

## Probleme der Gegenwartsmedizin

(Aus dem Kantonalen Asyl in Wil (St. Gallen).

Direktor: Dr. H. Schüller)

### Zur Frage der Sterilisation und der Kastration geistig und sexuell Abnormer<sup>1)</sup>

Von Dr. Hans Wantoch

Infolge des deutschen „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“, das zu Beginn des Jahres 1934 in Kraft trat, erregt die Frage der Sterilisation und Kastration aus eugenischen Gründen allgemeines Interesse. Allein diese Tatsache rechtfertigt einen Ueberblick über die Erfahrungen und Erfolge, die mit der Sterilisation und der Kastration geistig und sexuell Abnormer an unserer Anstalt sich ergeben haben. Dazu kommt noch ein zweiter, sozusagen persönlicher Grund: in einem kürzlich erschienenen Buch von Ph. Kuhn und H. W. Kranz „Von Deutschen Ahnen für Deutsche Enkel“ (1), das offenbar dazu bestimmt ist, weitere Kreise auf die Bedeutung der Rassenhygiene hinzuweisen, heißt es: „So wird die Sterilisation in der Schweiz in dem Kanton-Asyl von Wyl bei St. Gallen ausgeführt und es sind dort auf diese Weise schon Hunderte von Geisteskranken aus dem Lebensprozeß der Rasse ausgeschaltet worden“.

Tatsächlich wird an unserer Anstalt bereits seit Jahrzehnten fallweise die Indikation zur Sterilisation bzw. zur Kastration gestellt, und es sind bisher auf diese Weise bis zum Ende des Jahres 1933 insgesamt 70 Patienten zur Unfruchtbarmachung gekommen, wobei wir unter Unfruchtbarmachung ganz allgemein sowohl Sterilisation wie Kastration verstehen wollen.

Eine Uebersicht über die an unserer Anstalt ausgeführten Sterilisationen und Kastrationen können wir uns umso eher ersparen, als die bis 1911 ausgeführten Unfruchtbarmachungen von Oberholzer (2) beschrieben worden sind, der größte Teil unserer Fälle 1925 von Frank (3) bearbeitet worden ist, und speziell unsere Erfahrungen an sexuell Abnormen 1932 von Hackfield (4) mitgeteilt wurden.

Es sollen daher im Folgenden nur die allgemeinen Richtlinien besprochen werden, die sich aus den an unserer Anstalt und an anderen Anstalten gesammelten Erfahrungen ergeben. Dies geschieht vielleicht am besten anhand des deutschen Sterilisierungsgesetzes und der zu diesem Gesetz erlassenen Ausführungsverordnung.

Unter unseren unfruchtbar gemachten Patienten befinden sich keineswegs nur Geistesranke, sondern in großer Zahl auch sexuell Abnorme; von diesen soll zuerst die Rede sein. Diese Gruppe von Kranken (die in das deutsche Sterilisierungsgesetz keine Aufnahme gefunden hat, weil die Indikation zur Unfruchtbarmachung hier eine medizinische und keine eugenische ist), umfaßt vorwiegend Männer, die an *sexueller Perversität* litten.

Zu der Gruppe der sexuell Abnormen müssen wir aber auch eine Anzahl von Männern wie von Frauen rechnen, die sexuell stark *übererregbar*, dabei auch noch mindestens psychopathisch oder schwachsinig waren. Gerade die weiblichen Kranken in dieser Gruppe ergeben sich vielfach der Prostitution, erwerben dadurch häufig Geschlechtskrankheiten und verbreiten diese und kommen nicht selten auch aus anderen Gründen mit den Gesetzen in Konflikt. Bei diesen Kranken spielt also neben der rein medizinischen auch eine individuelle und soziale Indikation eine gewisse Rolle, und gerade bei ihnen stellt häufig die Unfruchtbarmachung das letzte Mittel dar, um sie vor völliger Verwahrlosung, vor langjähriger oder sogar dauernder Internierung in Gefängnissen oder Irrenanstalten zu bewahren. Wir müssen uns freilich im Klaren darüber sein, daß gerade bei Frauen, aber auch bei Männern mit sexueller Uebererregbarkeit und Haltlosigkeit ein Erfolg nur selten zu erwarten ist, wie uns die erwähnte Statistik von Hackfield lehrt.

