

# Vasektomie – was Mann vom Urologen wissen will

Markus Schäfer

**Die Vasektomie ist ein häufiger Eingriff im ambulanten Bereich, der trotz des geringen operativen Aufwands einen hohen Beratungsbedarf hat, da hier viele Mythen kursieren. In der klinischen Ausbildung kommt dieser Eingriff nur selten vor.**

Bei der Sterilisationsvasektomie wird die Kontinuität der beiden Ducti deferentes mit dem Ziel durchtrennt, den Transport der Spermien vom Nebenhoden zum Ductus ejaculatorius zu verhindern. Dies resultiert in einer Infertilität durch eine Verschlussazoospermie nach 10–15 Ejakulationen.

## Wie viele Vasektomien gibt es?

Es gibt keine verlässlichen Angaben über den Anteil vasektomierter Männer an der Gesamtbevölkerung. Das liegt daran, dass der Eingriff seit 2004 in Deutschland nicht mehr von den Krankenkassen getragen wird und somit als IGeL zu berechnen ist. Es fehlt sowohl die Codierung der ICD als auch der OPS. Außerdem variiert der Anteil vasektomierter Männer stark in verschiedenen Staaten. In muslimisch geprägten Ländern ist der Anteil eher gering, in den USA hingegen sehr hoch (bis 10 %) und in Neuseeland mit 27 % besonders hoch [1]. In Deutschland geht man davon aus, dass etwa 2 % der Männer vasektomiert sind. Die Durchsicht der eigenen Patientenkartei zeigt aber einen deutlich höheren Anteil bei auch jährlich ansteigenden Vasektomiezahlen in der Praxis. Somit ist von ca. 5 % in Deutschland auszugehen.

## Wer darf sich vasektomieren lassen?

Juristisch gesehen darf sich jeder einwilligungsfähige Mann ab 18 Jahren nach entsprechender

Aufklärung und Bedenkzeit dem Eingriff unterziehen. Die Sterilisation vor dem 18. Lebensjahr ist in Deutschland gesetzlich verboten. Die teilweise immer noch geforderte Zustimmung durch die Ehefrau bzw. Lebenspartnerin ist niemals nötig und dies auch nie gewesen und formell auch gar nicht möglich. Für Betreute, die auf Dauer nicht einwilligungsfähig sind, das heißt, wenn Art, Bedeutung und Tragweite (Risiken) der ärztlichen Maßnahme nicht zu erfassen sind, ist ein spezieller Sterilisationsbetreuer zu bestellen, der beim Vormundschaftsgericht die Genehmigung der Sterilisation beantragen kann. Somit muss jeder Fall immer individuell mit dem Patienten besprochen werden und dessen Rahmenbedingungen geprüft werden. Der häufigste Fall in der Praxis ist aber der mündige Mann, Ende dreißig und älter, mit abgeschlossener Familienplanung, meist mit eigenen Kindern. Einem volljährigen Patienten eine Sterilisationsvasektomie wegen eines niedrigen Alters zu verweigern, ist meines Erachtens obsolet. Es muss immer der gesamte Kontext gesehen werden.

## Kosten einer Vasektomie

Da es sich um eine IGeL handelt, muss dem Patienten ein entsprechender Kostenvoranschlag mit Vertrag vorgelegt werden, der sich an den GOÄ-Ziffern orien-

tiert. Hier besteht immer ein Spielraum. Der Preis für die Voruntersuchung, dem operativen Eingriff, die Nachsorge und der obligaten Spermienanalyse nach der OP, liegt zwischen 340 und 800 Euro. Dies hängt von der geographischen Lage der Praxis ab.

## Information des Patienten

Beim ersten Kontakt mit unserem Praxisteam erhält der Patient auf Wunsch alle notwendigen Dokumente zum Selbststudium zugeschiedt. Die Unterlagen umfassen: Anamnesebogen, Aufklärungsbogen, Informationsblatt zum Ablauf und Verhaltensmaßregeln sowie ein Kostenvoranschlag mit Vertrag. Fast alle Männer nutzen diesen Service, um die umfangreichen Unterlagen in Ruhe zu studieren, eventuell mit ihrer Partnerin, und bringen diese dann ausgefüllt zum Vorgespräch mit. Dieses Vorgehen sorgt für eine gute Informationsgrundlage. Die meisten Patienten nutzen zusätzlich Informationsseiten im Internet. Viele banale Fragen werden dadurch bereits im Vorfeld geklärt. Einige Patienten sagen deshalb bereits vor dem Vorgespräch wieder ab. Die Dauer des Aufklärungsgesprächs wird durch das beschriebene Vorgehen deutlich verkürzt.

