S. 104.

¹⁰⁰ Klevenow (1988), S. 13.

¹⁰¹ Kreß (1989), S. 3.

¹⁰² Schmid (1988), S. 11.

¹⁰³ Vgl. Kreß (1989), S. 3.

¹⁰⁴ Klevenow (1988), S. 13.

Motivation, eine Sterilisation durchführen zu lassen, war, dass sie Heimkinder adoptieren wollten, die durch die Geburt leiblicher Kinder nicht traumatisiert werden sollten.¹⁰⁵

Die Bewegung, die vor einer ungebremsten Anwendung der Vasektomie aufgrund der durch die Mikrochirurgie verbesserten Reversibilität der Sterilisation warnte, konnte in den frühen 1980er Jahren eine erhebliche Machteinbuße für die Ärzteschaft nicht aufhalten: Einer Studie zufolge hätten nur 14 Prozent der befragten Männer ihren Arzt oder ihre Ärztin als Gesprächspartner gesehen, während die meisten Männer den Chirurgen oder die Chirurgin lediglich als „ausführendes Organ“¹⁰⁶ bewertet hatten.¹⁰⁷ Ein weiterer Machtverlust entstand durch die Übernahme von Beratungen und der wissenschaftlichen Auseinandersetzung von Experten aus anderen Fachgebieten.

In den 1980er und 1990er Jahren nahmen sich Autoren und Autorinnen neuer Themen an und ebneten so den Weg für eine zweite Folge des Verlusts der Endgültigkeit der Vasektomie: Ein wachsender Autonomiegewinn der Männer über ihre Fruchtbarkeit. Am deutlichsten zeigt die erhöhte Akzeptanz von Vasektomien an kinderlosen Männern, welch großen Zugewinn an Selbstbestimmung erreicht wurde. Während eine kinderreiche Ehe in den 1960er Jahren als wichtigste Voraussetzung für eine Vasektomie galt, konnten sich sogar ledige kinderlose Männer ab den 1980er Jahren sterilisieren lassen, auch wenn die Prozentzahlen dazu recht gering waren.¹⁰⁸ Insgesamt sei eine Partnerschaft für die Motivation zur Übernahme von Verhütungsverantwortung relevant, da der Anteil der verhütenden Männer vor allem in Partnerschaften, in denen die Frau berufstätig sei, besonders hoch sei.¹⁰⁹

Trotzdem machten Männer in Partnerschaften ihre Entscheidung häufiger nicht mehr von der Frau abhängig. Viele Männer betonten in den 1980er und

¹⁰⁵ Vgl. Zachej (1982), S. 66.

¹⁰⁶ Wurbs (1981), S. 45.

¹⁰⁷ Vgl. Ebenda

¹⁰⁸ Vgl. Berlin-Bubla (1999), S. 34.

¹⁰⁹ Vgl. Metz-Göckel, Müller (1986), S. 21.

1990er Jahren ihre Autonomie stärker als ihre Partnerschaft.¹¹⁰ Ende der 1980er Jahre ging die Initiative am häufigsten von Mann selbst aus (46,8 Prozent), am zweithäufigsten vom Arzt (20,2 Prozent), am dritthäufigsten von der Partnerin (17,7 Prozent) und am seltensten von beiden (15,2 Prozent).¹¹¹ Ein vasktomierter Mann erzählte in einem Interview in den 1990er Jahren:

„Ich habe deshalb irgendwann gewusst, dass es auch innerhalb dieser engen Beziehung meine ganz individuelle Entscheidung sein musste. Sie musste auch für mich richtig bleiben, wenn sie sich in unserer Beziehung als falsch oder problematisch erweisen würde. [...] Denn diese Entscheidung, mich sterilisieren zu lassen, ist nun ein Teil meiner Individualität, und ich kann mir keine Beziehung zu einer Frau vorstellen, die mich in dieser Entscheidung nicht ernst nimmt.“¹¹²

Hier offenbart sich ein neues Eheverständnis, das die Partnerschaft als Verbindung anerkennt, die nicht unbedingt „bis der Tod sie scheidet“ anhalten würde. Die steigenden Scheidungszahlen zwischen den 1960er Jahren bis Ende der 1990er Jahren können als Auslöser dieser Entwicklung vermutet werden.¹¹³ Somit musste die Entscheidung zur Vasektomie unabhängig von der jetzigen Partnerin für den Lebenslauf des Mannes Gültigkeit haben.

Welche Bedeutung die Partnerschaft trotz dieser neuen Dynamik weiterhin hatte, veranschaulichte eine Studie des Psychoanalytikers Peter Goebel. Er hatte 1987 mit 156 Paaren eine Typologie von Männern in Partnerschaften mit Vasektomiewunsch erstellt:¹¹⁴ So gebe es die „altruistische Haltung“, bei der der Mann die Verhütungsverantwortung mit der Einstellung „Jetzt bin ich mal dran“ ausgleichen möchte – im Gegensatz zur „Opferhaltung“, bei der die Frau die Vasektomie mit der Einstellung „Jetzt ist er mal dran“ fordere. Die „progressive Haltung“ führe zum Entschluss zur Vasektomie, um keine Kinder in eine konfliktreiche Welt zu setzen, welcher in der Regel relativ unabhängig von der Partnerin gefällt würde. Stattdessen würde ein „Wunsch nach Anerkennung“

¹¹⁰ Vgl. Wurbs (1981), S. 46.

¹¹¹ Vgl. Goebel, Ortmann (1987), S. 144.

¹¹² Blume (1997), S. 183.

¹¹³ Vgl. Statista (2020); vgl. Statistisches Bundesamt (2020).

¹¹⁴ Vgl. Goebel et al. (1987), S. 119-138. Im Folgenden vgl. Goebel et al. (1987), S. 132ff.

zum Entschluss zur Vasektomie beim Mann führen, um seiner meist dominierenden Partnerin zu imponieren. Das „ideale Paar“ würde nach reichlicher Überlegung und emotionaler Auseinandersetzung mit den Folgen sich gemeinsam zur Vasektomie entschließen.¹¹⁵

Während die gemeinschaftliche Paarentscheidung an Wirkmächtigkeit insgesamt eingebüßt hatte, prägte die Bildung einer flacheren Hierarchie in der Arzt-Patient-Beziehung und ein Selbstbestimmungsgewinn bei Männern die Vasektomie in der Zeit der 1980er und 1990er Jahre. Weiterhin sprachen sich manche Autoren und Autorinnen noch in den frühen 1990er Jahren dafür aus, man solle die Möglichkeit einer späteren Refertilisierung dem Paar gegenüber nicht erläutern. So forderte der Urologe Jürgen Sökeland den Patienten über die Möglichkeit einer Kryokonservierung nur im Falle eines ungewollten, medizinisch indizierten Fruchtbarkeitsverlust – etwa bei der Exzision der Hoden bei Hodenkrebs – aufzuklären.¹¹⁶ Dagegen äußerte sich der Androloge Rudolf Kaden 1991 in einem Übersichtsreferat im Deutschen Ärzteblatt, das Ärzte und Ärztinnen aller Fachrichtungen über die Vasektomie informieren sollte, folgendermaßen: „Ein derartiges Angebot [die Kryokonservierung] gehört heutzutage zur unverzichtbaren Sorgfaltspflicht der präoperativen Aufklärung.“¹¹⁷ Eine offizielle Empfehlung oder Leitlinie wurde nicht erstellt, weshalb die Art der Aufklärung im Ermessen des Arztes oder der Ärztin lag. Der medizinische Leiter des Instituts für Familienplanung und Schwangerschaftsabbruch Bremen Andreas Freudemann beschrieb, dass noch eine subtile Abwehr in der Gesellschaft (ein „dumpfes Raunen“¹¹⁸) gegen die Sterilisation vorhanden sei. Dies führte er darauf zurück, dass bei einer endgültigen Absage an (weitere) Kinder „die Selbstbestimmung einer Person über ihre Sexualität und Fortpflanzung [in der Gesellschaft] eben doch nur bedingt akzeptiert wird.“¹¹⁹ Freudemann appellierte, für mehr Patientenautonomie: „Diese Entscheidung geht aber nur den Behandelten

¹¹⁵ Vgl. ebenda.

¹¹⁶ Vgl. Sökeland (1991), S. 4600.

¹¹⁷ Kaden (1991), S. 4600.

¹¹⁸ Freudemann (1991), S. 28.

¹¹⁹ Ebenda, S. 29.

selbst etwas an, keinen Arzt, keinen Berater, keinen Juristen, keinen Pfarrer, sie ist schlicht Privatsache.“¹²⁰

Während Anfang der 1980er Jahre noch 51 Prozent aller Patienten den Arzt oder die Ärztin als Hauptinformationsquelle angaben,¹²¹ zeigte eine andere Studie, dass sich Männer am liebsten erst dann einem Berater anvertrauten, wenn sie bereits genügend über die Vasektomie und ihre Folgen wüssten.¹²² Männer würden also nicht-ärztliche Informationsquellen vorziehen. Dies bestätigt auch ein Erfahrungsbericht eines Soziologen, dass die meisten Männer mit Sterilisationswunsch in seiner Beratung einen langen Entscheidungsprozess hinter sich hätten, bei dem gründlich darüber abgewogen wurde und auch die Partnerin übereinstimme.¹²³

Als eine wichtige Informationsquelle kann der persönliche Austausch von vasektomierten Männern genannt werden.¹²⁴ In einem Beispiel aus Bonn hieß es über einen sterilisierten Mann: „In seinem Bekanntenkreis hätte er verschiedentlich dieses Thema ganz offen erwähnt. Daraufhin hätten sich spontan zwei seiner Bekannten zur Vasoresektion entschlossen.“¹²⁵ Die Vasektomiezahlen waren in den 1980er Jahren kontinuierlich in der Bundesrepublik gestiegen. 1984 hätten sich in Berlin-West 644 Männer ambulant vasektomieren lassen, während es nur ein Jahr später bereits 716 gewesen seien.¹²⁶ Ende der 1980er Jahre ließen sich jährlich etwa 60.000 bis 70.000 Frauen sterilisieren und 30.000 bis 40.000 Männer vasektomieren.¹²⁷ Global gesehen hatten sich 1987 214 Millionen Paare sterilisieren lassen, was achtmal so viele waren wie 1970.¹²⁸

Für die zunehmend häufige Inanspruchnahme nennen die Autoren Peter Goebel und Karlheinz Ortmann eine Reihe verschiedener Gründe:

¹²⁰ Freudemann (1991), S. 28.