Hackfield berichtet nach den Ergebnissen am Material der Zürcher Psychiatrischen Klinik und Poliklinik und unserer Anstalt, daß unter 25 nicht geisteskranken, rückfälligen, nicht anders zu bessernden Sexualverbrechern männlichen Geschlechts 22 einen sofortigen dauernden, die übrigen einen verzögerten Heilerfolg aufwiesen, während im abnormen sexuellen Verhalten von 9 männlichen und weiblichen Geisteskranken mit

<sup>1)</sup> Nach einem Vortrag, gehalten am 7. Dezember 1933 vor dem Aerzterein „Hygiea“ in Wil (St. Gallen) und an der Versammlung schweizerischer Psychiater am 13. Mai 1934 in Zug.

einer Ausnahme kein Erfolg zu verzeichnen war und bei 6 andern Frauen, bei denen die Kastration wegen sexueller Haltlosigkeit oder wegen sexueller Erregungszustände zur Zeit der Menstruation vorgenommen worden war, gleichfalls ein Erfolg ausblieb. Bei Männern, bei denen die Kastration wegen sexueller Perversität oder Uebererregbarkeit vorgenommen wird, darf man also mit großer Wahrscheinlichkeit auf einen Erfolg hoffen, der allerdings mit einer Heilung im streng medizinischen Sinn nicht identisch ist; denn was man erzielen kann, ist ja nicht eine Umkehrung der perversen Veranlagung ins Normale, sondern lediglich eine Verminderung oder ein Verschwinden des Sexualtriebes. Es wird dadurch immerhin erreicht, daß der Kranke, der in der Regel bis dahin wiederholt mit den Gesetzen in Konflikt gekommen ist, sich sozial einordnen kann, und daß, was gleichfalls nicht unterschätzt werden darf, eine Gefährdung anderer Personen unterbleibt. Man wird in solchen Fällen in der Regel umso weniger auf die Kastration verzichten können, als sie das letzte erfolgversprechende Mittel darstellt, nachdem medikamentöse und psychische Therapie versagt haben.

Daß bei einem Teil sexuell Perverser die Kastration erfolglos bleibt, hat zu der Annahme geführt, daß die *sexuelle Perversion* auf zwei Komponenten beruhe: auf einer endokrinen und auf einer psychischen. Ueberwiegt die erste, dann wird man von der Kastration einen Erfolg erwarten dürfen. Ueberwiegt jedoch die psychische Komponente, dann wird man es verstehen können, daß die Kastration erfolglos bleibt. Der Bericht von Frey (5) über zwei psychoanalytisch behandelte Homosexuelle läßt gerade in Fällen, in denen die psychische Komponente überwiegt, eine Umkehr der Perversion ins Normale, also eine wirkliche Heilung durch psychische Behandlung erhoffen.

Daß in den genannten Fällen nicht die Sterilisation, sondern vielmehr die Kastration angezeigt ist, geht u. a. aus der zusammenfassenden Darstellung von Slotopolsky (6) hervor. Zwar kann auch mit der Sterilisation ein Verlust der Potenz und der Libido eintreten; nach Slotopolsky müssen wir in durchschnittlich 20% der Sterilisationen bei Männern mit dieser Nebenwirkung rechnen. Der Prozentsatz ist aber doch so gering, daß man, wenn man ein Verschwinden der Potenz und der Libido beabsichtigt, sich niemals mit der einfachen Sterilisation begnügen, sondern nach Möglichkeit immer die Kastration durchführen wird. Slotopolsky lehnt daher ebenso wie Gavupp (7) mit Recht diese Indikation der Sterilisation ab. Es muß freilich, wie wir oben dargelegt haben, zugegeben werden, daß zuweilen auch die Kastration nicht das gewünschte Resultat zeitigt, daß man vielmehr mit der Möglichkeit rechnen muß, daß Libido und Potenz dauernd erhalten bleiben, oder daß zwar die Potenz verschwindet, die Libido aber bestehen bleibt.