## Inhalt der Anamnese

Im Rahmen der Anamnese sollten erfragt werden:

- Alter des Patienten
- Familienstand
- Bisherige Vaterschaften und Alter der Kinder
- Beweggründe für die Vasektomie
- Soziale Situation
- Medizinische Anamnese (Medikation, Blutungsneigung, Allergie, vorherige Eingriffe im Genitalbereich)

Im Rahmen der OP-Aufklärung sollte immer eine körperliche Untersuchung des Genitale erfolgen. Hier sollte auf etwaige Hautkrankheiten geachtet werden, die evtl. das Infektionsrisiko erhöhen. Ebenso sollte die Palpation der Hoden und der Ducti erfolgen. Die Palpierbarkeit der Ducti während der OP ist immens wichtig für den Erfolg der OP. Die entsprechende Dokumentation ist obligat.

### Aufklärung über Risiken

Neben den allgemeinen Risiken wie Blutungen, Nachblutung, Infektion, allergische Reaktionen, Wundheilungsstörungen, Hämatom, Schmerzen, Narben sollten auch die Verletzung der Arteria testicularis, die Ausbildung einer Sperma- bzw. Hydrozele, die Atrophie der Hoden als auch der Hodenverlust erwähnt werden, ebenso eine Epididymitis und das seltene Post-Vasectomie-Syndrom (PVS). Die sehr geringe Gefahr einer ungewollten Schwangerschaft trotz nachgewiesener Azoospermie durch Rekanalisation muss auch erwähnt werden. Angegeben werden Zahlen von 1:2.000 bis 1:3.800. Die Datenlage ist hier ebenfalls sehr dürftig.

Häufig wird nach Hormonmangel, Impotenz, erhöhtem Risiko für ein Prostatakarzinom, Demenz oder ähnlichen, häufig vorkommenden Erkrankungen gefragt. Eine explizite Aufklärung über diese Erkrankungen ist in den diversen Leitlinien nicht gefordert [2].

Vielen Männern ist unklar, dass nach der Vasektomie die Ejakulation fast unverändert ist (das Volumen reduziert sich um ca. 2–5 %) und dass unmittelbar nach dem Eingriff noch Zeugungsfähigkeit besteht. Diese kann erst attestiert werden, wenn ein entsprechender Befund

im Spermogramm nach der OP gezeigt wird.

Die histologische Untersuchung der entfernten Segmente des Ductus deferens wird häufig durchgeführt. Sie ist aber in den Leitlinien nicht gefordert, sofern der Samenleiter gut tastbar ist. Ich verzichte in der Regel auf diese Untersuchung. Andernfalls muss der Patient über die Kosten der pathologischen Untersuchung ebenfalls informiert wird.

### Möglichkeiten der Vasektomie

Es gibt viele Varianten, die Vasektomie durchzuführen. Der Zugang kann über zwei hochscrotale Inzisionen oder über eine Inzision an der Raphe erfolgen. Die meisten Operationen erfolgen in lokaler Betäubung. Die OP in Analgosedierung oder Narkose ist ebenfalls möglich, wird aber wegen der zusätzlichen Kosten und Risiken selten nachgefragt (in unserem Patientengut in 1 % der Fälle).

### Vasektomie ohne Skalpell

Seit einigen Jahren wird die *Non-scalpell-vasectomy* (NSV), welche in China entwickelt wurde, immer häufiger nachgefragt. Ich führe mittlerweile alle Vasektomien über einen einzigen kleinen Zugang an der Raphe in der NSV-Technik aus. Die Schnitt-Naht Zeit ist hier deutlich kürzer und liegt im Durchschnitt bei 8 Minuten. Die postoperativen Nebenwirkungen wie Wundheilungsstörungen, Hämatom, Schmerzen und auch chronische Schmerzsyndrome sind hier seltener.

Anhand einiger Bilder stelle ich den Ablauf der NSV dar:

1. Nach einer lokalen Sprühdeseinfektion erfolgt die Applikation des lokalen Anästhetikums mittels Setzen einer Hautquaddel

an der Raphe. Anschließend folgt die Infiltration des proximalen Ductus deferens auf beiden Seiten. Dies geschieht noch vor der weiteren Desinfektion und der Abdeckung, damit die Einwirkzeit des lokalen Anästhetikums ausreichend ist.

2. Nach sterilem Eindecken wird im Bereich der Hautquaddel mit der NSV-Spitzklemme im 90°-Winkel in die Haut eingestochen und die Haut über ca. 1 cm aufgedehnt (► Abb. 1).