¹²¹ Vgl. Zachej (1982), S. 65. Addiert gemäß der Studie auf 99,9 Prozent nicht 100 Prozent.

¹²² Vgl. Mumford (1987), S. 220.

¹²³ Vgl. Machenbach (1992), S. 19.

¹²⁴ Vgl. Grelck (1984).

¹²⁵ Heering (1980), S. 65.

¹²⁶ Vgl. Goebel, Ortmann (1987), S. 142.

¹²⁷ Vgl. Heinrichs (1989a), S. 1.

¹²⁸ Vgl. Heinrichs (1989b), S. 30.

„[...] neben einem sich verändernden Beziehungsverhalten durch die positive Mundpropaganda der Vasektomierten, eine verstärkte Bereitschaft der Urologen, den Eingriff ambulant durchzuführen und durch niedergelassene Gynäkologen/ Gynäkologinnen, die ihre Patientinnen zunehmend ermuntern, den Eingriff nicht – wie häufig geplant – bei sich, sondern beim Partner vornehmen zu lassen, bedingt sei. Ein passagerer Zeitgeist, der Vasektomie als progressives Verhalten mißversteht, Kinderlosigkeit vermehrt als Lebensform anstrebt und nicht mehr als Schicksalsschlag betrachtet, begünstigt diese Entwicklung.“¹²⁹

Aufgrund dessen kann von einem redensartigen „Schneeballeffekt“ des Informationsaustauschs gesprochen werden: Je mehr Männer vasektomiert waren, desto mehr sprachen darüber und konnten andere Männer dazu inspirieren. Die Früchte dieser Entwicklung zeigte eine Studie von 2009, in der mehr als die Hälfte der Befragten mindestens einen vasektomierten Mann kannten.¹³⁰ Dies war auch ein Grund, warum ein Autor 1987 den Entschluss eine Unfruchtbarmachung durchführen zu lassen, als „eher ein sozialer als ein ärztlicher Prozess“¹³¹ beschrieben hatte. Die praktische Entscheidung, ob eine Vasektomie anstelle einer weiblichen Sterilisation durchgeführt werde, sei mehr durch „soziokulturelle Einstellun[g]“ als durch Vernunft beeinflusst, da der Eingriff einfacher war. Die Vasektomie galt unter dem ärztlichen Fachpersonal als zu präferierender Eingriff für Paare mit Sterilisationswunsch.¹³²

Abgesehen von der „Mundpropaganda“¹³³ entstanden in den 1990er Jahren weitere anonyme, nicht-ärztliche Informationsquellen. In einer Umfrage von 1985 „gaben 51% der Befragten den Arzt als Informationsquelle an, und 31% nutzten Bücher als Informationsquelle.“¹³⁴ In einer Studie des Mediziners Fabian Liedtke von 2009 zu psychosozialen Einflussfaktoren bei der Entscheidung zur Vasektomie zeigte sich, dass nur noch knapp 22 Prozent den

¹²⁹ Goebel, Ortmann (1987), S. 142.

¹³⁰ Vgl. Liedtke (2009), S. 66.

¹³¹ Mumford (1987), S. 214.

¹³² Vgl. Teichmann (1991), S. 202f.

¹³³ Goebel, Ortmann (1987), S. 142.

¹³⁴ Bohne (1997), S. 76.

Arzt als Informationsquelle angaben.¹³⁵ Genauer aufgeschlüsselt gaben 12,8 Prozent der Befragten den Gynäkologen und Gynäkologinnen an, 7,2 Prozent den Urologinnen oder Urologen, Schule oder Universität und 1,9 Prozent den Allgemeinmediziner oder Allgemeinmedizinerinnen.¹³⁶ Den größten Anteil von 59,6 Prozent der Befragten gaben „Medien“¹³⁷ als Informationsquelle an.¹³⁸ Demnach verschob sich innerhalb von knapp 25 Jahren der Informationsfluss über die Vasektomie. Auch in den 1990er Jahren nahmen urologische Fachärzte die Beratung häufig nicht für sich in Anspruch und die Beratung über die Sterilisation des Mannes erfolgte sogar vorwiegend beim Frauenarzt oder bei der Frauenärztin.

In den 1980er und 1990er Jahren erschienen mehrere Fernsehprogramme, die sich mit der Vasektomie beschäftigten:¹³⁹ „Als Mann nur noch die Hälfte wert? Die Sterilisation des Mannes“ war der Titel einer Ausgabe des *Journals am Vormittag* 1988.¹⁴⁰ Der Beitrag „Angst vor dem kleinen Eingriff. Verhütung durch Sterilisation“ in *Signale* wurde 1991, 1992 und 1993 ausgestrahlt und sollte dazu beitragen, „die emotional angeheizte Diskussion zu versachlichen“¹⁴¹. In den 1990er Jahren wurden zudem Ratgeber publiziert, die in dieser Form im deutschsprachigen Raum zuvor nicht zur Verfügung standen. Beispielsweise behandelten Antje Berlin-Bublas „Wie Männer sicher verhüten“ von 1999 oder Angelika Blumes „Sterilisation. Entscheidungshilfen für Männer und Frauen“ allgemein verständlich *ausschließlich* die männliche Kontrazeption. Diese Ratgeber der beiden Journalistinnen ermöglichten es Männern, sich vor einer Beratung oder dem direkten Aufsuchen eines Urologen oder einer Urologin eingehend und sachgerecht mit der Thematik auseinanderzusetzen.

Letztlich etablierte sich Mitte der 1990er Jahre langsam das Internet, das eine nie gekannte Verfügbarkeit von anonym zugänglichen Informationen bot.

¹³⁵ Vgl. Liedtke (2009), S. 37.

¹³⁶ Vgl. ebenda.

¹³⁷ Ebenda.

¹³⁸ Vgl. ebenda.

¹³⁹ Vgl. Redaktion Deutsches Ärzteblatt (1982), S. 71; vgl. Redaktion Deutsches Ärzteblatt (1986), S. 2704; vgl. Redaktion Deutsches Ärzteblatt (1988), S. 2351; vgl. Redaktion Deutsches Ärzteblatt (1991), S. 2764; vgl. Redaktion Deutsches Ärzteblatt (1992), S. 976; vgl. Redaktion Deutsches Ärzteblatt (1993), S. 1858.

¹⁴⁰ Vgl. Redaktion Deutsches Ärzteblatt (1988), S. 2351.

¹⁴¹ Redaktion Deutsches Ärzteblatt (1992), S. 976.

Dass dies die Inanspruchnahme Vasektomie bei einigen Männern stärkte, zeigt folgende Aussage eines vasktomierten Mannes, der sich ausschließlich im Internet über die Sterilisation informierte: „Im Netz spricht man offen und frei über Dinge, die man sich beim Arzt nur mit gesenktem Blick zu fragen traut.“¹⁴² Frauen hatten über Jahrzehnte aufgrund von Vorsorgeuntersuchungen und der Verschreibungspflicht von Ovulationshemmern einfachen Zugang zum vertrauten gynäkologischen Personal. Eine Studie von 1999 zeigte jedoch, dass 83 Prozent der über vierzig-jährigen Männer noch nie auf Fragen der Sexualität angesprochen worden waren.¹⁴³ Da Männer weitaus seltener den Urologen oder die Urologin aufsuchten und somit eine weniger starke Vertrautheit aufbauen konnten,¹⁴⁴ schlossen das Internet und andere Medien wie Ratgeber einen Gendergap der Informationsverfügbarkeit. Der Medizinhistoriker Martin Dinges, der sich auf Männergesundheitsgeschichte spezialisiert hat, beschrieb eine typisch männliche Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen: Männer hätten meist ein besonders ausgeprägtes Autonomiebedürfnis, weshalb sie später als Frauen ärztliche Hilfe beanspruchen würden¹⁴⁵. Auch anonyme Informationsquellen seien beliebter. Genau diese neuen Medien förderten weiter die Marginalisierung des ärztlichen Fachpersonals als alleinige Entscheidungsmacht und begünstigten die neue Rolle der Ärzte und Ärztinnen als Dienstleister.

Die Vasektomie wurde so häufig wie nie zuvor angewandt, sodass sich 1995 das Geschlechterverhältnis der Sterilisation umkehrte: In den 1990er Jahren verschob sich die Häufigkeit zwischen den Geschlechtern. 1995 ließen sich in der Bundesrepublik dem Ratgeber von Berlin-Bubla zufolge mehr Männer sterilisieren als Frauen,¹⁴⁶ was mit 48.000 vasktomierten Männer eine Verdopplung der Anzahl in den letzten Jahren und einen Anstieg von 11,8 Prozent zum Vorjahr bedeutete.¹⁴⁷ Diesen Anstieg führt die Autorin auf die

¹⁴² Berlin-Bubla (1999), S. 31.

¹⁴³ Vgl. Richter (2004), S. 80.

¹⁴⁴ Aufgrund von regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen sind Frauen in der Regel besser angebunden als Männer an Urologen. Vgl. Liedtke (2009), S. 38.

¹⁴⁵ Vgl. Dinges (2006), S. 24.

¹⁴⁶ Vgl. Berlin-Bubla (1999), S. 17.

¹⁴⁷ Vgl. Berlin-Bubla (1999), S. 17, 70.

gestiegenen Refertilisierungschancen zurück.¹⁴⁸ Dabei änderten sich die Merkmale der sich sterilisierenden lassenden Männer im Vergleich zu den vorhergegangenen Jahrzehnten kaum: 95 Prozent der Männer hatten Kinder und waren durchschnittlich zwischen 35 und 40 Jahren alt und „überdurchschnittlich gebildet“^{149, 150} Allerdings ist die Datenlage auch in den 1990er Jahren undurchsichtig, da durch die vielen ambulanten Eingriffe Schätzungen statt empirisch erhobenen Daten vorliegen. Eine andere Quelle besagte, dass sich in der Bundesrepublik zu dieser Zeit ca. 140.000 Männer und Frauen jährlich sterilisieren ließen.¹⁵¹ Den Zahlen der Gesetzlichen Krankenversicherung zufolge hatten sich 1988 25.000 Männer vasektomieren lassen, während es 1998 43.000 Männer waren und 2002 59.400 Vasektomien durchgeführt wurden.¹⁵² Eine repräsentative Befragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zeigte, dass 2003 gleich viele Männer wie Frauen sterilisiert waren.¹⁵³ Da sich in den Jahrzehnten zuvor mehr Frauen als Männer sterilisiert haben lassen, konnte diese Angleichung nur geschehen, da sich in den 1990er Jahren mehr Männer als Frauen dem Eingriff unterzogen. Trotz der leichten Schwankungen der Daten kann geschlossen werden, dass die Anwenderzahlen der Vasektomie in den 1990er Jahren und Anfang der 2000er Jahre deutlich gestiegen waren.