Zuweilen machen sich nach der Kastration, wie dies übrigens auch nach der Sterilisation eintreten kann, gewisse psychische Veränderungen bemerkbar, aber weder diese noch auch die häufiger auftretenden somatischen Veränderungen sollten zur Bevorzugung der Sterilisation in Fällen führen, in denen einzig die Kastration angezeigt ist. Andererseits sollten aber gerade diese unerwünschten Nebenwirkungen, zu denen oft auch rein subjektive, wahrscheinlich durch das Aufhören der inneren Sekretion der Keimdrüsen entstehende Sensationen und in seltenen Fällen die Auslösung endogener Psychosen (Ewald [8], Runge [9]) gehört, davon abhalten, daß anstelle der Sterilisation die Kastration vorgenommen wird. Aus dieser Ueberlegung heraus ist denn auch der Kreis der Indikationen zur Kastration stark eingeschränkt worden, zumal sich die von Forel zum Zweck der Heilung vorgeschlagene und früher öfter vorgenommene Entfernung der Keimdrüsen Geisteskranker als erfolglos erwiesen hat.

Die einzige *medizinische* Indikation zur Sterilisation besteht in jenen geistigen Störungen, die im Verlauf von Schwangerschaften auftreten und bei denen die große Wahrscheinlichkeit besteht, daß sie sich bei jeder folgenden Gravidität wiederholen und dadurch die Gesundheit der Frau ernstlich gefährden würden. Bei Männern dagegen gibt es, wie bereits Gavupp betont hat, überhaupt keine *medizinische* Indikation zur Sterilisation.

Denn alle anderen Indikationen sind *eugenischer, individueller* oder *sozialer* Art. Daß die Grenzen zwischen diesen Indikationen gerade in unseren Fällen unscharf sind, hat seine Ursache darin, daß ja die Schweiz (abgesehen vom Kanton Waadt) kein Gesetz hat, das uns die Unfruchtbarmachung aus rein eugenischer Indikation gestattet. Wir sind daher in jedem einzelnen Fall nicht nur auf die Zustimmung des Kranken selbst und evtl. auch seiner Angehörigen und seines Vormunds, sondern auch auf das — ausdrück-

liche oder stillschweigende — Einverständnis der Behörden angewiesen. Wenn wir lediglich eugenische Gründe für die Sterilisation anführen könnten, würden wie niemals die erforderliche Zustimmung erhalten, weil außer mit juristischen auch mit gewissen religiösen Bedenken zu rechnen ist.

Bei der Abfassung des deutschen Gesetzes hat man sich offenkundig von den Richtlinien leiten lassen, die *Rüdín* (10) schon vor Jahren aufgestellt hat. Das Gesetz sieht vorwiegend, wie bekannt, die Möglichkeit einer zwangsweisen Sterilisierung von Geisteskranken vor von: Schwachsinnigen, von mit Huntington'scher Chorea und mit erblicher Epilepsie Behafteten, von Schizophrenen und manisch-depressiven Kranken und von Alkoholikern. Dazu kommt erbliche Blindheit und Taubheit und schwere körperliche Mißbildungen. Von den letztgenannten drei Gruppen soll hier nicht die Rede sein; es soll aber auch nicht verschwiegen werden, daß z. B. *Krückmann* (11) vom ophthalmologischen Standpunkt aus schwere Bedenken geäußert hat.

Aber auch hinsichtlich der anderen Indikationen hat das deutsche Gesetz gewichtige Kritiker gefunden, unter ihnen interessanterweise auch *Gaupp* (12), der sich schon 1925 an der Jahresversammlung der deutschen Psychiater in Kassel warm für ein Sterilisierungsgesetz eingesetzt hat. Wenigstens die wichtigsten Einwände, die gegen das deutsche Gesetz erhoben worden sind, mögen im Folgenden kurz gestreift werden.

Zunächst ist hier darauf hinzuweisen, daß der *Erbgang* bei weitaus den meisten Geisteskrankheiten keineswegs klar ist; selbst der bekannte Erbforscher v. *Verschuer* (13) gibt dies, wenn auch nicht expressis verbis, zu, indem er für die Indikationsstellung (mit Ausnahme der Huntington'schen Chorea) die Familienforschung für notwendig erachtet. Da das deutsche Gesetz fordert, daß bei dem zu Sterilisierenden Zeichen einer Geisteskrankheit vorhanden sein müssen, dürfen Menschen, die selbst nicht manifest krank, aber doch latent belastet sind und damit die Geisteskrankheit weiter vererben können, nicht sterilisiert werden. Dadurch allein ergibt sich mit Sicherheit, daß nur ein geringer Teil derer sterilisiert werden kann, die dem Sinn des Gesetzes nach unfruchtbar gemacht werden sollten, und daß damit das Gesetz ein Schlag ins Wasser ist.