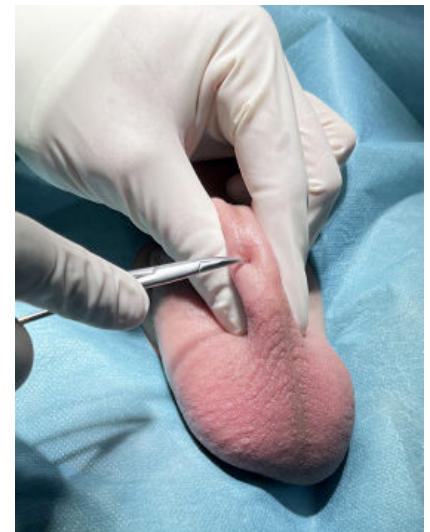


Abb. 1: Einstechen mit der NSV-Spitzklemme.

3. Stumpfes Eingehen mit der 4,7-mm-Ringklemme, dabei Palpation des Ductus deferens und Anklempfen unter manueller Kontrolle; anschließend langsames Luxieren nach außen.
4. Nach dem Einsetzen des Gillies-Haken werden mit der NSV-Spitzklemme die Schichten über dem Ductus in Längsrichtung mittels Spreizen eröffnet und der Ductus weiter freipariert. Letztendlich kann nun der isolierte Ductus deferens mit der 3-mm-Ringklemme weiter luxiert werden. Anhaftendes

Gewebe wird stumpf abgeschoben (► Abb. 2).



Abb. 2: Luxieren des Ductus deferens.

5. Proximales und distales Setzen von kleinen Klemmchen auf den Ductus und Resektion von ca. 1,5 cm. Bipolare Koagulation bei der Lumina (► Abb. 3).



Abb. 3: Setzen von Klemmchen auf den Ductus deferens.

6. Am proximalen Ende werden die Faszie am Ductus mittels monofilamentem resorbierbarem Faden 3-0 mit der Nadel angestochen, die Klemme gelöst und die Faszie der Gegenseite ebenfalls angestochen. Der Ductus verschwindet

nun in der Faszienhülle und der Faden wird geknotet. Hierdurch erreicht man sehr einfach die in den diversen Leitlinien empfohlene Trennung der Lumina in verschiedenen Schichten. Das distale Ende versorge ich mit einer Durchstechung mit dem gleichen Faden (► Abb. 4).

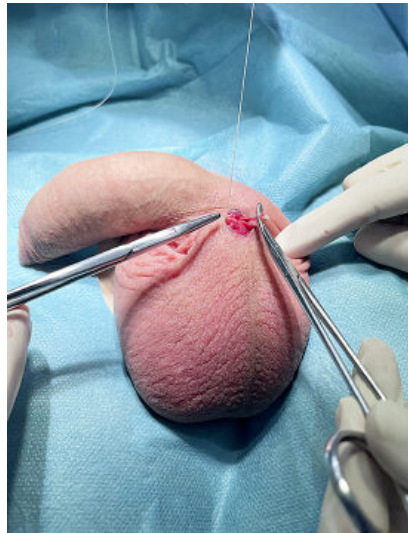


Abb. 4: Proximaler Ductus deferens „verschwindet“ in Faszienhülle.

7. Mit einem Zug am Hoden werden die Ductusstümpfe im Hodensack versenkt. Die Inzision wird mit einer Einzelknopfnahrt verschlossen und mit sterilem Pflaster überklebt (► Abb. 5).



Abb. 5: Verschlossene Inzision.

Wenn resorbierbare Fäden verwendet werden, ist der Fadenzug entbehrlich. Die Wundkontrolle erfolgt bei Bedarf nach 5–7 Tagen. Die SpermioGramme empfehlen wir ab der 4. Woche postoperativ (in Abhängigkeit von der Anzahl der Ejakulationen).

### Empfohlenes Verhalten nach OP

Sinnvoll sind körperliche Schonung und lokale Kühlung für einige Tage sowie die Einnahme von nicht steroidalen Antirheumatika. ■



Literatur unter  
[www.uroforum.de](http://www.uroforum.de)



Holen Sie sich Ihre  
**CME-Punkte!**  
[cme.mgo-fachverlage.de](http://cme.mgo-fachverlage.de)

**Korrespondenzadresse:**  
Dr. med. Markus Schäfer  
Urologisches Zentrum Lübeck (UZL)  
Standort Ratzeburg  
Röpersberg2  
23909 Ratzeburg  
[www.uz-luebeck.de](http://www.uz-luebeck.de)  
[schaefer@uz-luebeck.de](mailto:schaefer@uz-luebeck.de)

Dr. med.  
Markus Schäfer