Leichtere Zugänglichkeit allein bedeutet keine automatisch erhöhte Nachfrage. Als hauptsächliche Ursache, warum zunehmend mehr Männer Verantwortung für eine Familienplanung mittels einer Vasektomie übernahmen, kann ein normativer gesellschaftlicher Wandel identifiziert werden. Die Forderung nach Egalität zwischen den Geschlechtern führte dazu, dass Männer „sich immer häufiger einem wachsenden Druck ausgesetzt [sehen], einen größeren Beitrag

¹⁴⁸ Vgl. Berlin-Bubla (1999), S. 16.

¹⁴⁹ Ebenda, S. 34.

¹⁵⁰ Vgl. ebenda.

¹⁵¹ Vgl. Blume (1997), S. 2.

¹⁵² Vgl. Liedtke (2009), S. 57.

¹⁵³ Vgl. BZgA (2003), S. 11.

zur Kontrazeption zu leisten“¹⁵⁴. Der Soziologe und Paartherapeut Michael Machenbach erklärte:

„Oft haben die Frauen bereits erhebliche körperliche Belastungen durch Pilleneinnahme, Spirale, eventuell Schwangerschaftsabbruch, Schwangerschaften und Geburten hinter sich, so daß eine zusätzliche Sterilisation der Frau die einseitige Rollenzuweisung geradezu fixieren würde.“¹⁵⁵

Gerade die fehlende Bereitschaft von Frauen nach abgeschlossenem Kinderwunsch weiterhin Ovulationshemmer einzunehmen, erhöhte den Druck auf die Partner,¹⁵⁶ die geleistete Verhütungsverantwortung auszugleichen und eine Nivellierung herzustellen. Die Bedeutung einer Gleichberechtigung im Verhütungsverhalten in Partnerschaften betonten auch ärztliche und psychologische Autoren und Autorinnen. Die Entscheidung zur Vasektomie anstelle zur weiblichen Sterilisation innerhalb einer Ehe sei Ausdruck „eines stärkeren Bewußtseins echter Partnerschaft von Mann und Frau“¹⁵⁷. Ein Mann erzählte:

„Damals habe ich mit vielen Frauen geredet. Viele beschwerten sich, daß sie immer die Empfängnisverhütung übernehmen müssen. Die Männer sollten doch auch einmal etwas tun. Das habe ich durchaus verstanden.“¹⁵⁸

Folglich förderten sowohl die Emanzipation des Mannes vom Arzt oder der Ärztin als oberste Entscheidungsgewalt und Informationsquelle, als auch die Emanzipation von der Bedeutung der Paarentscheidung die männliche Inanspruchnahme von Vasektomien, was sowohl zu einer gesteigerten Anwendung als auch zu einer erhöhten Patientenautonomie führte.

¹⁵⁴ Weidner, Weißbach (1992), S. 328; siehe auch Nieschlag (1987), S. 1107.

¹⁵⁵ Machenbach (1992), S. 19.

¹⁵⁶ Vgl. Berlin-Bubla (1997b), S. 97.

¹⁵⁷ Schirren (1980), S. 553.

¹⁵⁸ Berlin-Bubla (1997), S. 29.

2003 wurde die Vasektomie aus dem Katalog der Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung gestrichen.¹⁵⁹ Damit beeinflussten fiskalische Argumente und Überlegungen die interessierten Männer und damit die Nachfrage nach der Vasektomie. Außerdem brachen sich aufgrund dieser Entwicklung neue Diskurse in den medizinischen Fachpublikationen Bahn. Deshalb endet die Analyse mit dem Jahr dieser Entscheidung.

¹⁵⁹ Vgl. Richter (2004), S. 72f.

VI. Schluss

In den urologischen Stationen der Krankenhäuser im Nachkriegsdeutschland waren Patienten, die eine Vasektomie forderten oder erhielten, vergeblich zu suchen. Ein Grund dafür war, dass die freiwillige Unfruchtbarmachung rechtlich nach 1945 nicht explizit erlaubt war: Das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (GzVeN) war durch die Aufhebung der Erbgesundheitsgerichte faktisch außer Kraft gesetzt worden, ohne durch ein neues Sterilisationsgesetz ersetzt worden zu sein. Die Sterilisation der Frau und des Mannes war somit in der Zeit zwischen 1945 und 1962 nur durch einzelne Paragraphen indirekt geregelt, was eine Rechtsunsicherheit auslöste, wie bereits die Ergebnisse der Soziologin Daphne Hahn zeigten. Die Folge dieser Rechtsunsicherheit war, dass sich die medizinische Indikation zur Sterilisation als die einzige sicher rechtsgültige herauskristallisierte: Es durfte nur dann künstlich eine Unfruchtbarkeit hergestellt werden, wenn eine Schwangerschaft oder Geburt ein erhebliches Gesundheitsrisiko für die Frau bedeutete, weshalb sowohl die Indikation als auch der Eingriff selbst lediglich auf die Frau ausgerichtet waren. Dies verursachte eine Marginalisierung der Vasektomie: Beim Mann konnte kein Krankheitszustand vorliegen, der zu einer endgültigen Unfruchtbarmachung als lebensrettende Maßnahme zwingen würde. Er war folglich von der Sterilisation ausgeschlossen. Der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin fungierten sowohl als Initiatoren und als Entscheidungsgewalt darüber, ob eine „Sterilisation der Ehe“ erfolgen sollte, da es vordergründig eine gesundheitliche Entscheidung war. Dass das Paar oder sogar ein Mann selbst die Initiative für eine Sterilisation aus Familienplanungsgründen ergreifen könnte, da die endgültige Unfruchtbarkeit gewünscht und nicht notwendig war, war undenkbar. Unvorstellbar deshalb, da die christliche Sexualethik Empfängnisverhütung streng verbot und die Ärzteschaft Familienplanung nicht als ärztliche Aufgabe wahrnahm. Eine Sterilisation aus Familienplanungsmotivation war folglich in der Zeit zwischen 1945 und 1962 verpönt.

1962 warf der Prozess um Axel Dohrn neues Licht auf die Sterilisation und regte den Diskurs an. Der Chirurg wurde wegen der Durchführung von

Sterilisationen an Frauen aus nicht medizinischer Indikation angeklagt. 1963 verurteilte ihn ein Landgericht und 1964 sprach ihn der Bundesgerichtshof frei, da keine gesetzliche Grundlage zur Verurteilung in der Bundesrepublik bestand. Die Sterilisation sei nur dann nicht-rechtswidrig, sofern der Eingriff der herrschenden Sitte und Ordnung entsprechen würde. Jedoch befanden sich die geltenden normativen Bezugsrahmen in einem Wandel und es spielten sich Rückzugsgefechte der christlichen Sexualmoral ab:

Durch die Vermarktung von Ovulationshemmern 1961 begann ein öffentlicher Diskurs über Empfängnisverhütung und Familienplanung, der offenbarte, wie weit verbreitet diese Praktiken in der Gesellschaft bereits waren.

Familienplanung etablierte sich in den 1960er Jahren und institutionalisierte sich: Aufgrund der Verschreibungspflicht von hormonellen Kontrazeptiva gewannen Frauen einen vertrauten Ratgeber in Fragen der Verhütung in deren Gynäkologen und Gynäkologinnen. Männer hatten keinen solchen direkten Ansprechpartner für Fragen zur Verhütung. Für die Sterilisation bedeutete die Zeit zwischen 1962 und 1969 eine Auseinandersetzung mit der Sittenwidrigkeit des Eingriffs, wobei sittliche Argumentationen aufgrund der gesellschaftlichen Etablierung von Familienplanung beständig an Wirksamkeit verloren, bis sie im Diskurs der 1970er Jahre kaum noch aktiviert wurden.

Die Zeit zwischen 1970 und 1975 markierte eine steigende ärztliche Anerkennung der Vasektomie – so wurden die ersten Artikel über die männliche Sterilisation in bundesdeutschen Fachzeitschriften veröffentlicht. 1970 erfolgte ein wichtiger Schritt für die Zulässigkeit der Vasektomie als Familienplanungsmethode: Der Deutsche Ärztetag nahm die Sterilisation in die ärztliche Berufsordnung auf und förderte somit weiter ihre Etablierung. Die neue Berufsordnung von 1970 erlaubte die Sterilisation aus medizinischer, eugenischer und schwerwiegend sozialer Indikation, doch in der Praxis waren die Vasektomiezahlen überdies aus Familienplanungsgründen deutlich gestiegen. Diese faktische Indikationsausweitung bedeutete, dass Sterilisationen auch dann durchgeführt wurden, wenn durch den Eingriff kein gesundheitliches Risiko einer Schwangerschaft vermieden werden sollte. Diese Deutung förderte die Erwägung der männlichen Sterilisation. Damit ein

invasiver ärztlicher Eingriff gerechtfertigt oder indiziert sei, müsse der entstehende Schaden geringer sein als der Heileffekt. Aus dem Wunsch nach juristischer Absicherung und dem Bestreben Wissen zu erweitern, begannen ab Anfang der 1970er Jahre bundesdeutsche Ärzte und Ärztinnen, Studien über die körperlichen, psychosexuellen und seelischen Auswirkungen der Vasektomie zu veröffentlichen, um den ärztlich zugefügten Schaden einer Vasektomie zu eruieren. 1975 zementierte ein neuer Beschluss der gesetzlichen Krankenversicherung die 1970 begonnene institutionelle Etablierung der Sterilisation: Sie setzte die Sterilisation als Kassenleistung fest. Da keine der diskutierten Entwürfe, die die Indikationen für eine Vasektomie präzise festlegten, im neuen Gesetzestext aufgenommen wurde, blieb die rechtliche Regelung allerdings weiter vage.