Dazu kommt, daß, worauf *Gaupp* hinweist, oft nicht mit Sicherheit zu entscheiden ist, ob z. B. der *Schwachsinn* angeboren-vererbt, ob er intrauterin oder intra partum entstanden oder in früher Kindheit durch eine Krankheit oder durch einen Unfall erworben worden ist. Trotzdem meint *Bumke* (14), daß man bei Schwachsinnigen lieber einmal zu oft als einmal zu wenig sterilisieren soll, weil ja Schwachsinnige häufig nur schwachsinnige Ehepartner finden und die Wahrscheinlichkeit schwachsinniger Kinder dadurch noch vergrößert wird.

Zur Vorsicht bei *Schizophrenen* und *Manisch-depressiven* mahnt *Gaupp* mit der sicher berechtigten Begründung, daß bei diesen beiden Gruppen von Krankheiten oft Zustände zusammengefaßt werden, die ihrer Ursache und ihrem Wesen nach durchaus voneinander verschieden sind, und daß über die Umgrenzung und Begriffsbestimmung keineswegs Einigkeit unter den Psychiatern herrscht.

*Mayer-Groß* (15) betont, daß bei aller Wahrscheinlichkeit der Erbbedingtheit der *Schizophrenie* in vielen, vielleicht sogar in der Mehrzahl der Fälle ein exogener Faktor mitspielt, und *Walter* (16) weist darauf hin, daß Schizophrene (ebenso wie übrigens auch Erbblinde und Taubstumme) oft Träger ungewöhnlicher Talente sind. Trotzdem setzt sich *Bumke* auch bei Schizophrenen für eine großzügige Auffassung des Sterilisierungsgesetzes ein.

Bei *Manisch-depressiven* empfiehlt aber selbst *Bumke*, ebenso *Gaupp*, *Walter* u. a. größte Zurückhaltung, weil sich gerade in dieser Gruppe von Kranken oft Genies und Talente befinden; „sie fördern die Kultur der Menschheit und geben dem Leben Reichtum und Farbe“ (*Gaupp*); wenn man bei der Sterilisierung Manisch-depressiver zu weit ginge, bliebe „außer ein paar armseligen Bürokraten und einigen Schizoiden nichts übrig“ (*Bumke*, zitiert nach *Gaupp*).

Wenn die beiden letztgenannten Autoren u. a. fordern, daß bei *Alkoholikern* zunächst die Ursachen des Alkoholabusus aufgeklärt werden, ist dies nur in Ordnung. Es darf aber nicht über-

sehen werden, wie außerordentlich schwierig gerade auch hier oft die Entscheidung ist, ob der Alkoholismus vererbt ist oder auf Gelegenheitsursachen beruht. Es sei aber auch darauf hingewiesen, daß z. B. der Vater Beethovens ein schwerer Alkoholiker war.

Die Sterilisation von *Psychopathen*, die *Rüdín* in jenen Fällen gefordert hat, in denen eine konstitutionelle Anlage feststeht, hat in das deutsche Gesetz keine Aufnahme gefunden — vielleicht aus der Ueberlegung heraus, die *M. Hirschfeld* (17) auch für den Schwachsinn, die Schizophrenie und das manisch-depressive Irresein anstellt: daß nämlich „die Grenzen vom Physiologischen zum Pathologischen . . . verwischt und daher von einer ziemlich subjektiven Diagnostik abhängig“ sind. Ob es juristisch angängig ist, wenigstens jenen Teil schwerer Psychopathen, die mit der Diagnose „*moral insanity*“ gekennzeichnet werden, doch zu sterilisieren, und zwar mit der Begründung, daß moralisch Schwachsinnige eben auch Schwachsinnige seien, scheint zweifelhaft, umso mehr als bei moralisch Schwachsinnigen wohl weniger eugenische als vielmehr soziale Erwägungen eine Sterilisierung angezeigt erscheinen lassen.

Im deutschen Gesetz fehlt ferner die *progressive Paralyse* unter den Indikationen. Bereits *Rüdín* hatte die Sterilisierung von Paralytikern mit der Begründung abgelehnt, daß im schlimmsten Fall ihre Kinder mit einer kongenitalen Lues belastet sind und daß man diese Lues ja behandeln könne, wie es auch sonst üblich sei. Demgegenüber muß man doch betonen, daß auch durch eine rechtzeitige antiluische Behandlung die Syphilis nicht eigentlich geheilt wird, daß man vielmehr immer mit einem Rezidiv, evtl. auch mit einer späteren Entstehung einer Paralyse zu rechnen haben wird, und daß demnach die kongenitale Lues, zumindest solange *Ehrlich's* Traum einer *Therapia sterilisans magna* der Syphilis keine Verwirklichung gefunden hat, doch nicht als ganz gleichgültige Krankheit angesehen werden kann. Die Klärung dieser Frage ist umso wichtiger, als gerade in den letzten Jahren dank der von *Wagner-Jauregg* inaugurierten Malariatherapie der Paralyse häufiger eine Entlassung aus der geschlossenen Anstalt möglich ist als vordem und damit die Gefahr der Geburt kongenital syphilitischer Kinder angestiegen ist. Vom Standpunkt des Eugenikers spielt die kongenitale Lues freilich keine große Rolle — eine umso größere in sozialer Hinsicht.

Ein absurdes Extrem stellt die Forderung *Stammeler's* (18) nach der Kastration rückfälliger „*Rassenschänder*“ dar. Wenn man sich vorbehalten und mit der gleichen apodiktischen Gewißheit wie *Eugen Fischer* (19) dazu bekennt, daß jede Vermischung der „deutschen Rasse“ mit fremden Rassen eine Verschlechterung der erstgenannten bedeutet, würde zum Schutz der Rasse die Sterilisation genügen. Daß *Stammeler* nicht die Sterilisation derartiger „*Verbrecher*“, sondern ihre Kastration verlangt, ist ein Beweis dafür, daß die Unfruchtbarmachung in diesen Fällen nicht auf einer eugenischen Indikation beruhen würde, sondern daß sie als Strafe geacht ist. Bereits *Gaupp* hat aber darauf hingewiesen, daß die Sterilisation und die Kastration niemals als Strafe angewandt werden dürfen, und auch *Weygandt* (20) verweigert *Stammeler* die Gefolgschaft, indem er dessen Forderung vor ein anderes als ein medizinisches Forum verweist. Uebrigens: der Arzt als Kollege des Henkers ist für uns unvorstellbar.

Von großer Bedeutung ist die Ausführungsverordnung, die im Dezember vorigen Jahres zum deutschen Sterilisierungsgesetz erlassen wurde. Diese Verordnung bestimmt unter anderm, daß die Sterilisation *auf operativem Wege* zu geschehen hat. Es ist aber dem Operateur überlassen, die Sterilität durch Verlegung, Undurchgängigmachung oder Durchtrennung der Samenstränge bzw. der Eileiter herbeizuführen.

Dazu sei erwähnt, daß die Vasoligatur, die früher viel häufiger als die Vasektomie ausgeführt wurde, keineswegs ein leichterer Eingriff, dagegen sehr unzuverlässig ist; dies wird immer wieder, zuletzt von *Wehner* (21) betont. Bei Frauen scheint nach dem kritischen Referat von *Nürberger* (22) am sichersten die keilförmige Exzision des Fundus uteri mit Entfernung der Tuben, in zweiter Linie die tiefe keilförmige Exzision der Tuben aus dem Uterus und an dritter Stelle die Verlagerung der Tuben in den Leistenkanal zu sein. *Döderlein* (23) meint, daß die Methode von *Madlener* und *Walhard* (Quetschung der Tuben mit nachfolgender Unterbindung) zwar zur Zeit das größte Vertrauen genieße, aber auch nicht ganz zuverlässig sei. Er selbst übt seit 1926 die Knotung der Tuben nach *Flatau* mit nachfolgender Fixation und

Umschnürung des Knotens; bisher hat *Döderlein* mit dieser Methode, die er „Ligaturknotung“ nennt, keinen Mißerfolg erlebt.