Im Jahr darauf, 1976, erregte ein Urteil Aufsehen, das die Familienplanung endgültig als zulässige Indikation zur Vasektomie festlegte. Darin beschloss der BGH, dass eine Sterilisation aus Familienplanungsgründen rechtmäßig sei, da es in der bundesdeutschen Gesellschaft keine Grundlage für ein Sittenwidrigkeitsverdikt mehr gebe. Die gesellschaftliche Pluralisierung und Liberalisierung hatten die Etablierung der Vasektomie gefördert. Dies hatte in der Zeit zwischen 1976 und 1981 zur Folge, dass Paare die Möglichkeit hatten, *selbst* die Initiative zu einer Sterilisation zu ergreifen. Während zuvor in annähernd allen Fällen der Arzt oder die Ärztin die (medizinische) Indikation zur Sterilisation stellte, verschob sich die Rolle des ärztlichen Fachpersonals: Anstelle die komplette Entscheidungsgewalt über den Eingriff zu besitzen, hatte der Arzt oder die Ärztin nun nur noch die Aufgabe, zu entscheiden, ob eine Vasektomie verweigert werden sollte.

Die Zeit ab 1976 war geprägt durch einen regen Diskurs über durchgeführte empirische Studien. Die unterschiedlichen Untersuchungen kamen zu vergleichbar einheitlichen Ergebnissen: Sie identifizierten retrospektiv ähnliche Prognosekriterien, die vor einer möglichen Vasektomie das Risiko einer negativen seelischen Bewältigung des Eingriffs voraussagen sollte. Als Folge aus diesen Ergebnissen, zogen die Autoren und Autorinnen den Schluss, dass die sachgerechte und empathische Beratung der Schlüssel zur Verhinderung

einer schädlichen Verarbeitung des Patienten sei. Dies führte zu einem ärztlichen Machterhalt im Angesicht einer sich aufgrund der Etablierung der Familienplanung entwickelnden flacheren Arzt-Patient-Hierarchie. Da objektivierbare Kriterien wie Alter und Anzahl der Kinder als nicht ausschlaggebend für die Verarbeitung identifiziert wurden, oblag es der ärztlichen Definitionsmacht, inwiefern ein Patient für eine Vasektomie geeignet war oder nicht. Das ärztliche Fachpersonal dürfe nicht zum „Handlanger“ des Patienten degradiert werden und zum „Erfüllungsgehilfen“ werden. Was die psychologischen Studien und die Etablierung der Beratung als ärztliche Norm ebenfalls bewirkte, war ein Wandel in der Indikationsdebatte: Es erfolgte eine Verschiebung weg von der Indikation hin zur Motivation des Patienten. Das bedeutete, dass nicht länger im Vordergrund stand, welche Notwendigkeit die Sterilisation für die Gesundheit des Patienten oder der Partnerschaft habe, sondern welche Beweggründe den Mann zu einer Vasektomie bewogen und ob diese ein Risiko für seine Gesundheit aufgrund eines möglichen Bereuens des Eingriffs in späteren Lebensjahren darstellen könnten.

1981 entstanden Sammelbände und Lehrbücher über die Sterilisation und Vasektomie, die die wissenschaftlichen Erkenntnisse und den sich in den 1970er Jahren entwickelten ärztlichen Konsens zusammenfassten und die Diskussion abschlossen. Ein weiterer Wandel in der Arzt-Patient-Beziehung vollzog sich aufgrund des in der Zeit zwischen 1981 und 2003 prominenten Diskurses über Refertilisierungsoperationen. Da die Anzahl der Vasektomien stieg, erhöhte sich ebenfalls die absolute Anzahl der Refertilisierungswünsche. Die Etablierung der Mikrochirurgie verbesserte die Chancen auf Erfolg einer Refertilisierungsoperation drastisch, weshalb die Vasektomie an Reversibilität gewann. Selbst wenn ein Mann sterilisiert war und den Eingriff bereute, konnte er dennoch mit steigender Sicherheit aufgrund der neuen Techniken Kinder zeugen. Dies führte zu einem weiteren Wandel im ärztlichen Selbstverständnis: Die Kriterien, nach denen Ärzte und Ärztinnen die ethische Zulässigkeit der Vasektomie prüften, wurden zunehmend laxer und die Verweigerung einer Vasektomie seltener. Dies hatte einen ärztlichen Machtverlust zur Folge, der gleichzeitig ein Autonomiegewinn des Paares innerhalb der Arzt-Patient-

Hierarchie bedeutete. Dies führte auch zu einer ärztlichen Gegenbewegung, die Aussagen aus den 1970ern – wie die Gefahr zu einem Handlanger des Patienten zu werden – reproduzierte. Allerdings fand neben den zunehmend technisch-medizinischen, ärztlichen Diskursen eine neue Autorenschaft Gehör, die hauptsächlich aus Fachleuten anderer Disziplinen wie der Psychologie und Sozialarbeit bestand und den Fokus auf biografische und tiefenpsychologische Beweggründe für die Vasektomie legte. Die Vasektomiezahlen stiegen beständig, was auch auf die Verfügbarkeit von neuen, nicht-ärztlichen und teilweisen anonymen Informationsquellen zurückgeführt werden kann: Neben der Veröffentlichung von Ratgebern zur Vasektomie und der Erfindung des Internets bedeutete eine steigende Anzahl an vasktomierten Männern, dass es zunehmend mehr Ansprechpartner für Vasektomieinteressierte im Bekanntenkreis gab, mit denen Erfahrungen ausgetauscht werden konnten. Das ärztliche Fachpersonal wurde demnach von anderen Medien als Hauptinformationsquelle ersetzt, was laut Martin Dinges der typisch männlichen Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und dem damit verbundenen Autonomiebedürfnis zugutekommt,¹ da keine Autoritätsperson um Hilfe gebeten werden muss. Nicht nur die Verfügbarkeit neuer Medien und die Aufnahme einer Dienstleisterrolle in das ärztliche Selbstbild in Bezug auf die Vasektomie förderte die verstärkte Nachfrage nach männlichen Sterilisationen. Auch die im Wertewandel entstandene Norm einer Gleichberechtigung der Geschlechter förderte die männliche Übernahme von Verhütungsverantwortung beim Sterilisationswunsch: Die Etablierung der hormonellen Kontrazeption führte zu einer Eskalation der sich seit dem Beginn des 20. Jahrhunderts im Gange befindenden Entwicklung der Übernahme von Verhütungsverantwortung der Frau. Die Frau übernahm somit im Großteil der Fälle die Verhütungsverantwortung durch meist jahrelange Einnahme von Ovulationshemmern oder der Anwendung von Intrauterinpessaren, bevor ein Sterilisationswunsch in der Partnerschaft auftrat. Der Egalitätsanspruch in der Partnerschaft bewirkte nun gegen Ende des 20. Jahrhunderts größere Anreize und einen höheren Druck für Männer, die Sterilisation bei sich durchführen zu

¹ Vgl. Dinges (2006), S. 24.

lassen, um eine Nivellierung der Verhütungsverantwortung innerhalb der Partnerschaft zu erreichen. Gleichzeitig ergab sich aufgrund der verbesserten Refertilisierungschancen eine Abkehr von dem Verständnis, dass Vasektomien nur bei Männern in stabilen Partnerschaften vollzogen werden sollten: Erstmals vertraten Autoren und Autorinnen die Meinung, dass der Mann die Entscheidung für sich selbst autonom und unabhängig von der jetzigen Partnerschaft zu treffen habe. Auch diese Entwicklung förderte die Inanspruchnahme der Vasektomie in der Art, dass sich das Verhältnis der männlichen und weiblichen Sterilisation in den 1990er Jahren angleich. Die Vasektomie hatte sich vollständig in Gesellschaft und der Ärzteschaft etabliert. Ab 2003 musste die Vasektomie wieder privat liquidiert werden. Da dies sowohl einen Einfluss auf die Nachfrage der interessierten Männer als auch auf die medizinischen Diskursthemen hatte, endet die Analyse mit dem Jahr dieses Beschlusses.

Folglich liest sich die Geschichte der Vasektomie als Emanzipationsgeschichte, da zum einen eine Ablösung aus dem Abhängigkeitsverhältnis zwischen ärztlichem Fachpersonal und Patient und zum anderen ein Autonomiegewinn des Mannes im Verhältnis zur Partnerschaft stattfand:

Während in den Jahren vor 1962 die Initiative für eine Sterilisation in einer Ehe beim Arzt oder bei der Ärztin lag, entwickelte sich in der Zeit zwischen 1962 und 1981 die Möglichkeit selbst die Initiative für die Unfruchtbarmachung zu ergreifen und bis zum neuen Millennium wandelte sich die Rolle der Urologen und Urologinnen zunehmend mehr zu einem Dienstleister – es fand folglich eine Verflachung der Arzt-Patient-Hierarchie statt. Als Ursache kann die erhöhte gesellschaftliche Akzeptanz von selbstbestimmter Familienplanung genannt werden. Dieser Individualisierungsprozess entzog sexualmoralischen Sittlichkeitsargumenten gegen die selbst gewählte Unfruchtbarkeit von Männern ihre Wirkmächtigkeit.

Außerdem war über eine lange Zeit nur die Sterilisation in der Ehe vorgesehen, bis sich ab 1981 eine zunehmende Unabhängigkeit des Sterilisationsentschlusses von der Partnerschaft ergab. Auch wenn ein Mann

nicht gebunden war oder die Partnerschaft als instabil und disharmonisch bewertet wurde, war die Vasektomie aus Selbstverwirklichungsgründen akzeptiert.

Diese größere Verfügbarkeit der Vasektomie für Männer ließ die Anzahl der durchgeführten Vasektomien in den Jahren von 1970 bis 2003 steigen. Außer dem breiteren ärztlichen Angebot, wuchs die Nachfrage der Männer nach der Sterilisation, weil mehr Männern ein Zuständigkeitsgefühl für die Verhütungsaufgabe verspürten und/ oder ein Gleichgewicht der Verhütungsverantwortungsverteilung in der Partnerschaft erreichen wollten, falls die Partnerin zuvor (jahrelang) Ovulationshemmer einnahm.

Dieser langsame Prozess der Emanzipation, der sich eher ergab, als dass eine organisierte Bewegung dies erkämpft hätte, bewirkte einen Autonomie- und Selbstbestimmungsgewinn für Männer in Bezug auf die Vasektomie. Erst deshalb war es immer mehr Männern in der Bundesrepublik möglich, Verantwortung für eine abgeschlossene Familienplanung für die Partnerschaft aber auch für sich selbst mit einer Vasektomie zu übernehmen.