Die Sterilisierung auf röntgenologischem Wege wird vom Gesetz gar nicht in Betracht gezogen. Theoretisch besteht wohl beim Mann wie bei der Frau die Möglichkeit, eine Sterilisierung ohne Kastration, die sog. „Exovulation“ durch Röntgenstrahlen herbeizuführen, weil beim Mann der generative Anteil des Hodens viel strahlenempfindlicher ist als der inkretorische, und analog bei der Frau der folliculäre Apparat des Ovars, welcher inkretorische mit exkretorischen Funktionen vereinigt, empfindlicher als das Corpus luteum. In der Praxis aber stößt die Exovulation auf erhebliche dosimetrische Schwierigkeiten (*Biedl* und *Borak* [24], *Recasens* [25]), so daß die Sterilisierung entweder gar nicht zustande kommt oder aber daß sie einer Kastration gleichkommt. In Betracht kommt die Röntgenbehandlung daher höchstens bei jenen Kranken, die einen operativen Eingriff strikt ablehnen oder denen ein operativer Eingriff aus medizinischen Gründen nicht zugemutet werden kann, und eventuell noch bei Frauen, die kurz vor dem Klimakterium stehen, bei denen also eine Nachkommenschaft ohnedies kaum mehr zu erwarten ist. Unseres Erachtens besteht nach dem Gesagten auch kein Anlaß, die Röntgenkastration anstelle der operativen Sterilisierung bei Jugendlichen in Erwägung zu ziehen, wie es *Nürnberger* getan hat.

Temporäre Sterilisierungen, wie sie durch entsprechende Dosierung hervorgerufen werden können, sind beim Mann niemals, bei der Frau zumindest aus psychiatrischen Gründen niemals indiziert. *Slotopolsky* hat mit Recht darauf hingewiesen, daß sie überhaupt zu verpönnen seien. Denn trotz zahlreicher Untersuchungen ist die Frage noch immer nicht geklärt, es spricht aber vieles dafür, daß durch Röntgenbestrahlungen die Keime zwar geschädigt werden, dabei aber doch entwicklungsfähig bleiben können. Es ist daher die Befürchtung nicht von der Hand zu weisen, daß nach Aufhören der Sterilität geschädigte Nachkommen geboren werden (Vgl. *G. Hertwig* [26]).

Daß sich eine Sterilisierung erübrigt, wenn der Kranke infolge hohen Alters oder aus anderen Gründen nicht fortpflanzungsfähig ist oder wenn er dauernd in einer geschlossenen Anstalt interniert ist, die Gewähr dafür bietet, daß eine Fortpflanzung unterbleibt, ist selbstverständlich. Man darf aber nicht vergessen, daß nicht nur die *Potentia coeundi*, sondern auch die *Potentia generandi* bei Männern oft bis ins hohe Alter erhalten bleibt und daß man sich daher eventuell durch wiederholte mikroskopische Untersuchung des Sperma von der Fortpflanzungsunfähigkeit überzeugen muß.

Die genannte Ausführungsverordnung bestimmt schließlich noch, daß die Sterilisierung nicht vor Vollendung des zehnten Lebensjahres vorgenommen werden darf. Von mancher Seite (z. B. *Löffler*, zit. nach *Nürnberger*) wird sogar gefordert, daß Kinder „zum frühest möglichen Termin“ sterilisiert werden. Gegen eine so frühzeitige Sterilisierung scheinen tatsächlich auch keine Einwände vorzuliegen. *Seitz* (27) z. B. tritt dafür ein, daß die Sterilisierung vor der Pubertät, zwischen dem 11. und dem 15. Altersjahr, vorgenommen werden solle, zwischen dem 6. und dem 11. Lebensjahr nur bei sexueller Frühreife. Es wäre vielleicht zu überlegen, ob bei Mädchen vor der Menarche nicht sogar anstelle der Sterilisierung die Kastration ausgeführt werden sollte, die sicherer ist und wahrscheinlich nicht einmal zu Ausfallserscheinungen höheren Grades führen dürfte, da ja die innere Sekretion der Ovarien noch gar nicht eingesetzt hat. Ob man auch bei Knaben eine so frühzeitige Kastration ausführen soll, läßt sich nicht sicher beantworten. In Betracht zu ziehen ist jedenfalls, daß sich beim männlichen Geschlecht Ausfallserscheinungen bemerkbar zu machen pflegen, von denen besonders das Ausbleiben des Kehlkopfwachstums und der dadurch bedingten Stimmänderung in späteren Jahren für den Kranken sich sehr unangenehm auswirken könnte. Ueberdies besteht vielleicht doch die Möglichkeit, daß sich der perverse Trieb, der zur Kastration Veranlassung gibt, mit dem Eintritt der Pubertät noch ändert. *H. W. Maier* (28) meint, daß — besonders in Anbetracht der Unsicherheit der Diagnostik — Sterilisierungen wie Kastrationen im allgemeinen erst bei erwachsenen Kranken vorgenommen werden sollen.