VII. Zusammenfassung

Die kulturhistorische Studie untersucht die Gründe für den bemerkenswerten Anstieg von Vasektomien in der Bundesrepublik zwischen 1962 und 2003: Ihre Zahl verfünffachte sich. Dazu analysiert sie den entsprechenden medizinischen Diskurs, die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Vasektomie, die sich verändernde Arzt-Patient-Hierarchie und das Geschlechterverhältnis in der Übernahme von Verhütungsverantwortung. Als Quellen dienten medizinische Fachartikel, die Auskunft über ärztliche Deutungsmuster und Einstellungen der an einer Vasektomie interessierten Männer geben, aber auch Beiträge der Massenmedien als Spiegel gesellschaftlicher Entwicklungsprozesse. Postuliert wird, dass ein Wandel von sexuellen Sittlichkeitsvorstellungen und eine Entwicklung der männlichen Rolle in der Verteilung von Verhütungsverantwortung in Partnerschaften seit den 1960er Jahren verantwortlich für den Anstieg von Vasektomien war.

Der Hauptteil fokussiert zunächst auf die Jahre bis 1981, als sich die Vasektomie aus einem rein medizinischen Kontext löste. Bis dahin war nur die Sterilisation der Frau aus medizinischer Indikation straffrei. Der Freispruch im Prozess gegen den Chirurgen Axel Dohrn, der 149 Sterilisationen wegen eines erfüllten Kinderwunsches durchgeführt hatte, eröffnete Ärzten ab 1962 die Möglichkeit, auch Männern eine Vasektomie vorzuschlagen. Doch erst aufgrund von sich verändernden Sittlichkeitsvorstellungen stieg die Anwendung der Vasektomie. Fortan war es Paaren möglich, selbst die Initiative für eine Sterilisation zu ergreifen. Mediziner sahen es gleichwohl als ihre Aufgabe an, eine gewünschte Vasektomie zu verweigern, falls eine negative seelische Verarbeitung des Eingriffs in Aussicht stand. Um die Konsequenzen der Operation quantifizieren zu können, begannen sie, wissenschaftliche Studien über deren körperlichen und seelischen Auswirkungen zu publizieren und diesbezügliche Prognosekriterien aufzustellen. Damit sollte ermittelt werden, wie hoch das Risiko von gesundheitsschädlichen Folgen für den Mann war. Spätestens ab 1981 kann die Vasektomie als Standardverfahren in der

Familienplanung bezeichnet werden, da Sammelbände den erarbeiteten wissenschaftlichen Konsens zusammenfassten.

Anschließend analysiert der Hauptteil den medizinischen und gesellschaftlichen Umgang mit der Vasektomie zwischen 1981 und 2003. Denn während dieser Zeit verbesserte die Einführung der Mikrochirurgie die Chancen einer Refertilisierung deutlich. Ärzte verweigerten den Eingriff daher nun seltener, der Zugang zur Vasektomie wurde leichter. In der Konsequenz bewirkte dies einen weiteren Autonomiegewinn des Paares innerhalb der Arzt-Patient-Hierarchie. Dazu kamen sich in den 1990er Jahren wandelnde gesellschaftliche Männlichkeits- und Rollenverständnisse, die einen normativen Egalitätsanspruch in der Verteilung von Verhütungsverantwortung herstellten. Dies erhöhte die Motivation für Männer, sich anstelle der Partnerin sterilisieren zu lassen, um die Verhütungsverantwortung innerhalb der Partnerschaft auszugleichen. Erstmals forderten Autoren verschiedener Fachrichtungen, dass der Mann die Entscheidung für sich selbst autonom und unabhängig von der (aktuellen) Partnerschaft zu treffen habe. Ab 2003 musste die Vasektomie wieder privat liquidiert werden. Weil sich im Zuge dieser Entwicklung neue Diskurse Bahn brachen, endet die Analyse mit dem Jahr dieser Entscheidung.

Die Studie kommt zu dem Ergebnis, dass sich die westdeutsche Geschichte der Vasektomie im Wesentlichen als eine Emanzipationsgeschichte präsentiert, denn am Ende stand zum einen die Ablösung aus dem Abhängigkeitsverhältnis zwischen ärztlichem Fachpersonal und Patient und zum anderen ein Autonomiegewinn des Mannes innerhalb der Partnerschaft.

VIII. Literaturverzeichnis

- Alken, Peter: Sterilisation beim Mann. In: Eser, Albin/ Hirsch, Hans A. (Hrsg.): Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch, Stuttgart 1980, S. 40-46.
- Arndt, Adolf: Ehelicher Verkehr als Genusssucht. In: Neue Juristische Wochenschrift 16 (1963), S. 848-849.
- Asbell, Bernard: Die Pille und wie sie die Welt veränderte, Frankfurt am Main 1998.
- Bach, C.: Die Zwangssterilisierung auf der Grundlage des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses im Bereich der Gesundheitsämter Leipzig und Grimma, die Tötung Geisteskranker und die Rolle der erbbiologischen Erfassungs- und Begutachtungspraxis der Psychiatrie zwischen 1933 und 1945, Leipzig 1990.
- Baier, Kurt: Guilt and responsibility. In: May, Larry/ Hoffmann, Stacey (Hrsg.): Collective responsibility. Five decades of debate in theoretical and applied ethics, 1991, S. 197–218.
- Banzhaf, Günter: Der Begriff der Verantwortung in der Gegenwart: 20.-21. Jahrhundert. In: Heidbrink, Ludger/ Langbehn, Claus/ Loh, Janina (Hrsg.): Handbuch Verantwortung, Wiesbaden 2017, S. 149-167.
- Barth, E./ Strauß, B.: Männer und Verhütung: Ergebnisse einer Untersuchung und Überlegungen zur Entwicklung von Empfängnisverhütung, Braunschweig 1986.
- Baumann, Zygmunt: Moderne und Ambivalenz: Das Ende der Eindeutigkeit, Hamburg 1992.
- Beer, Ulrich: Fruchtbarkeitsregelung als Konsequenz verantwortlicher Elternschaft – Argumente und Dokumente zur Sterilisation des Mannes, Tübingen 1966.
- Berlin-Bubla, Antje: Wie Männer sicher verhüten. Frankfurt am Main 1999.
- Birkelbach, Heinrich: Vasektomie bei Hypertrophie der Prostata, Gießen 1930.
- Blume, Angelika: Sterilisation – Entscheidungshilfe für Männer und Frauen, Hamburg 1997.
- Bock, Gisela: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus. Studien zur Rassenpolitik und Frauenpolitik, Opladen 1986.
- Böckle, Franz: Freiheit und Bindung, Kevelaer 1968.
- Bohne, Michael: Die Pille für den Mann und die Vasektomie in der Medizin, Frankfurt am Main 1997.
- Bornikoel/ Hubmann: Überlegungen zum Thema Sterilisation. In: Der Urologe B 12 (1972), S. 87-90.
- Bovet, Theodor: Die Ehe. Das Geheimnis ist gross, Tübingen 1956.
- Ders.: Ehekunde. Die jüngste Wissenschaft von der ältesten Lebensordnung. Ein Grundriß für Ärzte, Seelsorger, Eheberater und denkende Eheleute, II. spezieller Teil, Tübingen 1962.
- Brandt, Ilse: Über die Pille und andere Möglichkeiten der Empfängnisregelung. Aus der Praxis der Beratungsstellen der PRO FAMILIA. In: Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverein (Hrsg.): Familienplanung, Frankfurt am Main 1968.
- Brockhaus Enzyklopädie, Leipzig Mannheim 2006.

- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.):
Verhütungsverhalten Erwachsener. Ergebnisse der repräsentativen
Befragung 2003, Köln 2003.
- Caemmerer, Monika: Arzthaftung bei fehlgeschlagener Sterilisation in England
und Deutschland, Freiburg im Breisgau 1991.
- Christiansen, G./ Töppich, J.: Umfragedaten zum Sexualverhalten. In:
Heckmann, W./ Koch, M.A. (Hrsg.): Sexualverhalten in den Zeiten von AIDS,
Berlin 1994, S. 15-33.
- Clement, U.: Sexualität im Wandel. Eine empirische Vergleichsstudie an
Studenten zwischen 1966 und 1981, Stuttgart 1986.
- Cooper, Astley: Observations on the structure and diseases of the testis - with
numerous plates, Philadelphia 1845.
- Danzig, Samuel: Ueber die Rolle der Vasektomie zur Verhütung der
Epididymitis nach Prostatektomie und der Infektionsweg der Epididymitis,
Lausanne 1937.
- Daum, M./ Deppe, H.-U.: Zwangssterilisation in Frankfurt am Main 1933-1945,
Frankfurt am Main, New York 1991.
- Degenhardt, K.-H.: Die freiwillige Sterilisation in genetischer Sicht. In: Urologe B
13 (1973), S. 142-145.
- Dietel, Hanns/ Heinrich, Jürgen: Die Norddeutsche Gesellschaft für
Gynäkologie und Geburtshilfe. Eine Dokumentation anlässlich des 95jährigen
Bestehens, Strahlsund 2004.
- Diewald, Gabriele/ Steinhauer, Anja: Richtig gendern. Wie Sie angemessen und
verständlich schreiben, Berlin 2017.
- Dinges, Martin: Immer schon 60% Frauen in den Arztpraxen? Zur
geschlechtsspezifischen Inanspruchnahme des medizinischen Angebotes
(1600-2000). In: Dinges, Martin (Hrsg.): Männlichkeiten und Gesundheit im
historischen Wandel ca. 1800 – ca. 2000, Stuttgart 2007b.
- Ders.: Männergesundheit in historischer Perspektive: Die Gene erklären nur
den kleineren Teil des Geschlechterunterschiedes. In: Blickpunkt der Mann 4
(2006), S. 21-24.
- Ders.: Männergesundheitsgeschichte. Zur Entstehung eines Forschungsfeldes.
In: Medizinhistorisches Journal 50 (2015), S. 1-41.
- Ders.: Was bringt die historische Forschung für die Diskussion zur
Männergesundheit? In: Blickpunkt der Mann 5 (2007a), S. 6-9.
- Dörries, Andrea: Die medizinische Indikation: Begriffsbestimmung und
Rahmenbedingungen. In: Dörries, Andrea (Hrsg.): Medizinische Indikation.
Ärztliche, ethische und rechtliche Perspektiven. Grundlagen und Praxis,
Stuttgart 2015.
- Drake, M. J./ Mills, I. W./ Cranston, D.: On the chequered history of vasectomy.
In: BJU International 84 (1999), S. 475-481.
- Durand-Wever, Anne-Marie: Ärztliche Indikation zur Empfängnisverhütung. In
Harmes, Hans (Hrsg.): Die gesunde Familie in ethischer,
sexualwissenschaftlicher und psychologischer Sicht, Stuttgart 1958.
- Ekhardt, Robert: Professor Dr. Steinachs Verjüngungsverfahren. Die neuesten
Ergebnisse der künstlichen Verjüngung von Greisen und der
Altersbekämpfung - allgemeinverständlich dargestellt von Dr. Robert Ekhardt,
Naumburg an der Saale 1920.

- Ernst, Siegfried: Ulmer Denkschrift. In: Deutsches Ärzteblatt 40 (1965), S. 2138-2141.
- Eser, Albin/ Hirsch, Hans A. (Hrsg.): Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch. Eine Orientierungshilfe zu medizinischen, psychologischen und rechtlichen Fragen. Einschlägige Bundesgesetze und Länderbestimmungen im Anhang, Stuttgart 1980.
- Eser, Albin: Sterilisation in rechtlicher und rechtspolitischer Sicht. In: Eser, Albin/ Hirsch, Hans A. (Hrsg.): Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch. Eine Orientierungshilfe zu medizinischen, psychologischen und rechtlichen Fragen, Stuttgart 1980, S. 55-68.
- Evangelisch-Lutherische Landeskirche Hannovers: Arzt im Dienst der Kirche – Karl Horst Wrage ist tot. In: Nachrichten 2005, 2005, URL: <https://www.landeskirche-hannovers.de/evlka-de/presse-und-medien/nachrichten/2005/04/29-2797>, Abrufdatum 12.09.2018.
- Faschingbauer, Maximilian: Zirkulierende Immunkomplexe bei Patienten mit malignen Melanomen sowie bei Patienten vor und nach Vasektomie, München 1982.
- Fichtner, Jörg: Über Männer und Verhütung. Der Sinn kontrazeptiver Praxis für Partnerschaftsstile und Geschlechterverhältnis, Münster 1999.
- Fiedler, Eckart: Stellungnahme. In: Deutsches Ärzteblatt 36 (1977), S. 2183.
- Finger, Peter: Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation in der Ehe. In: Kritische Justiz: Vierteljahresschrift für Recht und Politik 19 (1986), S. 326-338.
- Freudemann, Andreas: Sterilisation als Verhütungsmethode – ein Denkanstoß. In: pro familia magazin 5 (1991), S. 28-29.
- Frick-Bruder, Viola: Sterilisation: Psychologische Probleme. In: Eser, Albin/ Hirsch, Hans A. (Hrsg.): Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch. Eine Orientierungshilfe zu medizinischen, psychologischen und rechtlichen Fragen, Stuttgart 1980, S. 47-54.
- Friederich, Wolfgang: Infostand fand starkes Interesse. In: pro familia magazin 2 (1985b), S. 29.
- Ders.: Samenbanken. Hintertüren der Sterilisation. In: pro familia magazin 3 (1985a), S. 22-24.
- Galton, Francis: Hereditary Character and Talent. In: Macmillan's Magazine 12 (1865), Part I S. 157-166, Part II S. 318-327.
- Gesenius, Heinrich: Empfängnisverhütung, München 1959.
- Goebel, Peter/ Ortmann, Karlheinz/ Blattner, Thomas L.: Beratung vor Vasektomie. Die innere Auseinandersetzung anregen. In: pro familia magazin 4 (1989), S. 5-7.
- Dies.: Vasektomie und Beziehungssituation: Eine empirische Untersuchung von 156 Männern (Paaren). In: Zeitschrift für psychosomatische Medizin 33 (1987), S. 119-138.
- Dies.: Vor der Vasektomie: Was mit dem Paar geklärt werden muß. In: Sexualmedizin 19 (1990), S. 73-80.
- Goebel, Peter/ Ortmann, Karlheinz: Risikofaktoren bei Vasektomie – ein Vergleich zufriedener vasktomierter Männer mit unzufriedenen refertilisierungswilligen Männern. In: Urologe A 26 (1987), S.142-145.

- Grelck, Jochen: Andrologische Nachuntersuchungen bei Sterilisierten, Kiel 1984.
- Gruber, Sarah/ Blanck, Stefanie: Basics Gynäkologie und Geburtshilfe, München 2014.
- Gugliotta, Angela: »Dr. Sharp with His Little Knife«: Therapeutic and Punitive Origins of Eugenic Vasectomy – Indiana, 1892-1921. In: Journal of the History of Medicine and Allied Sciences 53 (1998), S. 371-406.
- Hackett, Robert E./ Waterhouse, Keith: Vasectomy - reviewed. In: American Journal of Obstetrics & Gynecology 116 (1973), S. 438-455.
- Hahn, Daphne: Modernisierung und Biopolitik. Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch in Deutschland nach 1945, Frankfurt am Main, New York 2000.
- Hall, Stuart: Introduction. In: Hall, Stuart (Hrsg.): Representation: Cultural Representations and Signifying Practices, London 1997, S. 1-11.
- Hardwig, Werner: Sterilisation und Sittlichkeit. Der Bundesgerichtshof spricht Dr. Axel Dohrn frei. In: Vorgänge 11 (1964), S. 387-396.
- Hauser, Ernst: Die Sterilisation des Mannes zur Verhütung von Schwangerschaften, Bern 1955.
- Heering, Hans-Joachim: Die vikariierende Sterilisation des Mannes an der urologischen Universitätsklinik Bonn: somatische und psychologische Auswirkungen an Hand katamnestic Erhebungen, Bonn 1980.
- Heidbrink, Ludger: Definitionen und Voraussetzungen der Verantwortung. In: Heidbrink, Ludger/ Langbehn, Claus/ Loh, Janina (Hrsg.): Handbuch Verantwortung, Wiesbaden 2017, S. 3-33.
- Heinrichs, Jürgen/ Hallstein, M./ Heider, M./ Meyer, A./ Goebel, P./ Holtzmeier, A.: Sterilisation: Voraussetzungen und Kriterien. In: pro familia magazin 4 (1989), S. 8-12.
- Heinrichs, Jürgen: „Männer ebenfalls“. Männerkampagne 1984-85 in Großbritannien. In: pro familia magazin 2 (1985), S. 14-15.
- Ders.: Vorbemerkung. Sterilisation: Prüfstein der Familienplanung? In: pro familia magazin 4 (1989b), S. 30-31.
- Ders.: Zur Einleitung. Zur verborgenen Praxis der Sterilisation. In: pro familia magazin 4 (1989a), S. 1-2.
- Herrath, Frank: »Männer des Westens sind so« Zur Sexualpolitik des neuen Actionfilms. In: pro familia magazin 1 (1987), S. 9-11.
- Hild, F.: Haftpflichtfragen nach Vasektomie. In: Urologe B 18 (1978), S. 149-151.
- Hockerts, Hans Günter: Deutung der Deutung von Deutung. Chancen und Risiken der Kulturgeschichte. In: Frei, Norbert (Hrsg.): Was heißt und zu welchem Ende studiert man Geschichte des 20. Jahrhunderts?, Göttingen 2006, S. 92-98.
- Hofer, Hans-Georg/ Sauerteig, Lutz: Perspektiven einer Kulturgeschichte der Medizin. In: Medizinhistorisches Journal 42 (2007), S. 105-141.
- Hoff, A./ Schulz, A.: ... und drinnen wartet der züchtige Hausmann. In: pro familia magazin 4 (1986), S. 4-7.
- Hoffmann-Volz, Ursula: Bei der Pro Familia. Was ist anders als beim niedergelassenen Arzt? In: pro familia magazin 4 (1985), S. 8-9.

- Hofstetter, A.: Sterilisation und Refertilisierung. In: Heberer, G./ Schweiberer, L. (Hrsg.): Indikation zur Operation, Berlin Heidelberg 1981.
- Holbeck, Theodor: Zur Indikation und Technik der Sterilisation beim Manne, Freiburg im Breisgau 1937.
- Jütte, Robert: Lust ohne Last. Geschichte der Empfängnisverhütung, München 2003.
- Kaden, Rudolf: Andrologische Aspekte bei beabsichtigter Sterilisation des Mannes. In: Urologe B 13 (1973), S. 7-9.
- Ders.: Spermakonservierung. In: Deutsches Ärzteblatt 88 (1991), S. 4600.
- Katalog der Deutsche Nationalbibliothek: Ergebnis der Suche nach:
 »Sterilisation«, 2020,
 URL:<https://portal.dnb.de/opac.htm?method=showNextResultSite¤tResultId=%22sterilisation%22+sortBy+jhr%2Fsort.ascending%26any¤tPosition=140>, Abrufdatum 01.02.2020.
- Kepp, Richard/ Koester, Helmut: Empfängnisverhütung aus Verantwortung, Stuttgart 1968.
- Dies.: Vorwort. In: Kepp, Richard/ Koester, Helmut (Hrsg.): Familienplanung, Stuttgart 1966.
- Klevenow, Annegret: Kinderwunsch – nein danke. In: In: pro familia magazin 5 (1988), S. 13-14.
- Klever, Knut: Der heutige Stand der Familienplanung in verschiedenen ausgewählten Ländern, München 1968.
- Klosterhalfen, Herbert/ Wagenknecht, Lothar V./ Becker, H./ Huland, H./ Schirren, Carl: Operationsresultate der Epididymo-Vasotomie und der Vaso-Vasostomie. In: Urologe A 22 (1983), S. 25-28.
- Klosterhalfen, Herbert/ Wagenknecht, Lothar, V.: Refertilisation nach Sterilisation beim Mann. In: Deutsches Ärzteblatt 23 (1977), S. 1531-1534.
- Knipper W./ Degenhardt K.-H./ Emig/ Schmidt-Matthiesen/ Reindorf/ Oechsler: Rundtischgespräch. Die freiwillige Sterilisation des Mannes. In: Urologe B 13 (1973), S. 146-149.
- Knipper, W./ Brühl, P.: Zur freiwilligen Sterilisation des Mannes. In: Urologe B 15 (1975), S. 9-11.
- Knipper, W.: Probleme zur freiwilligen Sterilisation des Mannes. In: Urologe B 18 (1978), S. 142-144.
- Konietzko, D./ Reinecke, F.: Langfristiger Spermatozoennachweis nach Vasektomie. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift 98 (1973), S. 1221-1223.
- König, Paul A.: Praktischer Stellenwert der Methoden zur Geburtenregelung. In: Eser, Albin/ Hirsch, Hans A. (Hrsg.): Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch. Eine Orientierungshilfe zu medizinischen, psychologischen und rechtlichen Fragen, Stuttgart 1980, S. 3-13.
- Kreß, Brigitta: Biographische Aspekte der Vasektomie. In: pro familia magazin 4 (1989), S. 3-4.
- Lenckner, Theodor: Einwilligung in Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation. In: Eser, Albin/ Hirsch, Hans A. (Hrsg.): Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch. Eine Orientierungshilfe zu medizinischen, psychologischen und rechtlichen Fragen, Stuttgart 1980, S. 173-197.