Noch einige Worte zur Frage, ob für die Schweiz ein dem deutschen analoges Sterilisierungsgesetz zu befürworten wäre. Diese Frage ist durchaus aktuell: erst kürzlich wurde im Kanton

St. Gallen ein entsprechender Antrag eingebracht, der aber — wie uns scheint, durchaus mit Recht — abgelehnt wurde. Wenn wir nicht die Möglichkeit haben, aus rein eugenischen Gründen Sterilisierungen vorzunehmen, so ist dies zunächst keineswegs zu bedauern. Unsere Kenntnisse über die Vererbung der Geisteskrankheiten sind, wie erwähnt, noch viel zu unsichere, als daß wir nicht fürchten müßten, einerseits zu viel zu sterilisieren und dadurch sehr wertvolle Menschen aus der Fortpflanzung auszuschalten und vielleicht unersetzlichen Nachwuchs unmöglich zu machen. Andererseits besteht aber gleichzeitig aus den früher erwähnten Gründen die Möglichkeit, ja sogar die hohe Wahrscheinlichkeit, daß zu wenig sterilisiert und damit der Zweck eines solchen Gesetzes doch nicht erreicht würde.

Für die übrigen Fälle aber, in denen wir aus medizinischen, aus individuellen oder sozialen Gründen sterilisieren wollen, genügen die vorhandenen Möglichkeiten durchaus und wir sind lediglich an die Zustimmung des Kranken, seiner Angehörigen und der zuständigen Behörden gebunden, die wir bisher wenigstens immer erhalten konnten, so daß bisher auch keine juristischen Schwierigkeiten zu überwinden gewesen wären. Wenn man sich auf die Vorteile der Sterilisierung gegenüber einer dauernden Internierung beruft, dürfte die Zustimmung auch fast immer ohne weiteres zu erhalten sein. Würde man aber versuchen, die Möglichkeit der — eventuell zwangsweisen — Sterilisierung und Kastration gesetzlich zu verankern, dann würden sich ohne jeden Zweifel von juristischer und insbesondere von religiöser Seite so viele Hindernisse ergeben, daß man mit Sicherheit auf die Ablehnung eines solchen Gesetzes rechnen könnte.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß die Kastration grundsätzlich nur bei sexuellen Anomalien angezeigt ist und daß sich nur bei solchen ein Erfolg in medizinischer Hinsicht von der Kastration erhoffen läßt.

In allen Fällen, in denen nur eine Verhinderung der Fortpflanzung angestrebt wird, soll man sich grundsätzlich auf die Sterilisierung beschränken.

Die Einstellung zur Sterilisierung aus eugenischen Gründen ist eine subjektive. Jedenfalls aber scheint uns aus den oben angeführten Gründen eine allgemeine und noch dazu zwangsweise Sterilisierung bei den meisten Geisteskrankheiten zumindest reichlich verfrüht. Das schließt keineswegs aus, daß die Sterilisierung in einzelnen Fällen aus individuellen oder sozialen Gründen, wobei event. auch eugenische Gründe mit eine Rolle spielen können, dennoch angezeigt erscheint, doch ist die Indikation in jedem einzelnen Fall von diesen Gesichtspunkten aus streng zu prüfen.

Die Sterilisierung wie die Kastration soll wo immer möglich auf operativem Wege vorgenommen, die röntgenologische Kastration auf die Fälle beschränkt werden, in denen eine Operation von den Kranken abgelehnt oder aus medizinischen nicht indiziert ist. Eine temporäre Röntgenkastration ist überhaupt abzulehnen.