- Lenhard, Parwin: Die freiwillige Sterilisation der Frau in ihren psychischen, psychosomatischen und sozialen Auswirkungen, Köln 1977.
- Ley, Astrid: Zwangsterilisation und Ärzteschaft. Hintergründe und Ziele ärztlichen Handelns 1934-1945, Frankfurt am Main/ New York 2003.
- Liedtke, Fabian: Untersuchungen zu den psychosozialen Einflußfaktoren auf das Kontrazeptionsverhalten von Paaren unter besonderer Berücksichtigung der Entscheidung zur Vasektomie, Würzburg 2009.
- Machenbach, Michael: Die endgültige Entscheidung. Psychologische Fragen zur Vasektomie. In: pro familia magazin 4 (1992), S. 17-19.
- Matzke, Heinz/ Schirmer, Dieter: Empfängnisregelung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch. In: Deutsches Ärzteblatt 37 (1976), S. 2321-2328.
- Mende, W.: Forensisch-psychiatrische Aspekte der Sterilisation. In: Münchner Medizinische Wochenschrift 118 (1976), S. 909-912.
- Metz-Göckel, Sigrid/ Müller, Ursula: Der Mann. Die BRIGITTE-Studie, Weinheim 1986.
- Meyer, Annelene/ Goebel, Peter/ Brähler, Elmar.: Zur Paardynamik von sterilisierten Frauen und Männern mit Refertilisierungswunsch. In: Brähler, Elmar/ Meyer, Annelene (Hrsg.): Partnerschaft, Sexualität und Fruchtbarkeit. Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokio 1988, S. 128-151.
- Müller-Mattheis, V./ Bonte, W./ Ackermann, R.: Gefälligkeitsvasektomie – nach wie vor ein umstrittenes Thema. In: Aktuelle Urologie 19 (1988), S. 325-330.
- Müller-Schmid, P./ Reimann-Hunziker, G./ Reimann-Hunziker, R.: Erfahrungen mit der operativen Sterilisierung des Mannes. In: Praxis 14 (1960), S. 352-356.
- Mumford, Stephen D.: Vasektomie und Vasektomie-Beratung. In: Swanson, Janice M./ Forrest, Katherine A.: Die Sexualität des Mannes, Köln 1987, S. 211-222.
- Münkel, Wilma: Bevölkerungsrückgang als Folge veränderten generativen Handelns des Mannes. Exploration anhand psychoanalytischen Theorien, Berlin 1982.
- Musselmann, Rainer: Sterilisation des Mannes - psychosoziale Untersuchungen, München 1984.
- Soltau, Heide: Wie Mann den Pariser umgeht. In: pro familia magazin 4 (1987), S. 14-15.
- Nida-Rümelin, Julian: Verantwortung, Stuttgart 2011.
- Nieschlag, E.: Vasektomie – pro und contra. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift 112 (1987), S. 1107-1109.
- Noldus, J./ Otto, U./ Salamon, J./ Schulze, W./ Klosterhalfen, H.: Vasovasostomie nach Vasektomie. Operationsergebnisse 1986–1989. In: Urologe A 31 (1992), S. 103-105.
- Nowak, K.: Sterilisation, Krankenmord und Innere Mission im »Dritten Reich«. In: Thom, A.: G.I. Caregorodcev. Medizin unterm Hakenkreuz, Berlin 1989, S. 167-179.
- Pabst, R.: Vasektomie – Die Alternative des Mannes zur Geburtenkontrolle? In: Medizinische Klinik 72 (1977), S. 583-591.
- Papst Paul VI.: Enzyklika Humanae vitae, Leipzig 1969.

- Papst Pius XI.: Die Enzyklika Casti Connubii über die Hoheit und Würde der reinen Ehe, Luzern 1966.
- Petersen, Peter (Hrsg.): Sterilisation. Beratung – Operation – Recht. Ein Leitfaden für die Praxis, Stuttgart, New York 1981a.
- Petersen, Peter: Die seelische Verarbeitung der chirurgischen Kontrazeption bei Mann und Frau. In: Münchner Medizinische Wochenschrift 118 (1976), S. 917-922.
- Ders.: Endgültige Fruchtbarkeitsverhütung in der Familienplanung. Zur Psychologie der freiwilligen Sterilisation. In: Münchner Medizinische Wochenschrift 122 (1980), S. 557-559.
- Ders.: Seelische Folgen der Vasektomie. Widerstände und vorläufige Prognoseregeln zur endgültigen Kontrazeption. In: Sexualmedizin 8 (1979), S. 235-241
- Ders.: Seelische Folgen nach endgültiger Kontrazeption. Ergebnisse internationaler Studien über die freiwillige Sterilisation des Mannes und der Frau aus Gründen der Familienplanung. In: Deutsches Ärzteblatt 12 (1978), S. 695-701.
- Ders.: Zur Rechtslage. In: Petersen, Peter (Hrsg.): Sterilisation. Beratung – Operation – Recht. Ein Leitfaden für die Praxis, Stuttgart, New York 1981b, S. 32-53.
- Pfäfflin, F.: Zwangssterilisationen in Hamburg: Bevölkerungs- und Gesundheitspolitik im Dritten Reich. In: Ebbinghaus, A. et al. (Hrsg.): Heilen und Vernichten im Mustergau Hamburg, Hamburg 1980, S. 26-30.
- Rausch, Hans: Vasektomie. Abrechnungsfähig. In: Deutsches Ärzteblatt 36 (1977), S. 2183.
- Recksiek, Sabine: Beratung. In: Petersen, Peter (Hrsg.): Sterilisation. Beratung – Operation – Recht. Ein Leitfaden für die Praxis, Stuttgart, New York 1981, S. 108-129.
- Redaktion Der Spiegel: Beim Mann oder bei der Frau? In: Der Spiegel 11 (1978), S. 152.
- Dies.: Der Zeit voraus. In: Der Spiegel 2 (1979), S. 137.
- Dies.: Goldener Hahn. In: Der Spiegel 39 (1972), S. 192-193.
- Dies.: Konkurrenz für die Pille In: Der Spiegel 40 (1977), S. 268.
- Redaktion Der Urologe: Editorial. In: Der Urologe 19 (1980).
- Redaktion Deutsches Ärzteblatt: Abrechnungsfähig. In: Deutsches Ärzteblatt 36 (1977a), S. 2183.
- Dies.: Aus den Programmen. In: Deutsches Ärzteblatt 79 (1982), S. 71.
- Dies.: Die Verantwortung bei Sterilisation. In: Deutsches Ärzteblatt 30 (1976), S. 1976.
- Dies.: Eine Fertilitätsvasektomie. In: Deutsches Ärzteblatt 2 (1977b), S. 94.
- Dies.: Fortbildungsfilme. In: Deutsches Ärzteblatt 83 (1986), S. 2704.
- Dies.: Medizin und Wissenschaft. In: Deutsches Ärzteblatt 88 (1991), S. 2764.
- Dies.: Medizin und Wissenschaft. In: Deutsches Ärzteblatt 90 (1993), S. 1858.
- Dies.: Profil Deutsches Ärzteblatt. In: Deutscher Ärzteverlag, 2019, URL: <https://www.aerzteverlag.de/portfolio/fachwissen-medizidental/deutsches-aerzteblatt/profil/>, Abrufdatum 28.03.2019.
- Dies.: Sterilisation. In: Deutsches Ärzteblatt 89 (1992), S. 976.

- Redaktion Sexualmedizin: Sicheres Nein verhilft zum klaren Ja. In: Sexualmedizin 5 (1979), S. 185.
- Dies.: Spermaantikörper nur selten. In: Sexualmedizin 6 (1990), S. 343.
- Reimann-Hunziker, Rose/ Reimann-Hunziker, G.: Eigene Erfahrungen an über 1000 Vasektomierten der letzten 20 Jahre. In: Zeitschrift für Präventivmedizin 7 (1962), S. 537-546.
- Rettie, J.: Überblick über die Familienplanung in verschiedenen Ländern. In: Kepp, Richard/ Koester, Helmut (Hrsg.): Familienplanung, Stuttgart 1966, S. 4-22.
- Richter, Michael: Psychosexuelle Aspekte der Sterilisation durch Vasektomie, Dresden 2004.
- Sabrow, Martin: Leitmotive und Machtworte. Zeitgeschichte als Kulturgeschichte. In: Frei, Norbert (Hrsg.): Was heißt und zu welchem Ende studiert man Geschichte des 20. Jahrhunderts? Göttingen 2006, S. 100-107.
- Sarasin, Philipp: Subjekte, Diskurse, Körper – Überlegungen zu einer diskursanalytischen Kulturgeschichte. In: Geschichte und Gesellschaft. Sonderheft 16, Kulturgeschichte Heute (1996), S. 131-164.
- Schenk, Britta-Marie: Behinderung – Genetik – Vorsorge. Sterilisationspraxis und humangenetische Beratung in der Bundesrepublik. In: Zeithistorische Forschungen 10 (2013), S. 433-454.
- Schirren, Carl/ Scholz-Jordan, D.: Die Sterilisation als Methode der Antikonzeption. Ergebnisse von Beratungsgesprächen bei Wunsch nach Vasektomie. In: Münchner Medizinische Wochenschrift 118 (1976), S. 899-902.
- Schirren, Carl: Ärztliche Erfahrungen zur Praxis der Vasektomie. In: Urologe B 15 (1975b), S. 12-13.
- Ders.: Die Sterilisation als Methode der Antikonzeption. Ergebnisse von Beratungsgesprächen bei Wunsch nach Vasektomie. In: Münchner Medizinischen Wochenschrift 118 (1976), S. 899-902.
- Ders.: Erfahrungen mit der Vasektomie. Katamnestiche Studie über einen Zeitraum von 10 Jahren. In: Urologe A 22 (1983), S. 29-34.
- Ders.: Möglichkeiten und Grenzen der Empfängnisregelung von seiten des Mannes aus andrologischer Sicht. In: Ehe. Zentralblatt für Ehe- und Familienkunde 6 (1969), S. 97-104.
- Ders.: Vasektomie – Pro und Kontra. In: Münchner Medizinische Wochenschrift 122 (1980), S. 553-556.
- Ders.: Vasektomie: Methode zur Familienplanung. Voraussetzung ist eine partnerschaftliche Entscheidung. In: Ärztliche Praxis 88 (1975a), S. 3539.
- Schlund, G. H.: Rechtsfragen bei der Vasektomie. In: Urologe B 18 (1978), S. 152-155.
- Schmacke, N./ Güse, H.-G.: Zwangsterilisiert, verleugnet, vergessen. Zur Geschichte der nationalsozialistischen Rassenhygiene am Beispiel Bremen, Bremen 1984.
- Schmid, Josef/ Schmid, Susanne/ Krumme, Jan-Hendrik: Familienplanung, In: Gabler Wirtschaftslexikon, 2018, URL: <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/familienplanung-31949/version-255497>, Abrufdatum 17.03.2019.

- Schmid, Josef: Keine Kinder, weil die Bäume sterben: Kinderlosigkeit aus Angst vor der Zukunft? In: pro familia magazin 5 (1988), S. 11-12.
- Schmid, Rudolf: Technik einer sicheren Vasektomie. Ein Erfahrungsbericht. In: Sexualmedizin 1 (1979), S. 27-28.
- Schmuhl, Hans-Walter: Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie. Von der Verhütung zur Vernichtung »lebensunwerten Lebens« 1890-1845, Göttingen 1987.
- Schneider, Robert: Familienplanung in der Bundesrepublik Deutschland, Bonn 1972.
- Schubert, Klaus/ Klein, Martina: Das Politiklexikon, Bonn 2006.
- Schwalm, G.: Sterilisation und Kastration in strafrechtlicher Sicht. In: Medizinische Klinik 58 (1963), S. 1976-1978.
- Schwarzer, Alice: Der kleine Unterschied und seine großen Folgen, Frankfurt am Main 1975.
- Schwarzer, Johannes Ullrich: Mikrochirurgie in der Urologie. In: Deutsches Ärzteblatt 89 (1992), S. 2948-2949.
- Sharp, Harry C.: Rendering sterile of confirmed criminals and mental defectives. In: Proceedings of the Annual Congress of the National Prison Association 1907 (1907), S. 177-185.
- Ders.: Vasectomy as a Means of Preventing Procreation in Defectives. In: Journal of the American Medical Association 53 (1909), S. 1897-1902.
- Sheynkin, Yefim R.: History of Vasectomy. In: Urologic Clinics of North America 36 (2009), S. 285-294.
- Siegmund-Schulze, G.: Die rechtlichen Voraussetzungen der Vasektomie sowie deren Liquidation durch den Arzt. In: Urologe B 18 (1978), S. 156-158.
- Sökeland, Jürgen: Schlußwort. In: Deutsches Ärzteblatt 88 (1991), S. 4600.
- Sombetzki, Janina: Historische Beiträge zu einer Minimaldefinition von »Verantwortung«. Etymologie und Genese der Verantwortung vor dem Hintergrund der Verantwortungsforschung. In: Archiv für Begriffsgeschichte 56 (2014), S. 197-219.
- Spencer, B.: Young men: Their attitudes towards sexuality and birth control. In: The British Journal of Family Planning 10 (1984), S. 13-19.
- Staemmler, Hans-Joachim/ Wagner, Gustav/ Welker, Elfriede V.: Verantwortungsbewußte Elternschaft. In: Deutsches Ärzteblatt 16 (1974), S. 1153-1159.
- Statista: Scheidungsquote in Deutschland von 1960 bis 2018. In: statista.com, 2020, URL: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/76211/umfrage/scheidungsquote-von-1960-bis-2008/>, Abrufdatum 02.05.2020.
- Statistisches Bundesamt: Ehescheidungen: Deutschland, Jahre, In: destatis.de, 2020, URL: <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=abruftabelleBearbeiten&levelindex=1&levelid=1588423214189&auswahloperation=abruftabelleAuspraegungAuswaehlen&auswahlverzeichnis=ordnungsstruktur&auswahlziel=werteabruf&code=12631-0001&auswahltext=&werteabruf=starten#astructure>, Abrufdatum 02.05.2020.
- Stauber, Manfred/ Weyerstahl, Thomas: Gynäkologie und Geburtshilfe, Stuttgart, New York 2001.

- Teichmann, Alexander T.: Kontrazeption. Ein Kompendium für Klinik und Praxis. In: Schneider, Jörg/ Weitzel, Hans (Hrsg): Edition Gynäkologie und Geburtsmedizin, Stuttgart 1991.
- Thiemann, Elfriede: Histologische und bakteriologische Samenstranguntersuchungen zur Frage der prophylaktischen Vasektomie, Aachen 1974.
- Thom, A.: Die rassenhygienischen Leitideen der faschistischen Gesundheitspolitik – die Zwangssterilisierungen als Beginn ihrer antihumanen Verwirklichung. In: Thom, A.: G.I. Caregorodcev. Medizin unterm Hakenkreuz, Berlin 1989, S. 65-90.
- Thon, W. F./ Stief, C. G./ Jonas, U.: Vasektomie: Kleiner Eingriff – große Folgen. In: Urologe A 31 (1992), S. 55-57.
- Tümmers, Henning: Anerkennungskämpfe. Die Nachgeschichte der nationalsozialistischen Zwangssterilisierten in der Bundesrepublik, Göttingen 2011.
- Usborne, Cornelia: Frauenkörper – Volkskörper: Geburtenkontrolle und Bevölkerungspolitik in der Weimarer Republik, Münster 1994.
- Vasterling, H. W.: Kontrazeption durch den Mann. In: Kepp, Richard/ Koester. Helmut (Hrsg.): Empfängnisverhütung aus Verantwortung, Stuttgart 1968, S. 105-113.
- Wagenknecht, Lothar V.: Mikrochirurgie der Samenleiter. Indikationen, Techniken, Resultate. In: Sexualmedizin 6 (1990), S. 376-382.
- Ders.: Mikrochirurgische Refertilisation nach Sterilisation beim Mann. In: pro familia magazin 4 (1989), S. 15-18.
- Ders.: Operative Möglichkeiten der Refertilisierung beim Mann. In: Münch. Med. Wschr. 122 (1980), S. 549-552.
- Ders.: Vikariierende Vasektomie im Rechtsstreit. In: Urologe B 18 (1978), S. 145-148.
- Walter, Jutta: Zukunftsaspekte der Empfängnisverhütung. In: pro familia magazin 1 (1985), S. 23-25.
- Weidner, W./ Weißenbach, L.: Freiwillige Vasektomie in der Familienplanung – Gedanken zu Nutzen-Risiko-Analyse. In: Aktuelle Urologie 23 (1992), S. 328-331.
- Werner, Micha H.: Verantwortung. In: Düwell, Marcus/ Hübenthal, Christoph/ Werner, Micha H. (Hrsg.): Handbuch Ethik, Stuttgart 2011, S. 541-548.
- Wiesing, Urban: Indikation. Theoretische Grundlagen und Konsequenzen für die ärztliche Praxis, Stuttgart 2017.
- Winz, H. R.: Vasektomie – Sexualkonflikt. In: Urologe B 18 (1978), S. 254.
- Wittmann, W. W./ Barth, M.: Erwartungs-Wert-Analysen zum Familienplanungsverhalten. In: Katholische Bundesarbeitsgemeinschaft für Beratung e.V. (Hrsg.): Natürliche Methoden der Familienplanung. Modellprojekt zur wissenschaftlichen Überprüfung und kontrollierten Vermittlung, Stuttgart 1988, S. 166-173.
- Wood, Alfred C.: The Results Of Castration And Vasectomy In Hypertrophy Of The Prostate Gland, Philadelphia 1900.
- Wrage, Karl Horst: Verantwortung in der Ehe. Intimgemeinschaft und Empfängnisregelung, Gütersloh 1965.

Wurbs, Roland: Zur seelischen Verarbeitung der Vasektomie. Untersuchung eines speziellen Kollektivs, Berlin 1981.

Wyrsh, Johannes Clemens Franz: Der Einfluß von aufklärender Information auf die Einstellung gegenüber Vasektomie als Methode der Empfängnisverhütung, Aachen 1977.

Zachej, Longin: Erhebung bei Patienten der Andrologie über die Vasektomie und den Wunsch nach Refertilisierung bei vorher Vasektomierten, Hamburg 1982.

IX. Erklärung zum Eigenteil

Die Arbeit wurde im Institut für Ethik und Geschichte der Medizin unter Betreuung von Herrn PD Dr. Henning Tümmers durchgeführt.

Die Konzeption der Studie erfolgte in Zusammenarbeit mit Herrn PD Tümmers.

Die Auswahl und Auswertung der Quellen erfolgte eigenständig durch mich.

Ich versichere, das Manuskript selbständig verfasst zu haben und keine weiteren als die von mir angegebenen Quellen verwendet zu haben.

Tübingen, den 19.09.2020

Jamila Gebert

X. Danksagung

Ich möchte mich besonders bei meinem Betreuer Herrn PD Henning Tümmers für seine tatkräftige Unterstützung und wertvolle Beratung – sowohl bei der Konzeption der Untersuchung als auch beim Schreib- und Überarbeitungsprozess – herzlich bedanken.

Außerdem danke ich den Mitarbeitern des Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin Tübingen für die fruchtbaren Rückmeldungen und Anregungen bei den Doktorandenkolloquien. Herzlichen Dank an Herrn Prof. Dr. Dr. Wiesing, Herrn Prof. Dr. Ehni, Herrn Dr. Kühl, Herrn Dr. Becker und allen anderen Mitarbeitern. Des Weiteren möchte ich mich bei den Mitarbeitern der Robert Bosch Stiftung in Stuttgart bedanken, die bei meiner Präsentation weitere interessante Gedanken angestoßen haben.

Zuletzt bedanke ich mich herzlich für die Unterstützung meiner Familie und meiner Freunde.