Bei der Indikationsstellung zur Kastration wie zur Sterilisierung befinden wir uns im großen und ganzen in Uebereinstimmung mit den Ansichten, die *H. W. Maier* auf der 68. Versammlung des schweizerischen Vereins für Psychiatrie im Jahre 1925 entwickelt hat, ebenso bei der Ablehnung eines schweizerischen Sterilisierungsgesetzes.

Anmerkung bei der Korrektur: In der Diskussion zu obenstehendem Vortrag macht Prof. *John Stähelin* auf die unmittelbaren Folgen des deutschen Sterilisierungsgesetzes aufmerksam, unter denen besonders hervorzuheben ist, daß die Bevölkerung sich scheut, geisteskranken Angehörige in Anstalten und schwachsinnige Kinder in Hilfsschulen aufnehmen zu lassen, weil die Sterilisierung des Angehörigen befürchtet wird. Vor allem aber sind kaum mehr genaue Familienanamnesen aufzunehmen. Allein die letztgenannte Tatsache macht das Sterilisierungsgesetz illusorisch und erschwert überdies die Erforschung der Vererbung der Geisteskrankheiten, die so außerordentlich bedeutsam ist, aufs äußerste.

1. *Kuhn* und *Kranz*: Von Deutschen Ahnen für Deutsche Enkel. Verlag Lehmann, München 1933. — 2. *Oberholzer*: Jur. psych. Grnzfr., Bd. 8, 1911. — 3. *S. Frank*: Mschr. f. Psychiatr. u. Neur., Bd. 57, 1925. — 4. *Hackfield*: Mschr. f. Psychiatr. u. Neur., Bd. 87, 1933. — 5. *Frey*: Schweiz. Arch. f. Neur. u. Psychiatr., Bd. 28, 1931. — 6. *Slotopolsky*: Zschr. f. Sexualwiss., Bd. 12, 1925. — 7. *Gaupp*: Die Unfruchtbarmachung geistig u. sittlich Kranker und Minderwertiger. Springer, Berlin 1925. — 8. *Ewald*: in

*Bumke*, Handb. d. Geisteskrankh. Bd. 10, Springer, Berlin 1928. — 9. *Runge*: in *Bumke*, Handb. d. Geisteskrankh., Bd. 8, Springer, Berlin 1930. — 10. *Rüdin*: Das kommende Geschlecht, Bd. 5, 1929. — 11. *Krückmann*: Kl. W. 1933, Nr. 48. — 12. *Gaupp*: Kl. W. 1934, Nr. 1. — 13. *Verschuer*: Berl. med. Ges. 15. XI. 1933; Ref. Kl. W. 1934, Nr. 5. — 14. *Bumke*: Kgr. d. Dtsch. Ges. f. Gyn. Okt. 1933; Ref. Kl. W. 1933, Nr. 47. — 15. *Mayer-Groß*: in *Bumke*, Handb. d. Geisteskrankh. Bd. 9, Springer, Berlin 1932. — 16. *Walter*: Bremer Beitr. z. Naturwiss. Ref. Kl. W. 1933, Nr. 52. — 17. *Hirschfeld*: Die Sammlung. Febr. 1934. — 18. *Staemmler*: zit. nach *Weygandt*. — 19. *E. Fischer*: Kongr. d. Dtsch.

Ges. f. Gyn. Okt. 1933; Ref. Kl. W. 1934, Nr. 4. — 20. *Weygandt*: M. m.W. 1933, Nr. 33. — 21. *Wehner*: M. Kl. 1933, Nr. 43. — 22. *Nürnberger*: M. Kl. 1933, Nr. 45. — 23. *Döderlein*: in *Gütt-Rüdin-Ruttke*, Zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, Lehmann, München 1934. — 24. *Biedl* und *Borak*: in *Lazarus*, Handb. d. ges. Strahlenheilk., Bd. 1, Bergmann, München 1928. — 25. *Recasens*: in *Lazarus*, Handb. d. ges. Strahlenheilk., Bd. 1, Bergmann, München 1928. — 26. *G. Hertwig*: in *Lazarus*, Handb. d. ges. Strahlenheilk., Bd. 1, Bergmann, München 1928. — 27. *Seitz*: Kongr. d. Dtsch. Ges. f. Gyn. Okt. 1933, Ref. Kl. W. 1933, Nr. 47. — 28. *H. W. Maier*: Zsch. f. Neur. u. Psych., Bd. 98, 1925.